



Ansiedad y depresión en familiares de pacientes hospitalizados

Carlos Gerardo Esquivel Molina,* Fernando Buendía Cano,** Fernando Villa Hernández,**
Raúl Ontiveros Martínez,* Víctor Manuel Velasco Rodríguez,**** Jesús Alfonso Martínez Mendoza***

RESUMEN

Antecedentes: la ansiedad generalizada y depresión mayor ocurre en 66% de los pacientes hospitalizados y sus familiares; estas alteraciones afectan en la toma de decisiones y evolución del paciente.

Objetivo: determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en los familiares o acompañantes de pacientes hospitalizados.

Material y métodos: se encuestaron 197 familiares o acompañantes de pacientes hospitalizados de 24 servicios médico-quirúrgicos. Se obtuvieron los datos sociodemográficos y se realizaron dos encuestas para evaluar el grado de ansiedad y depresión (cuestionario HAADS e inventario de Beck). Para el análisis estadístico se efectuaron medias de tendencia central, frecuencias y proporciones; además de la prueba χ^2 , regresión logística, correlación y concordancia.

Resultados: la prevalencia de ansiedad fue de 49.2% y depresión de 35.0% mediante el cuestionario (HAADS). Con el inventario de Beck se obtuvo una prevalencia de ansiedad de 25.9%. La correlación y concordancia con τ_b de Kendall resultó con 0.368, Kappa (w) con 0.359 y χ^2 de 26.6 ($p = 0.000$).

Conclusiones: la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados, en salas generales como de áreas críticas, es parecida a la de sus acompañantes; dichas alteraciones afectan en el retraso, evolución de los enfermos y toma de decisiones.

Palabras clave: ansiedad, depresión, familiares, pacientes hospitalizados.

ABSTRACT

Background: The widespread anxiety and the biggest depression converge in almost 66%, the relatives that take care of their hospitalized patients, are not the exception and this can affect in the taking of decisions and their patients' evolution.

Objective: To Determine the prevalence of anxiety and depression in family or not, of hospitalized patients, in a third level of attention.

Material and methods: They were interviewed at 197 of 197 patients' of 24 prescribe-surgical services companions, of pediatric fellows and adults. Data sociodemographic was gathered, Hospital Anxiety And Depression Scale (HAADS), Inventory of Beck. One carries out statistical analysis; with stockings, frequencies and proportions and χ^2 , logistical regression and correlation and agreement.

Results: The prevalence for anxiety was 49.2% IC 95% (49.1, 49.26) and depression of 35.0% (34.9, 35.06), according to; (HAADS) .Y depression for Inventory of Beck; 25.9% IC 95% (25.8, 25.96). For correlation and agreement with; τ_b of Kendall 0.368, and Kappa (w) 0.359 χ^2 26.6 with value of $p = 0.000$.

Conclusions: The prevalence of anxiety and depression in hospitalized patients, in general rooms as of areas you criticize it is similar, and this can affect in the delay and the patients' evolution in the taking of decisions.

Key words: Anxiety, depression, family of hospitalized patients.

* Servicio de Medicina Interna. Unidad de Alta Especialidad núm. 71, IMSS, Torreón, Coahuila, México.

** Universidad Autónoma de Coahuila, Torreón, Coahuila, México.

*** Hospital General de Zona núm. 16, IMSS, Torreón, Coahuila, México.

**** Director de Investigación de la Unidad de Alta Especialidad núm. 71, IMSS, Torreón, Coahuila, México.

Correspondencia: Dr. Carlos Gerardo Esquivel Molina. Boulevard Revolución y Calle 26 s/n, Colonia Torreón Jardín, CP 27200, Torreón Coahuila, México. Tel.: (01) (871) 729-0800 ext. 41755. E-mail: cgesqui@hotmail.com y cgem44@yahoo.com.mx

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

El impacto global de la ansiedad generalizada y la depresión mayor se convertirá, según la OMS, en la segunda causa de discapacidad para el año 2020, después de la cardiopatía isquémica, en los países en desarrollo.¹ La ansiedad generalizada tiene una prevalencia de 5% durante toda la vida y es concomitante con la depresión mayor (prevalencia de 5.4 a 8.9% en Estados Unidos) en casi dos tercios de los pacientes.^{2,3} Algunos reportes sugieren que la predisposición se relaciona con la variante de un gen transportador

de serotonina en ambos padecimientos;⁴ incluso, la ansiedad generalizada se considera el principal factor de riesgo para sufrir depresión mayor.⁵ Los síntomas de la ansiedad generalizada son perfectamente distinguibles, pero se confunden con la de la depresión; la primera suele manifestarse después de los 25 años de edad, principalmente en las mujeres o pacientes con antecedentes familiares de angustia, ataques de pánico, agorafobia, tabaquismo y alcoholismo crónico, ansiedad permanente generalizada y fobias específicas. La depresión unipolar o mayor se distingue por fatiga, sentimientos de culpabilidad, cambios en el peso corporal, agitación o lentitud en la actitud y pensamiento, alteraciones del sueño, incapacidad para la toma de decisiones, estado de ánimo depresivo, pérdida de autoestima y pensamientos o intentos suicidas.^{2,6} En México, seis de cada 20 pacientes cursa con un trastorno psiquiátrico durante su vida. La prevalencia estimada es de 28.6% (14% en los últimos doce meses y 6% en los últimos 30 días de su vida). La prevalencia de trastornos de ansiedad generalizada es de 14.3% y de trastornos afectivos, como la depresión mayor, de 9.1%. Estos se asocian con condiciones de vulnerabilidad social en las personas adultas.^{7,8} Se sabe que los estados morbosos orgánicos de los pacientes (diabetes tipo 2, hipertensión arterial sistémica, infarto agudo del miocardio, cáncer, dolor crónico de cualquier causa, enfermedades neurológicas crónico-degenerativas) se acompañan de cierto grado de ansiedad y depresión (prevalencia de 9 a 70%), ya que contribuyen a su mala evolución, disminuye su supervivencia y se eleva el índice de hospitalizaciones con subsiguiente deterioro socioeconómico en las instituciones de salud y desgaste familiar.⁶ Este último ocasiona daño emocional, físico y mental en los familiares o acompañantes que cuidan al enfermo (padecimientos agudos o crónicos), principalmente alteraciones de ansiedad generalizada y depresión (69.1 y 35.4%, respectivamente). Esto implica la toma de decisiones por parte del representante legal, familiares o acompañantes del enfermo.^{9,10}

El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de ansiedad y depresión, mediante los cuestionarios HAADS y Beck, en los familiares o acompañantes de los enfermos hospitalizados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio abierto y transversal mediante dos encuestas efectuadas en los acompañantes de los enfermos (familiares o no) de un hospital de tercer nivel.

Se efectuó un muestreo no probabilística, consecutivo, en pacientes hospitalizados en los diferentes departamentos de la unidad médica, de octubre a diciembre del 2006. El tamaño de muestra se calculó con las formulas generales para una proporción:

$$n = \frac{(Z\alpha)^2 = (p) (q)}{IC^2}$$

$$\text{Ansiedad } n = \frac{(1.96)^2 = (.44) (.88)}{(.10)^2} = 148$$

$$\text{Depresión } n = \frac{(1.96)^2 = (.17) (.55)}{(.10)^2} = 36 \text{ y } 172$$

para regresión logística, según la tabla XI, con el modelo de Backward Stepwise condicional ($\alpha = 0.05$, $p = 0.04$ y $OR = 2.5$).¹¹ Los criterios de inclusión fueron pacientes de 18 a 90 años de edad, de uno y otro sexo, sin problemas de comunicación verbal, que acompañaron al enfermo por más de tres ocasiones (más de 12 horas cada una), ser familiar o no y que aceptaran contestar el cuestionario. Se consideró la estancia hospitalaria, mínimo o máxima de 100 horas desde su admisión, fuera su primer ingreso o subsecuente. Se aplicaron tres cuestionarios: 1) Cuestionario para la obtención de datos sociodemográficos; 2) Cuestionario para identificar la ansiedad y depresión; y 3) inventario de Beck para determinar la depresión. Los dos últimos con una consistencia interna, coeficiente de correlación intraclase (CCI) > 0.94 y α de Cronbach > 0.84 , según los criterios de la *American Psychiatric Association* (DSM-IV TR).¹²⁻¹⁵ Aunque los cuestionarios se diseñaron para autocomplementarse, se capacitó al entrevistador para aplicarlos.

Análisis estadístico

Se utilizó estadística descriptiva para medidas de tendencia central y dispersión ($\alpha = 0.05$ y $\beta = 0.80$), variables numéricas continuas y nominales (frecuencias y

proporciones), prueba de la χ^2 para homogenización y regresión logística, con modelo de backward stepwise conditional ($\alpha = 0.05$ y $\beta = 0.80$). Para determinar el grado de ansiedad se consideró un puntaje de 0 a 7 como leve; de 11 a 14 moderada y de 15 a 21 grave. Según la escala de ansiedad y depresión (HAADS), se estableció de 0 a 7 puntos como normal; de 11 a 14, moderada y de 15 a 21 grave. Para el inventario de Beck se otorgó 11 o menos puntos sin depresión; de 11 a 18 depresión leve; de 19 a 25 moderada y mayor de 26 grave. Se realizó el análisis de concordancia externa para las variables ordinales entre HAADS y el inventario de Beck con Kappa (Kw.) y τ_b de Kendall.

RESULTADOS

Se registró un promedio de edad de 39 años ($DS \pm 12.50$). La distribución por género fue 31 (61%) mujeres y 133 (69%) hombres (cuadro 1). La prevalencia de ansiedad resultó con 49.2% (49.1, 49.26) y depresión con 35.0% (34.9, 35.06) en el cuestionario HAADS. En el inventario Beck se obtuvo una prevalencia de depresión de 25.9% (25.8, 25.96). En el cuadro 2 se muestran los resultados de los cuestionarios, estratificados en categorías ordinales, según las escalas, y sus puntajes. El análisis de concordancia entre HAADS y el inventario de Beck, para la depresión, resultaron con un índice Kappa (w) de 0.359, χ^2 de 26.6 ($p = < 0.001$) y correlación τ_b de Kendall de 0.368 ($p = < 0.001$).

DISCUSIÓN

La depresión es un importante problema de salud pública, ya que sus consecuencias generan pérdidas de hasta 44,000 millones de dólares al año en los Estados Unidos, sin contar los costos por medicamentos y la evaluación de incapacidades por ausentismo laboral o bajo rendimiento del trabajador (presentismo). En los pacientes con depresión disminuye la calidad de vida; ésta suele extenderse de meses a décadas.^{8,16} En este estudio se registró una prevalencia de ansiedad y depresión de 49.2% y 35%, respectivamente, en los acompañantes de pacientes hospitalizados mediante el cuestionario HAADS. Con el inventario de Beck se registró una frecuencia de depresión de 25.9%.

Cuadro 1. Características sociodemográficas de 197 sujetos

<i>Variables sociodemográficas</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>	<i>χ^2</i>	<i>p</i>
Edad				
< de 40 años	111	56.3	3.17	0.075
> de 41 años	86	43.7		
Género				
F	61	31	28.55	0.000
M	136	69		
Pareja estable				
Sí	149	75.6	51.7	0.000
No	48	24.4		
IMC				
< 30	155	78.7	64.8	0.000
> 31	42	21.3		
Casa habitación				
Rural	36	18.3	79.3	0.000
Urbana	161	81.7		
Empleo				
Sí	100	50.8	.046	0.831
No	97	49.2		
Salario				
< de 3000 pesos	143	72.6	40.2	0.000
> de 3001 pesos	54	27.4		
Parentesco familiar				
Sí	167	84.8	95.2	0.000
No	30	15.2		
Núm. de Hijos				
0 a 2 Hijos	87	44.2	2.68	0.101
> de 3 Hijos	110	55.8		
Educación				
Profesional	32	16.2	89.7	0.000
No profesional	165	83.8		
Conoce el diagnóstico de su paciente				
Sí	185	93.9	151.9	0.000
No	12	6.1		
Deudas				
< de 10 000 pesos	186	94.4	155.4	0.000
> de 10 001 pesos	11	5.6		
Tratamiento				
Médico	130	66	20.1	0.000
Quirúrgico	67	34		
Procesos agudos de los pacientes				
Sí	24	12.18	112.69	0.000
No	173	87.8		
Tabaquismo				
Sí	38	19.3	74.3	0.000
No	159	80.7		
Alcoholismo				
Sí	30	15.2	95.2	0.000
No	167	84.8		
Diabetes tipo 2				
Sí	17	8.6	134.8	0.000
No	180	91.4		
Hipertensión arterial				
Sí	15	7.6	141.5	0.000
No	182	92.4		
Toma sus medicamentos				
Sí	34	82.7	84.4	0.000
No	163	17.3		

Cuadro 2. Resultados del inventario para ansiedad y depresión

	Frecuencia	%	χ^2	p
HAADS				
Ansiedad	No 100	50.8	0.46	0.831*
	Leve 36	18.3		
	Moderado 36	18.3		
	Severo 25	12.7		
Depresión	No 127	64.5	17.67	0.000
	Leve 32	16.2		
	Moderado 31	15.7		
	Severo 7	3.6		
Depre- sión por inventario de Beck	No 146	74.1	45.8	0.000
	Leve 27	13.7		
	Moderado 11	5.6		
	Severo 13	6.6		

HAADS = *Hospital Anxiety And Depression Scale*. * = No significativo.

La correlación entre ansiedad y depresión en el inventario HAADS e inventario de Beck fue de 53% y 46%, respectivamente. Algunos estudios se limitan a un departamento específico del hospital (áreas críticas); sin embargo, en este trabajo se incluyeron los familiares de pacientes de todas las áreas (24 especialidades medico-quirúrgico de adultos y pacientes pediátricos; unidad de cuidados intensivos, urgencias, unidad coronaria). La investigación de Pochard y col.⁹ refirió una prevalencia de ansiedad de 69.1% y depresión de 35.4%, en acompañantes o familiares cuestionados con el protocolo de HAADS. Es clara la diferencia entre el estudio aquí realizado y el de Pochard, ya que los familiares están predispuestos a estrés y ansiedad para tomar decisiones relacionadas con la vida o muerte del paciente, la cual se comparte, a la vez, con los médicos tratantes de las áreas críticas. En el área de transplantes sucede lo mismo. Pérez et al realizaron transplantes en 166

pacientes y demostraron la correlación entre ansiedad y depresión transmitidas a sus familiares, quizá debido a las largas estancias hospitalarias (más de 12 días) y sus complicaciones.¹⁷ Tal proceso influye negativamente en el paciente y su salud mental, ya que “transmite” los mismos síntomas a los familiares o acompañantes.^{8,18-20} En el hospital donde se realizó este estudio, los pacientes tuvieron un promedio de estancia mensual de 7.8 ± 5 días y en forma global de 22 ± 6.5 días durante el año 2006. Esto demuestra que los acompañantes tienen significativas prevalencias de ansiedad y depresión, aunque también deben considerarse sus antecedentes cognitivos intrínsecos, el medio social, variables sociodemográficas y el propio estado de salud. Es importante mencionar que el tabaquismo aparece como factor “pseudoprotector de ansiedad” (OR = 0.484) muy plausible. Las propiedades de la nicotina incrementan la concentración de dopamina y liberan diversos neurotransmisores (acetilcolina y β -endorfinas) para aliviar la ansiedad y disminuir la tensión y el dolor; estos efectos se conoce como refuerzos negativos. Los refuerzos positivos (norepinefrina y acetilcolina) facilitan la ejecución de tareas cotidianas. En este mismo rubro, la ansiedad se relacionó con altos índices de depresión (OR = 10.7 y 7.9) e hipertensión arterial (OR = 3.4).²¹⁻²⁴ Los resultados señalan que la ansiedad es la principal causa de depresión (cuadro 3).^{2,3,5,6} Landis y Koch mencionan que la correlación entre el coeficiente Kappa (w) y τ_b de Kendall, en los dos inventarios (Beck y HAADS) es débil (0.21 a 0.40).²¹

La escala de ansiedad y depresión (HAADS) cuenta con dos subescalas; sin embargo, sólo se comparó la subescala de depresión con la versión corta del inventario de Beck, diseñada específicamente para identificar la depresión.¹¹⁻¹⁵

Cuadro 3. Regresión logística de las variables sociodemográficas para padecer ansiedad y depresión

Variable dependiente	V Independientes	V de riesgo	Pasos	Wald	EE	OR	p
Ansiedad	18	Tabaquismo	17	3.66	0.379	0.484	.05
Depresión	19	Ansiedad	18	40.5	0.373	10.78	.000
Depresión por inventario Beck	19	Ansiedad HTAS	18 18	25.4 3.4	0.411 0.619	7.94 3.14	.000 .065

V = Variables. EE = Error estándar. OR = Odds ratio. Wald = Estadístico discriminante por rachas. HTAS = Hipertensión arterial sistémica. El número de variables sociodemográficas corresponde a las del cuadro I.

CONCLUSIÓN

La prevalencia de ansiedad y depresión suele ser parecida en los pacientes hospitalizados (salas generales y áreas críticas) y en sus acompañantes. Las estancias hospitalarias prolongadas afectan el retraso y evolución de los pacientes y repercute en la toma de decisiones de los acompañantes o familiares. La subescala de depresión de HAADS y Beck tienen coincidencia débil (36%); por lo tanto, debe tenerse precaución y reserva con los resultados de estos cuestionarios.

REFERENCIAS

- Murray CJ, Lopez AD. Alternative Projections of mortality and disability by cause 1990-2020; Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997;349:1498-504.
- Fricchione G. Clinical practice. Generalized anxiety disorder. *N Engl J Med* 2004;351:675-82.
- Mann JJ. The medical management of depression. *N Engl J Med* 2005;353:1819-34.
- Hariri AR, Mattay VS, Tessitore A, Kolachana B, et al. Serotonin transporter genetic variation and the response of the human amygdala. *Science* 2002;297:400-3.
- Wittchen HU, Kessler RC, Pfister H, Lieb M. Why do people with anxiety disorders become depressed? A prospective-longitudinal community study. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2000;406:14-23.
- Raj A. Depression in the elderly. *Postgrad Med* 2004;115(6):26-42.
- Medina-Mora M, Borges G, Lara-Muñoz C, J Fleis-Bautista C, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003;26:1-16.
- Bello M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora ME, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Publica de Mex* 2005;7(Supl 1):S4-S11.
- Pochard F, Azoulay E, Chevret S, Lemaire F, et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: ethical hypothesis regarding decision-making capacity. *Crit Care Med* 2001;29:1893-7.
- Tena-Tamayo C. La comunicación humana y el derecho sanitario. Octavo simposio Internacional CONAMED. 2003.
- Velasco-Rodríguez VM. Muestreo y Tamaño de muestra. Una guía práctica para personal de salud que realiza investigación. 1ª ed. Caracas: El Cid Editor, 2003.
- López J, Vázquez, Arcila MA, Sierra OA, y col. Exactitud y utilidad diagnóstica del Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) en muestra de sujetos obesos Mexicanos. *Rev Invest Clin* 2002;54(5):403-9.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M. Mock JE, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Ar Gen Psychiatry* 1961;4:561-71.
- Conde C, Useros E. Adaptación castellana de la escala de evaluación conductual para la depresión de Beck. *Rev Psiquiat Psicol Med* 1975;12:217-36.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV TR. Washington DC: Masson, 2000.
- Glass RM. Awareness about depresión: Important for all physicians. *JAMA* 2003;293:3169-70.
- Pérez-Corral F, Mingote-Adán JC. El estrés laboral del Médico. Manual de autoayuda. 1ª ed. Madrid: Díaz de Santos, 1999.
- Pérez-San Gregorio MA, Martín-Rodríguez A, Pérez-Bernal J. Salud Mental de los familiares de los transplantados. *Psicothema* 2005;17(4):651-6.
- Dew MA, Komos RL, DiMartin AF, Switzer GE, et al. Prevalence and risk of depression and anxiety-related disorders during the first three years after heart transplantation. *Psychosomatics* 2001;42:300-13.
- Teixeira do Carmo J, Andrés-Pueyo A, Álvarez-López E. La evolución y concepto de tabaquismo. *Cad. Saúde Pública* 2005;21(4):999-1005.
- Martínez-Mendoza JA, Martínez-Ordaz VA, Esquivel-Molina CG, Velasco-Rodríguez VM. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2007;45(1):21-28.
- Landis JR, Koch GC. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977;33:159-74.
- Bramley PN, Easton AME, Morley S, Snaith RP. The differentiation of anxiety and depression by rating scales. *Acta psychiatrica Scand* 1988;77:136-9.
- Esquivel-Molina CG, Velasco-Rodríguez VM, Martínez-Rubín de Celis E, Barbachano-Rodríguez E, y col. Coeficiente de correlación intraclass vs. correlación de Pearson de la glucemia capilar por reflectometría y glucemia plasmática. *Med Int Mex* 2006;22:165-71.