

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Dificultades en el área de salud mental en pacientes pediátricos con enfermedades oncológicas: Prevalencia de dificultades en el área de salud mental en pacientes pediátricos con diagnóstico de cáncer en el Hospital Oncológico SOLCA de Quito.

Martina Eguiguren Ruales

Tesis de grado presentada como requisito para la obtención del título de Médico.

Quito, Enero del 2011

**Universidad San Francisco de Quito
Colegio de Ciencias de la Salud**

HOJA DE APROBACION DE TESIS

Dificultades en el área de salud mental en pacientes pediátricos con enfermedades oncológicas: Prevalencia de dificultades en el área de salud mental en pacientes pediátricos con diagnóstico de cáncer en el Hospital Oncológico SOLCA de Quito

Martina Eguiguren Ruales

Michelle Grunauer,
MD. MSc, Ph.D en Medicina. Máster
en Siquiatría, Salud Mental del Niño.
Directora de Tesis

Miembro del Comité de Tesis

Miembro del Comité de Tesis

Miembro del Comité de Tesis

Enrique Noboa,
M.D. Especialidad en Medicina Pulmonar.
Decano de Colegio de Ciencias de la Salud

Quito, Enero del 2011

**©Derechos de autor
Martina Eguiguren Ruales
2011**

Dedicatoria

Este trabajo está dedicado a toda mi familia.
A mis padres José Eguiguren y Mercedes Ruales
por su inmenso apoyo y confianza en mí.
A José Guarderas por su paciencia, fuerza y
apoyo incondicional a lo largo de todo el trabajo.

Agradecimientos

Quiero agradecer profundamente a mi directora de tesis, Michele Grunauer por su dedicación y ayuda constante en el proyecto, a Edith Dueñas y a todo el equipo de Residentes del Hospital SOLCA Quito por su apoyo para concretar las encuestas. A Cynthia del Castillo y María Inés Egas, quienes participaron activamente el proyecto piloto.

Resumen

INTRODUCCION: El cáncer es una enfermedad importante dentro del área de salud pública ya que al ser una enfermedad crónica, de difícil y largo tratamiento, la aparición de efectos adversos y secuelas tanto físicas, como emocionales y mentales son inevitables. Uno de los problemas más importantes al diagnóstico de cáncer en un niño, es aceptar y enfrentarse a los problemas que conllevan la enfermedad y su tratamiento. Se han reportado daños físicos, problemas cognitivos y trastornos en la memoria y atención de los individuos que son tratados.

En el Ecuador se desconoce la prevalencia de dificultades en el área de Salud Mental relacionada a enfermedades crónicas de la infancia. Es importante realizar una investigación que identifique estos trastornos, con el objetivo de prevenir complicaciones futuras mediante tratamientos tempranos dirigidos.

OBJETIVOS: Determinar la prevalencia de dificultades en el área de salud mental en pacientes de 3 a 18 años con diagnóstico de cáncer en el hospital SOLCA de Quito, en el período de Mayo a Noviembre del 2010.

METODOS: Participaron 146 niños entre 3 y 18 años, pacientes del hospital SOLCA de Quito con diagnóstico de cáncer, que aceptaron voluntariamente realizar el *Cuestionario de capacidades y dificultades en el área de salud mental*.

RESULTADOS: La prevalencia se calculó sumando el riesgo moderado más el riesgo alto de presentación de cada patología. La prevalencia encontrada de cualquier diagnóstico o dificultad en el área de Salud Mental fue de 55,5% de los entrevistados. La prevalencia de desordenes de comportamiento fue de 43,8%, la prevalencia de desórdenes emocionales o trastornos del afecto fue de 26,7%, y la prevalencia de trastorno de déficit atencional e hiperactividad 15,8%.

CONCLUSIONES: El alto porcentaje de casos positivos encontrados con la herramienta de tamizaje empleada, sugiere que la prevalencia de dificultades en el área de salud mental en niños y niñas con cáncer supera la prevalencia encontrada en niños que no presentan cáncer. Se evidenció una mayor tendencia de problemas en pacientes masculinos de condición socioeconómica baja. La prevalencia para presentar cualquier trastorno fue alta si se consideran las tasas encontradas en estudios epidemiológicos para la población general. Los diagnósticos o dificultades fueron mayores en hombres (63,8%) y se encontró que la mayoría de los pacientes (46%) pertenecientes a la clase socio económica desaventajada presenta riesgo alto de tener cualquier diagnóstico o dificultad en el área de salud mental.

Abstract

INTRODUCCION: Oncologic diseases are considered an important Public Health issue, not only because of the difficulty and length of its treatment, but because of the inevitable appearance of physical, emotional and mental adverse effects. One of the biggest problems at the diagnosis of cancer in childhood is the acceptance of the disease, and overall facing of all the difficulties involved in the disease itself and its treatment. Problems in the field of physical appearance, cognitive function, memory and attention are evident in patients undergoing treatment.

In Ecuador, the prevalence of Mental Health difficulties related to chronic childhood diseases are unknown. It is important to investigate the different Mental Health difficulties, in order to prevent future problems by giving an early, directed treatment.

OBJECTIVES: To determine the prevalence of Mental Health difficulties in oncologic patients, between 3 and 18 years of age, that attend SOLCA Quito, Oncologic Hospital, between May and November of year 2010.

METHODS: One hundred and forty six children between 3 and 18 years of age, who attended the Oncologic Hospital, SOLCA Quito participated in the study. They voluntarily accepted to answer the *Strengths and Difficulties Questionnaires* (SDQs).

RESULTS: The prevalence was calculated by adding the “Medium risk” and “High risk” for presenting each pathology. The prevalence for any diagnosis in the Mental Health area was 55.5%. The prevalence for Behavioral disorders was 43,8%, Emotional disorders (anxiety and depression) 26,7%, and of Hyperactivity or concentration disorders is of 15,8%.

CONCLUSIONS: The high percentage of positive cases found with this screening tool suggests that the prevalence of difficulties in the mental health area in children with cancer is higher than that found in healthy children. There was a tendency towards higher prevalence in male patient, with lower social economic condition. The prevalence for presenting any diagnosis was high if we consider the rates found in epidemiologic studies for general population. The difficulties were higher in male patients (63, 8%). Most of the patients (46%) who belong to a lower social economic status had higher risk for presenting disorders.

Tabla de Contenidos

1. Introducción	.....	1
2. Justificación	.....	7
3. Objetivos	.....	8
4. Metodología	.....	9
a. Selección de participantes	.....	9
b. Herramienta de análisis de resultado	.....	10
c. Consideraciones Bioéticas	.....	10
5. Intervención		
a. Estratificación de Nivel Socioeconómico	.....	10
b. Predicción diagnóstica	.....	12
6. Resultados	.....	13
7. Conclusiones	.....	38
8. Recomendaciones	.....	41
9. Material de Referencia		
a. Bibliografía	.....	43
b. Anexos	.....	48

Lista de Gráficos y tablas

TABLAS

Tabla 1.1: Frecuencia Género.

Tabla 1.2: Frecuencia Grupos etarios

Tabla 1.3: Frecuencia por Clase Socio Económica.

Tabla 1.4: Riesgo de presentar cualquier dificultad dentro del área de salud mental

Tabla 1.5: Riesgo de presentar desórdenes de Comportamiento

Tabla 1.6: Riesgo de presentar desórdenes emocionales o trastornos de afecto.

Tabla 1.7: Riesgo de presentar trastorno de déficit atencional e hiperactividad

Tabla 1.8: Posibilidad de presentar Cualquier diagnostico o dificultad en el área de salud mental según género.

Tabla 1.9: Desórdenes de comportamiento según género.

Tabla 1.10: Desórdenes emocionales o trastornos de afecto según genero.

Tabla 1.11: Trastorno de déficit atencional el hiperactividad según genero

Tabla 1.12: Impacto de la enfermedad en pacientes según genero.

Tabla 1.13: Impacto de la enfermedad en las familias de pacientes según género.

Tabla 1.14: Posibilidad de presentar cualquier diagnóstico o dificultad en el area de salud mental según grupos de edades.

Tabla 1.15: Posibilidad de presentar desórdenes emocionales según grupos de edades.

Tabla 1.16: Posibilidad de presentar desórdenes de comportamiento según grupo etáreo.

Tabla 1.17: Posibilidad de presentar presentar déficit atencional e hiperactividad en pacientes según su grupo etáreo.

Tabla 1.18: Tabla cruzada del Impacto de los trastornos en el área de salud mental en la vida de los pacientes, según el grupo de edad.

Tabla 1.19: Tabla cruzada del Impacto de los trastornos en el área de salud mental en la vida de las familias de los pacientes, según el grupo de edad.

Tabla 1.20: Tabla cruzada: Posibilidad de presentar cualquier diagnóstico o dificultad en el área de Salud Mental según clase socio económica.

Tabla 1.21: Tabla cruzada: Posibilidad de presentar desórdenes de comportamiento según clase socio económica.

Tabla 1.22: Tabla cruzada: Posibilidad de presentar desórdenes emocionales según clase socio económica.

Tabla 1.23: Tabla cruzada: Posibilidad de presentar déficit atencional e hiperactividad según clase socio económica.

Tabla 1.24: Tabla cruzada: Impacto de los trastornos en el área de salud mental en los pacientes según clase socio económica.

Tabla 1.25: Tabla cruzada: Impacto de los trastornos en el área de salud mental en las familias de pacientes según clase socio económica.

.

Tabla 1.26 Impacto de las posibles dificultades dentro del área de salud mental en los niños

Tabla 1.27 Impacto de las posibles dificultades dentro del área de salud mental en la familia

GRAFICOS

Grafico 1: Prevalencia de dificultades en el área de salud mental

Grafico 2: Riesgo de presentar cualquier diagnóstico o dificultad dentro del área de salud mental

Grafico 3: Riesgo de presentar desórdenes de comportamiento

Grafico 4: Riesgo de presentar desórdenes emocionales o trastornos de afecto

Grafico 5: Riesgo de presentar trastorno de déficit atencional e hiperactividad

Grafico 6: Grafico comparativo de la Prevalencia total de “cualquier diagnóstico” según género.

Grafico 7: Grafico comparativo de la Prevalencia de desórdenes de comportamiento según género.

Grafico 8: Grafico comparativo de la Prevalencia de trastornos emocionales según género.

Grafico 9: Grafico comparativo de la Prevalencia de riesgo moderado de trastornos de déficit atencional según género.

Gráfico 10: Impacto de las posibles dificultades dentro del área de salud mental en los niños

Gráfico 11: impacto de las posibles dificultades dentro del área de salud mental en la familia.

Introducción:

El cáncer es un grupo de enfermedades que se caracterizan por producción, división y crecimiento excesivo de células anormales o malignas en el cuerpo (4). Esta enfermedad representa un problema importante dentro del área de salud pública, ya que siendo crónica y de difícil tratamiento, la aparición de efectos adversos tanto físicos, como emocionales y mentales, a largo y corto plazo son inevitables. Se requiere de un equipo multidisciplinario que abarque todas las posibles áreas que se puedan ver afectadas en el manejo de estas enfermedades.

La primera causa de muerte por enfermedad en niños es el cáncer. Se estima que cada año aproximadamente 12,500 niños y adolescentes son diagnosticados de cáncer en los Estados Unidos. Es responsable de más muertes en menores de 20 años que el asma, diabetes, fibrosis quística y SIDA combinados (6). En la niñez y adolescencia, la principal causa de esta enfermedad son mutaciones genéticas, que pueden ser tanto heredadas como adquiridas.

El cáncer afecta a diferentes sistemas y órganos en el cuerpo. Dentro de los tipos de cancer más comunes en la niñez, se encuentra en primer lugar la leucemia, representando aproximadamente 33% de todos los tipos de cáncer en la niñez. En cuanto a tumores sólidos, el más común es el del Sistema Nervioso Central (SNC), cerca del 21%. Además existen otros tumores sólidos comunes en estas edades, como linfoma (10%), neuroblastoma (6%), tumor de Wilms (5%), y después en menores proporciones, rhabdomiosarcomas (3%) y osteosarcomas (1%) entre otros. (18).

En el Ecuador las localizaciones más frecuentes en niños de 0 a 14 años son: sistema hematopoyético (55%), encéfalo (9%), ganglios linfáticos (9%) y tejidos blandos (6%). Mientras que en niñas de la misma edad las localizaciones más frecuentes son: sistema hematopoyético (53%), encéfalo (18%), retroperitoneo (6%), ovario (6%), hígado (6%) y huesos (3%). (17)

Uno de los problemas más importantes al diagnóstico de cáncer en un niño, es aceptar y enfrentarse a todos los problemas que conllevan la enfermedad y su tratamiento. Al inicio, la noticia del diagnóstico definitivo puede resultar devastadora tanto para los padres, como para el paciente mismo y otros miembros de la familia. Implica un cambio de vida importante que se da en todo el núcleo familiar. Puede significar el abandono de trabajo por parte de los padres, la falta de atención a otros miembros de la familia (hermanos), y lo que es peor, abandono al tratamiento del paciente. (24)

Dentro de la cadena típica de reacciones ante un diagnóstico de cáncer, en primer lugar encontramos el impacto o “Shock”. Ninguna persona está preparada para oír que su hijo tiene una enfermedad que pone en riesgo su vida, y es una noticia que resulta difícil enfrentar. La segunda etapa es la de “Duda y negación”, en la que los padres generalmente buscan segundas opiniones. Ésta se continúa con la etapa de “Miedo y ansiedad”. El miedo al cáncer es un fenómeno universal. El personal de salud no puede garantizar la efectividad del tratamiento, por lo que existe ansiedad y temor a la muerte. Dentro de las etapas intermedias, tenemos la etapa de “Culpa” en la que los padres se preguntan comportamientos o acciones que pueden haber contribuido a la enfermedad de sus hijos. La reacción normal que sigue es la etapa de “Tristeza y depresión”. Finalmente, muchas veces se atraviesa la etapa de “Ira” en la que se cuestionan el porqué de las injusticias de la vida (8) (9) (10).

De la misma manera en que resulta difícil la aceptación de la enfermedad, es también sumamente complicado lidiar con la innumerable cantidad de efectos adversos tardíos que presenta la misma. La afectación inminente del cáncer y su tratamiento sobre las regiones del cuerpo afectadas pueden dejar secuelas importantes, y difíciles de superar en los sobrevivientes de cáncer. Existen estudios que relacionan el uso de quimioterapia y radioterapia con afectaciones en la visión, audición, crecimiento y desarrollo del individuo, así como anomalías en el sistema endocrino e inadecuado desarrollo sexual en niños y adolescentes. El Sistema respiratorio, cardiovascular y musculoesquelético pueden verse afectados permanentemente. (32)

Uno de los problemas más difíciles de llevar, y generalmente la queja más frecuente por parte de familiares y personas afectadas, es la aparición de daños en el Sistema Nervioso

Central (SNC). La administración de quimioterapia intratecal, cirugías del cerebro y la radioterapia resultan en problemas de aprendizaje, más comunes en niños menores de 5 años. Se han reportado además, problemas cognitivos (disminución entre 10 y 20 puntos de Coeficiente Intelectual (IQ)), así como trastornos en la memoria y atención de los individuos que recibieron el tratamiento. (12) (13)

Actualmente gracias a los avances en la oncología pediátrica, una gran proporción de pacientes con cáncer pediátrico han dejado de tener el diagnóstico de una enfermedad mortal, y se han convertido en sobrevivientes a largo plazo. Es más, se predice que aproximadamente un 80% de los niños que actualmente son diagnosticados con cáncer pasarán a ser sobrevivientes (2). Esta creciente población conformada por adultos jóvenes que sobrevivieron al cáncer tiene un alto riesgo de morbilidad como resultado de los efectos secundarios de la enfermedad y el tratamiento al cual fueron sometidos (1).

Los efectos adversos tardíos a la quimioterapia y radiación son comunes, aproximadamente dos tercios de los pacientes que fueron diagnosticados con cáncer pediátrico y sobrevivieron los experimentan. Todos los órganos y sistemas se encuentran en riesgo, sin embargo entre los efectos secundarios tardíos más comunes podemos encontrar: infertilidad, alteraciones cognitivas, alteraciones del crecimiento y desarrollo, malignidad secundaria, etc (1). Los efectos adversos a largo plazo tanto médicos como cognitivos se encuentran bien documentados, lastimosamente las secuelas dentro del ámbito psicológico son menos estudiadas (2). Existe evidencia de que ocurre un “ajuste psicológico general normal” en la mayoría de pacientes que sobreviven al cáncer, sin embargo, estudios empíricos documentan que el 50% de estos niños presentan dificultades emocionales (5). El estrés generalizado combinado con la ansiedad y la depresión que sufren estos pacientes no puede ser visto ni tratado como un “ajuste psicológico general normal”, sino como una dificultad dentro del área de salud mental que el paciente está presentando en caso de que se confirmen los criterios diagnósticos(2).

Las dificultades dentro del área de salud mental, han sido en las últimas décadas de gran preocupación por su impacto en la sociedad y se han convertido en un área de enfoque importante en los sistemas de salud. Los niños y adolescentes también se han visto vulnerables

ante esta situación, sin embargo dentro de este grupo hay subgrupos que se encuentran en mayor riesgo de presentar patologías, por lo que es de vital importancia conocer su incidencia y prevalencia (13). Algunos estudios realizados a este grupo etario han medido la prevalencia trastornos del área de salud mental, dentro de estos se pueden encontrar: desórdenes de comportamiento, desórdenes emocionales o trastornos de afecto y déficit de atención e hiperactividad. Éstos han demostrado una importante repercusión en la vida de niños y adolescentes, ya que afectan a su desarrollo y a su entorno (15).

Las complicaciones dentro del área de salud mental generalmente toman la forma de: desordenes de adaptación, ánimo depresivo, ansiedad, anhedonia, pérdida de autoestima. En un estudio realizado en Alemania para la identificación de la prevalencia de desordenes mentales generales y específicos, se pudo observar el impacto de los síntomas en la funcionalidad de niños y adolescentes, dando una idea de cuales son lo que más requieren tratamiento y qué grupos son más vulnerables. Los pacientes que tienen un mayor riesgo de presentar dificultades en el área de salud mental son los que se tienen enfermedad avanzada, antecedentes de dificultades en el área de salud mental, dolor mal controlado, y necesidad de tratamiento por períodos prolongados. En este estudio realizado a 2,863 familias con niños de 7-17 años, se uso el cuestionario de fortalezas y dificultades SDQ, el SCARED para los desórdenes de ansiedad, el (CDCL) para desordenes de conducta, FBB-HKS, Conners' Scale, para evaluar desorden de atención e hiperactividad, y por último el (CES-DC) para desórdenes depresivos, también se evaluó el uso de sustancias y las tendencias suicidas. Con esto se midió la calidad de vida relacionada a la salud. Dentro de los resultados de este estudio se determinó que el 14.5% de los niños y adolescentes tuvieron criterios que cumplían para por lo menos un desorden mental específico y se asociaba a alguna clase de disfuncionalidad. En el grupo de niños el 8.6% presentaban síntomas mientras que en el grupo de adolescentes el 6.6% tuvieron síntomas. Menos de la mitad de los afectados recibían tratamiento por lo que existía gran impacto en su desempeño social. (14).

Dentro de las dificultades en el área de salud mental las más prevalentes para esta población en riesgo son las siguientes

- Desorden de adaptación: es el más prevalente dentro de los pacientes pediátricos con diagnóstico de cáncer, es evidente en 20 al 30% de los casos. Este desorden se caracteriza por una variedad de síntomas emocionales y de comportamiento que se presentan como resultado de un evento estresante. Puede ser asociado con cualquiera de los siguientes subtipos: ánimo depresivo, ansiedad y desorden de conducta (15). El inicio de este trastorno debe ocurrir dentro de los tres primeros meses del evento estresor, y por definición no debe durar más de seis meses una vez superado el evento y sus consecuencias. Sin embargo puede volverse crónico, si el niño está expuesto continuamente al estresor o si las consecuencias de este tienen un impacto a largo plazo, como es el caso de los pacientes con cáncer (9) (13). El desorden de adaptación únicamente puede ser diagnosticado si es que se excluyen otras entidades patológicas como por ejemplo: depresión mayor, desorden de ansiedad generalizada, etc. No es un diagnóstico fácil de realizar ya que no se puede categorizar con exactitud la magnitud de los factores estresantes que llevan a producir este tipo de síntomas, sin embargo es importante llegar a su diagnóstico, ya que este tipo de pacientes se beneficia mucho con terapia, y la pronta intervención ayuda a los pacientes a tener una mejor calidad de vida (15).
- Depresión: la prevalencia reportada de depresión mayor en pacientes con cáncer es muy variable, ya que oscila entre 0-38%. Esta variación tan importante puede ser explicada por la variabilidad demográfica y factores ambientales a los cuales los pacientes están expuestos, y a la falta de criterios diagnósticos apropiados (15). Entre los factores que se asocian a mayor riesgo de depresión mayor se encuentran: edad joven, historia pasada de depresión, presencia de síntomas no controlados de su enfermedad de base. Existen cierto tipo de malignidades que están asociadas con mayor incidencia de depresión, entre estas se encuentran: cáncer de cabeza y cuello, páncreas, seno y pulmón (15). Los estados depresivos pueden variar desde tristeza a desordenes afectivos mayores. Es importante que se diferencie entre estados de tristeza normal y anormal con la utilización de herramientas de tamizaje. Es importante mencionar que la utilización de ciertas drogas como: prednisona, dexametasona, procarbazona, vincristina y vinblastina, utilizados con mucha frecuencia

en oncología pediátrica, pueden causar síntomas depresivos que muchas veces pueden ser confundidos con desordenes de adaptación o de ánimo. El ánimo depresivo constante o tristeza persistente son reacciones normales en pacientes con diagnóstico de enfermedades mortales, es por esto que el diagnóstico de depresión mayor se debe basar mayoritariamente en los signos cognitivos que estos presenten (2). La depresión dentro de los pacientes con diagnóstico de cáncer puede estar asociada con ideación suicida o suicidio. La incidencia real de suicidio en pacientes con cáncer es alta para hombres y mujeres, por lo menos 1.5 veces más alta que para el resto de la población. Es por esto que el diagnóstico y el tratamiento de la depresión ayuda a disminuir este riesgo potencial (15).

- Anhedonia: los pacientes que están tristes periódicamente pero no con depresión mantienen la capacidad de experimentar placer, a diferencia de los que se encuentran deprimidos. Reaccionan positivamente ante la posibilidad de realizar actividades que disfrutan, aunque estas actividades sean muy pocas y limitadas debido a su condición. Es importante recordar que ningún síntoma del cáncer puede producir inhabilidad para sentir placer, es por esto que únicamente se puede atribuir a la depresión.
- Ansiedad: esta puede tener varias etiologías en pacientes con diagnóstico de cáncer. Puede ser parte del desorden de adaptación, pánico, desorden de ansiedad generalizada, fobias o depresión. En los pacientes con enfermedad avanzada, los síntomas de ansiedad generalmente se deben a complicaciones médicas de la enfermedad o a efectos adversos del tratamiento, como por ejemplo: toxicidad, delirium, y otros trastornos mentales con bases orgánicas. Los pacientes con ansiedad comúnmente presentan: hiperactividad autonómica, hipervigilancia, insomnio, distractibilidad, disnea, rumiación, etc.
- Trastornos del sueño: el dolor puede alterar su ritmo de sueño, como también las preocupaciones, el miedo por la enfermedad y la ansiedad por el futuro.
- Perdida de autoestima: debido a los cambios físicos que el niño con cáncer experimenta durante su enfermedad y su tratamiento, como por ejemplo la caída del

cabello y las fluctuaciones de su peso. Este tipo de factores pueden contribuir a la aparición de problemas en el área social

- Somatización: Se ha encontrado que la exposición al estrés extremo puede resultar con el tiempo en una variedad de síntomas característicos de: somatización, estrés post traumático, disociación, etc (2). El apareamiento de síntomas somáticos en pacientes sobrevivientes de cáncer podría ser atribuido, al menos por una parte, a efectos adversos tardíos del tratamiento. Dentro de un estudio se demostró que al menos después de 5 años de tratamiento, existe un nivel relativamente alto de síntomas somáticos y relacionados a trauma psicológico. Se ha reportado en niños con enfermedades crónicas, incluyendo cáncer, niveles más altos de alteraciones somáticas que en niños de la misma edad (2). Es posible que los síntomas somáticos sean el reflejo de síntomas físicos reales y no sean de naturaleza psicológica. Sin embargo la aparición de síntomas somáticos en esta población son indicadoras de distrés psicológico.

Un análisis realizado por el “Children’s Cancer Survivors Study Group (CCSS) encontró que únicamente el 31% de los supervivientes que tenían entre 18 y 19 años en el momento de la entrevista, habían tenido seguimiento médico durante los dos años previos. Este porcentaje disminuía dramáticamente cuando la edad de los pacientes aumentaba, llegando a un 17% en los pacientes que tenían 35 años o más. En este estudio se demostró que el 39% de los pacientes que sobrevivieron al cáncer en su infancia tuvieron efectos secundarios tardíos de moderada a severa intensidad, los cuales afectaban significativamente la calidad de vida en los años futuros. (1)

Justificación

El cáncer, accidentes doméstico e infecciones, constituyen las principales causas de mortalidad infantil en los países en vías de desarrollo. Los avances en los tratamientos médicos han incrementado el número de niños con cáncer que sobreviven a su enfermedad. Hoy en día se ha alcanzado una tasa actual de supervivencia de alrededor del 70%, considerándose que 1 de cada 1000 adultos jóvenes que llegan a la edad de 20 años, es un superviviente de cáncer infantil. (25)

El diagnóstico de esta enfermedad ocasiona un gran impacto que afecta no solo al niño sino a toda la familia y no solo condiciona el aspecto y salud física, sino también su estado emocional, psicológico, su capacidad de relación, de aprendizaje y de juego. Además hay que tener en cuenta que estos niños están sometidos a tratamientos de larga duración el cual es un factor de alto riesgo para el desarrollo de dificultades dentro del área de salud mental. La duración del tratamiento oncológico puede prolongarse hasta más de 3 años, las hospitalizaciones recurrentes son frecuentes, así como las visitas al hospital para tratamientos ambulatorios.

Las secuelas más visibles de la enfermedad son las físicas, ya que durante el tiempo del tratamiento el niño o adolescente va a ver modificada su imagen corporal: alopecia, cambios bruscos de masa corporal, debilidad general y en el caso de algunas patologías amputaciones y cirugías de carácter muy agresivo que modifican el aspecto físico del paciente. Todo lo antes mencionado hace que estos pacientes se encuentren en un alto riesgo de presentar dificultades dentro del área de salud mental, los cuales se ha demostrado que tienen una importante repercusión para su desarrollo.

Entre las secuelas sociales que presentan estos pacientes se incluyen: dificultad para formar lazos de amistad, problemas de aprendizaje que requieren de asistencia especial y tasas de desempleo el doble de altas que para el resto de la población (4). Para asegurarse que los sobrevivientes a esta enfermedad pueden disfrutar de la mejor calidad y cantidad de vida posible es muy importante reconocer y tratar este tipo de problemas lo antes posible, es por esto que muchos especialistas sugieren que este tipo de pacientes requieren de un chequeo médico de por vida (2). Es de vital importancia determinar la prevalencia de estas patologías para a futuro intervenir y tratar pacientes para que puedan tener un desarrollo óptimo a futuro.

Objetivos:

- Objetivo general
 - Determinar la prevalencia de dificultades en el área de salud mental en pacientes de 3 a 18 años con diagnóstico de cáncer en el hospital SOLCA de Quito, en un período de 6 meses (Mayo a Noviembre del 2010)

- Objetivos Específicos
 - Por medio del cuestionario de evaluación de dificultades en el área de salud mental (SQD-Cas) determinar la predicción diagnóstica de los pacientes, y la probabilidad de presentar cualquier diagnóstico o dificultad en el área de salud mental, desórdenes emocionales o trastornos de afecto, desórdenes del comportamiento y trastornos de déficit atencional e hiperactividad.
 - Por medio de cuestionario de evaluación de dificultades en el área de salud mental (SQD-Cas) determinar el impacto que tienen las dificultades en el área de salud mental sobre los pacientes y su familia.
 - Referir al departamento de Psicología pediátrica a pacientes que se encuentren en riesgo moderado y alto de presentar dificultades en el área de salud mental.

Metodología:

Selección de los participantes

- Criterios de Inclusión:
 - Niños entre 3 y 18 años que sean pacientes del hospital SOLCA de Quito, que actualmente tengan diagnóstico de cáncer.
 - Pacientes que acudan a consulta externa y hospitalización en el período del Mayo a Noviembre del 2010.
 - Pacientes que se encuentren acompañados de sus padres al momento de la entrevista.
 - Pacientes que tengan exclusivamente diagnóstico de cáncer.

- Criterios de Exclusión:
 - Pacientes con trastornos mentales o intelectuales. (Síndrome de Down, etc)
 - Pacientes con diagnóstico previo de dificultades en el área de salud mental, antes del apareamiento de la enfermedad neoplásica.
 - Pacientes que no deseen participar voluntariamente en el estudio.
 - Pacientes en condiciones médicas precarias.

- Pacientes que hayan recibido tratamiento quirúrgico exclusivo.
- Pacientes menores a 3 años y mayores a 18 años.

Se identificaron pacientes que cumplían estas características, y basado en las historias clínicas que posee en hospital, fueron invitados a participar en el proyecto. Los padres del paciente o el paciente mismo (en caso de ser mayores a 11 años), firmaron consentimiento informado para poder ser parte de la investigación. Posteriormente se realizó un breve cuestionario para determinación de nivel Socio Económico. Luego se procedió a realizar las respectivas entrevistas a los participantes.

Herramientas de Análisis de Resultados

Para el análisis de los resultados, se utilizó el programa Epi Info. Este programa es un software estadístico ampliamente utilizado en epidemiología. Fue desarrollado por el CDC (Center for Disease Control and Prevention) en Atlanta (19). El análisis se basó en significancia de Chi cuadrado, tabulaciones cruzadas e Intervalos de confianza.

Consideraciones Bioéticas

El estudio fue aprobado por el comité de Bioética del Hospital SOLCA Quito. La participación es absolutamente voluntaria. Los pacientes firman un consentimiento informado que refiere que la información será utilizada por estudiantes de pregrado de la Universidad San Francisco de Quito.

Intervención

Estratificación de Nivel Socio Económico

A los pacientes seleccionados para el estudio, que cumplan con todos los criterios de inclusión, previo al Cuestionario de capacidades y dificultades en el área de salud mental (SDQ-Cas) se les realiza un breve cuestionario socio económico que se basa en 6 preguntas:

1. Casa: Propia/ Alquilada
2. Servicios Básicos: Si / No
3. Número de personas que viven en la casa

4. Número de habitaciones en la casa
5. Trabajo del Padre
6. Trabajo de la Madre.

Basándonos en estas preguntas, con la ayuda de profesionales en el área se realizó un índice de Estado Socio Económico determinado por el puntaje total, utilizando los siguientes valores. (16)

- Casa:
 - Propia: 1 punto
 - Alquilada: 0 puntos
- Servicios Básicos
 - Si: 1 punto
 - No: 0 puntos
- Hacinamiento. Número de personas por habitación:
 - 1 a 2 : 1 punto
 - Mayor a 2: 0 puntos
- Trabajo del Padre:
 - Directivo: 1 punto
 - Manual: 0 puntos
- Trabajo del Madre:
 - Directivo: 1 punto
 - Manual: 0 puntos

Basándonos en la suma de los puntajes, dentro de un rango de 0 a 5 puntos, se crearon 3 clases socio económicas:

- Clase A: Puntaje total de **0-1 puntos**
- Clase B: Puntaje total de **2-3 puntos**
- Clase C : Puntaje total de **4 a 5 puntos**

Se debe tomar en cuenta que SOLCA es una institución sin fines de lucro, por lo que la mayoría de gente que acude a la misma es de clase socioeconómica media y baja. Por lo tanto el Índice Socio Económico creado, estratifica a los pacientes dentro de estas clases, en tres niveles siendo la Clase “A” la mas desaventajada, y la Clase socioeconómica “C” las menos desaventajada.

Predicción Diagnóstica

Aplicación de Cuestionario de capacidades y dificultades en el área de salud mental (SDQ-Cas) a padres de familia y pacientes que se encuentren hospitalizados o acudan a consulta externa en el período Mayo a Noviembre del 2010. La duración de estos varía entre 5-10 minutos aproximadamente.

Existen 3 tipos de cuestionarios dependiendo la edad de los pacientes:

- A 3/4: este cuestionario debe ser realizado a los padres de familia que tengan hijos entre 3 – 4 años de edad.
- A 11-16: este cuestionario debe ser realizado a los niños que tengan entre 11 – 18 años de edad.
- P 4-16: este cuestionario deber ser realizado a los padres de familia que tengan hijos entres 4 -18 años de edad.

Los cuestionarios deben ser manejados única y exclusivamente por el entrevistador, en ningún momento estos serán entregados a los padres de familia y a los pacientes. Cada pregunta deber ser formulada exactamente como está escrita para evitar cualquier tipo de sesgo.



Para el análisis de los resultados se tabularon todas las encuestas en la página web de “Youth in mind” (www.sdqscore.net), las encuestas fueron tabuladas individualmente, el programa se encarga de producir un reporte individual de cada uno de los cuestionarios ingresados. Es importante mencionar que el reporte señala que la información provista por las personas que llenaron el cuestionario servirá para predecir qué tan probable es que se presenten problemas emocionales, de comportamiento o de concentración en los niños, y qué tan severas son éstas dificultades como para cumplir con los criterios diagnósticos del ICD-10 /DSM-IV. Para cada grupo diagnóstico hay tres posibles predicciones: bajo riesgo, riesgo moderado y alto riesgo, estas predicciones concuerdan con lo que un experto concluiría después de una evaluación detallada del paciente. Aproximadamente 25 a 60% de los niños que se encuentran dentro de la categoría de alto riesgo no llegan a tener un diagnóstico relevante según los expertos.

Predicciones diagnósticas:

- Cualquier diagnóstico o dificultad en el Área de salud mental.
- Desorden emocional o Trastornos de afecto (ansiedad, depresión, etc)
- Desorden de comportamiento
- Trastorno de déficit atencional e hiperactividad

Resultados - Análisis:

En el estudio se entrevistaron a un total de 146 pacientes entre 3 y 18 años de edad que acudieron a consulta externa en el periodo respectivo. La frecuencia por género se describe a continuación.

Género	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado	
FEMENINO	66	45.2%	45.2%	
MASCULINO	80	54.8%	100.0%	

Total	146	100.0%	100.0%	
--------------	-----	--------	--------	---

Tabla 1.1: Frecuencia Género.

Dentro de los entrevistados, el 45,2% de los pacientes fueron de sexo femenino, mientras que el 54,8% de los participantes eran de sexo masculino.

Se dividieron los pacientes en edades “Preescolar” de 3 a 4 años, “Escolar” de 5 a 12 años, y “Adolescentes” de 12 a 18 años. La distribución de los entrevistados por grupos de edades se enseña a continuación.





Edad	Frecuencia	Porcentaje	
PREESCOLAR	16	10,9%	
ESCOLAR	75	51,4%	
ADOLESCENTE	55	37,7%	
Total	146	100.0%	

Tabla 1.2: Frecuencia Grupos etarios.

Como se observa en la tabla, la mayoría de los entrevistados (51,4%) está dentro del grupo “escolar”, es decir tienen entre 5 a 12 años. Por otro lado hay un 37,7% de “Adolescentes” (12 -18 años) y un 10,9% de “Preescolares” (3-4 años). Además se clasificaron a los pacientes según su nivel socioeconómico en “Clase A”, “Clase B” y “Clase C” según el puntaje obtenido en el índice socio económico (VER: Métodos-Intervención).





Socio Economico	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado	
Clase A	22	15.1%	15.1%	
Clase C	26	17.8%	32.9%	
Clase B	98	67.1%	100.0%	
Total	146	100.0%	100.0%	

Tabla 1.3: Frecuencia por Clase Socio Económica.

La tabla 1.3 muestra que la mayoría (67,1%) de los entrevistados entran en la categoría de Clase “B”, mientras que el 17,8% y el 15,1% representan las clases socioeconómicas “C” y “A” respectivamente.

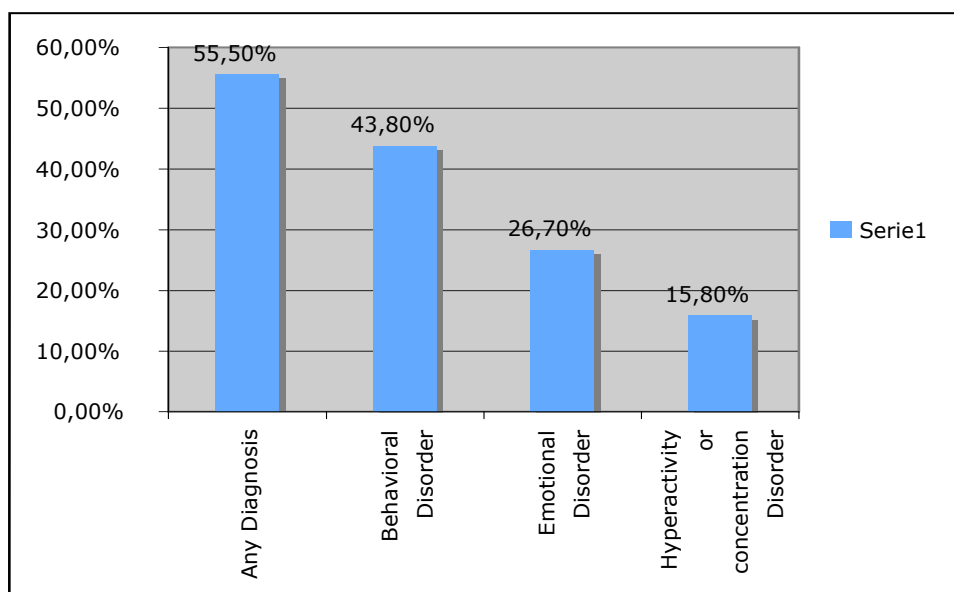


Grafico 1: Prevalencia de dificultades en el área de salud mental

La **prevalencia** se calculó sumando el riesgo moderado más el riesgo alto de presentación de cada patología. La prevalencia encontrada de cualquier diagnóstico o dificultad en el área de salud mental fue de 55,5% de los entrevistados. La prevalencia de desórdenes de comportamiento fue de 43,8%, la prevalencia de desórdenes emocionales o trastornos de afecto fue de 26,7%, y la prevalencia de trastornos de déficit atencional e hiperactividad 15,8%.

A continuación se presenta el desglose de porcentajes de riesgo por patología.

Cualquier diagnóstico o dificultad en el área de Salud Mental (Any diagnosis).

Any Diagnosis	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado	
RIESGO ALTO	33	22.6%	22.6%	<div style="width: 22.6%; height: 10px; background-color: yellow;"></div>
RIESGO BAJO	65	44.5%	67.1%	<div style="width: 67.1%; height: 10px; background-color: yellow;"></div>
RIESGO MODERADO	48	32.9%	100.0%	<div style="width: 100%; height: 10px; background-color: yellow;"></div>
Total	146	100.0%	100.0%	<div style="width: 100%; height: 10px; background-color: orange;"></div>

Tabla 1.4: Riesgo de presentar cualquier dificultad dentro del área de salud mental

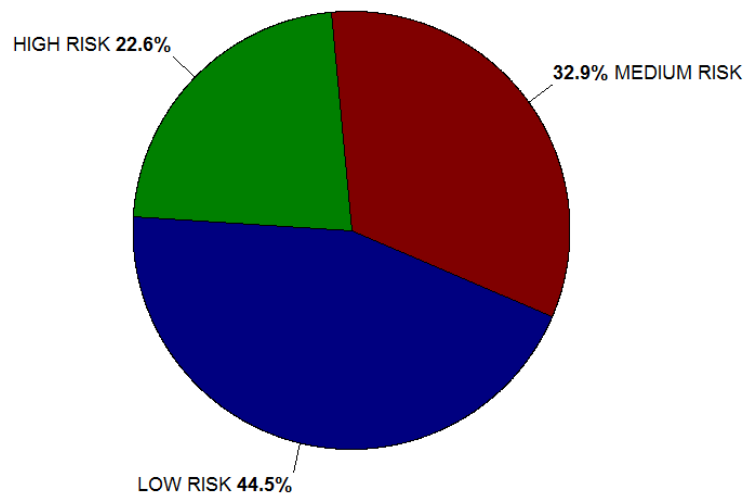


Grafico 2: Riesgo de presentar cualquier diagnóstico o dificultad dentro del área de salud mental

El grafico 2 y la tabla 1.4 representan el riesgo de presentar cualquier diagnóstico o dificultad dentro del área de salud mental. Se puede ver que aproximadamente el 44,5% de los pacientes presentan un riesgo bajo, el 32,9% riesgo moderado y el 22,6% presentan riesgo alto.

Desórdenes de Comportamiento (Behavioral disorder)

Desórdenes de Comportamiento	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado	
RIESGO ALTO	20	13.7%	13.7%	<div style="width: 13.7%; height: 10px; background-color: yellow;"></div>
RIESGO BAJO	82	56.2%	69.9%	<div style="width: 69.9%; height: 10px; background-color: yellow;"></div>
RIESGO MODERADO	44	30.1%	100.0%	<div style="width: 100.0%; height: 10px; background-color: yellow;"></div>
Total	146	100.0%	100.0%	<div style="width: 100.0%; height: 10px; background-color: orange;"></div>

Tabla 1.5: Riesgo de presentar desórdenes de Comportamiento

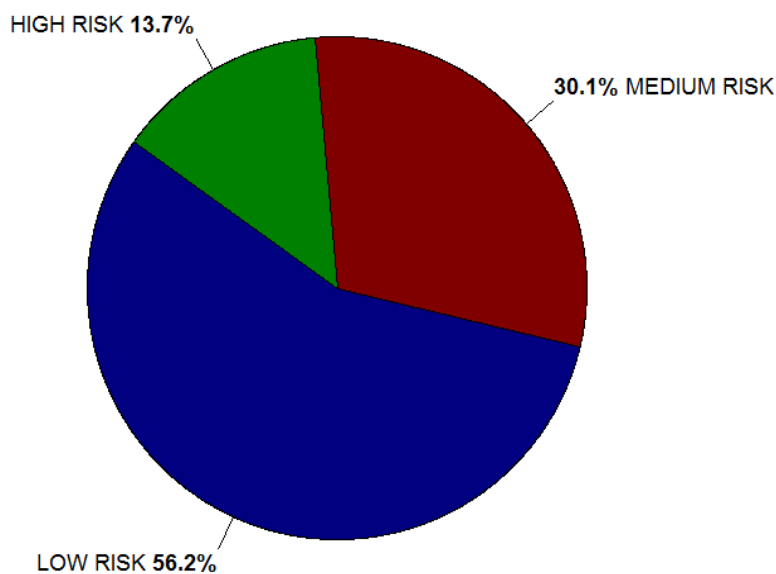


Grafico 3: Riesgo de presentar desordenes de comportamiento

La tabla 1.5 y el gráfico 3 representan el riesgo que tienen los pacientes de presentar desordenes de comportamiento, en este caso se pudo encontrar que el riesgo varía entre moderado (30,1%) y bajo (56,2%), mientras que 13,7% de los pacientes tienen un riesgo alto de presentar desordenes del comportamiento.

Desórdenes Emocionales o Trastornos de afecto (Emotional disorder)

Desórdenes Emocionales	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado	
RIESGO ALTO	14	9.6%	9.6%	<div style="width: 9.6%; height: 10px; background-color: yellow;"></div>
RIESGO BAJO	107	73.3%	82.9%	<div style="width: 82.9%; height: 10px; background-color: yellow;"></div>
RIESGO MODERADO	25	17.1%	100.0%	<div style="width: 100.0%; height: 10px; background-color: yellow;"></div>

Total	146	100.0%	100.0%	<div style="width: 100%; height: 10px; background-color: orange;"></div>
--------------	-----	--------	--------	--

Tabla 1.6: Riesgo de presentar desórdenes emocionales o trastornos de afecto.

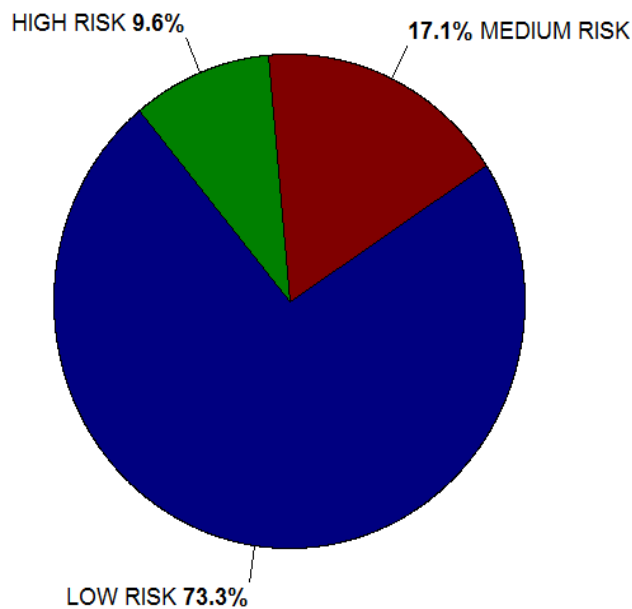


Grafico 4: Riesgo de presentar desórdenes emocionales o trastornos de afecto

En el grafico 4 se puede determinar que el 73,3% de los participantes del estudio presenta bajo riesgo de tener desordenes emocionales o trastornos de afecto. El riesgo alto y medio representan un 9,6% y 17,1% respectivamente.

Trastorno de déficit atencional e hiperactividad (Hyperactivity and Concentration))

Déficit atencional e hiperactividad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado	
RIESGO BAJO	123	84.2%	84.2%	<div style="width: 84.2%; height: 10px; background-color: yellow;"></div>
RIESGO MODERADO	23	15.8%	100.0%	<div style="width: 15.8%; height: 10px; background-color: yellow;"></div>

Total	146	100.0%	100.0%	
--------------	-----	--------	--------	---

Tabla 1.7: Riesgo de presentar trastorno de déficit atencional e hiperactividad

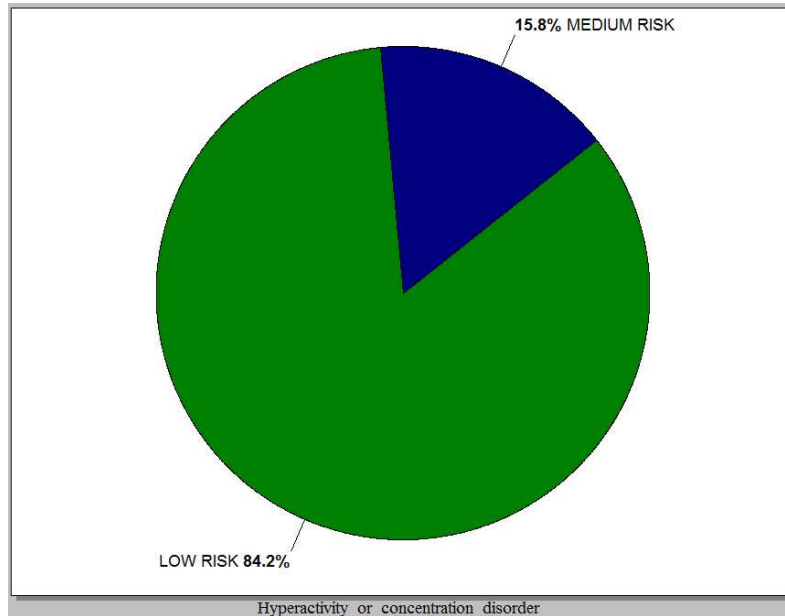


Grafico 5: Riesgo de presentar trastorno de déficit atencional e hiperactividad

El riesgo de presentar trastorno de déficit atencional e hiperactividad es bajo en la mayoría de los casos (84,2%), no se evidenciaron casos de niños que presente alto riesgo de presentar este desorden. El riesgo moderado alcanzó apenas un 15,8%.

Para lograr un análisis completo de los datos, se realizaron tablas que estudian cada una de las patologías según el género, la clase socio económica y los grupos de edad.

Análisis según género

CUALQUIER DIAGNÓSTICO				
Sexo	RIESGO ALTO	RIESGO BAJO	RIESGO MODERADO	TOTAL
FEMENINO	15	36	15	66
Row %	22.7	54.5	22.7	100.0
Col %	45.5	55.4	31.3	45.2

MASCULINO	18	29	33	80
Row %	22.5	36.3	41.3	100.0
Col %	54.5	44.6	68.8	54.8
TOTAL	33	65	48	146
Row %	22.6	44.5	32.9	100.0
Col %	100.0	100.0	100.0	100.0

Tabla 1.8: Posibilidad de presentar Cualquier diagnostico o dificultad en el área de salud mental según género.

El riesgo en mujeres de presentar cualquier tipo de desorden en el área de salud mental es en su mayoría bajo, con un 54.4%, sin embargo sumados el riesgo moderado y alto llegan a un 45.3% que representa un valor importante.

A diferencia del sexo femenino, en hombres el riesgo de presentar cualquier tipo de desorden en el área de salud mental es en su mayoría mediano, con un 41.3%. El 22.5% de entrevistados de sexo masculino tiene alto riesgo de presentar cualquier desorden en el área de salud mental, mientras que el riesgo es bajo en un 36.3% de los entrevistados.

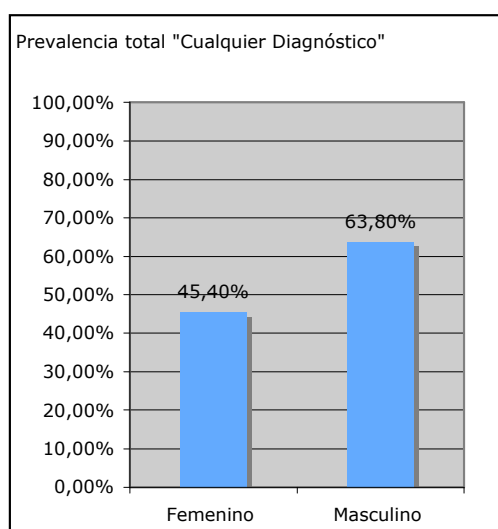


Grafico 6: Grafico comparativo de la Prevalencia total de "cualquier diagnóstico" según género.

En el gráfico 6 se demuestra que el genero masculino presenta una mayor prevalencia de cualquier diagnóstico en el área de salud mental.

DESÓRDENES DE COMPORTAMIENTO				
Sexo	RIESGO ALTO	RIESGO BAJO	RIESGO MODERADO	TOTAL
FEMENINO	9	44	13	66
Row %	13.6	66.7	19.7	100.0
Col %	45.0	53.7	29.5	45.2
MASCULINO	11	38	31	80
Row %	13.8	47.5	38.8	100.0
Col %	55.0	46.3	70.5	54.8
TOTAL	20	82	44	146
Row %	13.7	56.2	30.1	100.0
Col %	100.0	100.0	100.0	100.0

Tabla 1.9: Desórdenes de comportamiento según género.

El riesgo de presentar cualquier tipo de desorden de comportamiento en mujeres es en su mayoría bajo, con un 66.7%. El 13,6% presenta riesgo alto.

El riesgo de que haya algún desorden de comportamiento en hombres es en su mayoría bajo, con un 47.5%. El 38,8% presenta riesgo moderado y 13,8% riesgo alto.

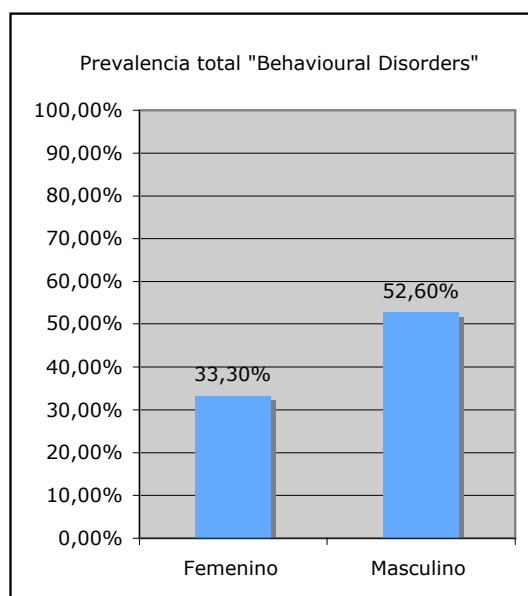


Grafico 7: Grafico comparativo de la Prevalencia de desórdenes de comportamiento según género.

En el gráfico 7 se demuestra que el género masculino presenta una mayor prevalencia de trastornos del comportamiento.

DESÓRDENES EMOCIONALES				
Sexo	RIESGO ALTO	RIESGO BAJO	RIESGO MODERADO	TOTAL
FEMENINO	6	46	14	66
Row %	9.1	69.7	21.2	100.0
Col %	42.9	43.0	56.0	45.2
MASCULINO	8	61	11	80
Row %	10.0	76.3	13.8	100.0
Col %	57.1	57.0	44.0	54.8
TOTAL	14	107	25	146
Row %	9.6	73.3	17.1	100.0
Col %	100.0	100.0	100.0	100.0

Tabla 1.10: Desórdenes emocionales o trastornos de afecto según género.

El riesgo de tener un desordenes emocionales en mujeres es en su mayoría bajo, con un 69.7%. El riesgo moderado y alto juntos suman un 30,3% (21.2% + 9,1% respectivamente)

De igual manera, el riesgo de presentar algún desorden emocional en hombres es en su mayoría bajo, con un 76.3%. El riesgo moderado y alto juntos suman un 23.8% (13.8% + 10% respectivamente).

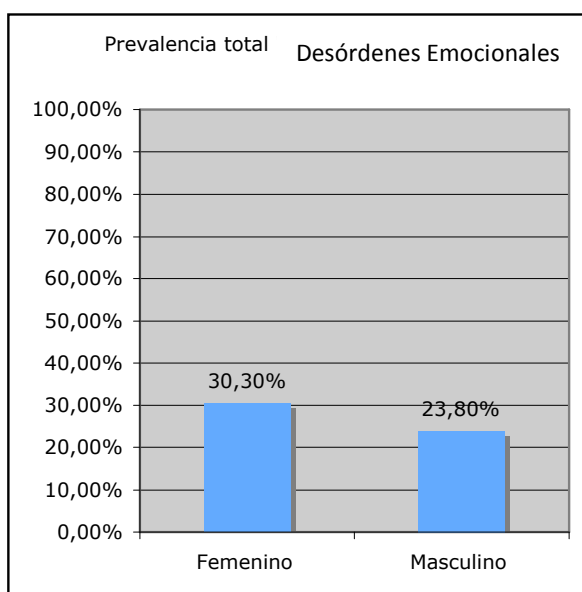


Gráfico 8: Gráfico comparativo de la Prevalencia de trastornos emocionales según género.

En el gráfico 8 se demuestra que en este estudio el género femenino presenta una mayor prevalencia de trastornos emocionales.

DÉFICIT ATENCIONAL E HIPERACTIVIDAD			
Sexo	RIESGO BAJO	RIESGO MODERADO	TOTAL
FEMENINO	55	11	66
Row %	83.3	16.7	100.0
Col %	44.7	47.8	45.2
MASCULINO	68	12	80
Row %	85.0	15.0	100.0
Col %	55.3	52.2	54.8
TOTAL	123	23	146
Row %	84.2	15.8	100.0
Col %	100.0	100.0	100.0

Tabla 1.11: Trastorno de déficit atencional el hiperactividad según genero

El riesgo en mujeres de presentar trastornos de déficit atencional el hiperactividad son en su mayoría bajo, con un 83.3%, se puede llegar a la conclusión que el presentar hiperactividad no es común para este grupo de estudio.

El riesgo de presentar trastornos de hiperactividad y concentración en hombres es en su mayoría bajo, con un 85.0%. El 15% de los hombres presentan riesgo moderado de presentar estos trastornos.

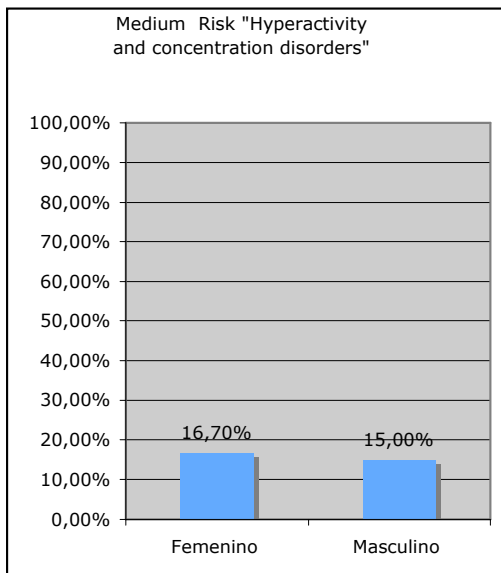


Grafico 9: Grafico comparativo de la Prevalencia de riesgo moderado de trastornos de déficit atencional según género.

En el gráfico 9 se demuestra tanto el que el género femenino como el masculino presentan porcentajes muy similares de trastornos de concentración e hiperactividad.

PUNTAJE DE IMPACTO EN EL PACIENTE					
Sexo	ALTO	LIGERAMENTE AUMENTADO	CERCANO AL PROMEDIO	MUY ALTO	TOTAL
FEMENINO	7	27	30	2	66
Row %	10.6	40.9	45.5	3.0	100.0
Col %	35.0	39.1	56.6	50.0	45.2
MASCULINO	13	42	23	2	80
Row %	16.3	52.5	28.8	2.5	100.0
Col %	65.0	60.9	43.4	50.0	54.8
TOTAL	20	69	53	4	146
Row %	13.7	47.3	36.3	2.7	100.0
Col %	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Tabla 1.12: Impacto de la enfermedad en pacientes según género.

En la tabla 1.12 se observa que el 45.5% de los pacientes del sexo femenino presentaron un puntaje de impacto cercano al promedio. Sin embargo el 40.9% de los pacientes presentaron un ligero aumento en el puntaje. El 10.6% de los pacientes presentaron un gran impacto, y el 3% un impacto muy elevado en sus vidas.

Se observa que a diferencia del sexo femenino, la mayoría (52,5%) de los pacientes del sexo masculino presentaron un ligero aumento en el puntaje de impacto en las vidas del paciente. El 28.8% de los pacientes resultaron tener un puntaje de impacto cercano al promedio. El 16.3% de los pacientes presentaron un gran impacto, y el 2.5% tienen impacto muy elevado de éstas dificultades en su vida.

IMPACTO EN LA FAMILIA					
Sexo	MODERADO	PEQUEÑO	NO	GRANDE	TOTAL
FEMENINO	6	13	41	6	66
Row %	9.1	19.7	62.1	9.1	100.0
Col %	33.3	50.0	46.6	42.9	45.2
MASCULINO	12	13	47	8	80
Row %	15.0	16.3	58.8	10.0	100.0
Col %	66.7	50.0	53.4	57.1	54.8
TOTAL	18	26	88	14	146
Row %	12.3	17.8	60.3	9.6	100.0
Col %	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Tabla 1.13: Impacto de la enfermedad en las familias de pacientes según género.

La tabla 1.13 representa el impacto de la enfermedad sobre las familias de los pacientes según género. Se puede observar que la mayoría de pacientes del sexo femenino

(62.1%) sienten que los trastornos “no” son una carga para la familia. El 19,7% de los pacientes afirman los trastornos representan una “pequeña carga” para la familia. Sumados el 18.2% de los pacientes creen que representa una carga “moderada” o “importante” (9.1% cada uno).

Se puede observar que la mayoría de pacientes del sexo masculino (58.8%) sienten que los trastornos “no” son una carga para la familia. El 16.3% de los pacientes afirman los trastornos representan una “pequeña carga” para la familia, mientras que el 15% refieren que es una carga “moderada”. El restante 10% de los pacientes creen que estas dificultades representan una carga “muy importante” para la familia.

Análisis según grupos de edades.

CUALQUIER DIAGNÓSTICO				
Grupos Edades	RIESGO ALTO	RIESGO BAJO	RIESGO MODERADO	TOTAL
Adolescentes	15	30	10	55
Row %	27.3	54.5	18.2	100.0
Col %	45.5	46.2	20.8	37.7
Escolar	18	30	27	75
Row %	24.0	40.0	36.0	100.0
Col %	54.5	46.2	56.3	51.4
Pre-Escolar	0	5	11	16
Row %	0.0	31.3	68.8	100.0
Col %	0.0	7.7	22.9	11.0
TOTAL	33	65	48	146
Row %	22.6	44.5	32.9	100.0
Col %	100.0	100.0	100.0	100.0

Tabla 1.14: Posibilidad de presentar cualquier diagnóstico o dificultad en el área de salud mental según grupos de edades.

La tabla ilustrada anteriormente (Tabla 1.14) representa las posibilidades de los pacientes de presentar cualquier diagnóstico o dificultad en el área de salud mental según el grupo de edades. Se puede observar que los pacientes más pequeños de edad preescolar (3-4 años) presentan en su mayoría (68.8%) riesgo moderado para presentar cualquier diagnóstico, y por otro lado un 31.3% presentan riesgo bajo.

El 40% de los pacientes de edades escolares (5-12 años) presentan riesgo bajo de presentar cualquier diagnóstico a futuro. Sin embargo el 60% del grupo escolar tuvo entre riesgo moderado y riesgo alto de presentar estas dificultades (36% + 24% respectivamente).

El 54.5% de los pacientes adolescentes (12-18 años) presentan riesgo bajo de presentar cualquier diagnóstico o dificultad dentro del área de salud mental. Es importante notar que un 27,3% (15 pacientes) de los adolescentes tienen riesgo alto de presentar éstos trastornos. El 18,2% restantes de los adolescentes presenta riesgo moderado.

DESÓRDENES EMOCIONALES				
Grupos de edades	RIESGO ALTO	RIESGO BAJO	RIEASGO MODERADO	TOTAL
Adolescentes	6	37	12	55
Row %	10.9	67.3	21.8	100.0
Col %	42.9	34.9	48.0	37.7
Escolar	8	55	12	75
Row %	10.7	73.3	16.0	100.0
Col %	57.1	51.9	48.0	51.4
Pre-escolar	0	14	1	16
Row %	0.0	87.5	6.3	100.0
Col %	0.0	13.2	4.0	11.0
TOTAL	14	106	25	146
Row %	9.6	72.6	17.1	100.0
Col %	100.0	100.0	100.0	100.0

Tabla 1.15: Posibilidad de presentar desórdenes emocionales según grupos de edades.

La tabla 1.15 representa las posibilidades de presentar desórdenes o trastornos de afecto, según los grupos de edades. Se puede observar que casi todos los pacientes de edad preescolar (3-4 años) presentan riesgo bajo de presentar desórdenes emocionales (87,5%). El restante 6.3% presentan riesgo moderado. No existen pacientes con riesgo alto.

En el grupo de edades escolares (5-12 años), igualmente la mayoría de pacientes (73.3%) presentan riesgo bajo de tener trastornos emocionales. El 16% presenta riesgo moderado, y el restante 10.7% (6 pacientes) presentan riesgo alto.

Dificultades en el área de Salud Mental

ERROR: syntaxerror
OFFENDING COMMAND: --nostringval--

STACK:

1007
10370
9