
Revisión Clínica

REVISION PAIDO PSIQUIATRICA EN PACIENTES ONCOLOGICOS

Autores: M^a ROSA PASSOLS ARDEVOL
JEANNETTE BREET VELT DELGADO
Dr. BERNARDO OLIVA CERVERA
Dr. JOSÉ TOMÁS VILALTELLA

LUGAR: Servicio de Psiquiatría Infantil de la Clínica Infantil de la Seguridad Social de Barcelona. Prof. Angel Ballabriga.

Fecha: Septiembre/ 82
DOMICILIO: Bruch, 136 - Barcelona-37

El presente estudio evalúa la evolución de enfermos procedentes del Servicio de Oncología. El motivo es ver la trascendencia de un diagnóstico grave y de un tratamiento quirúrgico o no, pero en cualquier caso vivido de forma invalidante por los familiares y el propio enfermo. Se considerarán las repercusiones de ello a nivel familiar, social y escolar. Se infiere concepto teórico de Calidad de Vida que ha sido una de las motivaciones secundarias y viene definido de acuerdo con los siguientes items:

- Sexo
- Edad
- Cociente intelectual
- Retraso escolar
- Adaptación social
- Adaptación familiar
- Problemas de comportamiento
- Motricidad
- Lenguaje
- Alteraciones gnóxico-práxicas
- Número de hermanos. Fratria
- Procedencia rural o urbana
- Nivel socioeconómico
- Conciencia de muerte niños
- Conciencia de muerte padres
- Aspecto físico
- Mutilación o amputación
- Diagnóstico precoz
- Duración del tratamiento
- Irradiación no quirúrgica
- Quirúrgico
- Futuros proyectos
- Patología psíquica familiar

Se han estudiado 12 niños (6 varones y 6 hembras) comprendidos entre los límites de edad de 3 a 15 años, cuyo número de hermanos incluyendo el sujeto estudiado es de 2 a 4, a excepción de 1 que tiene 7 hermanos. Tres de ellos son de procedencia rural y el resto de procedencia urbana, siendo el nivel socioeconómico entre medio y bajo. Se administraron las siguientes pruebas:

AREA INTELLECTUAL Y PERCEPTIVA

- Escala de inteligencia de Wechsler para niños (4)
- Figura de Rey

AREA DE LA PERSONALIDAD

- H.T.P.
- Familia (7) CORMAN
- Entrevista dinámica (padres - niños)
- Test de autovaloración

Según las edades y la problemática específica de cada niño se aplicaron pruebas como: Raven (inteligencia), Reversal (maduración del aprendizaje de lecto-escritura), pruebas de lateralidad, motricidad de personalidad (como el CAT-A y Pata Negra) y de orientación profesional (Küder). (2)

Del estudio de la confluencia de datos y de la corrección de las diferentes pruebas hemos obtenido los siguientes resultados:

- **Diagnóstico precoz:** Se detectó la patología orgánica en las edades comprendidas desde 1 más de vida hasta los 11 años, estando la muestra repartida de la siguiente manera:

4 sujetos : 1 más a 4 años
 5 sujetos : 5 años a 7 años
 2 sujetos : 9 años a 11 años

- Cociente intelectual

- CI superior (144) : 1 sujeto
- CI medio (de 81 a 112) : 9 sujetos
- CI inferior (73) : 2 sujetos

- Retraso escolar

- 1 curso adelantado : 2 sujetos
- escolaridad normal : 2 sujetos
- algunos suspensos : 3 sujetos
- 1 curso repetido : 2 sujetos
- repite curso y mal : 3 sujetos

- Lenguaje:		- Conciencia de muerte en los padres	
- Ningún problema	: 8	- No existe	: 3
- retraso leve	: 1	- Si existe	: 9
- Perturbaciones importantes	: 3		
		- Aspecto físico	
- Motricidad (12)		- Cicatrices no visuales	: 2
- No alteraciones	: 5	- Otros trastornos	: 1
- Tics	: 2	- Trastornos de la marcha	: 2
- Incoordinación leve	: 1	- Alteraciones cara y pelo	: 2
- Incoordinación media	: 1	- Amputaciones	: 2
- Incoordinación grave	: 4	- Amputaciones graves	: 3
		- Futuros proyectos	
- Alteraciones gnóxico-práxicas (6)		- No existen	: 3
- No existen	: 8	- Si existen	: 9
- Si existen	: 4		
		- Duración tratamiento	
- Problemas de comportamiento		- 1 a - 1 a 1/2	- 7
- No existen	: 1	- 2 a -3 a	- 4
- Si existen	: 11	- 7 a	- 1
		- Irradiación	
- Adaptación social		- No existe	: 9
- Tienen amigos en el colegio		- Si existe	: 9
y fuera de él	: 2		
- Tienen amigos sólo en		- Intervención quirúrgica	
el colegio	: 1	- No existe	: 1
- Tienen muy pocos amigos	: 2	- Si existe	: 11
- Rechazo manifiesto	: 5		
		- Porcentaje de supervivencia	
- Patología familiar		- 30-50%	- 6
- No existe	: 11	- 70-80%	- 4
- Si existe	: 1	- 90%	- 2
- Adaptación familiar			
- Normal	: 2		
- Rivalidad fraterna	: 1		
- Mala relación con el padre	: 1		
- Mala relación con la madre	: 4		
- Rechazo claro con los padres	: 1		
- Situación de abandono	: 3		
- Conciencia de muerte en el niño			
- No existe	: 5		
- Si existe	: 7		

Los estudios realizados señalaron que estos pacientes provenían, en general, de familias urbanas caracterizados por un medio bajo nivel socioeconómicos; con edades comprendidas entre 3 años y 15 años, teniendo la mayoría de ellos de 2 a 4 hermanos. Han sido estudiados 6 varones y 6 hembras. En cuanto a ocupaciones, están todos ellos en la edad escolar. El cociente intelectual osciló en un rango de promedio normal, de acuerdo con la Escala de Inteligencia Wechsler para niños.

Con respecto a la escolaridad de estos niños se ha observado que hay una gran variabilidad en cuanto a buen o mal rendimiento escolar.

La mayoría de estos niños no presentan ningún problema en el área del lenguaje, aspecto que fue observando en el Wisc y en pruebas de lecto-escritura.

Referente a la motricidad, explorado en las pruebas de Picq y Vayer, hay diversidad de resultados.

En la mayor parte de los casos estudiados no se observaron, alteraciones gnóxico-práxicas, lo cual ha sido comprobado en la fig. de Rey.

La inmensa mayoría de estos sujetos presentan problemas de comportamiento. Sin embargo, en cuanto a la adaptación social, es muy variable la capacidad de integración de estos niños con su medio, lo mismo sucede respecto a la adaptación familiar. Un gran número de padres tienen conciencia de muerte, al igual que los sujetos estudiados, sin embargo, estos últimos en menor número. (9)

A excepción de unos pocos niños, la mayoría de ellos tienen futuros proyectos: proseguir la escolaridad, o en el caso de los más mayores, proseguir una orientación profesional o técnica.

Todos estos datos han sido obtenidos en las pruebas proyectivas administradas: H.T.P., Familia, entrevistas dinámica (padre-niño) y test de autovaloración. (7-1)

La inmensa mayoría de estos sujetos no presentan antecedentes patológicos familiares.

La edad en que se detectó la enfermedad fue muy variable, desde los pocos meses hasta los 10 años 1/2, siendo el tratamiento de una duración de 1 a 3 años en general. A excepción de un niño todos los demás han sido intervenidos quirúrgicamente, habiéndoles sido aplicado a la mayoría de ellos radioterapia.

El pronóstico de supervivencia facilitado por el Departamento de Oncología de esta Clínica Infantil, ha sido muy variado estando la mayoría de las veces por debajo del 50%.

Referente al aspecto físico se han observado grandes diferencias, según el lugar donde estuviera ubicado el tumor.

COMENTARIOS GRAFICAS

Se ha observado que la conciencia de muerte sólo existe en raros casos en los niños más pequeños. En los sujetos mayores ya recuperados tampoco aparece. En relación con los padres tienen conciencia de muerte según la gravedad del caso.

Casualmente los sujetos de procedencia rural coinciden con los niños de mayor edad; la procedencia rural o urbana no influye en la adaptación social y familiar del niño.

El único sujeto que no presenta ningún tipo de problemática de personalidad de adaptación social y familiar se halla totalmente recuperado y tiene un aspecto físico normal.

Relativo a los futuros proyectos sólo los tienen aquellos niños cuya evolución médica es favorable, habiendo 3 de ellos que por la gravedad del caso no piensan más que en el presente, tienen una adaptación familiar y social negativa.

Se ha observado que en las familiar de un nivel socio-económico bajo, los niños tienen una menor adaptación social y familiar.

El número de hermanos no tiene una influencia en la adaptación familiar.

Los niños con alteraciones en el lenguaje, tienen un cociente intelectual más bajo, presentan una mala adaptación social y en algunos se observan problemas motrices.

El retraso escolar no existe en los

niños pequeños puesto que todavía están en parvulario y el nivel de exigencia es menor, sin embargo en el resto de los niños hay una problemática escolar evidente.

Los dos únicos niños que tienen un cociente intelectual inferior a la media presentan retraso escolar. En el resto de los casos no hay una correlación entre el cociente intelectual y el retraso escolar.

No se han observado inadaptaciones sociales y familiares específicas en los niños con retraso escolar.

Los niños de bajo cociente intelectual presentan también alteraciones gnóxico-práxicas lo cual coincide en la mayoría de los casos con una problemática motriz.

El aspecto físico es una condicionante muy grande, repercutiendo negativamente en la adaptación socio-familiar. Correlaciona positivamente con problemas motrices.

Los niños con conciencia de muerte tienen una peor adaptación familiar y social.

CONCLUSIONES (3-8-10-13-14)

Es básica la gravedad y evolución del problema oncológico en relación con la adaptación socio-familiar de estos niños.

El aspecto físico, sobre todo las amputaciones y la alopecia secundaria, son un grave condicionante de problemas de personalidad y de adaptación socio-familiar.

Los retrasos escolares son una constante, lo que no nos sorprende, debido a que la enfermedad no les permite seguir una escolaridad conti-

nuada, motivado por un absentismo directo durante la fase de hospitalización en su momento agudo y posteriormente debido a las múltiples ausencias escolares que condiciona un tratamiento prolongado.

El hecho de que estos niños estén ingresados en el Hospital durante un cierto período de tiempo es otro factor que les causa problemáticas a nivel de personalidad y de relación socio-familiar, debido a que se les aparta de su medio ambiente habitual.

Se ha observado que los niños que presentan mayores problemáticas a nivel psicológico son los comprendidos dentro de las edades de 7 a 10 años, ya que es una edad en la que ven el problema, pero no son conscientes del mismo en su totalidad y sus necesidades efectivas dentro del medio familiar son mayores que en los niños de más edad. Sin embargo, en los menores de 7 años, la capacidad de asumir la muerte en toda su dimensión no es posible, y debido a que todavía no existe un compromiso extrafamiliar tanto social como escolar el internamiento no adquiere una relevancia tan lesiva como en niños de mayor edad. La conciencia de muerte está totalmente vinculada a la evolución del problema y a la edad de los niños, ya que los más pequeños no comprenden su situación.

Todos los niños durante su ingreso en el hospital y el período de recuperación de la enfermedad, presentan problemática comportamental, ya que se altera su ritmo de vida y ello es una constante de mayores exigencias afectivas, las cuales, en ocasiones, son difícilmente satisfechas.

En la relación a los futuros proyectos, es evidente que están en función de la gravedad del problema, ya que si el pronóstico es muy desfavorable, constituye un impedimento para pensar en un futuro.

CALIDAD DE VIDA

Se intenta definir el concepto de calidad de vida en base a una pérdida conceptual de los siguientes conceptos:

- retraso escolar global
- adaptación social
- adaptación familiar
- problemas de comportamiento
- motricidad
- alteraciones gnóxico-práxicas
- lenguaje
- fratria
- conciencia de muerte del niño
- conciencia de muerte de los padres
- aspecto físico
- diagnóstico precoz
- duración del tratamiento
- irradiación
- tratamiento quirúrgico
- existencia de futuros proyectos
- patología psiquiátrica familiar

El **retraso escolar global** presenta un deterioro del 24,2%, oscilando los casos individuales considerados desde un 50% en dos ocasiones hasta un 100% en una ocasión. Anotar que hay dos casos en que debido a los límites de edad, tanto por arriba como por abajo, no se ha podido valorar dicho parámetro como es debido.

En cuanto a QI global evaluado mediante pruebas de WISC y el NEMI en edades inferiores obtenemos que el QI medio es de 96,5 siendo las notas médicas para verbal y performance de 94,6 en el primer caso y de 100 el segundo. Es interesante notar que existen decalajes notables en seis casos, cuatro de ellos a favor del performance y dos de ellos a favor del verbal, siendo porcentualmente consideradas ambas desviaciones de una magnitud semejante 17-18 puntos.

En cuanto a **adaptación social** el puntaje obtenido en los casos estu-

diados es de 66, lo que arrojan un déficit del 34%.

En cuanto a la **adaptación familiar** el puntaje obtenido en la totalidad de los casos estudiados es de 87 lo que corresponde porcentualmente a un indicativo de déficit de 28%.

Considerados los casos aisladamente observamos que hay 3 casos en la valoración mínima y solamente 2 en la máxima.

Considerando globalmente estos 3 elementos anteriormente reseñados, vemos que de una forma global el mayor déficit viene señalado por la adaptación social con un 34% siendo los valores correspondientes a retardo escolar y adaptación familiar bastante parejos y aunque igualmente significativos no adquieren la preponderancia del fallo en adaptación social que a la vista de los resultados obtenidos debe ser uno de los objetivos primordiales en cuanto a la rehabilitación de estos pacientes.

Es muy difícil cuantificar la columna correspondiente a **problemas de comportamiento**, lo que hemos querido significar, tanto en la gráfica como aquí mismo, no ha sido la significancia específica de cada caso, sino la existencia simple o no de tal dato. En concreto, domina la existencia de dichos trastornos de **comportamiento**, en el 90% de los casos, dato que valoramos en relación con el anteriormente citado de adaptación social.

MOTRICIDAD (12)

El valor obtenido globalmente nos indica un déficit del 26%, haciendo notar a este respecto que existen pocos puntajes intermedios, siendo los casos afectos o no de dicha alteración en grados manifiestos o muy ligeros.

Paralelamente, en lenguaje, y considerando dichos parámetros interrela-

cionados, obtenemos un puntaje que indica un déficit global de solamente el 9%, pues, desglosando el % anteriormente valorado en cuanto a motricidad, al incidir en niños de edades superiores, no afecta de forma decisiva como lo haría si la muestra se compusiese de un mayor grupo de niños menores, niños en época de estructuración simbólica del lenguaje.

Alteraciones gnóxico-práxicas (2)

Se encuentran en un % masivo, el 50% de los casos. Porcentaje que en realidad no es tan absolutamente valorable, pues incluye los casos correspondientes a los QI más bajos, pero a pesar de ello representa una significancia de alrededor del 30% una vez depistado dicho artefacto.

En cuanto a la **fratria**, aunque somos conscientes de su difícil tabulación anotamos que no tenemos ningún caso de hijo único, estando afectos de manera preponderante los primogénitos, oscilando la familia en un promedio de 2'7 hijos y siendo la prevalencia del primogénito en un 50% de los casos.

Referente a la procedencia rural o urbana, se observa que un 25% son de procedencia rural, siendo el resto de procedencia urbana. Este factor, juntamente con el que le sigue, el nivel socio-económico, son elementos modificados a priori por las características de la muestra hospitalaria y no realmente significativas.

Conciencia de muerte

Hemos intentado establecer una diferenciación entre la conciencia de muerte experimentada por el propio paciente y la correspondiente por la propia familia. Globalmente considerado existe conciencia de muerte en el 75% de los casos. Especificando que

existe conciencia de muerte en ambos casos a la vez obtenemos un 58%, siendo como es natural la diferencia de este 17% a cargo de los casos en que existe conciencia de muerte por parte de la familia e ignorancia por parte del enfermo. Ellos nos llevaría a considerar valores deontológicos respecto a la información esplicita o tácita en cuanto al pronóstico que se transmite a la familia y en cuanto a la actitud del personal tratante respecto al niño, pues si consideramos paralelamente este dato a los % de supervivencia nos daremos cuenta que, salvo en diagnósticos precisos, el caso en concreto viene sobrecargado por una angustia innecesaria y contraproducente.

Vamos a considerar parcialmente cada uno de los items que conforman el término tan discutido y discutible de calidad de vida. Hacemos notar que algunos de estos aspectos no son definitivos y dependen del momento evolutivo de la enfermedad y más diría aún del momento del tratamiento.

En cuanto al **aspecto físico**, la puntuación obtenida indica un déficit del 34%, haciendo notar que existen pocos casos límites y sí, en cambio, mayoría de casos con afectaciones ligeras. Ya se especifica en la gráfica del método de valoración.

Referente al **diagnóstico precoz**, en estos casos contemplados en el presente estudio la edad media es de 4 años 7 meses, siendo los casos límites de 25 días y de 10 años 6 meses.

En cuanto a **duración del tratamiento** su duración oscila alrededor de 22'3 meses, variando salvo obito en una duración mínima de 8 meses y máxima de 7 años. En cualquier caso retengamos la cifra de 2 años como promedio lo que explica la existencia de trastornos en el área social y familiar del niño y la necesidad de tener presente su

escolaridad a fin de no añadir problemas al ya abigarrado cuadro.

No se ha practicado irradiación en un 25% de los casos. Dato que no consideramos en el presente estudio de carácter psicológicos-psiquiátrico por no depender ni variar el cuadro psicológico, al menos en cuanto selección a priori. Se ha efectuado **tratamiento quirúrgico** en la inmensa mayoría de los casos, siendo en algunas de ellos en más de una ocasión.

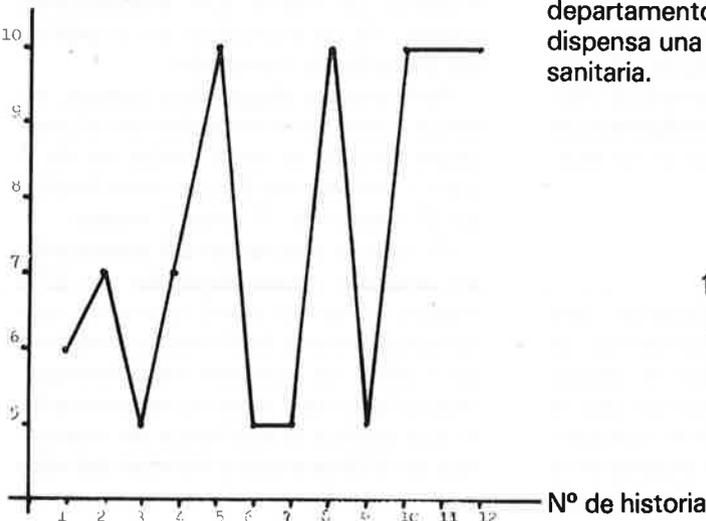
En cuanto a la **existencia de futuros proyectos**, con toda la selectividad que dicho concepto entraña, hemos podido constatar que existen en el 75% de los casos, siendo las negatividades correspondientes en algunos casos a los pacientes de menor edad. El último dato que refleja la existencia de **patología psiquiátrica familiar**, previa o secundaria, denota muy poca significancia, pues solamente se ha podido evaluar un caso con un cuadro psiquiátrico valable por demás netamente reactivo.

FUTURAS RECOMENDACIONES (1)

No nos cansaremos de decir la imperiosa necesidad de realizar un diagnóstico lo más precoz posible y de reducir al mínimo indispensable el tiempo de hospitalización.

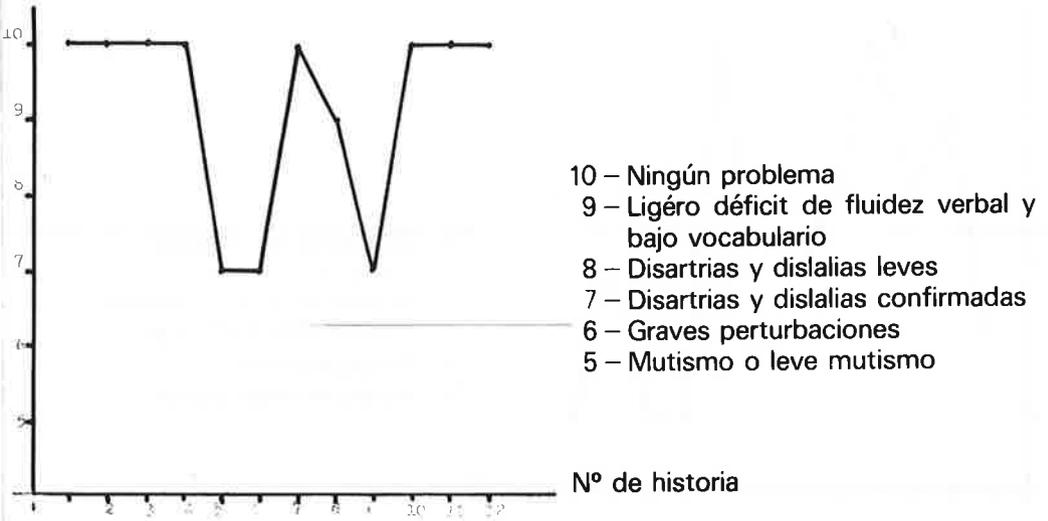
El crear un clima a la vez que afectivo estructurado durante este período y en el personal sanitario a todos los niveles que atiende al niño es otra de las recomendaciones motivadas por el presente estudio. En los niños que ya han accedido a una edad escolar es deseable tener en cuenta la necesidad de una socialización e incluso la necesidad de acudir a soluciones ortopédicas, estéticas, etc. que mejoren en todo lo posible tanto la imagen social del sujeto como que favorezcan la introyección de una propia imagen lo más satisfactoria posible. Es difícil evitar la dramatización, a veces incluso grotesca, y es preciso que el departamento de Oncología tenga una calificación intrahospitalaria parangonable a la de cualquier otro departamento; queremos decir con ello que un proceso oncológico no debe estar cargado per sé de una gravedad inexorable y que sea conceptualizado algunas de las veces como un departamento terminal en el que se dispensa una asistencia más social que sanitaria.

MOTRICIDAD

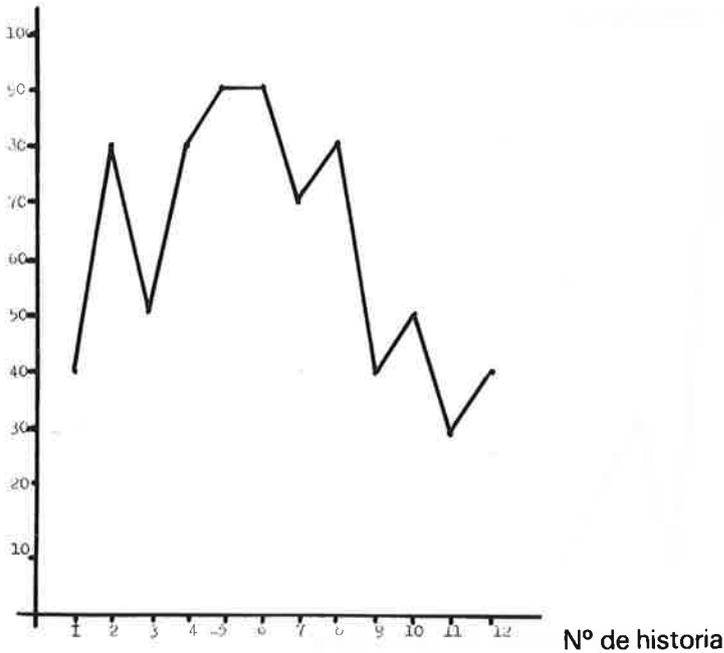


- 10 – Normalidad
- 9 – Torpeza motriz
- 8 – Dislateralidad
- 7 – Tics
- 6 – Incoordinación
- 5 – Incoordinación grave

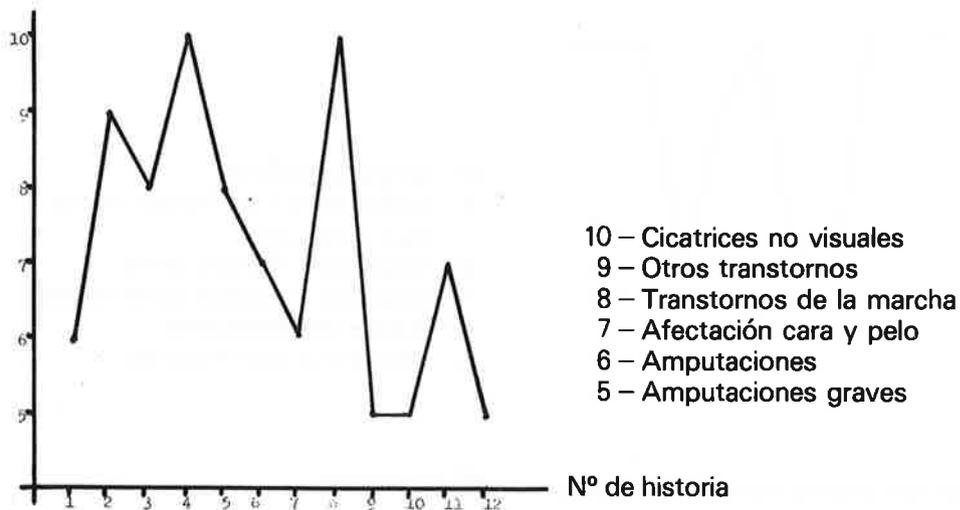
LENGUAJE



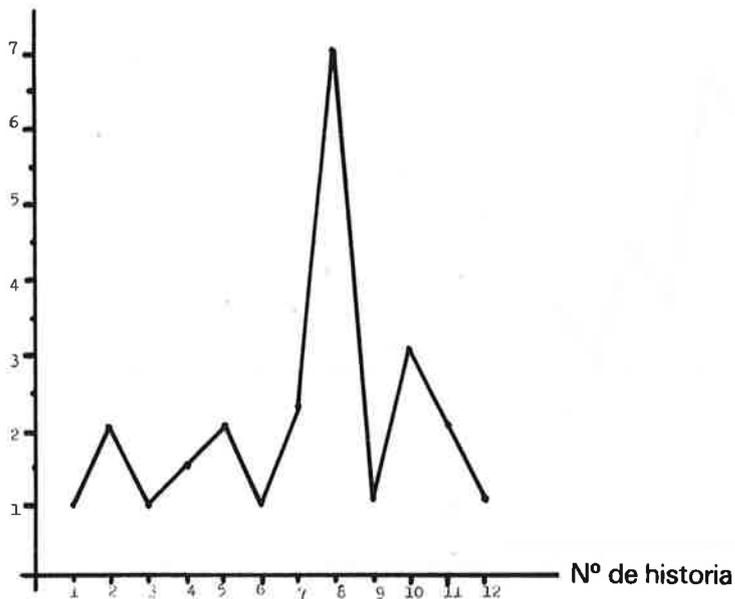
% de supervivencia



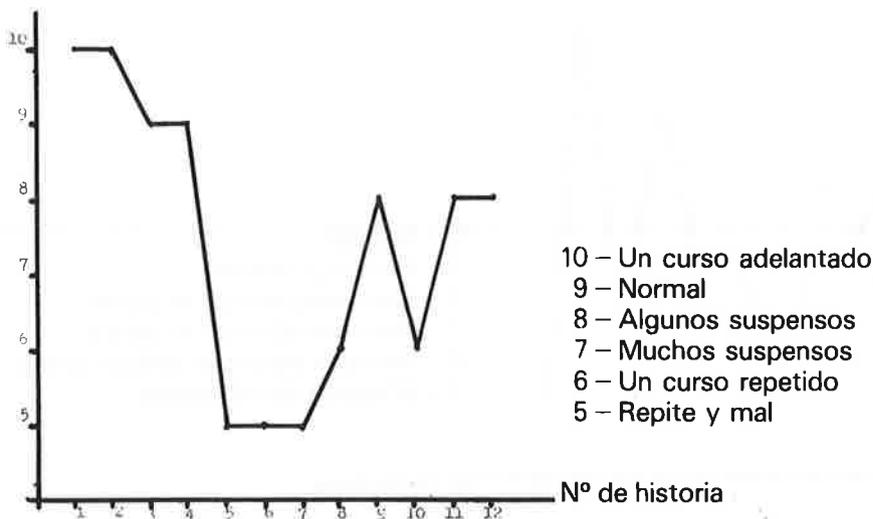
ASPECTO FISICO



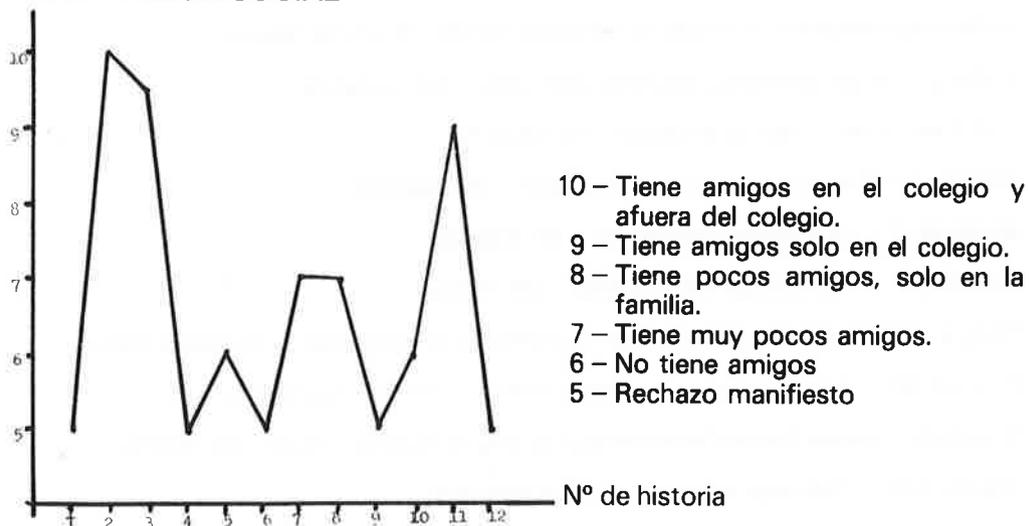
DURACION DEL TRATAMIENTO (AÑOS)



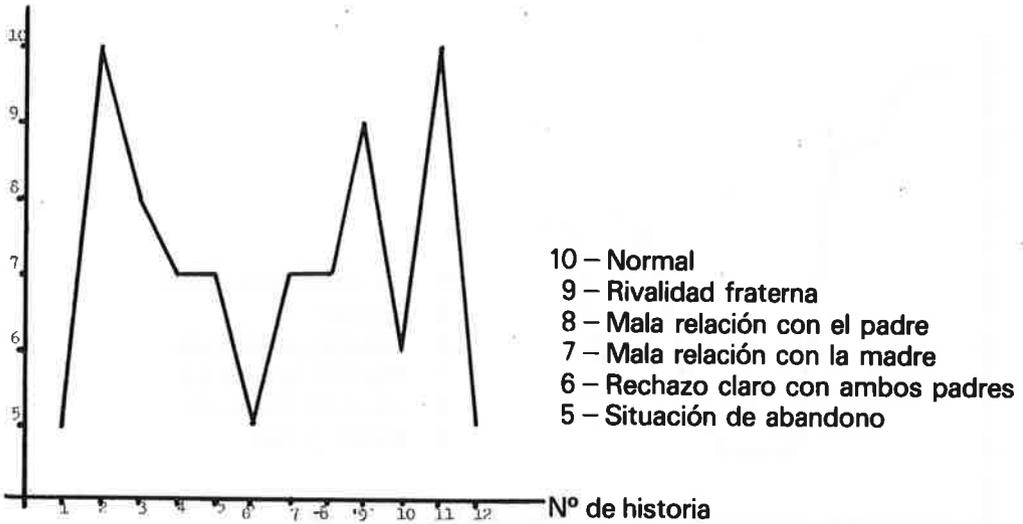
RETRASO ESCOLAR



ADAPTACION SOCIAL



ADAPTACION FAMILIAR



BIBLIOGRAFIA

- AJURIAGUERRA - "Manual de Psiquiatría Infantil" - Ed. Torray-Mason.
- BOURGÈS. S. - "Test para el psicodiagnóstico infantil" - Ed. Cincel Kapelusz.
- BUSCHKE PARKER - "Radiation therapi in cancer manegement" - Ed. Guna and Statton.
- GLASSER-ZIMMERMAN - "WISC interpretación clínica de la escala de inteligencia de Wechsler para niños" - Ed. Tea.
- RATIOT-ALPHANDERY - "Tratado de psicología del niño" (6 vol.) Ed. Morata.
- KOPPITZ - "El test gúestáltico visomotor para niños" - Ed. guadalupe.
- LUIS FONT, J. M. - "Test de la familia" - Ed. Oikos Tau.
- ICHAEL, P. - "Tumors of infancy and childhood" - Ed. Lippincott.
- NAHOUM, C - "La entrevista psicológica" - Ed. Kapelusz
- NODERM, N - "Radiotherapy and oncology" - Ed. Deeley.
- PAIN, S - "Diagnóstico y tratamiento de los problemas de aprendizaje" - Ed. Nueva Visión.
- PICQ VAYER - "Edición psicomotriz y retraso mental" - Ed. Científico Médica.
- SULLIVAN - "Clinical Cancer Chemotherapy Including Ambulatory Infusión - Ed. Thomas.
- WILLIS, R. D. - "Pathology of tumors" - Ed. Butterworths.