

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

**“SINTOMATOLOGÍA DE TRASTORNOS
ANSIOSO-DEPRESIVOS EN PADRES DE
PACIENTES PEDIÁTRICOS
HOSPITALIZADOS”**

**DENNIS ROBERTO CUEVAS MORALES
MEDICO Y CIRUJANO**

GUATEMALA, AGOSTO DE 2002

**“SINTOMATOLOGÍA DE TRASTORNOS ANSIOSO-
DEPRESIVOS EN PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS
HOSPITALIZADOS”**

**DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA, HOSPITAL GENERAL
SAN JUAN DE DIOS MAYO JUNIO 2002, GUATEMALA.**

INDICE DE CONTENIDO

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	3
III.	JUSTIFICACIÓN	5
IV.	OBJETIVOS	7
V.	REVISIÓN BIBLIOGRAFICA	8
VI.	MATERIAL Y METODOS	23
VII.	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	29
VIII.	ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	37
IX.	CONCLUSIONES	40
X.	RECOMENDACIONES	42
XI.	RESUMEN	44
XII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	46
XIII.	ANEXOS	50

I. INTRODUCCION

La depresión y la ansiedad son 2 de los trastornos psiquiátricos más comunes y menos diagnosticados. Abarcan aproximadamente un 10-12% de la población total, predominando en el genero femenino y llegando aproximadamente a un 15% de suicidio en quienes los padecen en una intensidad severa.

En Guatemala no se cuenta con datos relacionados con estos trastornos, menos aun en el grupo de personas familiares de pacientes hospitalarios. Dentro de este grupo los familiares directos (padres) forman una parte importantísima cuando el hospitalizado es un niño, a consecuencia de lo valioso que es el vinculo afectivo que le brinda al niño la seguridad y adaptabilidad a las situaciones de estrés y principalmente a su tratamiento para curación.

No se conoce del comportamiento epidemiológico que presentan intrahospitalariamente la depresión o la ansiedad.

Por ser de mayor importancia el estado emocional de los padres para la adecuada evolución satisfactoria de el niño hospitalizado se decidió que el presente estudio se realizara con este grupo.

Este estudio es de tipo descriptivo realizado en 67 parejas de padres que tenían a un hijo hospitalizado en las diferentes salas de encamamiento del depto, de pediatría del Hospital General San Juan de Dios.

Los datos fueron obtenidos por medio de la aplicación de las escalas de medición para depresión y ansiedad de Hamilton, a ambos padres, en los servicios de encamamiento, estratificando la muestra de acuerdo a la población atendida por cada servicio anualmente.

Los hallazgos muestran la importancia que se le debe de dar a este grupo de personas ya que por cada persona afectada, se puede ver incrementado el

riesgo para el total de su familia y principalmente el hijo hospitalizado quien necesita el apoyo y seguridad proporcionado por sus padres.

Del total de entrevistados solo menos del 5% estuvo libre de manifestar sintomatología de estos trastornos y un 72% manifestó sintomatología compatible con síntomas moderados a severos.

Es por ello importante que de acuerdo a lo encontrado en este estudio, se tome en cuenta a los padres de los niños hospitalizados al momento de prestársele atención medica a su hijo y poderlos considerar un apoyo tangible para la recuperación del paciente y no un obstáculo oculto y desconocido para el personal medico-asistencial.

También de igual importancia es el poder implementar las recomendaciones propuestas, así como la creación del equipo multidisciplinario que atienda esta situación en el departamento de pediatría del hospital, cuyo objetivo principal sea el de mejorar la atención y hacerla más integral y humana para la atención de pacientes pediátricos.

II. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA:

La Ansiedad y la Depresión son trastornos que pueden desarrollar enfermedad incapacitante en quien la padezca. Constituyen los trastornos psiquiátricos más comunes y poco diagnosticados por considerarse como de poca importancia o no saberla diagnosticar. (4,18,22) Estos trastornos pueden empeorar el estado de salud de aquellos que padecen enfermedad, principalmente si de carácter crónico. (18) Las personas que los padecen no logran detectarla hasta que se manifiesta por trastornos somáticos o por empeoramiento de enfermedades concomitantes, afectándolos sin estar conscientes de ello.

Son muchas las circunstancias que desencadenan este tipo de situaciones. Su aparición variará dependiendo de la capacidad de respuesta de cada persona y la intensidad con que se presenten sobre ella. Dentro de estas se encuentran, los denominados estresores psicosociales como: mudanzas, cambio de actividad, presentar un examen, un nuevo empleo, separación de alguien querido, hospitalización de un familiar o de la propia persona y es aquí en donde se centra el problema, ya que al momento de la hospitalización de un hijo cada uno de los padres siente la separación de uno de los seres más queridos que tiene, se limita su tiempo con el niño, también el contacto con él, y aparece el miedo de que su hijo reciba malos tratos. (8)

La depresión tanto como la ansiedad, se manifiestan por características conductuales y afectivas como: tristeza excesiva, desesperanza, vacío interior, autoestima disminuida, manifestaciones físicas consecuentes, como lo son: agitación, sudoración, alteraciones gastrointestinales, urinarias, y nerviosas. (21,22)

La causa específica que desarrolla el aparecimiento de estos trastornos es desconocida. En ocasiones no se encuentra razón aparente para su aparecimiento. Como teoría más aceptada esta la existencia de predisposición

hereditaria (biológica y genética), asociada a estresores ambientales los cuales, condicionan el apareamiento de depresión y/o ansiedad. (3,18)

Estos condicionantes afectan de diferente forma a cada persona, dependiendo de la capacidad de respuesta de cada una. Los padres en general se encuentran bajo la necesidad de brindar la protección a sus hijos y mantenerlos bien (solo esto los coloca en stress diario, ya que deben conseguir las necesidades básicas de su familia) si se agrega que uno de los hijos sea hospitalizado por cierta causa, él padre o la madre verá aumentados los estresores que le afectan, situándolo(a) como vulnerable de padecer este tipo de trastornos mentales.

En este estudio se estableció la intensidad de los síntomas provocados por estos trastornos (Por medio de la aplicación de las escalas de medición de depresión y de ansiedad, ambas de Hamilton, durante una entrevista semiestructurada), en los padres de los niños hospitalizados en el Hospital General San Juan de Dios. Siendo este uno de los 2 hospitales más grandes del país, se atiende a la población del área norte de la capital así como de los departamentos del país que la constituyen. Mensualmente se ingresan a los diferentes servicios de encamamiento un promedio de 250 a 300 pacientes, lo que significa que se tiene un número duplicado o mayor de personas adultas con vínculo paternal. Lo que condiciona a este gran grupo a sujetarse al apareamiento de depresión y/o ansiedad.

III. JUSTIFICACIÓN:

Los trastornos de ansiedad afectan del 5 al 10% de la población general, los trastornos depresivos entre 9 y 10%, aumentando de acuerdo a la intervención de factores estresantes ambientales y problemas psicosociales de cada persona, llevándola a manifestaciones somáticas graves e incluso la muerte (muchas veces suicidio), describiendo el CDC de Atlanta que un 15% de la población afectada cometerá suicidio cada año. (15,21,24) Se estima que durante un período de 1 año, 9.5% de la población (del total de adultos norteamericanos, 18.8 millones) sufrirán de un trastorno depresivo, no importando raza o edad o sexo. (22,24)

El costo económico es muy alto, el costo en salud humana no puede ser estimado y quien lo padezca tendrá una interferencia con su funcionamiento normal. Este padecimiento afecta al individuo tanto como a los que lo rodean, principalmente si existe un vínculo afectivo (familiares, pareja, etc.), en períodos graves de depresión puede destruirse el lazo familiar y a los familiares en sí. (22)

La hospitalización de un niño trae consigo una serie de consecuencias tanto para el niño como para sus padres, hermanos y demás familiares, pues lo que ocurre a alguno de la familia afecta a todos, lo cual es mayor cuando el afectado es un niño ya que su familia es la principal fuente de apoyo y seguridad. (5)

El tener un hijo enfermo que necesite hospitalización es también un golpe duro para los padres, quienes pueden desarrollar sentimientos de frustración, miedo, culpa o incapacidad para mantener la salud del niño, a consecuencia de su separación necesaria para obtener la salud.

Lo anterior significa una serie de cambios en la situación familiar (económica, social, emocional, etc.) que conlleva al desarrollo de manifestaciones de ansiedad y/o depresión en los padres, en virtud de ser ellos los encargados de

llevar adelante su familia, que los coloca en un predicamento al tener que hacerse cargo de su hijo así como de sí mismos, dejando esto último por un lado y colocándolos en una situación de vulnerabilidad alta con respecto de su salud física y mental. (10,19,20)

En tal sentido el presente estudio busco caracterizar el problema con el fin de aportar datos útiles para el desarrollo de medidas de prevención y apoyo a este grupo de padres vulnerables, por parte de un grupo multidisciplinario del ambiente hospitalario coordinado por el médico (ya que el médico debe ser integral, y aun más el pediatra pues es él quien al recibir un paciente también recibe a sus padres y es el encargado de la salud de estos).

IV. OBJETIVOS:

A. GENERAL:

Describir las características clínicas y epidemiológicas de depresión y ansiedad en los padres de niños internados en el departamento de pediatría del Hospital General San Juan de Dios.

B. ESPECIFICOS:

1. Cuantificar la incidencia de la sintomatología de depresión y ansiedad de los padres de niños hospitalizados.
2. Clasificar:
 - a) La sintomatología de Depresión y/o Ansiedad de la madre y el padre de acuerdo a la intensidad de la misma y al servicio en el cual se encuentra internado su hijo(a).
 - b) La sintomatología de Depresión y/o Ansiedad de la madre y el padre de acuerdo a la intensidad de la misma y al tiempo de hospitalización de su hijo.
 - c) La sintomatología de Depresión y/o Ansiedad de la madre y el padre de acuerdo a la intensidad de la misma y al puesto que ocupa el niño entre sus hermanos de acuerdo al orden de nacimiento.
3. Identificar el rango de edad y sexo, en el cual se presenta con más frecuencia cada uno de estos trastornos, en la población de estudio.

V. REVISIÓN BIBLIOGRAFICA:

A. TRASTORNO MENTAL

Se entiende por “todo aquel síndrome o patrón comportamental o psicológico de significancia clínica que aparece asociado a un malestar, incapacidad (deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad.”(3)

Este tipo de trastorno afecta en diversos momentos de la vida a la mayoría de las personas y la gravedad puede ir desde síntomas pasajeros hasta persistentes. Aparece sin significancia clínica hasta convertirse en una seria amenaza para la salud, si se torna persistente. Aparece en ocasiones sin causa aparente, afectando las funciones normales del individuo siendo, una importante afección necesaria de ser intervenida para evitar daños graves a la salud. (23)

1. Trastornos Afectivos:

Definidos como condiciones del estado de ánimo, sentimientos o emociones caracterizados por respuestas emocionales intensas e inapropiadas, prolongadas y persistentes con o sin distorsiones del pensamiento. (30)

Llamados trastornos del estado de ánimo, constituyen un grupo el cual actualmente afecta a gran parte de la población mundial, perturbando las relaciones sociales, personales y del rendimiento profesional, que puede desencadenar una hospitalización. (3)

B. DEPRESIÓN

1. definición:

Definida como “ Alteración de la conducta caracterizada por sentimientos de tristeza, desesperación o descorazonamiento, secundaria a una tragedia o pérdida personal o proporcional a la misma”. (30)

Se encuentra dentro de los trastornos psiquiátricos más comunes, poco diagnosticado y por ende, poco atendido. (18)

Los desórdenes depresivos afectan pensamientos, humor, sentimientos, conducta y salud física (el modo de alimentarse, dormir, autoestima y el concepto de vida en general) por lo que es importante reconocer que no es un simple estado de ánimo triste pasajero, ni señal de debilidad de una persona, ni mucho menos algo voluntario sino un trastorno generalizado que necesita atención adecuada y oportuna. (4,24)

2. Prevalencia:

Se estimó que durante un período de 1 año, 9.5% de la población (del total de adultos norteamericanos, 18.8 millones) sufrieron de un trastorno depresivo, no importando raza, edad o sexo(22,24) y que la prevalencia de depresión es aproximadamente de 3% en hombres y de 4 a 9 % en mujeres variando de acuerdo a edad y raza (3) por otra parte 5-12% de hombres y 10-20% de mujeres en los Estados Unidos, sufrirán un episodio de depresión mayor en algún momento de su vida. Aproximadamente la mitad de estos individuos se deprimirá más de una vez y un poco más del 10% experimentaran fases maníacas en adición con las depresivas. Cerca de un 15% de aquellos que padezcan de depresión cometerán suicidio cada año. (15) En 1996 el Centro de Control y Prevención de Enfermedades enlistó al suicidio en el noveno puesto de las primeras 10 causas de muerte en Estados Unidos, ya que fallecieron un total de 30,862 gentes de la población norteamericana. El diagnóstico dado a estos fallecimientos fue diferente a depresión, cuando esta correspondía como la causa básica. (15) La mujer es dos veces más susceptible debido a factores hormonales (ciclo menstrual, embarazo, período post-parto, pre-menopausia, menopausia), así como consecuencia de sus responsabilidades en casa, de su relación de pareja, hijos y padres. El hombre aparentemente es menos susceptible a la depresión

pero sucede que el hombre rechaza esta condición y la enmascara con actividades aceptadas socialmente (beber licor, fumar, trabajar extenuantemente), así también él medica no investiga la existencia de estos trastornos. (15)

El trastorno depresivo puede presentarse en repetidas ocasiones durante la vida de cada paciente, con periodos libres de depresión entre uno y otro. (22) El costo económico de este trastorno es muy alto (en 1992 el costo total de atención por depresión se calculó en 43 millones de dólares más la reducción de producción laboral consecuente), mientras que el costo en salud humana no puede ser estimado y quien lo padezca tendrá una interferencia con su funcionamiento normal causándole dolor y sufrimiento a él y a quien se encuentra a su lado (familiares), en periodos graves de depresión puede destruir el vinculo familiar y a los familiares en sí. (22)

3. Etiología:

La depresión es una de las enfermedades más estudiadas, con el fin de detectar sus causas y brindar una atención de mejor calidad. Para determinar la causa se ha desarrollado un grupo de propuestas como las siguientes:

a. La que surge a partir de la observación del apareamiento de la depresión en generaciones de familias, proponiendo el origen de estos en la vulnerabilidad biológica por herencia, pero existe un número de personas que padece depresión sin tener en su historia médica familiares que hallan presentado trastorno alguno de este tipo. (22)

b. Se ha propuesto la presencia de alteraciones neuroquímicas en quienes padecen depresión. (24) Hay evidencias que indican que desde un inicio hasta el final de una depresión se encuentran envueltos cambios bioquímicos a nivel cerebral, en los que se han relacionado principalmente ciertos neurotransmisores del tipo monoaminas, derivados de aminoácidos, como dopamina, serotonina, norepinefrina, siendo estos dos últimos los que se han encontrado en cantidades

abundantes. La presencia o ausencia de ciertas hormonas se relaciona con la aparición de depresión en personas de estudios realizados, los cuales demuestran una respuesta brusca al número de sustancias que normalmente estimulan la liberación de hormona del crecimiento, así como respuestas aberrantes a las sustancias hipotalámicas que normalmente estimulan la secreción de hormona estimulante del tiroides desde la pituitaria. (15)

c. Otra propuesta es que el origen genético es la causa, por presentarse en familiares de diferentes generaciones. Lo cierto es que son aproximadamente 20 años de estudio y no se ha podido determinar una relación causal debido al gran número de genes relacionados. Los cromosomas que se ha encontrado contribuyendo con varios genes para este efecto se encuentran el 11, X, 18 y 21 pero ninguno es concluyente. (15)

d. Entre las teorías más aceptadas esta la que relaciona la configuración psicológica de la persona y el juego de un papel predominante en el apareamiento de vulnerabilidad a padecer depresión (conducta pesimista)(24)pero en conclusión las diversas instituciones dedicadas al estudio y tratamiento de la depresión, fijan su concepto en considerar una combinación de vulnerabilidad genética y factores ambientales como: tensión en el medio en que se desenvuelve la persona, stress, daño físico, dieta, abuso de sustancias, y alteraciones psicológicas como determinante del desarrollo de depresión. (22,24)

4. Sintomatología:

Los síntomas que generalmente se presentan son los siguientes:

Tristeza que no corresponde con su situación vital, aun más importante el enfermo sufre de una disminución o incapacidad de experimentar placer (incluyendo el sexo), pierde la ilusión, manifiesta conducta sedentaria (se deja morir), no estructura proyectos o metas, manifiesta una disminución en su rendimiento físico, intelectual, realiza actividades únicamente obligatorias, hay

deseos de estar solo, pierde el apetito aunque en algunos casos este puede aumentar, duerme mucho o le cuesta conciliar el sueño, quiere morir y piensa como, se encuentra irritable, también puede manifestarse con síntomas vágales como prurito generalizado, visión borrosa, sed excesiva, boca seca, indigestión, constipación o diarrea, lumbalgia o cefalea. (4,18,22,24)

5. Clasificación:

Para su estudio y tratamiento la depresión se clasifica así:

- a. Depresión mayor: Trastornos del humor por más de 2 semanas.
- b. Distimia: Duración de más de 2 años de evolución pero de intensidad menor que el evento mayor.
- c. Desorden de Adaptación: Secundario a un evento adverso de manera estresante y de manifestación sintomática.
- d. Trastorno Bipolar: Conjunto alterno de depresión y manía.
- e. Trastorno depresivo Estacional: Trastorno depresivo relacionado con la época estacional. (22,24)

6. Diagnóstico y tratamiento:

El diagnóstico se debe de realizar por medio de un examen físico especializado, y atendido por una persona capacitada para el estudio y detección de la depresión, con el fin de reconocer las características que desarrolla la persona afectada. Existen varios tests estandarizados y aprobados para realizar un diagnóstico rápido y fácil.

El tratamiento debe de llevar un buen plan para hacerlo, ya que no se circunscribe a lo físico únicamente sino es de carácter integral, iniciando por los medicamentos los cuales se mencionan algunos a continuación: (22,24)

- Inhibidores de recaptación de serotonina (primera línea)
- Inhibidores de monoaminoxidasa (IMAOS)
- Estabilizadores (valproato, carbamazepina)

- Antipsicóticos atípicos (olanzapina)
- Antidepresivos tricíclicos (actualmente en des-uso)

Estadísticamente la mayoría de los antidepresivos tiene similares niveles de efectividad, pero un medicamento que funcione bien en un paciente no lo hará en otro. No se tiene estandarizado o especificado cual de cada medicamento se dirigirá a cada trastorno específico, por lo que se debe de buscar el que provoque el resultado deseado así como la dosis adecuada, la respuesta del organismo a estos medicamentos es lenta y sus resultados inician a verse desde la segunda semana, por otra parte es necesario que el tratamiento sea largo (6semanas a 9meses) para evitar el apareamiento de recaídas. (4,24)

Junto al tratamiento medicamentoso se debe establecer un programa de psicoterapias las cuales pueden ir de 10 semanas a 20 semanas, con el fin de ayudar al paciente a desarrollar respuestas adecuadas en su vida diaria y evitar al máximo el apareamiento de síntomas depresivos.(22,24)

Existe también la terapia conductual y las terapias psicodinámicas. (22,24) Se cuenta actualmente con la terapia electro-convulsiva que consiste en la aplicación de anestesia, relajante muscular y el paciente es sometido a pequeñas corrientes eléctricas a través de su tejido cerebral con duración de 1 a 3 segundos, causando una convulsión controlada la cual durará aproximadamente de 20-90 segundos, despertará a los 5-10 minutos y deberá reposar por 30 minutos, con un promedio de 7-10 exámenes por persona se puede dar alivio en casos de suicidio inminente.

C. ANSIEDAD

1. Definición:

Definida como un “sentimiento de intranquilidad, desasosiego, agitación, incertidumbre y miedo que aparece al prever una situación de amenaza o de

peligro, generalmente de origen intra psíquico más que externo y cuya causa suele ser desconocida o no aceptada.” (30)

Este trastorno es común (considerado como el trastorno psiquiátrico más común que puede afectar a niños y adultos) en la población y puede ser visto como parte de la vida diaria de todas las personas, en parte como fundamental para una adaptación y defensa en situaciones de tensión o amenaza. Es cuando rebasa el nivel “normal” o útil (umbral emocional) que daña el rendimiento de la actividad cotidiana, ya que se da una respuesta ante estímulos o situaciones objetivamente irrelevantes o bien se produce una persistencia en el tiempo de la respuesta de manera innecesaria. (1,2,12,14,21)

2. Prevalencia:

La ansiedad afecta entre el 5 y 10% de la población general, en mayor número a mujeres que hombres (relación de 2 a 1) iniciando principalmente en la tercera década de vida(12,21) existen estudios que demuestran su frecuencia elevada dentro de la población como el realizado en Estados Unidos el cual revela en 1982 una Prevalencia de 11,3% de la población general, así también indica que en las consultas de atención primaria un 25% de los pacientes presentan algún cuadro de ansiedad. (12)

3. Mecanismo Psicofisiológico:

Se conocen cuatro componentes para determinar el dispositivo psicofisiológico de la ansiedad los cuales son: (12)

- a. Vivencia subjetiva, en forma de temor indefinido, inseguridad o tensión.
- b. Situación neurofisiológica de activación de los mecanismos cortico-subcorticales de los mecanismos responsables de la respuesta de alarma.
- c. Cambios fisiológicos periféricos, mediatizados por el sistema nervioso neurovegetativo y por una activación del eje hipotálamo-hipofisario adrenal. (manifiesto por un incremento de la frecuencia cardíaca, aumento

- del riego sanguíneo muscular, hiperactividad de las glándulas sudoríparas, elevación de los niveles sanguíneos de cortisol, adrenalina y noradrenalina).
- d. Manifestaciones conductuales, observables en forma de inhibición motriz o más frecuentemente inquietud o agitación.

4. Etiología:

Se ha cuestionado mucho sobre la etiología de este trastorno y se ha abordado desde diferentes aspectos bio-psicosociales dándole una cara neurobiológica, psicológica y ambiental.

- a. Desde el punto de vista neurobiológico se ha establecido una relación entre la ansiedad y el sistema límbico cerebral debido al efecto que producen algunos medicamentos al momento de tratar a los pacientes; el Sistema Límbico es el responsable de las emociones y de las estrategias asociadas a la sobrevivencia, la supresión de estas respuestas provocadas por los medicamentos indica que la disminución de los niveles cerebrales de ácido gamma-amino butírico disminuidos por estrés crónico que provoca estado ansioso y depresivo es la base para asentar esta teoría. Es decir el neurotransmisor GABA es el inhibidor más importante en el Sistema Nervioso Central donde aproximadamente un 30% de las sinapsis le son afines y al potenciar su acción disminuye la respuesta ansioso excesiva. (21) Esto aunado a los datos sobre el sistema de neurotransmisión noradrenérgico excitado determina la aparición de los ataques de pánico, también se menciona la hipofunción del sistema serotoninérgico como desencadenante de la ansiedad.
- b. El abordaje psicológico indica la existencia de 2 teorías explicativas de este trastorno como lo son: (13,21)

- i. Teoría Psicoanalítica: en la cual Sigmund Freud explicaba que la angustia (ansiedad) es el resultado de la excitación sexual no liberada, desencadenando la respuesta ansiosa no adecuada.
- ii. Teoría Conductista: en la cual la respuesta ansiosa es consecuencia de lo aprendido ante estímulos aprendidos del medio ambiente.

Por último se incluye también la teoría de una relación de vulnerabilidad genética más la exposición a una situación de estrés que produzca una respuesta mal adaptada dará como resultado la manifestación de ansiedad.

5. Clasificación:

De acuerdo a la Clasificación la ansiedad puede ser: (13,17)

DSM-IV (1995)	ICD-10 (1992)
-De Ansiedad	Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfias.
-Angustia sin agorafobia	Trastorno de ansiedad fóbica Agorafobia (con o sin pánico) Fobias sociales Fobias específicas
-Angustia con agorafobia	Otros trastornos de ansiedad Trastorno de pánico
-Agorafobia sin historia de trastorno de angustia	Trastorno de ansiedad generalizada
-Fobia específica	Trastorno mixto ansioso-depresivo
-Fobia Social	Otro trastorno mixto ansioso-depresivo Otros trastornos de ansiedad
-Obsesivo compulsivo	Trastorno obsesivo-compulsivo

-Estrés postraumático	Reacciones estrés grave y trastorno de adaptación
-Estrés agudo	
-Ansiedad generalizada	
-Ansiedad debido a enfermedad médica	Trastornos disociativos
-Ansiedad Inducido por sustancias	Trastornos somatomorfos
-Ansiedad no especificado	Otros trastornos neuróticos

6. *sintomatología:*

Dentro de las manifestaciones que presenta un individuo que padece de ansiedad se encuentran:

- Tensión motora: temblor, tensión o dolor muscular, inquietud y fatigabilidad excesiva.
- Hiperactividad Vegetativa: Sensación de ahogo, taquicardia, manos frías o húmedas, boca seca, mareo, escalofrío, micción frecuente.
- Hipervigilancia: Sentirse atrapado, exageración en la respuesta de alarma, dificultad para concentrarse, insomnio e irritabilidad. (12,17,21)

7. *Diagnóstico:*

Para poder diagnosticar este tipo de trastorno es importante que se realice a través de una evaluación medica completa (historia clínica, examen físico y mental) pero ante todo debe de existir la sospecha por parte del medico, ya que del total de afectados se atiende solamente una tercera parte (11), existen varios tests psicológicos que pueden servir de mucha ayuda en el momento de realizar el diagnóstico, como documento de apoyo. (ver más adelante)

Afortunadamente la gran mayoría de las personas que padezcan de ansiedad pueden ser ayudadas si se detectan a tiempo, con el apoyo de un médico (psiquiatra), medicamentos ansiolíticos (si son necesarios), psicoterapias, terapias conductuales, este padecimiento será tratado efectivamente.

8. Tratamiento:

Dentro de las terapias farmacológicas existentes encontramos:

- a. Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina: Ejercen acciones antidepresivas y ansiolíticas por el aumento de las acciones de la 5-HT debido al aumento selectivo de la recaptura del mismo, con menos efectos secundarios y actualmente de primera línea para la prescripción. (21)
- b. Benzodiazepinas: Agentes bastante utilizados en estos trastornos, por provocar depresión de SNC y ejercer acción selectiva a nivel límbico. (21)
- c. Otros medicamentos utilizados son agonistas selectivos a los receptores 5-HT_{1A}, Inhibidores de la Monoamino-oxidasa, Bloqueadores Beta-adrenérgicos. (21)
- d. Antidepresivos Triciclicos: Producen sedación disminuyendo la crisis y controla las manifestaciones de la misma. (21)

De los medicamentos antes mencionados es importante reconocer que poseen variedad de efectos secundarios que pueden ser dañinos para la salud como lo son:

- Benzodiazepinas: Alargamiento del tiempo de reacción a un evento, disminución de la atención, amnesia anterógrada, fatiga pasajera, mareo, sequedad de boca, taquicardia, ataxia y depresión. (9)
- Antidepresivos Triciclicos: Entre los graves se encuentra el riesgo cardiaco por interferir las funciones miocárdicas, otras menos graves son la midriasis, convulsiones, coma, visión borrosa, fase pasiva que puede terminar en suicidio. (9)

D. TEST DE APOYO DIAGNOSTICO PARA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Existe una gran variedad de tests psicometricos destinados a realizar una estimación de los trastornos mentales de forma individual y colectiva, dentro de los cuales se puede escoger el más adecuado para los fines que se deseen alcanzar y el más adecuado para la población objeto de estudio.(9)

Para el estudio de ansiedad se pueden mencionar el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), Cuestionario de Ansiedad S-R de Endler, Cuestionario de evaluación del miedo, la escala de medición de Hamilton para Ansiedad y otras. (31)

Para el estudio de depresión se pueden mencionar Cuestionario para la depresión de Beck, escala de depresión de Montgomery-asberg, test de William Tzung y la escala de medición de Hamilton para depresión. (31)

La escala de medición de Hamilton para ansiedad consiste en 14 preguntas cada una de las cuales define una serie de síntomas, y su condición de preguntas no cerradas permite obtener la información necesaria del paciente y tener una guía de su estado afectivo por medio de la determinación de su punteo. Cada pregunta es conformada por una escala de 5 puntos que va de 0 a 4 y se califica de la siguiente manera: (25,27)

Calificación:	0 vale por 1 punto	Puntaje: < de 18 puntos -→ Normal
	1 vale por 2 puntos	18 a 24 puntos -→ Leve
	2 vale por 3 puntos	25 a 29 puntos -→ Moderada
	3 vale por 4 puntos	30 en adelante -→ Severa

La escala de medición de Hamilton para depresión consiste en un total de preguntas que varia de 17 a 24, las cuales evalúan el humor deprimido, síntomas vegetativos y cognitivos de depresión y su comorbilidad con síntomas de ansiedad, estas tomadas a partir de la definición de síntomas de depresión y

ansiedad del DSM-IV. Estructurada para ser aplicada como una entrevista semiestructurada, provee una guía general adecuada. Sus preguntas se encuentran valoradas entre 5 puntos (0 a 4) y 3 puntos (0 a 2) y se califica de la siguiente manera: (26,28)

Calificación: 0 vale por 1 punto Puntaje: 25 a 35 puntos -> Normal

1 vale por 2 puntos 36 a 45 puntos -> Leve

2 vale por 3 puntos 46 a 65 puntos -> Moderada

3 vale por 4 puntos 66 a 80 puntos -> Severa

E. RESPUESTA DE UN GRUPO ESPECIAL A LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN PADRES DE NIÑOS HOSPITALIZADOS

La hospitalización de un niño o niña trae consigo fuertes cambios en la situación de su familia (importantes es recordar que para un niño su fuente de seguridad, confianza y apoyo es la familia, principalmente sus padres) como en sí mismo. (5)

Como fin primordial de la atención hospitalaria es que la estancia sea realmente una experiencia positiva, pero de condición opuesta la hospitalización puede tener efectos emocionales negativos en los niños y niñas así como de sus familiares, ya que para un padre la hospitalización de su hijo significa que se separara de él, por lo que el padre al no brindar su cuidado al niño se siente frustrado, culpable, desesperanzado, angustiado, aislado y temeroso (síntomas de trastornos depresivos u ansiosos) de no responder adecuadamente ante tal situación. (5,11)

Al sentir este cambio los padres pueden dejar de comer, dormir adecuadamente, y manifestar stress, depresión u ansiedad, colocándolos como población susceptible y enmascarada, necesitada de atención oportuna para evitar

posibles daños a su salud que van desde pérdida de peso hasta la muerte por suicidio. (8)

Estos cambios no afectan únicamente a los padres sino que también al niño hospitalizado, se ha visto que un padre con ansiedad o deprimido transfiere estos sentimientos a su hijo quien al colocarse en esta situación queda vulnerable en un aspecto importante para su desarrollo físico-mental (para muchos niños la hospitalización se convierte en un trauma) y en este caso deteriora en su capacidad de respuesta frente a la enfermedad. (19,29) Un niño hospitalizado tiene respuestas positivas a una buena hospitalización:

- si hay buenos vínculos afectivos, principalmente los familiares.
- Si el niño entiende lo que le harán (por lo que la presencia de los padres, en condiciones físicas-mentales estables, es necesaria).
- Si el niño se adapta mejor al cambio (esto se logra mejor si el niño encuentra una cara conocida junto a sí en la hospitalización)(7,29)

Es lógica la atención hospitalaria integral al paciente pediátrico, su familia, es necesario el mantenimiento de la condición psicológica y emocional de ambas partes, para la completa recuperación biológica y social del niño y sus padres. (6,7,20)

Se han tomado medidas a nivel hospitalario en muchos países del mundo principalmente en Europa en donde se insiste en la atención de los padres para el mejoramiento eficaz y rápido del niño (a), entre estas medidas se hallan:

- Explicar cuidadosamente y por anticipado cada intervención que se realice al niño con términos y conceptos adecuados al nivel de comprensión de los padres y los niños. (10,16)
- Fomento de la permanencia constante de la madre o el padre con el niño durante su hospitalización.
- Permitir visitas diarias del resto de la familia.

- Favorecer programas, educativos y recreativos para los padres y los hijos.
- Crear un grupo de apoyo para los padres, con el fin de enseñarles el cuidado de su hijo y ayudarles a comprender de mejor manera la enfermedad del mismo.
- Ofrecer oportunidades de relación psicoterapéutica de apoyo a niños y padres. (20)

VI. MATERIAL Y MÉTODOS:

A. METODOLOGÍA:

i. Tipo de Estudio:

- Descriptivo transversal

ii. Sujeto de Estudio:

- Madre y Padre de niño hospitalizado en los servicios del Depto. de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios.

iii. Definición del Universo:

- El universo lo constituyo el total de padres de niños hospitalizados en el Depto. de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios, (Intensivo, Hemato-oncología, Nefrología, Medicina de niños-niñas, Cunas A-B, Nutrición) durante un año.

- Se calculo una muestra (que fue significativa), en base al número total estimado de pacientes ingresados a los servicios en mención, siendo este número un total de 3560 niños anualmente (dato estimado) tomando una precisión de 5%, Prevalencia de 10% y un nivel de confiabilidad del 95%. La muestra calculada fue de 134 personas. Se calculo sobre la base de la siguiente formula:

Tamaño muestral: $n/(1-(n/\text{población}))$

$n=z*z(P(1-P))/(d*d)$

z = Variación estándar normal o valor z correspondiente para el nivel de confianza deseado (en este caso 1.96 por ser 95% de confianza)

P = Proporción de la población con la afección (en este caso 10% de Prevalencia de ansiedad y depresión)

d= precisión deseada o peor resultado esperado (5% para este estudio)

De este calculo se estratifico la muestra con el fin de tomar una muestra menos viciada, y se realizo de acuerdo a las proporciones de la población que correspondían a cada servicio del departamento.

iv. Criterios de inclusión:

- Madre y Padre del niño hospitalizado, que se encontró en el momento de recolectar la información.ⁱ
- Madre y Padre del niño hospitalizado, que acepto participar en el estudio.(consentimiento informado)
- Madre y Padre de niño hospitalizado, que se encontró en capacidad de responder la entrevista. (física, mental y sin barrera del lenguaje).
- Madre y padre de niño hospitalizado, que no inicio su hospitalización en un servicio diferente al que se encontraba en el momento de la entrevista.

v. Criterios de exclusión:

- Padres que tenían más de un hijo hospitalizado o con hospitalización previaⁱⁱ o recurrente.
- Padres o madres solteras.

ⁱ Si se encuentra solo uno de los padres, se citara al cónyuge, para poder realizar la entrevista, ambos a la vez.

ⁱⁱ Que el niño no halla egresado en los últimos 15 días.

vi. Variables a estudiar:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA
Depresión	Alteración de la conducta caracterizada por sentimientos de tristeza, desesperación o descorazonamiento secundario a una tragedia o pérdida personal y proporcional a la misma.	Aplicación de la Escala de medición de Hamilton para Depresión (Sintomatológica)	Nominal	Depresión: 1 Ausente 2 Leve 3 Moderada 4 Severa
Ansiedad	Enfermedad que hace referencia a un sentimiento de intranquilidad, desasosiego, agitación, incertidumbre y miedo que aparece al prever una situación de amenaza o de peligro generalmente de origen intrapsíquico y cuya causa suele ser desconocida o no admitida.	Aplicación de la Escala de medición de Hamilton para Ansiedad (Sintomatológica) Ver anexo	Nominal	Ansiedad: 1 Ausente 2 Leve 3 Moderada 4 Severa
Edad Cronológica de la madre o el padre	Período de Tiempo Transcurrido desde el nacimiento de un individuo hasta el momento.	Pregunta Directa	Numérica Discreta	Años Cumplidos

Sexo	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.	Por observación	Nominal	1 Masculino 2 Femenino
Tiempo de Hospitalización	Tiempo transcurrido del el ingreso de un paciente al hospital, hasta el momento de la entrevista.	Revisión de fecha de ingreso en Papeleta	Numérica Discreta	En Días
Lugar del niño en relación con sus hermanos.	Puesto que ocupa el niño en relación con sus hermanos de acuerdo al orden de nacimiento.	Pregunta Directa	Ordinal	1ro 2do 3ro 4to 5to, etc.
Servicio de Hospitalización	Lugar específico dentro de un hospital en donde se recluyen pacientes de acuerdo a ciertas características del mismo.	Por observación	Nominal	1. Intensivo 2. Hemato- Oncología 3. Nefrología 4. Medicina de Niños- Niñas 5. Cunas A-B 6. Nutrición

vii. Instrumento de recolección de Datos:

- a. Test Psicométrico de Ansiedad de Hamilton
- b. Test Psicométrico de Depresión de Hamilton

viii. Plan para la recolección de la Información:

- a. Inicialmente se obtuvo el permiso de la Institución para realizar el estudio.
- b. Posterior se procedió a la aprobación de protocolo.
- c. Se recolecto la información de la siguiente manera:

Por medio de un Consentimiento Informado se dio a conocer a los padres el estudio y se solicito su colaboración para lo cual firmaron de su aceptación.

- La aplicación de los instrumentos a los padres se realizo así:

- Días Lunes: Intensivo (Padres de niños con necesidad de cuidados intensivos, mayores de 1 mes a 12 años)

- Días Martes: Hemato-oncología y Nefrología(Padres de niños con padecimientos de este tipo, de 1 años a 12 años)

- Días Miércoles: Medicina de niños-niñas (Padres de niños y niñas de 5 a 12 años)

- Días Jueves: Cunas A-B(Padres de niños de 1 mes a 5 años)

- Días Viernes: Nutrición. (Padres de niños con terapia de nutrición y ganancia de peso)

- d. Posterior a la recolección de la información se tabularon los datos y se describieron para determinar las características de los objetivos propuestos.

(Ver Cronograma en Anexos)

ix. Presentación de Resultados y tipo de tratamiento estadístico:

Se analizaron los resultados de acuerdo a los objetivos propuestos y se procedio a su tabulación, elaboración de gráficas, cuadros por medio de un tratamiento estadístico descriptivo.

x. Ética de la investigación:

Para el presente estudio fue necesario el permiso y aprobación de las autoridades hospitalarias (Comité de Investigación) además se realizó sobre la base de entrevistas con los padres de niños hospitalizados; por lo que no existió ningún tipo de riesgo físico o mental para la población en estudio. La información fue confidencial sin tomar en cuenta los nombres de los padres o los pacientes y la misma fue manejada únicamente por el estudiante investigador. En todo momento se respetó los derechos humanos de cada uno de los participantes basado en el derecho a libre acción y toma de decisiones.

Los resultados se dan a conocer sólo en el Informe Final.

VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

INCIDENCIA DE LOS SINTOMAS DE DEPRESIÓN PRESENTADOS POR LOS PADRES ENTREVISTADOS DE ACUERDO A SU INTENSIDAD

SINTOMATOLOGÍA	AUSENTE	%	LEVE	%	MODERADA	%	SEVERA	%	TOTAL	%
PADRES	14	10	28	20	25	19	0	0	67	50
MADRES	6	5	21	17	40	29	0	0	67	50
TOTAL	20	15	49	37	65	48	0	0	134	100

FUENTE: Boletas de recolección de datos.

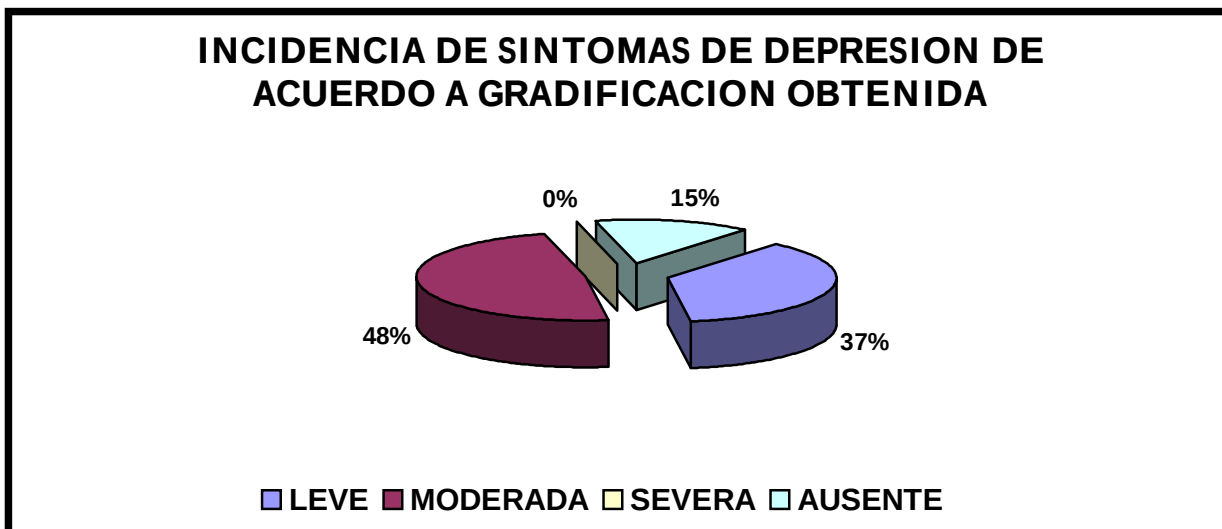
CUADRO No. 2

INCIDENCIA DE LOS SINTOMAS DE ANSIEDAD PRESENTADOS POR LOS PADRES ENTREVISTADOS DE ACUERDO A SU INTENSIDAD

SINTOMATOLOGÍA	AUSENTE	%	LEVE	%	MODERADA	%	SEVERA	%	TOTAL	%
PADRES	1	0.7	31	23	22	16	13	10	67	50
MADRES	4	3	5	4	24	18	34	25	67	50
TOTAL	5	3.7	36	27	46	34	47	35	134	100

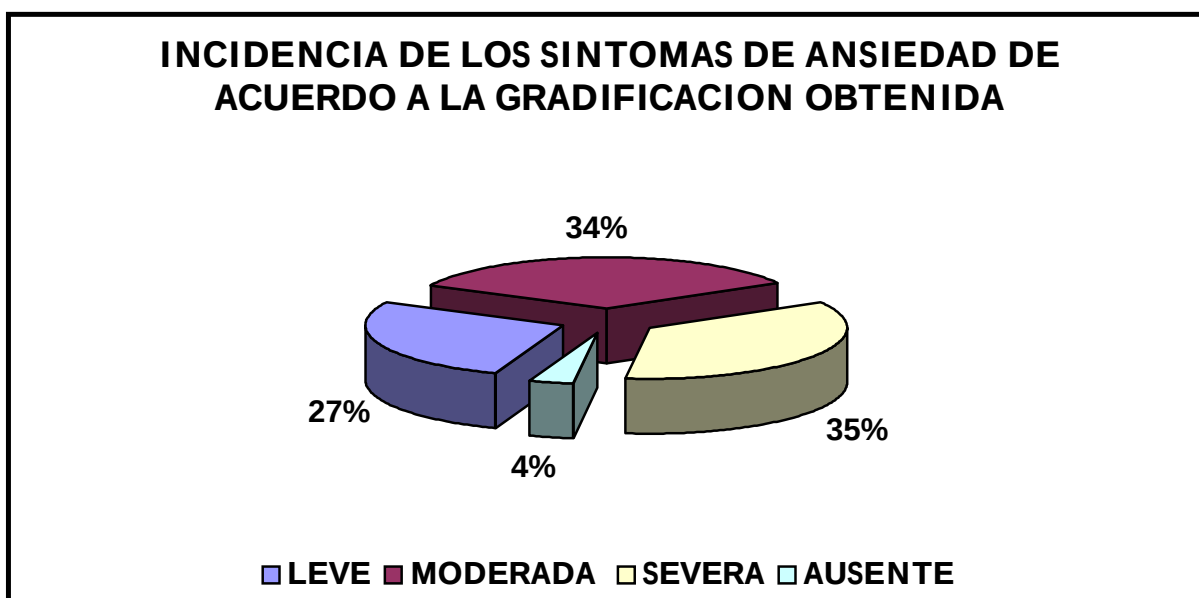
FUENTE: Boletas de recolección de datos.

GRAFICA No. 1



FUENTE: Boletas de recolección de datos.

GRAFICA No. 2



FUENTE: Boletas de recolección de datos.

CUADRO No. 3

CLASIFICACION DE LOS SINTOMAS DE DEPRESIÓN PRESENTADOS POR LOS PADRES ENTREVISTADOS DE ACUERDO A SU INTENSIDAD Y AL SERVICIO EN EL CUAL SE ENCONTRABA INTERNADO SU HIJO.(GLOBAL)

SINTOMATOLOGIA	AUSENTE	%	LEVE	%	MODERA	%	SEVERA	%	TOTAL	%
SERVICIO										
CUNAS	2	1.4	12	8.9	22	16	0	0	36	26.8
MEDICINAS	6	4.4	12	8.9	12	8.9	0	0	30	22.3
INTENSIVO	5	3.7	7	5.2	12	8.9	0	0	24	17.9
HEMATOONCOLOGIA	4	2.9	5	3.7	9	6.7	0	0	18	13.4
NEFROLOGÍA	3	2.2	8	5.9	5	3.7	0	0	16	11.9
NUTRICION	0	0	5	3.7	5	3.7	0	0	10	7.4
TOTAL	20	14.9	49	36.5	65	48.5	0	0	134	100

FUENTE: Boletas de recolección de datos.

CUADRO No. 4

CLASIFICACION DE LOS SINTOMAS DE DEPRESIÓN PRESENTADOS POR LOS PADRES ENTREVISTADOS DE ACUERDO A SU INTENSIDAD Y AL SERVICIO EN EL CUAL SE ENCONTRABA INTERNADO SU HIJO.(ESPECIFICO)

SINTOMATOLOGÍA	AUSENTE	%	LEVE	%	MODERA	%	SEVERA	%	TOTAL	%
SERVICIO										
CUNAS	2	5	12	33	22	62	0	0	36	100
MEDICINAS	6	20	12	40	12	40	0	0	30	100
INTENSIVO	5	21	7	29	12	50	0	0	24	100
HEMATOONCOLOGIA	4	22	5	28	9	50	0	0	18	100
NEFROLOGÍA	3	19	8	50	5	31	0	0	16	100
NUTRICION	0	0	5	50	5	50	0	0	10	100

FUENTE: Boletas de recolección de datos.

CUADRO No. 5

CLASIFICACION DE LOS SINTOMAS DE ANSIEDAD PRESENTADOS POR LOS PADRES ENTREVISTADOS DE ACUERDO A SU INTENSIDAD Y AL SERVICIO EN EL CUAL SE ENCONTRABA INTERNADO SU HIJO.(GLOBAL)

SINTOMATOLOGÍA	AUSENTE	%	LEVE	%	MODERA	%	SEVERA	%	TOTAL	%
SERVICIO										
CUNAS	1	0.7	11	8.2	12	8.9	12	8.9	36	26.8
MEDICINAS	2	1.4	10	7.4	9	6.7	9	6.7	30	22.3
INTENSIVO	1	0.7	8	5.9	6	4.4	5	3.7	20	14.9
HEMATOONCOLOGIA	0	0	3	2.2	10	7.4	5	3.7	18	13.4
NEFROLOGÍA	1	0.7	2	1.4	8	5.9	9	6.7	20	14.9
NUTRICION	0	0	2	1.4	1	0.7	7	5.2	10	7.4
TOTAL	5	3.7	36	26.8	46	34	47	35	134	100

FUENTE: Boletas de recolección de datos.

CUADRO No. 6

CLASIFICACION DE LOS SINTOMAS DE ANSIEDAD PRESENTADOS POR LOS PADRES ENTREVISTADOS DE ACUERDO A SU INTENSIDAD Y AL SERVICIO EN EL CUAL SE ENCONTRABA INTERNADO SU HIJO.(ESPECIFICO)

SINTOMATOLOGÍA	AUSENTE	%	LEVE	%	MODERADA	%	SEVERA	%	TOTAL	%
SERVICIO										
CUNAS	1	3	11	31	12	33	12	33	36	100
MEDICINAS	2	7	10	33	9	30	9	30	30	100
INTENSIVO	1	5	8	40	6	30	5	25	20	100
HEMATOONCOLOGIA	0	0	3	17	10	56	5	27	18	100
NEFROLOGÍA	1	5	2	10	8	40	9	45	20	100
NUTRICION	0	0	2	20	1	10	7	70	10	100

FUENTE: Boletas de recolección de datos.

CUADRO No. 7

CLASIFICACION DE LOS SINTOMAS DE DEPRESIÓN PRESENTADOS POR LOS PADRES ENTREVISTADOS DE ACUERDO A SU INTENSIDAD Y AL TIEMPO DE HOSPITALIZACION DE SU HIJO

SINTOMATOLOGÍA	AUSENTE	%	LEVE	%	MODERADA	%	SEVERA	%	TOTAL	%
TIEMPO DE HOSP.										
1 A 5 DIAS	12	14	31	37	41	49	0	0	84	100
6 A 10 DIAS	6	18	14	38	16	44	0	0	36	100
11 A 15 DIAS	0	0	2	33	4	67	0	0	6	100
16 O MAS DIAS	2	25	2	25	4	50	0	0	8	100

FUENTE: Boletas de recolección de datos.

CUADRO No. 8

CLASIFICACION DE LOS SINTOMAS DE ANSIEDAD PRESENTADA POR LOS PADRES ENTREVISTADOS DE ACUERDO A SU INTENSIDAD Y AL TIEMPO DE HOSPITALIZACION DE SU HIJO

SINTOMATOLOGÍA	AUSENTE	%	LEVE	%	MODERADA	%	SEVERA	%	TOTAL	%
TIEMPO DE HOSP.										
1 A 5 DIAS	3	4	24	29	25	30	32	37	84	100
6 A 10 DIAS	2	6	8	22	14	39	12	33	36	100
11 A 15 DIAS	0	0	1	17	3	50	2	33	6	100
16 O MAS DIAS	0	0	3	37	4	50	1	13	8	100

FUENTE: Boletas de recolección de datos.

CUADRO No. 9

CLASIFICACION DE LOS SINTOMAS DE DEPRESIÓN PRESENTADOS POR LOS PADRES ENTREVISTADOS DE ACUERDO A SU INTENSIDAD Y AL PUESTO QUE OCUPA SU HIJO EN RELACION CON SUS HERMANOS

SINTOMATOLOGÍA	AUSENTE	%	LEVE	%	MODERADA	%	SEVERA	%	TOTAL	%
PUESTO OCUPADO										
1er hijo	9	19	16	35	21	46	0	0	46	100
2do hijo	6	21	13	46	9	33	0	0	28	100
3er hijo	1	3	11	37	18	60	0	0	30	100
4to o mas	4	13	9	30	17	57	0	0	30	100

FUENTE: Boletas de recolección de datos.

CUADRO No. 10

CLASIFICACION DE LOS SINTOMAS DE ANSIEDAD PRESENTADOS POR LOS PADRES ENTREVISTADOS DE ACUERDO A SU INTENSIDAD Y AL PUESTO QUE OCUPA SU HIJO EN RELACION CON SUS HERMANOS

SINTOMATOLOGÍA	AUSENTE	%	LEVE	%	MODERADA	%	SEVERA	%	TOTAL	%
PUESTO OCUPADO										
1er hijo	4	9	12	26	13	28	17	37	46	100
2do hijo	1	3	7	25	15	54	5	18	28	100
3er hijo	0	0	8	27	9	30	13	43	30	100
4to o mas	0	0	9	30	9	30	12	40	30	100

FUENTE: Boletas de recolección de datos.

CUADRO No. 11

**DETERMINACIÓN DE LA FRECUENCIA DE SINTOMAS DE
DEPRESIÓN EN EL GRUPO DE ESTUDIO DE ACUERDO A SU
INTENSIDAD Y A RANGOS DE EDAD Y SEXO**

SINTOMATOLOGÍA		AUSENTE		LEVE		MODERADA		SEVERA		TOTAL	
EDAD	SEXO	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
15-20		1	1	2	2	6	1	0	0	9	4
21-25		2	3	5	5	12	3	0	0	19	11
26-30		2	6	4	4	10	8	0	0	16	18
31-35		1	0	4	6	5	9	0	0	10	15
36-40		0	0	2	6	5	3	0	0	7	9
41-45		0	2	2	2	1	0	0	0	3	4
>45		0	2	2	3	1	1	0	0	3	6
TOTAL		6	14	21	28	40	25	0	0	67	67

FUENTE: Boletas de recolección de datos.

CUADRO No. 12

**DETERMINACIÓN DE LA FRECUENCIA DE SINTOMAS DE
ANSIEDAD EN EL GRUPO DE ESTUDIO DE ACUERDO A SU
INTENSIDAD Y A RANGOS DE EDAD Y SEXO**

SINTOMATOLOGÍA		AUSENTE		LEVE		MODERADA		SEVERA		TOTAL	
EDAD	SEXO	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
15-20		1	0	0	3	5	0	3	1	9	4
21-25		0	0	3	7	6	2	10	2	19	11
26-30		1	0	1	8	7	8	7	2	16	18
31-35		2	0	0	3	2	8	6	4	10	15
36-40		0	0	1	4	1	2	5	3	7	9
41-45		0	0	0	4	1	0	2	0	3	4
>45		0	1	0	2	2	2	1	1	3	6
TOTAL		4	1	5	31	24	22	34	13	67	67

FUENTE: Boletas de recolección de datos.

VIII. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

EL análisis de los resultados del presente estudio descriptivo busca determinar las características clínicas, epidemiológicas de la depresión y la ansiedad en los padres de niños hospitalizados en el departamento de pediatría del Hospital General San Juan de Dios, durante el mes de mayo del años 2002 obteniendo lo siguiente:

Del total de personas entrevistadas (134) se determino que un 85% (114) presento algún grado de depresión (cabe notar que 48% perteneció al grado moderado), mientras que un 96.3% (129) presentaron algún grado de ansiedad. De este ultimo grupo un 72% se situó dentro del rango moderado y severo teniendo alta importancia como resultado. Un grupo con estos niveles de sintomatología ansioso-depresiva esta sujeto a desarrollar efectos dañinos tanto para la persona que los esta padeciendo como en la repercusión sobre la salud de sus familiares, en este caso sus hijos hospitalizados quienes lo reflejaran en su recuperación. (tabla 1,2, grafica 1,2)

Por lo anterior se constato que más del 95% estaba manifestando síntomas de algún grado, entre depresión y ansiedad, sujetándose a sus consecuencias como mencionadas en la revisión bibliografica en donde los efectos físicos, psicológicos, biológicos, son traducidos en la perdida del vinculo afectivo adecuado padre-madre-hijo, quedando un déficit del apoyo que los padres deben de proporcionar a su hijo cuando se encuentre hospitalizado, para que el infante pueda comprender de mejor manera lo que se le realiza y lograr así una adaptación satisfactoria y evitar desencadenar un retardo en la mejoría de la salud del niño, un mayor tiempo necesario de hospitalización para la curación y así también mayor cantidad de recursos económicos utilizados en la atención hospitalaria de este grupo poblacional.

De acuerdo al servicio de hospitalización del niño, se observó que los padres reaccionaron de manera similar ya que en todos los servicios se encontraron niveles variables de ansiedad y depresión, solo un pequeño porcentaje lo constituyó el grupo de personas con afectación ausente siendo este de 0% a 6 %. Lo anterior manifiesta que el solo hecho de tener un hijo hospitalizado coloca al padre y/o a la madre, bajo los efectos de estos trastornos.

Un aumento de poca intensidad, en relación al resto de servicios, fue observado en el encamamiento de niños menores de 3 años (cunas A y B), pudiéndose explicar por la fuerza del vínculo afectivo tan estrecho que se observa en dicho momento del desarrollo físico-emocional de un niño.

Los servicios de encamamiento para niños con enfermedades hematológicas, oncológicas y de nefrología mostraron un patrón de niveles leves a moderados de depresión y de igual comportamiento para la ansiedad. La adaptación mas lenta y dificultosa al cambio de vida repentino tanto de ellos como de su hijo(a) en relación a la salud enfermedad familiar y lo crónico que resultan estos cuadros, pueden explicar el comportamiento de estos trastornos.

La conducta que se evidencio de los síntomas de depresión y ansiedad en el grupo de estudio de acuerdo al tiempo de hospitalización muestra que los cuadros sintomáticos moderados a severos son presentados en la etapa inmediata de la hospitalización, pudiéndose explicar por el impacto emocional que la enfermedad y hospitalización de un hijo causa a los padres.

Individualizando se puede observar que la ansiedad muestra una disminución conforme el tiempo de hospitalización avanza, aunque no llega a desaparecer; mientras que los niveles más altos de sintomatología depresiva se muestran conforme el tiempo avanza aumentando en el grupo de estudio de un 49% en el primer periodo, llegando a 67% pasado 10 días de hospitalización.

El puesto que ocupa el niño con relación a sus hermanos no parece determinar la respuesta que los padres mostraran al enfermar su hijo, ya que se observó un comportamiento similar para cada uno de los puestos establecidos, demostrando la importancia de los hijos para las parejas y sobre todo la salud de los mismos.

Las características de estos trastornos relacionadas con los grupos étnicos y genéricos son las siguientes:

El grupo genérico más afectado fue el femenino (como descrito en la literatura) y es de destacar que los cuadros sintomatológicos detectados en este grupo fueron de moderados a severos en ambos trastornos obteniendo valores que duplican los mostrados por el género masculino.

La edad en este estudio se relacionó de forma progresiva inversa con los trastornos en estudio ya que los grupos jóvenes, junto a su inexperiencia, y madurez en desarrollo, mostraron niveles superiores de sintomatología, misma que fue disminuyendo (aunque no en gran diferencia) conforme la edad de los padres fue mayor.

Todo lo anterior se traduce en un grupo de personas altamente vulnerables y susceptibles de ser afectados. Quienes presentarán sintomatología de depresión y ansiedad afectando de forma indirecta el proceso salud-enfermedad de la población infantil atendida en el departamento de pediatría del Hospital General San Juan de Dios.

IX. CONCLUSIONES

1. Que las características clínicas presentadas por el grupo de padres entrevistados son similares a las descritas en la revisión, siendo estas humor depresivo, sentimientos de culpa, ideas suicidas o de autodestrucción, insomnio, alteración del ritmo de vida y actividades sociales, agitación, trastornos somatizados (gastrointestinales, genitourinarios, disminución de la libido, pérdida o ganancia de peso).
2. Que el grupo constituido por los padres y madres de los niños hospitalizados en el departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios, es altamente afectado por la sintomatología de los trastornos Ansioso y/o depresivos en sus diferentes intensidades de presentación, teniendo una incidencia de 85% para depresión y 96.3% para ansiedad.
3. Que las manifestaciones sintomatológicas de depresión y ansiedad, son similares en los diferentes servicios de encamamiento en el Depto. De Pediatría del Hospital General San Juan de Dios. Presentándose así:
Para depresión: Cunas 24.9%, Medicinas 24%, Intensivo 14.1%, Hematooncología 10.4%, Nefrología 9.6%, Nutrición 7.4%.
Para ansiedad: Cunas 26%, Medicinas 20.8%, Intensivo 14%, Hematooncología 13.3%, Nefrología 14%, Nutrición 7.3%.
4. La clasificación de la intensidad de los trastornos ansioso depresivos de acuerdo al tiempo de hospitalización fue el siguiente. El periodo de 1 a 5 días fue de 86% para depresión y 96% para ansiedad; para 6 a 10 días la depresión presento 82% mientras que la ansiedad

94%, , teniendo un 85% para depresión y un 87% para ansiedad, a partir de este tiempo de hospitalización.

5. Que las madres y los padres entrevistados mostraron un interés similar por la salud de sus hijos no importando el puesto que ocupe en relación con sus hermanos.
6. Se identifico al genero femenino como el más afectado con 91% de sintomatología depresiva y 94% para sintomatología ansiosa. El rango de edad en el que mas frecuencia se encontró estos trastornos fue en los más jóvenes, por debajo de 30 años.

X. RECOMENDACIONES

1. Reforzar el plan de apoyo a padres e hijos establecido en el reglamento del alojamiento conjunto en el departamento de Pediatría del HGSJDD, por medio del aprovechamiento de los recursos existentes en dicho hospital, por medio de la utilización de los recursos existentes en dicho departamento.
2. Capacitar al personal medico del departamento, en técnicas de detección de este tipo de sintomatología.
3. Conformación de un grupo multidisciplinario encargado de brindar atención adecuada y oportuna al grupo de madres y padres de los niños hospitalizados.
4. Que el grupo sea conformado por:
 - a. Personal Medico (coordinando)
 - b. Departamento de psicología
 - c. Departamento de Trabajo Social
 - d. Departamento de Enfermería
5. Establecer como objetivos primordiales de la atención integral:
 - a. Ayudar a las madres y a los padres a disminuir su nivel de sintomatología ansioso-depresiva.
 - b. Disminuir la alteración de los procesos familiares básicos (padre-hijo)
6. Promover esfuerzos con el fin de realizar las siguientes actividades:
 - a. Valorar periódicamente el nivel de sintomatología ansioso-depresiva que puedan presentar los padres de los niños hospitalizados.
 - b. Fomentar la adecuada intercomunicación y comprensión satisfactoria entre padres, personal medico.
 - c. Proporcionar información constante acerca de la salud del niño a los padres.
 - d. Permitir la colaboración de los padres en el cuidado de los niños.

- e. Iniciar la educación sanitaria preventiva a los padres para que puedan prevenir el apareamiento de nuevos cuadros patológicos en los niños.
- 7. Buscar los recursos externos necesarios para el cumplimiento de las actividades antes mencionadas.
- 8. Evaluar periódicamente los resultados obtenidos para la retroalimentación del sistema y mejoras en la atención al pte. y su familia.

XI. RESUMEN

Estudio descriptivo para determinar las características clínicas-epidemiológicas de los trastornos de depresión y ansiedad en las madres y padres de niños hospitalizados en el departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios.

Realizado con 67 parejas (134 personas), obteniendo resultados de la aplicación de los test psicométricos de depresión y ansiedad de Hamilton, previa autorización de cada persona por medio de un consentimiento informado, en los diferentes servicios del departamento, estratificando la muestra de acuerdo al porcentaje de población atendido del total anual.

Encontrándose que un 95% de la población, presentó más de algún grado de depresión y/o ansiedad, y que de este porcentaje 72% se encontraba dentro del rango moderado a severo. Individualizando moderado para depresión y para ansiedad se situaba de moderado a severo.

También se encontró que los padres reaccionaron de igual forma no importando el puesto que ocupa el hijo hospitalizado en relación con sus hermanos; mientras que el servicio de encamamiento con número mayoritario de casos fue Cunas A-B (servicio que incluye niños menores de 3 años).

El tiempo de hospitalización influye con el apareamiento de estos trastornos siendo elevados los niveles de sintomatología al inicio de la hospitalización así como cuando el tiempo sobrepasa los 10 días, teniendo una baja transitoria en los periodos intermedios.

Con respecto al género más afectado los resultados coincidieron con los datos de literatura internacional ya que fue el sexo femenino el mayormente afectado.

Por lo anterior se concluyó que este grupo de personas es altamente vulnerable a ser afectado y por ende afectar el proceso de curación relacionado con su hijo enfermo, a causa del debilitamiento o desaparecimiento del vínculo afectivo y de

seguridad que un padre debe de brindar a su hijo en todo momento, principalmente durante la enfermedad.

De acuerdo a los resultados obtenidos se recomienda la implementación de un plan multidisciplinario de apoyo a los padres, a cargo del departamento de pediatría, utilizando los recurso ya existentes en el.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Anxiety Disorders Association. Anxiety Disorders of América.
<http://www.adaa.org/AnxietyDisorderinfo/overviewanxDis.cfm>
2. Anxiety Disorders Association. Brief Overview of Anxiety Disorders.
<http://www.adaa.org/BriefoverviewofAnxietyDisordersinfo.htm>
3. Burket J., Yack. Epidemiología de los trastornos mentales. En: Tratado de Psiquiatría Hales, Robert E. et. al. 3ed. México: Masson, 2000 t.1 (pp. 103-104, 239)
4. Centro Lilly de atención en salud. Salud Enfermedad Depresión.
<http://www.lilly.com.mx/salud/0011.html>
5. Comité de Humanización, Hospital las Misericordias, Sevilla. Cómo sienten los familiares la hospitalización de los niños(as).
http://www.encolombia.com/pediatria34299_sienten30.htm
6. Golberg, Richard J. Teaching Primary Care Physicians About Depresión; What Really needs to be done? Psychiatric Times 1997 May 19, 12(5): 20-23
7. Groothis, Jessie R. Maltrato. En: Pediatría del comportamiento. 3ed. Boston: Masson 1996. (pp 203-206)
8. Hernández G., Eduardo. La ansiedad infantil frente a la hospitalización y cirugía.
http://www.tupediatra.com/mnyy/adaptación_conductas.htm

9. Clarkin, John, et. al. Evaluación psicológica y neuropsicológica. En Tratado de Psiquiatría. Hales, R. et. al. México 3ed. Masson 2000, t1 (247-253)
10. Keene, Nancy. Parent's response to diagnosis.
<http://www.parentcenters.com/leukemia/news/responses.html>
11. Chesler. Los problemas psicosociales y su tratamiento.
<http://www.geocities.com/collepark/library/7893/lib.htm>
12. Mucías F., J. A. y Del Teso, F. A. Epidemiología, conceptos, clasificación y evaluación de los trastornos de Ansiedad.
<http://www.faes.es/cursoansiedadAP/curso/entrega1/index.html>
13. Marmer, S. Teorías de la mente y de la Psicopatología. En: Manual de Estadística y Diagnóstico de los trastornos mentales. IV. López, J. J. et. al. Barcelona: Masson 1995 (pp. 105-106)
14. McMaster University Medical Center. The Anxiety Disorders Clinic.
<http://www.mcanxiety.com/description.html>
15. Nemeroff, Chaves B. The Neurobiology Depression.
<http://www.scian.com/1998/0698issue/0698nemeross.html>
16. Ortigosa, J.M; Transmisión de información: Un instrumento Médico-Terapéutico para el niño hospitalizado y sus padres. México: 1997. 20p. Resumen.
17. Psicoactiva. Otros Trastornos de Ansiedad.
<http://psicoactiva.com/otrostras/ansiedad.htm>

18. Pellicer, X. y P. Soler. Depresión, Ansiedad y Estrés.
<http://ciberpadres.com/serpadre/Teknom/depresión.htm>
19. Perlmutter, Mónica. Family Stress During hospitalization.
<http://www.paraquad.org/stress.html>
20. Respecto a la familia.
<http://www.intersalud.net/enfermería/1-3-6.htm>
21. Rodríguez L., y C. M. Contreras. Algunos datos recientes sobre la fisiopatología de los trastornos por ansiedad. BIOMED.
22. Strock, Margaret, Depresión.
<http://www.nimh.nih.gov/publicat/depression.cfm>
23. Tucker, Gary J. Trastornos psiquiátricos en la Práctica Médica. En: Cecil Tratado de Medicina Interna. Bennett y Plum, 20ed. México: Interamericana McGraw-hill, 1997 t.2 (pp. 2305-2308-2309)
24. National Mental Health Association. What is depression?
<http://www.mayoclinic.com/invokc.cfm?id=p500175.html>
25. Health Technology System Inc. Hamilton Anxiety Scale (HAMA)
<http://www.healthtechsys.com/ivrhama.htm>
26. Health Technology System Inc. Hamilton Depression Rating Scale (HAMD)
<http://www.healthtechsys.com/ivrhamd.htm>
27. Eutimia. Test Psicometrico de Ansiedad de Hamilton.
<http://www.eutimia.com/test/HAMA.htm>

28. Eutimia. Test Psicometrico de Depresión de Hamilton.
<http://www.eutimia.com/test/HAMA.htm>
29. Actitudes del niño (a) Frente a la Hospitalización
http://www.encolombia.com/pediatria34299_sienten30.htm
30. Organización Panamericana de la Salud. Diccionario Mosby Poket de
medicinas y Ciencias de la Salud. Edición en Español, España, Harcourt
S. A. 1996.
31. Andrews School of Medical Transcription. Neuropsychological Test
Descriptions.
<http://www.mtdesk.com/1stpsych.shtml>

XII. ANEXOS

I. BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS "A"

Boleta #:

Datos Generales del entrevistado: Edad: años Sexo: Madre: Padre:

No. que ocupa el niño en relación con sus hermanos: _____

Servicio de encamamiento:

Tiempo de Hospitalización de su hijo:_____días

Instrucciones: A continuación se le presentan 21 preguntas de respuesta directa, lea cuidadosamente, si tiene una duda pregunte al encargado. Este test es para conocer su estado de animo. Contestarlo no es obligatorio. Debe de contestar de acuerdo a lo siguiente:

A presentado la molestia:

0 1 Nunca

0 Nunca

1	Pocas veces	1	A veces
---	-------------	---	---------

2	Regular numero de veces	2 Siempre
---	-------------------------	-----------

3 muchas veces

A. ESCALA DE MEDICION PARA DEPRESIÓN DE HAMILTON

#	Pregunta	0	1	2	3
1.	¿Se ha sentido Triste?				
2.	¿Ha sentido que es culpable de las cosas malas que le pasan?				
3.	¿Ha tenido deseos de quitarse la vida?				
4.	¿Le ha costado conciliar el sueño, a la hora que regularmente acostumbra dormir?				
5.	¿Se despierta a media noche y le cuesta volver a dormirse?				
6.	¿Se despierta muy temprano y no puede dormir nuevamente?				
7.	¿No ha podido realizar las actividades que normalmente realizaba?				
8.	¿Siente que se mueve con más lentitud que antes y de manera dificultosa?				
9.	¿Se siente inquieto (le cuesta estar tranquilo en un solo lugar)?				
10.	¿Se siente angustiado?				
11.	¿Ha tenido, palpitaciones, presión en el pecho, diarrea, constipación, dolor de cabeza, picazón?				
12.	¿Ha perdido las ganas de comer?				
13.	¿Se ha sentido fatigado?				
14.	¿Ha disminuido su deseo sexual?				
15.	¿Se ha preocupado por su salud actual?				
16.	¿Ha perdido o ganado peso?	No	Poco	Reg	Mucho
17.	¿Siente miedo de algo?				
18.	¿En que parte del día se siente usted afectado por estas molestias?	todo	AM	PM	
19.	¿Siente que ha imaginado cosas?				
20.	¿Se siente desilusionado o que alguien lo persigue?				
21.	¿Siente que se enoja con mucha facilidad?				

Calificación: 0 vale por 1 punto Puntaje: 25 a 35 puntos -> Normal
1 vale por 2 puntos 36 a 45 puntos -> Leve

2 vale por 3 puntos
3 vale por 4 puntos

46 a 65 puntos -> Moderada
66 a 80 puntos -> Severa

II. BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS “B”

Boleta #:_____

Instrucciones: A continuación se le presentan 14 preguntas de respuesta múltiple, lea cuidadosamente, si tiene una duda pregunte al encargado. Este test es para conocer su estado de animo. Contestarlo no es obligatorio. Debe de contestar de acuerdo a lo siguiente:

A presentado la molestia:

- 0 Nunca
- 1 Pocas veces
- 2 Regular numero de veces
- 3 muchas veces

A. ESCALA DE MEDICION PARA ANSIEDAD DE HAMILTON

#	III. Pregunta	0	1	2	3
1.	¿Se ha sentido inquieto, presiente que pasara una catástrofe?				
2.	¿Se siente tenso, fatigado, inquieto, llora fácilmente?				
3.	¿Siente miedo por algo o alguien?				
4.	¿Tiene problemas para dormir?				
5.	¿Le cuesta concentrarse?				
6.	¿Siente que no disfruta de su tiempo libre?				
7.	¿Tiene dolor de cuerpo o temblores?				
8.	¿A sentido zumbido de oídos, visión borrosa, debilidad o picazones?				
9.	¿A tenido palpitaciones, dolor de pecho, desmayos?				
10.	¿Le cuesta respirar, siente que se ahoga o suspira mucho?				
11.	¿Sufre de gases, diarrea, estreñimiento, vómitos o nausea, cólicos?				
12.	¿A sentido su boca seca, enrojecimiento, palidez, sudoración?				
13.	¿A aumentado su frecuencia de orinar? Si es mujer ha tenido trastornos de su menstruación. Cambios en su comportamiento sexual				
14.	¿Comportamiento durante la entrevista, agitado, inquieto, preocupado o alguna de las manifestaciones de los síntomas buscados en las preguntas previas?				

Calificación:

- 0 vale por 1 punto
- 1 vale por 2 puntos
- 2 vale por 3 puntos
- 3 vale por 4 puntos

Puntaje: < de 18 puntos -> Normal

18 a 24 puntos -> Leve

25 a 29 puntos -> Moderada

30 en adelante -> Severa

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN

Nombre del estudio:

“TRASTORNOS ANSIOSO-DEPRESIVOS EN PADRES DE PACIENTES
PEDIÁTRICOS HOSPITALIZADOS”.

Investigador: Dr. Dennis Roberto Cuevas Morales

Fuente de Financiamiento: Personal

IV. INVITACIÓN PARA PARTICIPAR Y DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Usted es invitado a que participe en un estudio diseñado para examinar algunos problemas de ansiedad y depresión. Ha sido seleccionado por estar su hijo internado en este departamento del hospital. Todas las personas en esta circunstancia, que acepten participar, son tomadas en cuenta.

V. DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS

Quisiéramos hacerle unas preguntas acerca de cómo se ha sentido la ultima semana, esto tomara unos 20 minutos.

VI. RIESGOS E INCOMODIDADES

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

VII. BENEFICIOS

Su participación nos ayudara a comprender mejor los problemas que usted como padre o madre puede presentar al tener un hijo hospitalizado. Además en caso presentar algún grado de afección puede si lo desea ser referido con especialista para su atención.

VIII. CONFIDENCIALIDAD

La información que se obtenga es confidencial y será manejada únicamente por el investigador, no será compartida con nadie más. Usted no aparecerá identificado en cualquier informe que se produzca.

IX. PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

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

X. PREGUNTAS

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

XI. AUTORIZACIÓN

¿Esta de acuerdo en participar? Si _____ No _____

¿Esta de acuerdo en referirlo con un especialista en caso presentar algún grado de estos padecimientos? Si _____ No _____

Por medio de mi firma certifico que se me ha leído y que yo comprendí plenamente la explicación anterior del proyecto y que todas mis pregunta se han respondido satisfactoriamente, acepto participar en este estudio.

f. _____
Entrevistado

Fecha: _____

f. _____
Entrevistador