

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**"SINTOMATOLOGÍA DE TRASTORNOS ANSIOSO-DEPRESIVOS EN  
PADRES Y MADRES DE NIÑOS HOSPITALIZADOS"**

**DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA, HOSPITAL ROOSEVELT  
MAYO-JUNIO DE 2,002 GUATEMALA**

**WENDY LORENA SAGASTUME SAAVEDRA**

**MEDICA Y CIRUJANA**

GUATEMALA, AGOSTO DE 2002

## INDICE

CONTENIDO	PAGINA
I INTRODUCCIÓN	1
II PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
III JUSTIFICACIÓN	6
IV OBJETIVOS	7
V REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	8
VI DISEÑO METODOLÓGICO	22
VII PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	27
VIII CONCLUSIONES	38
IX RECOMENDACIONES	40
X RESUMEN	41
XI BIBLIOGRAFÍA	42
XII ANEXOS	45

## I. INTRODUCCIÓN

Los trastornos ansioso-depresivos afectan del 5 a 10% de la población general, se observan en diferentes circunstancias de la vida cotidiana y se asocian con factores estresantes ambientales y principalmente con problemas socioeconómicos.

La ansiedad y depresión son entidades que se encuentran clasificadas dentro de la psiquiatría y cuya etiopatogenia es parcialmente conocida. En ocasiones estos trastornos son sub-diagnosticados lo cual retarda el tratamiento y conlleva complicaciones que pueden ser desde leves letales.

Las manifestaciones clínicas son variadas. Los síntomas psicósomáticos alteran el pensamiento, humor, sentimientos, comportamiento así como el estado físico del individuo.

En base a lo expuesto, el presente estudio de tipo descriptivo, se realizó con el propósito de describir las características clínicas y epidemiológicas de depresión y ansiedad en los padres de los niños hospitalizados por primera vez en el Departamento de Pediatría del Hospital Roosevelt durante los meses de Mayo y Junio de 2002.

Por medio de la aplicación de las escalas de medición para ansiedad y depresión de Hamilton, a los padres que se encontraban de visita en el momento de la entrevista obteniendo valores de la frecuencia e intensidad de ambos trastornos, los cuales fueron posteriormente relacionados con las demás variables del estudio.

No se incluyeron parejas de padres con más de un hijo hospitalizado, padres o madres solteros (as) o con hospitalización previa, reciente o recurrente.

Se observó en las parejas de padres entrevistados que la incidencia de ambos trastornos fue del 50%. Asimismo la intensidad de la depresión y ansiedad observada más frecuentemente fue moderada y severa respectivamente.

Se encontró que el factor que más frecuentemente asociado a depresión moderada fué el tiempo de hospitalización mayor de 11 días en un 77%. Por otro lado la ansiedad severa se asoció principalmente al servicio de internación del niño en 78% en Intensivo.

Se encontró que los padres con cuatro o más hijos presentaban depresión moderada en un 74% y ansiedad severa en un 76%. Por último se observó que el rango de edad en que se presentan con más frecuencia la ansiedad y depresión en los padres y madres fue de 31 y 35 años. Ambos sexos fueron afectados igualmente por ambos trastornos.

Las recomendaciones del estudio fueron orientadas a una mejor atención y comunicación con los padres por parte del personal médico y paramédico del hospital; conformando grupos de apoyo que brinden mayor información acerca de el padecimiento de su hijo, las conductas médicas a seguir y los posibles resultados de las mismas.

## I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los trastornos ansioso-depresivos se presentan con frecuencia en la población en general con efectos a corto y largo plazo, produciendo problemas somáticos o empeorando enfermedades ya existentes con alteraciones del pensamiento, humor, sentimientos, comportamiento y estado físico, llegando a afectar las actividades cotidianas del individuo. (19)

Estos trastornos se han descrito en diferentes circunstancias, tales como mudanzas, cambio de colegio, presentación de un examen, buscar empleo, separación de una pareja, por lo que muchas veces son considerados "normales", no buscándose asistencia médica. (18 )

Se sabe que tanto el estado depresivo como el trastorno de ansiedad son entidades patológicas claramente definidas y que necesitan ser tratadas. Ambos trastornos se presentan frecuentemente en la población general, sus manifestaciones son muy variadas, siendo la causa precipitante identificable o no.(19)

El trastorno depresivo se caracteriza por sentimientos exagerados de tristeza, melancolía, abatimiento, disminución de la autoestima, vacío y desesperanza, en ocasiones sin causa real explicable. (24) Por aparte en el trastorno de ansiedad existe sensación de aprensión, desasosiego, agitación, incertidumbre y temor resultante de la previsión de alguna amenaza o peligro, generalmente de origen intrapsíquico cuya fuente suele ser desconocida o no puede determinarse. (23)

La etiología de estos trastornos es parcialmente conocida y la mayor parte de este conocimiento se ha obtenido mediante el estudio de las acciones de los medicamentos terapéuticos. Las teorías fisiopatológicas han tomado tres cursos: anomalías endocrinas, neurotransmisores y estudios electrofisiológicos. También se ha observado que el enfoque y la respuesta al tratamiento farmacológico varía mucho tanto en los médicos como en los pacientes. (26)

Los trastornos de ansiedad afectan del 5 al 10% de la población general y tienden a incrementarse debido a los factores estresantes ambientales y a los problemas socioeconómicos actuales. El trastorno depresivo se ha estimado que afecta a un 9.5% de la población. Los trastornos de ansiedad pueden desembocar en cuadros de depresión mayor, lo que conlleva a riesgo de suicidio. (23)

Ambos trastornos pueden presentarse en situaciones en las que se anticipe un peligro no determinado al bienestar psicológico del individuo, ejemplo: la hospitalización de una persona, más si se trata de un niño, en la cual se dan cambios en la situación familiar, con efectos que pueden ser negativos si no se introducen medidas especiales para prevenir los mismos.

La decisión de hospitalizar a un niño se toma, generalmente, con cierto temor e incertidumbre por parte de los padres. Hospitalizar significa separarse del niño (a), dejarlo solo. Los horarios de visita y las restricciones al acompañamiento limitan la posibilidad de contacto y esto es vivido por muchos padres con inmensa frustración, temen que en su ausencia el niño no sea bien tratado, se le ignore o que el encargado de turno olvide darle la medicina o tratamiento que necesita. Temen que el niño sufra en su ausencia, e incluso que muera. (7)

En base a lo anterior se estima que los padres están sujetos a padecer de depresión y ansiedad desde el momento del ingreso de su hijo y durante la hospitalización.

El Hospital Roosevelt es uno de los dos centros de atención médica más grandes del país, siendo centro de referencia del área Sur de Guatemala. El Depto. de Pediatría cuenta con servicios de encamamiento con capacidad para albergar a ciento ocho niños. El horario de visita de 12:00 a 14:00 horas de lunes a domingo. También cuenta con programa de asistencia familiar que permite permanencia de los padres y madres que así lo deseen y lo ameriten.

El presente estudio se limitará a describir la sintomatología clínica por categorías de acuerdo a la escala de depresión y ansiedad de Hamilton, el cual se realizará con los padres de niños internados en los servicios de Intensivo, especialidades, Primer y Cuarto Piso durante los meses de Mayo y Junio del presente año.

### **III. JUSTIFICACIÓN**

Los padres y madres que tienen hijos hospitalizados en un centro asistencial son susceptibles a padecer de ansiedad y depresión desarrollando sentimientos de frustración, culpa, incapacidad y miedo, lo cual interfiere con el tratamiento de su hijo ya que todo ello es transmitido al menor creando en este último una atmósfera de incertidumbre e inseguridad hacia las intervenciones médicas.

Se estima que 19 millones de norteamericanos adultos sufren de trastornos de ansiedad y depresión en el período de un año. (24) Ambas patologías pueden complicarse con consecuencias fatales.

Observando predominio femenino en ambos padecimientos con un rango de edad entre los 25 y 44 años. No hay discriminación de grupo étnico. (5)

La importancia de este estudio radica en que esta población es vulnerable y no se le brinda adecuada atención dentro del sistema hospitalario de nuestro país. El propósito es proponer medidas factibles o sugerir la implementación de medidas que permitan optimizar la salud del niño a través de brindar apoyo a sus padres.

## **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 Roosevelt.

### **B. ESPECIFICOS:**

#### **1. Determinar:**

- a) La incidencia de la sintomatología de depresión y ansiedad de los padres de niños hospitalizados.
- b) El rango de edad y sexo, en el cual se presenta con más frecuencia cada uno de estos trastornos, en la población de estudio.

#### **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.

## V. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

*Ira. Parte:*

### A. DEPRESIÓN/ANSIEDAD

#### 1. Definición:

##### a) Depresión:

Estado emocional anormal caracterizado por sentimientos de tristeza, melancolía, desánimo, demérito, vacío y desesperanza en grado inapropiado y desproporcionado con respecto a la realidad. Trastorno afectivo que ocasiona disminución de la capacidad de experimentar placer, disminución de rendimiento físico y social, pérdida o aumento de apetito, insomnio, sensación de cansancio y desinterés sexual.(21)

##### b) 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 psiquiátrico, biológico y social cuya causa suele ser desconocida o no admitida. Se expresa de diferentes formas, por ejemplo: reacciones exageradas a acontecimientos vitales traumáticos (muerte o enfermedad de alguien u otra desgracia), las obsesiones (ideas repetitivas, angustiantes y absurdas), las compulsiones ("manías" como las comprobaciones de todo lo que se hace, el orden excesivo, etc.), los llamados "ataque de pánico" (crisis de angustia repentinas con síntomas fuertes como: opresión en el pecho, palpitations, ahogo, etc.) y la hipocondría(el miedo constante a padecer enfermedades). La ansiedad también puede manifestarse en forma de síntomas físicos verdaderos, por ejemplo: palpitations, taquicardia, problemas digestivos, cansancio, dolor de cabeza, problemas de equilibrio u otros.(19)

## **2. Epidemiología:**

Estudios epidemiológicos recientes del Epidemiological Catchment Area (ECA) sobre el trastorno depresivo señalan una tasa de prevalencia puntual de depresión unipolar de 3% en hombres adultos y del 4.9% en las mujeres adultas. Los índices más elevados son en el sexo femenino, tras la aparición de acontecimientos vitales adversos, en hombres y mujeres infelices en su matrimonio y personas con antecedentes de experiencias infantiles traumáticas. Es relevante el hecho de que los casos de depresión parecen estar aumentando en las generaciones más jóvenes. (5) Típicamente el primer episodio ocurre entre los 25 y 44 años. (27)

Los datos de seguimiento de las muestras originales del ECA han indicado que la depresión puede constituir un factor de riesgo para enfermedades cardíacas y para una mayor mortalidad global.

El trastorno de ansiedad presenta elevada frecuencia en la población general, con índices más elevados en mujeres (3:1), en personas entre los 25 y 44 años, en separados y divorciados y son más bajos en mayores de 64 años no relacionándose con la raza o educación.(26) Según el DSM-IV los porcentajes de prevalencia puntual para todos los trastornos de ansiedad oscila entre 1.2 y 3.8% para la agorafobia, entre 4.1 y 7.0% para la fobia simple, entre el 1.8 y 2.5% para el trastorno obsesivo-compulsivo, entre el 0.4 y 3.1% para el trastorno de angustia y entre 2.5 y 6.4% para el trastorno de ansiedad generalizada.(15)

Se ha observado en estudios realizados con poblaciones hospitalarias que el trastorno obsesivo-compulsivo es 25 a 60 veces más frecuente de lo que se creía.(14) Según datos analíticos del ECA sobre fobia social se demostró que produce estrés y que el 69% de los entrevistados habían presentado otro trastorno mental co-mórbido a lo largo de su vida. Un aspecto interesante de los trastornos de ansiedad es su temprana edad de inicio. (5)

### 3. Clasificación:

#### CLASIFICACIÓN DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD SEGÚN EL DSM-IV(14)

##### TRASTORNOS DEPRESIVOS

Depresivo mayor  
 Distímico  
 Bipolar I, II y III  
 Distímico  
 Ciclotímico

DMS-IV(1995)	ICD-10(1992)
-De Ansiedad	Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfias.
-Angustia sin agorafobia	Trastornos 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
-Obsesivo compulsivo	Trastorno obsesivo-compulsivo
-Estrés postraumático -Estrés agudo -Ansiedad generalizada	Reacciones de estrés grave y trastorno de adaptación
-Ansiedad debido a enfermedad médica	Trastornos disociativos

-Ansiedad Inducido por sustancias	Trastornos somatomorfos
-Ansiedad no especificado	Otros trastornos neuróticos

#### 4. Etiología:

##### a) Ansiedad:

Desde una perspectiva bio-psicosocial, el origen de la ansiedad (angustia) ha sido abordado desde modelos neurobiológicos, psicológicos (teoría psicoanalítica y conductista) y ambientales. Los factores culturales parecen influir más en la forma de manifestación sintomatología que en las cifras de prevalencia de los distintos trastornos de ansiedad. Se describe a continuación los modelos psicológico y biológico.(13)

##### i. Modelo psicológico:

##### i.i. Teoría Psicoanalítica:

Para Sigmund Freud, la angustia es el resultado de la excitación sexual no liberada. La tensión sexual pone en marcha mecanismos de defensa, siendo la neurosis de angustia, la consecuencia del fracaso de esta elaboración psíquica.

##### i.ii. Teoría Conductista:

Según la teoría del aprendizaje, la angustia constituiría la respuesta condicionada o aprendida, ante estímulos estresantes del medio ambiente.

##### ii. Modelo biológico:

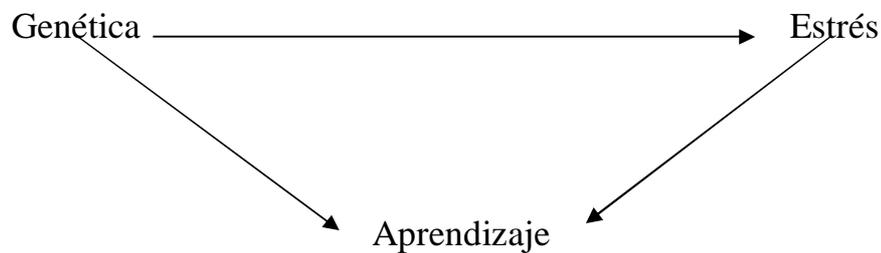
Modernamente la aportación de estudios clínico- epidemiológicos, experimentales y genéticos, sugieren que la angustia puede ser considerada básicamente como un fenómeno biológico, debido en gran parte a factores genéticos compartidos por los familiares más que al efecto del medio ambiente familiar.

La evidencia genética procede del estudio de árboles genealógicos de familias afectadas, estudio de gemelos, marcadores genéticos (antígenos leucocitarios humanos o HLA), etc.

De gran relevancia científica han sido los estudios sobre el sistema de neurotransmisión noradrenérgico y especialmente del "locus coeruleus", que apoyan la hipótesis de una hiperactividad noradrenérgica como factor determinante de los ataques de pánico. Igualmente, se ha señalado una hipofunción del sistema serotoninérgico en los pacientes con agorafobia, ataques de angustia y del sistema GABA, asociado a los receptores específicos para las benzodiazapinas.

En resumen, si un individuo con predisposición y vulnerabilidad genética, es expuesto a una situación de estrés, puede aprender una respuesta mal adaptada a esta circunstancia, siendo la ansiedad el resultado de tal interacción.

#### RELACION ETIOLÓGICA DE LA ANSIEDAD



#### b) Depresión:

No hay una sola causa de depresión. La enfermedad ocurre en familias. Expertos creen que existe una vulnerabilidad genética combinada con factores ambientales, estrés, signos físicos, que pueden conllevar a un desequilibrio en la química cerebral produciendo la depresión. Existe desequilibrio en tres neurotransmisores: Serotonina, Norepinefrina y Dopamina durante la depresión.

Los científicos no comprenden por qué el desequilibrio de los neurotransmisores causan los síntomas de la depresión.

Entre los factores que contribuyen con la depresión se encuentran:

- i. Herencia: Se observan cambios en diversos genes que pueden desarrollar trastorno bipolar y otros trastornos de depresión. Sin embargo no todas las familias con historia de depresión desarrollan la enfermedad.
- ii. Estrés: Los eventos estresantes de la vida, particularmente la pérdida o dificultad amorosa o de trabajo, pueden ocasionar depresión.
- iii. Medicamentos: Se ha observado que algunas drogas utilizadas para el control de la Hipertensión, trastornos del sueño, anticonceptivos, pueden ocasionar depresión en algunas personas.
- iv. Enfermedades: Algunas personas con enfermedades crónicas, del corazón, infartos, diabetes, cáncer o enfermedad de Alzheimer's, hipotiroidismo tienen un alto riesgo para tener depresión. Ocurre en el 50% de las personas infartadas.
- v. Personalidad: Varios tipos de personalidad también se han relacionado como: los autocríticos, pesimistas y personas fácilmente estresantes.
- vi. Depresión Posparto: Esta ocurre en los primeros días o semanas después del parto. Las madres experimentan sentimientos de tristeza, angustia, ansiedad, irritabilidad e incompetencia.
- vii. Abuso de drogas: La Nicotina y el Alcohol son drogas que producen depresión y ansiedad.
- viii. Dieta: La deficiencia de folatos y vitamina B-12 causan síntomas de depresión. (27)

## **5. Fisiopatogenia:**

### **a) Ansiedad:**

Existe un nivel de ansiedad que se considera normal e incluso útil, se le denomina umbral emocional y permite mejorar el rendimiento y actividad. Sin embargo, cuando la ansiedad rebasa ciertos límites, aparece un deterioro de la actividad cotidiana. En este caso, a mayor ansiedad, habrá un menor rendimiento. Los procesos cerebrales subyacentes al proceso ansioso son parcialmente conocidos y la mayor parte de este conocimiento se ha obtenido mediante el estudio de las acciones de los tratamientos ansiolíticos. (4)

En los trastornos de ansiedad participan algunas de las estructuras cerebrales que conforman el sistema límbico, y es ahí en donde se ha observado que los fármacos ansiolíticos ejercen algunas de sus acciones. El sistema límbico es responsable de las emociones y de las estrategias asociadas a la sobrevivencia. Entre estas emociones se encuentran: el miedo, la furia, las sensaciones ligadas al sexo o al placer y también al dolor y angustia.

Según observaciones en humanos en el estado ansioso y depresivo, se ha encontrado niveles disminuidos de GABA en el líquido cefalorraquídeo. También se ha demostrado la presencia en la fisiopatología de los trastornos de ansiedad de otros neurotransmisores como la serotonina (5-HT), la noradrenalina(NA) y la dopamina (DA). De estas observaciones en animales de laboratorio y algunas en el humano, se ha sugerido que los fármacos que promueven un equilibrio en la neurotransmisión mediada por la 5-HT (p. Ej.: los antidepresivos tricíclicos e inhibidores de la monoamino-oxidasa) y sobre el complejo de receptores de GABA (p. ej.: las benzodiazepinas), controlan algunas manifestaciones de los trastornos de ansiedad. Además las hormonas esteroidales también ejercen acciones ansiolíticas en animales experimentales y en el humano por acciones agonistas sobre los receptores GABA. (3)

### Complejo de Receptor Gaba:

Se ha demostrado que las benzodiazepinas y otras drogas ansiolíticas ejercen sus acciones por la estimulación de los receptores GABA<sub>A</sub>. Estos receptores se encuentran localizados sobre la membrana neuronal y contienen un sitio de alta afinidad para las benzodiazepinas; cuando estas se acoplan a los receptores GABA<sub>A</sub> posinápticos conducen a un incremento de la frecuencia de apertura del canal iónico, con un consecuente aumento del flujo de iones Cl<sup>-</sup> hacia el interior de la neurona. Esto provoca una hiperpolarización neuronal que produce un efecto inhibitorio.

#### b) Depresión:

Según hallazgos genéticos de estudios no concluyentes se relaciona con anormalidades con los cromosomas X, 11, 21 y 18. Por otro lado se ha observado cambios en la secreción de diferentes hormonas como: hormona del crecimiento, hormona adrenocorticotrópica, hormona estimulante de la tiroides. Se han realizado múltiples estudios experimentales sin llegar a aceptar ninguna hipótesis. Se ha observado relación entre los factores ambientales del individuo asociado a una predisposición genética.(16)

## 6. Cuadro clínico:

### a. Trastornos de Ansiedad:

ESTADO	CARACTERÍSTICAS
Tensión motora excesiva	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 y sensación de tener un nudo en la garganta.

Hipervigilancia

Sentirse atrapado, exageración en la respuesta de alarma, dificultad para concentrarse, insomnio e irritabilidad.

#### b. Trastorno Depresivo

- Tristeza y ansiedad persistente o humor vacío.
- Sentimientos de desesperanza y pesimismo
- Sentimientos de culpa, desasosiego, abandono
- Pérdida del interés y placer por actividades que anteriormente disfrutaba
- Fatiga, dificultad para concentrarse
- Insomnio, o mucho sueño
- Pérdida o aumento del apetito así como del peso
- Pensamiento de muerte o suicidio
- Irritabilidad
- Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento como: dolores de cabeza, trastornos gastrointestinales o dolor crónico.

### **7. Diagnóstico:**

Para la detección de trastornos depresivos se necesita de un examen físico general, una buena historia clínica, así como la utilización de tests psicométricos, ejemplo: Test de Hamilton, test de Zung, Inventario de Beck, entre otros. (27)

El Test de Halmilton para depresión consta de 21 preguntas, las cuales evalúan humor deprimido, síntomas cognitivos y vegetativos de depresión y la comorbilidad con síntomas de ansiedad. Este test está basado en los síntomas de depresión descritos en el DSM-IV y está adaptado para que sean aplicado por clínicos a través

de una entrevista semiestructurada, el cual proveera de información lícita directamente del paciente. La escala de valoración es como sigue:

<b>Puntaje 0 a 4</b>	<b>Interpretación</b>
0	Depresión Ausente
1	Leve
2	Leve a Moderada
3	Moderada a severa

<b>Puntaje 0 a 2</b>	
0	Ausente
1	Probable o leve
2	Definitivo

Los valores se suman y la calificación obtenida se clasifica de la siguiente manera:

<b>Puntaje</b>	<b>Interpretación</b>
25-35	Normal
36-45	Leve
46-65	Moderada
66-85	Severa

Para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad se tiene que tomar en cuenta aspectos clínicos así como la aplicación de test de apoyo como: Escala de Ansiedad de Hamilton, cuestionario de salud general, escala de ansiedad y depresión de goldberg, etc. La escala de Ansiedad de Hamilton (HAMA) comprende 14 preguntas que evalúan síntomas psicósomáticos, cada pregunta tiene 4 opciones de respuesta, a cada opción se le asigna un puntaje de 0 a 3 pts. El valor más alto muestra el signo o síntoma más manifiesto. Los valores se suman y la calificación obtenida se clasifica de la siguiente manera:

<b>Puntaje</b>	<b>Interpretación</b>
18	Ansiedad Leve
25	Ansiedad Moderada
30	Ansiedad Severa

## **8. Tratamiento:**

En la actualidad, podemos reducir a tres los grupos de fármacos eficaces en el tratamiento de la ansiedad y depresión: las benzodiazepinas, los antidepresivos con acciones ansiolíticas y los bloqueadores B-adrenérgicos.

### a) Benzodiazepinas:

Son los principales agentes utilizados en el tratamiento de la ansiedad. Entre las que con mayor frecuencia se prescriben están: Diazepam, el clordiazepóxido, el oxazepam, entre otros. Estas ejercen una acción selectiva a nivel de algunas estructuras límbicas como el núcleo amigdalino, el hipocampo y el septum. Entre sus efectos colaterales se encuentra el alargamiento del tiempo de reacción, la disminución de la atención, la amnesia anterógrada, fatiga pasajera, mareo, sequedad de boca, taquicardia, ataxia y, particularmente importante, depresión. (4) La interrupción brusca de los tratamientos con estos fármacos se acompaña de un síndrome de abstinencia en el que puede aparecer convulsiones tónico-clónicas generalizadas, hipotermia y coma.

### b) Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina:

Este grupo de medicamentos es considerado por los especialistas como el tratamiento de primera línea para la depresión a causa de que tienen menores efectos secundarios. Actúan ejerciendo acciones antidepresivas y ansiolíticas gracias al aumento de la acción de la 5-HT (neurotransmisores de serotonina), dado que influyen selectivamente sobre la recaptura de este neurotransmisor. Entre estos medicamentos encontramos: la fluoxetina, la fluvoxamina y la paroxetina.

c) Bloqueadores beta-adrenérgicos:

El más utilizado es el propanolol. Se utiliza asociado a las benzodiacepinas y solo cuando las manifestaciones periféricas son excesivas. Entre sus efectos secundarios están: insomnio, cefalea, broncoespasmo, hipotensión, etc.

d) Otros tratamientos:

- Agonistas selectivos a los receptores 5-HT<sub>1A</sub>

- Inhibidores de la monoaminoxidasa (aumentan los niveles de NA, 5-HT, y DA en la sinapsis)

- Anteriormente se utilizaron como primera línea los antidepresivos tricíclicos, los cuales fueron reemplazados debido a sus efectos secundarios.

Por último se ha descrito intervención de hormonas esteroidales como el estradiol y la progesterona las cuales actúan directamente sobre el sistema GABA adrenérgico.

-Terapia Herbal: Se ha descrito la actuación de hierbas como el *Hipericum perforatum* Para el tratamiento de depresión y ansiedad el cual es ampliamente utilizado en Europa.(6)

-Psicoterapia: Permite al paciente poder hablar de sus problemas y buscar soluciones junto con el terapeuta y ello se puede lograr con trabajos práctico en casa.

-Terapia electroconvulsiva: Consiste en la aplicación de anestesia y relajantes musculares al paciente con el fin de poder administrar pequeñas cantidades de corriente eléctrica a través de su cerebro por un lapso de uno a tres segundos lo cual produce convulsiones controladas de 20 a 90 segundos de duración afectando los niveles de neurotransmisores en el cerebro. . Se utiliza principalmente en individuos con ideas suicidas inminentes o depresión severa. (11,2)

-Terapia de Luz: Está indicada en trastornos afectivos estacionales, se basa en el hecho de que la luz solar aumenta los niveles de melatonina provocando trastornos del humor y somnolencia.(24)

### **9. Pronóstico:**

En la depresión el tratamiento debe durar de 6 a 20 semanas después de la desaparición de los síntomas, muchos pacientes se han mantenido por años sin mayor deterioro pero a pesar de usar el mejor tratamiento 15 a 20% de los enfermos evolucionan a la cronicidad. Por otro lado en los trastornos ansiosos se ha observado que el trastorno de pánico puede seguir una evolución limitada con patrones episódicos con períodos prolongados de remisión sin sintomatología alguna. Estudios de vigilancia indican que casi 50 a 60% de los pacientes se recuperaron con lo que mejoraron su estado notablemente. Existe la posibilidad de toxicomanías como complicación importante.(9)

*2da. Parte:*

## **B. TRASTORNOS ANSIOSO-DEPRESIVOS Y SU RELACIÓN CON LA HOSPITALIZACIÓN DE UN HIJO**

La hospitalización de un niño conlleva una serie de cambios en el ámbito familiar, afectando principalmente a los progenitores quienes pueden experimentar sentimiento de inseguridad, temor, pesadumbre, depresión o cansancio. Los padres ansiosos pueden interferir con el tratamiento de su hijo ya que transmiten estos sentimientos al menor el cual responderá de una manera negativa a las intervenciones médicas. (7,8,10)

Se ha dicho que es ideal que uno de los padres permanezca con el niño durante la hospitalización todo el tiempo que sea posible, sin embargo, las necesidades del niño deben ser cuidadosamente equilibradas con las necesidades de la familia. Algunos padres, por ejemplo, deben ser animados a dejar el hospital con objeto de atender a sus otros hijos y sus propias necesidades emocionales y físicas. Numerosas

investigaciones han comprobado los beneficios de tener a los padres presentes durante procedimientos médicos dolorosos(aunque su presencia pueda también aumentar la ansiedad del niño cuando el padre o la madre sea especialmente ansioso). La presencia paterna también puede ser de ayuda en otros momentos, como en caso de proceder de manera voluntaria a la anestesia.(10,20,22)

Es necesario el apoyo a los padres, ya que si ellos afrontan bien la situación estarán mejor preparados para ayudar a sus hijos a resolver el estrés de la hospitalización. Hay que brindar a los padres oportunidades para exponer sus preocupaciones y compartir información con ellos de una manera abierta y coherente. (22,25) Los padres pueden necesitar ser estimulados a atender sus propias necesidades de alimento y descanso. Los grupos de apoyo deben tratar temas como: muerte, el proceso de fallecimiento, la culpa, las experiencias con la hospitalización, las preocupaciones financieras, los trastornos de la conducta, la falta de apoyo de sus cónyuges o de otros miembro de la familia. Lo anterior ayudará a disminuir el sentimiento de aislamiento y desamparo de los padres.(1,9,12)

La transmisión de información es un elemento importante en la relación entre el médico, el niño y sus padres conformando una carga terapéutica que puede servir para aliviar las preocupaciones que los pacientes y padres presentan cuando se enfrentan a una situación médico-hospitalaria. (17)

## VI. DISEÑO METODOLÓGICO

### A. METODOLOGÍA:

#### 1. Tipo de Estudio:

Descriptivo transversal

#### 2. Sujeto de Estudio:

Padres y madres de niños hospitalizados en los servicios del Depto. de Pediatría del Hospital Roosevelt.

#### 2. Definición del Universo y muestra:

El universo lo constituyeron el total de padres y madres de niños hospitalizados en el Depto. de Pediatría del Hospital Roosevelt (Intensivo, especialidades<sup>1</sup>, Primer Piso Y Cuarto Piso) durante un año.

La población total de egresos anuales (4,416 niños hospitalizados al año), con una prevalencia de depresión y ansiedad en la población en general de 10%, se esperó un peor resultado de 5%, de acuerdo a la siguiente fórmula se calculó el tamaño de la muestra:

Tamaño muestral:  $n/(1-(n/población))$

$$n = z * z(P(1-P)) / (d * d)^2$$

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)

---

<sup>1</sup> Especialidades comprende: pacientes de hematología, gastroenterología, neumología, entre otros.

<sup>2</sup> Tomado de Manual Paltex, OPS.

Dando un resultado total de muestra de 134 personas a entrevistados posterior a esto se estratificó la muestra de acuerdo a las proporciones de población de cada uno de los servicios, con el fin de obtener una muestra poco viciada.

**4. Criterios de inclusión:**

- a) Madre y Padre del niño hospitalizado, presente en la visita al momento de recolectar la información.
- b) Madre o Padre del niño hospitalizado, que aceptó participar en el estudio.(consentimiento informado)
- c) Madre y padre capaz de responder la entrevista (física, mental y sin barrera del lenguaje).
- d) Madres y padres de niños que no iniciaron su hospitalización en un servicio diferente al que se encontraban al momento de realizarse el estudio.

**5. Criterios de exclusión:**

- a) Parejas con más de un niño hospitalizado o con hospitalización previa<sup>3</sup> o recurrente.
- b) Madres o padres solteros.

## 6. Definición de Variables :

VARIABLE	DEFINICIÓN 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) VER ANEXOS	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 síntomas, Hamilton para Ansiedad (Sintomatológica) VER ANEXOS	Nominal	Ansiedad: 1 Ausente 2 Leve 3 Moderada 4 Severa
Edad Cronológica	Período de Tiempo Transcurrido desde el nacimiento de un individuo hasta el momento.	Pregunta directa	Numérica Discreta	Años Cumplidos

<sup>3</sup> El niño no egresó en los últimos 15 días.

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 niño al hospital al 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.Especialidades 3.Primer Piso 4.Cuarto Piso

### **7. Instrumento de recolección de Datos:**

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

### **8. Plan de recolección de la Información:**

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

Por medio de un Consentimiento Informado se dió a conocer a los padres el estudio y se solicitó su colaboración por lo que firmaron.(Ver ANEXOS)

El instrumento se pasó a los padres en el horario de visita de lunes a domingo en los diferentes servicios intercalando cada uno de ellos, posterior a ello se tabularon los datos y se realizó el análisis estadístico correspondiente.

## **9. Plan de análisis y tratamiento estadístico:**

Posterior a la recolección de la información se tabularon y analizaron los resultados dando un tratamiento estadístico descriptivo en base a los objetivos propuestos y se presentaron cuadros y gráficas . (Ver Cronograma en Anexos)

## **10. Ética de la investigación:**

Para el presente estudio fue necesario el permiso y aprobación de las autoridades hospitalarias (Docencia e Investigación de Hospital Roosevelt)el cual 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 ya que la información fue confidencial sin tomar en cuenta los nombres de los padres o los pacientes y el manejo de la misma fue exclusiva del 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. Se han observado los principios enunciados en la Declaración de Helsinki. La participación fue voluntaria e informada. Los resultados fueron dados a conocer sólo en el Informe Final.

## **VII. PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE RESULTADOS**

### CUADRO No. 1

INCIDENCIA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD POR INTENSIDAD Y SEXO EN LOS PADRES DE NIÑOS HOSPITALIZADOS, DURANTE EL PERIODO DE MAYO A JUNIO DEL AÑO 2002

#### DEPRESIÓN

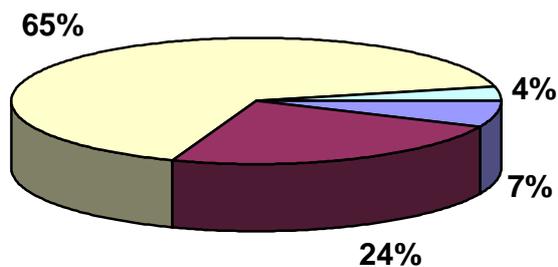
INTENSIDAD	MADRES	%	PADRES	%	TOTAL	%
NORMAL	5	4	4	3	9	8
LEVE	11	8	21	16	32	24
MODERADA	48	36	40	30	88	66
SEVERA	3	2	2	1	5	2
TOTAL	67	50	67	50	134	100

#### ANSIEDAD

INTENSIDAD	MADRES	%	PADRES	%	TOTAL	%
NORMAL	3	2	3	2	6	4
LEVE	9	7	13	10	22	17
MODERADA	16	12	17	13	33	25
SEVERA	38	29	35	25	73	54
TOTAL	66	50	68	50	134	100

*Fuente: Boletas de recolección de datos.*

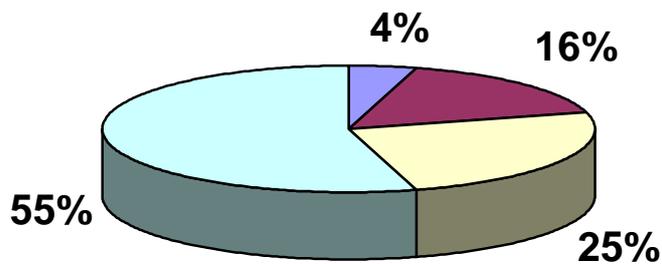
**GRAFICA # 1**  
**INCIDENCIA DE DEPRESION EN MADRES Y PADRES**  
**ENTREVISTADOS DE ACUERDO A INTENSIDAD**



■ **AUSENTE**
■ **LEVE**
■ **MODERADA**
■ **SEVERA**

FUENTE: Boletas de recolección de datos.

**GRAFICA # 2**  
**INCIDENCIA DE ANSIEDAD EN MADRES Y PADRES**  
**ENTREVISTADOS DE ACUERDO A INTENSIDAD**



■ **AUSENTE**
■ **LEVE**
■ **MODERADA**
■ **SEVERA**

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

## CUADRO NO. 2

CLASIFICACIÓN DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD POR INTENSIDAD Y SERVICIO DE INTERNACIÓN EN LOS PADRES DE NIÑOS HOSPITALIZADOS, DURANTE EL PERIODO DE MAYO A JUNIO DEL AÑO 2002 (GLOBAL)

### DEPRESIÓN

SERVICIO	NORMAL	%	LEVE	%	MODERADA	%	SEVERA	%	TOTAL	%
PRIMER PISO	5	3.7	14	10.4	32	23.8	1	0.7	52	39
CUARTO PISO	2	1.4	7	5.2	21	15.6	0	0	30	22.3
ESPECIALIDADES	3	2.2	6	4.4	14	10.4	1	0.7	24	17.9
INTENSIVO	2	1.4	5	3.7	21	15.6	0	0	28	20.8
TOTAL	12	9.2	32	23.8	88	65.6	2	1.4	134	100

### ANSIEDAD

SERVICIO	NORMAL	%	LEVE	%	MODERADA	%	SEVERA	%	TOTAL	%
PRIMER PISO	2	1.4	9	6.7	13	9.7	28	20.8	52	39
CUARTO PISO	1	0.7	5	3.7	12	8.9	12	8.9	30	22.3
ESPECIALIDADES	2	1.4	6	4.4	5	3.7	11	8.2	24	17.9
INTENSIVO	1	1.7	1	0.7	4	2.9	22	16.4	28	20.8
TOTAL	6	4.4	21	15.6	34	25.3	73	54.4	134	100

Fuente: Boletas de recolección de datos.

### CUADRO NO. 2.1

CLASIFICACIÓN DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD POR INTENSIDAD Y SERVICIO DE INTERNACIÓN EN LOS PADRES DE NIÑOS HOSPITALIZADOS, DURANTE EL PERIODO DE MAYO A JUNIO DEL AÑO 2002 (ESPECIFICO)

#### DEPRESION

SERVICIO	NORMAL	%	LEVE	%	MODERADA	%	SEVERA	%	TOTAL	%
PRIMER PISO	5	9	14	27	32	61	1	3	52	100
CUARTO PISO	2	7	7	23	21	70	0	0	30	100
ESPECIALIDADES	3	12	6	25	14	58	1	5	24	100
INTENSIVO	2	7	5	18	21	75	0	0	28	100
TOTAL	12	9	32	24	88	66	2	1	134	100

#### ANSIEDAD

SERVICIO	NORMAL	%	LEVE	%	MODERADA	%	SEVERA	%	TOTAL	%
PRIMER PISO	2	4	9	17	13	25	28	54	52	100
CUARTO PISO	1	3	5	17	12	40	12	40	30	100
ESPECIALIDADES	2	8	6	25	5	21	11	46	24	100
INTENSIVO	1	4	1	4	4	14	22	78	28	100
TOTAL	6	4	21	16	34	25	73	55	134	100

Fuente: Boletas de recolección de datos.

### CUADRO NO. 3

CLASIFICACIÓN DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD POR INTENSIDAD Y TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN DE SU HIJO EN LOS PADRES DE NIÑOS INTERNADOS, DURANTE EL PERIODO DE MAYO A JUNIO DEL AÑO 2002

#### DEPRESION

TIEMPO DE HOSPITALIZACION	NORMAL	%	LEVE	%	MODERADA	%	SEVERA	%	TOTAL	%
1-5	5	9	17	30	32	57	2	4	56	100
6-10	4	13	9	30	17	57	0	0	30	100
11-15	0	0	2	20	8	80	0	0	10	100
MAYOR 15	3	8	6	16	29	76	0	0	38	100
TOTAL	12	9	34	25	86	64	2	2	134	100

#### ANSIEDAD

TIEMPO DE HOSPITALIZACION	NORMAL	%	LEVE	%	MODERADA	%	SEVERA	%	TOTAL	%
1-5	2	4	8	14	17	30	29	52	56	100
6-10	1	3	9	30	6	20	14	47	30	100
11-15	0	0	1	10	2	20	7	70	10	100
MAYOR 15	3	8	4	10	9	24	22	58	38	100
TOTAL	6	5	22	16	34	25	72	54	134	100

*Fuente: Boletas de recolección de datos.*

**CUADRO NO. 4**

CLASIFICACIÓN DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD POR INTENSIDAD Y PUESTO QUE OCUPA EL NIÑO EN RELACIÓN CON SUS HERMANOS DE LOS PADRES DE NIÑOS INTERNADOS, DURANTE EL PERIODO DE MAYO A JUNIO DEL AÑO 2002

**DEPRESION**

NO. DE HIJO	NORMAL	%	LEVE	%	MODERADA	%	SEVERA	%	TOTAL	%
1	4	13	9	29	18	58	0	0	31	100
2	2	7	9	31	13	45	5	17	29	100
3	1	3	7	22	21	66	3	9	32	100
4 O MAYOR	3	7	8	19	31	74	0	0	42	100
TOTAL	10	7	33	25	83	62	8	6	134	100

**ANSIEDAD**

NO. DE HIJO	NORMAL	%	LEVE	%	MODERADA	%	SEVERA	%	TOTAL	%
1	2	6	7	22	5	16	17	56	31	100
2	3	11	12	41	7	24	7	24	29	100
3	0	0	2	6	13	41	17	53	32	100
4 o >	0	0	3	7	7	17	32	76	42	100
TOTAL	5	4	22	16	32	24	75	56	134	100

*Fuente: Boletas de recolección de datos.*

**CUADRO NO. 5**

CLASIFICACIÓN DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD DE ACUERDO A LA EDAD Y SEXO MÁS AFECTADOS DE LOS PADRES DE NIÑOS INTERNADOS, DURANTE EL PERIODO DE MAYO A JUNIO DEL AÑO 2002

**DEPRESIÓN EN PADRES**

EDAD	NORMAL	%	LEVE	%	MODERADA	%	SEVERA	%	TOTAL	%
20-25	2	12	5	31	9	57	0		16	100
26-30	1	6	7	41	9	53	0		17	100
31-35	0	0	3	30	7	70	0		10	100
36-40	1	10	3	30	6	60	0		10	100
>40	2	14	4	28	8	58	0		14	100
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>22</b>	<b>33</b>	<b>39</b>	<b>58</b>	<b>0</b>		<b>67</b>	<b>100</b>

**ANSIEDAD EN PADRES**

EDAD	NORMAL	%	LEVE	%	MODERADA	%	SEVERA	%	TOTAL	%
20-25	1	6	3	18	5	31	7	45	16	100
26-30	1	5	3	18	4	24	9	53	17	100
31-35	0	0	3	30	2	20	5	50	10	100
36-40	1	10	0	0	4	40	5	50	10	100
>40	0	0	4	28	2	14	8	58	14	100
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>13</b>	<b>19</b>	<b>17</b>	<b>25</b>	<b>34</b>	<b>51</b>	<b>67</b>	<b>100</b>

*Fuente: Boletas de recolección de datos.*

**CUADRO NO. 6**

**DEPRESIÓN EN MADRES**

EDAD	NORMAL	%	LEVE	%	MODERADA	%	SEVERA	%	TOTAL	%
20-25	3	12	5	21	15	63	1	4	24	100
26-30	0	0	3	18	14	77	1	5	18	100
31-35	0	0	0	0	5	100	0	0	5	100
36-40	2	16	1	9	9	75	0	0	12	100
>40	0	0	2	25	6	75	0	0	8	100
TOTAL	5	7	11	16	49	73	2	4	67	100

**ANSIEDAD EN MADRES**

EDAD	NORMAL	%	LEVE	%	MODERADA	%	SEVERA	%	TOTAL	%
20-25	2	8	6	25	3	13	13	54	24	100
26-30	0	0	2	12	5	27	11	61	18	100
31-35	0	0	0	0	1	20	4	80	5	100
36-40	1	8	1	8	5	42	5	42	12	100
>40	0	0	0	0	3	37	5	63	8	100
TOTAL	3	5	9	13	17	25	38	57	67	100

*Fuente: Boletas de recolección de datos.*

## ANÁLISIS DE RESULTADOS

El presente estudio describe las características clínicas y epidemiológicas de depresión y ansiedad en padres y madres de niños internados en el Departamento de pediatría del Hospital Roosevelt.

Se observa una incidencia del 50% de ambos trastornos tanto en madres como en los padres entrevistados, con una tendencia a la depresión moderada y ansiedad severa sin discriminación del servicio, tiempo de hospitalización, puesto que ocupa el niño en relación con sus hermanos y edad y sexo de los padres. (Ver Cuadro No. 1)

Según la literatura consultada el sexo femenino tiene mayor prevalencia (4.9%) tanto de ansiedad como de depresión. Las madres son las personas emocionalmente significativas para los niños, ellas temen a la separación, sufren la incertidumbre ante la evolución clínica de sus hijos todo ello aunado al hecho de las restricciones de acompañamiento puede colocar a las mujeres como las más vulnerables a sufrir de estos padecimientos.(Ver Cuadro No. 1)

Al correlacionar la intensidad de ambos trastornos en los padres y madres entrevistados con el servicio de hospitalización en el que se encuentra el niño, se encontró que en todos los servicios en estudio más del 50% de los padres entrevistados presentaba depresión moderada y más del 40% ansiedad severa. Siendo un factor altamente asociado a la ansiedad severa, siendo el servicio de intensivo en el que se reporto un 78% de los progenitores manifestando este tipo de sintomatología. (Ver Cuadro No. 2)

En los primeros 10 días de hospitalización los entrevistados presentaron altos grados de ansiedad cuya gravedad declinaba a medida que pasaba el tiempo, pudiéndosele dar explicación a causa de que los padres se encontraban ya cierto tiempo asociados a las nuevas circunstancias y además tenían un mejor conocimiento acerca del diagnóstico y tratamiento de su hijo.(Ver Cuadro # 3)

Se encontró que el factor que más frecuentemente se asociaba a depresión moderada fue el tiempo de hospitalización mayor de 11 días hasta en un 80%. Se observó que en los padres quienes tenían hijos con enfermedades crónicas o de larga evolución y una mayor estadía intra-hospitalaria se encontraban constantemente deprimidos a medida que transcurrían los días.

Otro resultado del estudio fue la observación de que los padres con cuatro o más hijos presentaban una mayor incidencia tanto de depresión moderada en un 74% como ansiedad severa en un 76%, sin embargo se observa una menor incidencia de ambos trastornos cuando el hijo hospitalizado es el segundo. (Ver Cuadro No. 4 ) Cabe mencionar que los padres con múltiples hijos se encuentran con mayor manifestación de estos síntomas, posiblemente porque se encuentran bajo diversas presiones, por ejemplo: gastos fuera del presupuesto familiar, cuidado de los demás hijos, separación del círculo familiar, etc.

Por último se observó que el rango de edad en que se presentó con más frecuencia la depresión moderada tanto en madres y padres fue de 31 a 35 años. Por otro lado la ansiedad severa se observó entre los 31 y 35 años en las madres en un 80% y en padres mayores de 40 años en un 58%. (Ver Cuadro No. 5) Lo anterior concuerda con datos epidemiológicos en los cuales se señala que la depresión y ansiedad se observa generalmente entre los 25 y 45 años.(27)

Se observa que la depresión y ansiedad se encontraba en ambos sexos por igual por lo que se concluye que tanto las madres como los padres están expuestos de igual forma a padecer de depresión y ansiedad.

## VIII. CONCLUSIONES

1. Las características clínicas de los trastornos ansioso-depresivos en los entrevistados fueron las mismas descritas en la revisión como lo son:  
Alteraciones del sueño, humor deprimido, sentimientos de culpa, deseos de suicidio o autodestrucción, alteraciones en el trabajo y relaciones sociales, agitación y trastornos somáticos (gastrointestinales, genitales y de la libido, pérdida o ganancia de peso, urinarias, etc).
2. La incidencia de la sintomatología de depresión y ansiedad determinada en los padres y madres de niños hospitalizados fue de un 50%.
3. El grupo etáreo mayormente afectado por síntomas de depresión y ansiedad en ambos géneros fue entre los 31 y 35 años y no hubo diferencia por género.
4. Según el servicio de hospitalización del niño se encontró que del total de parejas entrevistadas (134) la sintomatología depresiva en padres fue: en el primer piso 12.1%, en el cuarto piso 20.8%, especialidades 15.5%, intensivo 19.3%; por otro lado la ansiedad se presentó en el primer piso se observó 37.2%, en el cuarto piso 21.5%, especialidades 16.3%, intensivo 20%.
5. En base al tiempo de hospitalización del niño se obtuvieron los siguientes resultados para depresión: de 1 a 5 días 91%, de 6 a 10 días 87%, de 11 a 15 días 100% y 92% mayor de 15 días; para ansiedad 96% en el período de 1 a 5 días de hospitalización, de 6 a 10 días 97%, de 11 a 15 días 100%, y mayor de 15 días 92%.

6. Según el puesto que ocupa el niño en relación con sus hermanos se obtuvieron los siguientes resultados de depresión en padres: primer hijo 87%, segundo hijo 93%, tercer hijo 97% y cuarto o mayor 93%. Para ansiedad primer hijo 92%, segundo hijo 89%, tercer hijo 100%, cuarto o mayor 100% .

## **IX. RECOMENDACIONES**

- 1) Concientizar al personal médico acerca de la existencia de estos trastornos, ya que las madres y padres son pieza fundamental en la recuperación del niño.
- 2) Crear un grupo de apoyo para madres y padres de familia con hijos hospitalizados que tenga como objetivo principal prevenir el apareamiento de ansiedad y depresión de los progenitores durante su estadía intrahospitalaria.

El grupo de apoyo deberá reunirse periódicamente con los padres y madres de familia brindándoles la oportunidad de exponer sus dudas, compartir información y a la vez estimulándolos para atender sus propias necesidades

- 3) Flexibilidad institucional para permitir a los padres permanecer más tiempo cerca de sus hijos como un participante activo en sus cuidados.

## **X. RESUMEN**

El presente estudio es de tipo descriptivo-transversal, trata acerca de la Depresión y Ansiedad, realizado en padres y madres de niños hospitalizados en el Departamento de Pediatría del Hospital Roosevelt, en el período de Mayo a Junio de 2002.

Para la realización de este estudio, se procedió a la aplicación de las escalas de medición de Hamilton para ansiedad y depresión, a los padres y madres de niños internados. Esta información fue recolectada, tabulada y posteriormente analizada en base a una escala de medición predefinida para el efecto.

Se encontró una incidencia del 50% de depresión y ansiedad tanto para madres como para los padres entrevistados. Más del 50% de los padres y madres entrevistados presentaron depresión moderada y más del 40% ansiedad severa la cual se observó en un 78% en padres de niños internados en el servicio de Intensivo.

El factor más frecuentemente asociado al apareamiento de síntomas de depresión de intensidad moderada fue el tiempo de hospitalización mayor de 11 días en un 80% observándose mayor ansiedad en los primeros 10 días de hospitalización para ambos padres. Los padres con cuatro hijos o más presentaron los porcentajes más altos de ambos trastornos.

Se concluyó que es necesario la implementación de medidas de apoyo a las madres y padres de familia para disminuir la incidencia de depresión y ansiedad.

## XI. BIBLIOGRAFÍA

1. Allen, Dick. Parent´s Support Group  
<http://www.ucip.net/padres/padres.htm>
2. Anxiety Disorders Association. Anxiety Disorders of América.  
<http://www.adaa.org/AnxietyDisorderinfo/overviewanxDis.cfm>
3. Behrman, Richard E. El Campo de la Pediatría. En: Tratado de Pediatría. Nelson. España: IM-H,1997 t.1(p.1)
4. Brief Overview of Anxiety Disorders  
<http://www.adaa.org/BriefoverviewofAnxietyDisordersInfo.htm>
5. 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)
6. Centro Sanitario Osakidetza/Servicio Vasco de Salud. Derechos y Obligaciones del Paciente Pediátrico. España: 2002. 4p.
7. Cómo sienten los familiares la Hospitalización de los niños(as).  
[http://www.encolombia.com/pediatria34299\\_sienten30.htm](http://www.encolombia.com/pediatria34299_sienten30.htm)
8. Golberg, Richard J. Teaching Primary Care Physicians About Depression; What Really Needs To Be Done? Psychiatric Times 1997 May 19; 12(5):20-23
9. Groothis, Jessie R. Maltrato. En: Pediatría del comportamiento. 3ed. Boston: Masson , 1996. (pp 203-206)

10. Hernández G., Eduardo. La Ansiedad Infantil frente a la Hospitalización y Cirugía.  
[http://www.encolombia.com/pediatria.33285\\_ansiedad.htm](http://www.encolombia.com/pediatria.33285_ansiedad.htm)
  
11. Keene, Nancy. Parent's Responses Diagnosis.  
<http://www.parentcenters.com/leukemia/news/responses.html>
  
12. Los problemas psicosociales y su Tratamiento.  
<http://www.geocities.com/collePark/library/7893/lib.htm>
  
13. Mucías F., J. A. Y Del Teso, F. A. Epidemiología, conceptos, clasificación y evaluación de los trastornos de Ansiedad.  
<http://www.faes.es/cursoansiedadAP/cursoentrega1/index.html>
  
14. Marmer, Stephen 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)
  
15. McMaster University Medical Center. The Anxiety Disorders Clinic.  
<http://www.macanxiety.com/descriptio.html>
  
16. Nemeroff, Chaves B. The Neurobiology Depression.  
<http://www.scian.com/1998/0698issue/0698nemeross.html>
  
17. Ortigosa, J.M: Transmisión de Información: un instrumento Médico-Terapéutico para el niño Hospitalizado y sus padres. México: 1997. 20p. Resumen.
  
18. Otros trastornos de Ansiedad.  
<http://www.psicoinactiva.com/otrostras/ansiedad.htm>

19. Pellicer, X. y P. Soler. Depresión, Ansiedad y Estrés.  
<http://www.ciberpadres.com/serpadre/Teknom/depresión.htm>
20. Perlmutter, Mónica. Family Stress During Hospitalization.  
<http://www.paraquad.org/stress.html>
21. Qué es un trastorno Depresivo.  
<http://www.lilly.com.mx./salud/0011.html>
22. Respecto a la Familia.  
<http://www.intersalud.net/enfermería/1-3-6.htm>
23. Rodríguez L., J. Y C. M. Contreras. Algunos datos Recientes sobre la Fisiopatología de los trastornos por Ansiedad Biomed 1998 Mar 30: 9:181-191
24. Strock, Margaret. Depresión.  
<http://www.nimh.nih.gov/publicat/depression.cfm>
25. The Special Need of Parents Who Have Children with Special Care.  
[http://www.psicooncología.org/artículos/artículos\\_detalle.cfm?art\\_id=28.htm](http://www.psicooncología.org/artículos/artículos_detalle.cfm?art_id=28.htm)
26. Tucker, Gary J. Trastornos psiquiátricos en la Práctica Médica. En: Tratado de Medicina Interna. Cecil. México: Interamericana Mcgraw-Hill, 1997 t.2(pp.2424- 2433)
27. What is depression?  
<http://www.mayoclinic.com/invoke.cfm?id=1300175.html>

## **XII. ANEXOS**

**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 ánimo. Contestarlo no es obligatorio. Debe de contestar de acuerdo a lo siguiente:

A presentado la molestia:

0	Nunca	0	Nunca
1	Pocas veces	1	A veces
2	Regular numero de veces	2	Siempre
3	muchas veces		

**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	46 a 65 puntos -> Moderada

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

**ESCALA DE MEDICION PARA ANSIEDAD DE HAMILTON**

#	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                      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

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN**

**Nombre del estudio:**

“TRASTORNOS ANSIOSO-DEPRESIVOS EN MADRES Y PADRES DE NIÑOS  
INTERNADOS EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL ROOSEVELT  
DURANTE MAYO Y JUNIO DE 2002”

**Investigadora:** Dra. Wendy Lorena Sagastume Saavedra

Fuente de Financiamiento: Personal

### **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.

### **DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS**

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

### **RIESGOS E INCOMODIDADES**

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

### **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.

### **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.

### **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.

### **PREGUNTAS**

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

### **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. \_\_\_\_\_

f. \_\_\_\_\_

Entrevistado

Entrevistador Fecha: \_\_\_\_\_

