

## **Trastornos emocionales en niños y adolescentes con fibrosis quística / Emotional disorders in children and adolescents with cystic fibrosis**

M.Sc. Gladys C. Castillo Yzquierdo,I M.Sc. Teresa Lozano PérezII y Dr. Juan Bautista García Sánchez.III

I Profesora Auxiliar. Especialista de II Grado en Psiquiatría infanto-Juvenil. Máster en Atención Integral al Niño. Doctora en Medicina Hospital Pediátrico Juan Manuel Márquez. La Habana, Cuba.

II Profesora Auxiliar. Especialista en Psicología de la Salud. Máster en Psicología Clínica. Hospital Pediátrico Juan Manuel Márquez. La Habana, Cuba.

III Especialista de Primer Grado en Pediatría. Cuba. Jefe del Grupo multidisciplinario para la atención a pacientes con fibrosis quísticas. Hospital Pediátrico Juan Manuel Márquez. La Habana, Cuba.

### **RESUMEN**

**Introducción:** la fibrosis quística es la enfermedad crónica de causa genética más grave para la raza blanca, por las limitaciones que impone al individuo se convierte en un factor de riesgo para la aparición de trastornos emocionales, sin embargo poco se conoce en nuestro medio acerca de la presencia de los mismos en niños y adolescentes con esta enfermedad, lo cual nos motivó a realizar la investigación.

**Objetivo:** caracterizar los trastornos emocionales en niños y adolescentes con esta enfermedad.

**Métodos:** se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal en 19 de los 21 pacientes atendidos en el Hospital Pediátrico Juan Manuel Márquez, desde su diagnóstico, en el periodo septiembre 2009- febrero 2010. La información de interés se obtuvo de la entrevista social psiquiátrica, el examen psiquiátrico, el informe del pediatra jefe del grupo multidisciplinario, técnicas psicológicas como los inventarios de ansiedad y depresión para niños (Idaren e Ideren) y los tests del dibujo libre y de la familia. El diagnóstico psiquiátrico se realizó siguiendo las pautas de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría.

**Resultados:** se constató la presencia de trastorno emocional en la muestra de estudio predominando la inadaptación neurótica, el trastorno de ansiedad de separación, el de ansiedad generalizada y la distimia.

**Conclusiones:** en casi la mitad de la muestra se diagnosticó un trastorno emocional, no hubo relación significativa entre los trastornos emocionales y las variables edad, sexo y raza. El puntaje alto en los tests Idaren e Ideren correspondió a casos con estos diagnósticos.

Palabras clave: fibrosis quística, trastornos emocionales.

### **ABSTRACT**

**Introduction:** The cystic fibrosis is the chronic illness of genetics cause more severe for the white race; due the limitations that the patient has to deal it becomes a risk factor for the appearance of an emotional disorder, nevertheless there isn't great knowledge in our environment about this disorders in children and adolescents with cystic fibrosis that's why we planned to conduct this study.

**Objective:** To characterize the emotional disorders in children and adolescents with this pathology.

**Methods:** It was carried out a quantitative, descriptive and traversal study in 19 of the 21 patients assisted in the Juan Manuel Márquez Pediatric Hospital, since their diagnosis, in the period September 2009 - February 2010. Valuable information was obtained through the social psychiatric interview, the psychiatric exam, the report of the head pediatrician of the multidisciplinary group and psychological instruments such as IDAREN and IDEREN, test of free drawing and the family drawing. The psychiatric diagnosis was carried out following the rules of the Tenth Revision of the International Classification of the Mental Illness and of the Third Cuban Glossary of Psychiatry. Results: It was found emotional disorders in our study sample, prevailing neurotic inadaptacion, separation anxiety disorders, generalized anxiety and dysthymia.

**Conclusions:** Almost half of the patients presented some emotional disorder; there was not statistical significance among the emotional disorder and the variables age, sex and race. The high score in the test of IDAREN and IDEREN corresponded to cases with these diagnoses.

**Key Words:** cystic fibrosis, emotional disorder.

## INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus. (DM) es una enfermedad crónica no transmisible (ECNT) que se caracteriza fundamentalmente por la perturbación del metabolismo de la glucosa, pero también de los lípidos y las proteínas, siendo un problema de salud pública a nivel mundial, ocasionando no solo daño a la salud física, sino también afectaciones a la salud mental de quien la padece.<sup>1,2</sup>

La depresión es el desorden afectivo más frecuente en población adulta mayor y una de las más importantes causas de incapacidad en el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que para el año 2020, según cita Borges, la depresión será la segunda causa de enfermedad más importante a nivel mundial, generando un considerable sufrimiento a quienes la padecen; los problemas asociados a ella son extremadamente costosos a la sociedad, y una limitación para su tratamiento y control es que frecuentemente pasa inadvertida.<sup>3,4</sup>

El problema de las depresiones no solo atañe al campo de la psiquiatría, sino a la medicina en general y a la sociedad, y lo que es más importante, a la persona. Ninguna enfermedad mental y muy pocas enfermedades médicas conllevan un grado de sufrimiento subjetivo tan intenso como los trastornos depresivos. Las depresiones también suponen un problema sanitario, económico y psicosocial de urgencia.<sup>5</sup>

El envejecimiento progresivo de la población en el siglo XX es un triunfo de la especie humana y refleja logros sin precedentes en la esperanza de vida, esto se debe a una combinación de factores, especialmente la declinación de la mortalidad infantil, disminución de las muertes maternas y los beneficios que surgen del desarrollo socio-económico global: mejor nutrición, disminución de las infecciones, mejor nivel de vida, progreso en educación, atención médica y tecnología biomédica.<sup>6,7</sup>

El envejecimiento constituye un problema a nivel mundial; ejemplo de esto es que en el mundo anualmente la población total crece solamente en 1,7 % y el ritmo de crecimiento de la población mayor de 60 años de edad es de 2,5 %.<sup>8</sup>

La población de 60 años y más crecerá en consecuencia a mayores tasas que la población total y a partir del año 2020 cada vez con mayor intensidad. Entre los años 1990 y 2010 la tasa de crecimiento de la población de la tercera edad permanecerá constante, sin embargo a partir del año 2010, el crecimiento aumentará a 3,1 %; tasas de esta magnitud originarán que la población anciana se duplique cada 23 años. Una de las características relevantes de este proceso en el mundo es la rapidez con que se ha producido, mientras que un país como Francia necesitó casi 200 años para duplicar la población de 60 años y más, en uno como Cuba este mismo proceso ocurrió en menos de 40 años.<sup>9,10</sup>

Por todo lo anterior expuesto nos motivamos a realizar una investigación que persiguiera los siguientes objetivos:

### **General**

1-Identificar el grado de depresión psicológica en los adultos mayores diabéticos en el Consultorio Médico de la Familia # 20 del Policlínico Universitario "Federico Capdevila".

### **Específicos**

1-Determinar la prevalencia de la Diabetes mellitus en los adultos mayores según edad y sexo.

1-Identificar el grado de depresión psicológica en los adultos mayores diabéticos.

2-Relacionar depresión psicológica y tipo de diabetes mellitus.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, en el grupo de pacientes atendidos por fibrosis quística (FQ en lo adelante), en el Hospital Pediátrico Juan Manuel Márquez en el período de septiembre 2009 a febrero de 2010. La muestra quedó integrada por 19 de los 21 pacientes que se atienden en nuestro hospital que cumplieron el siguiente criterio de inclusión: Que pacientes y/o padres aceptaran participar en la investigación.

Los pacientes se recibieron procedentes de la consulta especializada de Pediatría para pacientes con diagnóstico de FQ. A todos se les realizó una historia clínica detallada que contenía una entrevista semi-estructurada al familiar y al paciente en dependencia de su edad, además del examen psiquiátrico directo e indirecto. Para el diagnóstico de los trastornos emocionales se utilizaron las pautas diagnósticas de la CIE-10 y el GC-3,<sup>16,17</sup> e instrumentos de evaluación psicológica como el Idaren y el Ideren,<sup>13-15</sup> el dibujo libre y de la familia (los resultados de estos últimos son objeto de otra publicación). En todos los casos se cumplieron las normas éticas de privacidad, confidencialidad y consentimiento informado, establecidas en nuestras instituciones de salud. Se utilizó la estadística descriptiva para el análisis de los resultados expresándose en frecuencia absoluta y por ciento cuando fue posible. Con el objetivo de establecer asociaciones entre las variables se empleó la prueba de probabilidad exacta de Fisher en aquellas distribuciones que cumplieron con los requisitos para su uso. El valor de alpha prefijado fue el 0.05.

## RESULTADOS

De los 19 pacientes estudiados, 8 presentaron un trastorno emocional, lo que representó el 42,1 % de la muestra, mientras que en 11 casos, el 57,9%, no se constató la presencia de algún trastorno. El trastorno emocional más frecuente resultó ser la inadaptación neurótica (50%), seguido por el trastorno de ansiedad de separación, el cual se presentó en el 25% de la muestra (tabla 1).

**Tabla 1.** Distribución de los pacientes según el tipo de trastorno emocional.

Tipo de trastornos emocionales	N	%
Inadaptación neurótica	<b>4</b>	<b>50,0</b>
Trastorno de ansiedad de separación	<b>2</b>	<b>25,0</b>
Distimia	<b>1</b>	<b>12,5</b>
Trastorno de ansiedad generalizada	<b>1</b>	<b>12,5</b>
Total	<b>8</b>	<b>100,0</b>

Se destaca el hecho de que la mitad de los pacientes presentó el diagnóstico de inadaptación neurótica, trastorno en el que existe una mezcla, sobre todo, de ansiedad y depresión. En un caso la presencia de síntomas depresivos de largo tiempo de evolución permitió realizar el diagnóstico de una distimia. Los dos niños más pequeños del grupo con diagnóstico, provenían de ambientes familiares con una marcada sobreprotección ansiosa y clasificaron como trastornos de ansiedad de separación; en una de las adolescentes se diagnosticó el trastorno de ansiedad generalizada. Otro diagnóstico secundario fue la disfunción familiar en el 31,5% de los pacientes, lo que constituyó un hallazgo de la investigación.

En la Tabla 2 se presenta la relación entre la edad, sexo, raza y la presencia de trastornos emocionales.

Como puede observarse el 50 % de los niños de 5 a 9 años presentó algún tipo de trastorno.

En cuanto al sexo puede decirse que en las hembras hay una distribución muy similar entre las pacientes con y sin diagnóstico de trastornos emocionales, en tanto que en los varones los que no tenían diagnósticos superaron ligeramente a los que si tenían.

La raza blanca predomina en la muestra pero no se asoció este indicador con la presencia o no de los trastornos emocionales.

En esta tabla ninguna de las variables mostró significación estadística.

**Tabla 2.** Distribución de la relación entre los pacientes con y sin trastornos emocionales y las variables demográficas.

Variables	Con trastorno emocional		Sin trastorno emocional		Totales	
	N	%	N	%	N	%
<b>Edad (años) (*)</b>						
1-4	0	0	2	18,1	2	10,5
<b>5- 9</b>	<b>4</b>	<b>50</b>	<b>4</b>	<b>36,4</b>	<b>8</b>	<b>42,1</b>
10- 14	<b>2</b>	<b>25</b>	<b>1</b>	<b>9,0</b>	<b>3</b>	<b>15,8</b>
15-19	<b>2</b>	<b>25</b>	<b>4</b>	<b>36,4</b>	<b>6</b>	<b>31,6</b>
<b>Totales</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>

		<b>Sexo (**)</b>		<b>Fisher p= 1,00</b>			
Masculino	4	50	6	54,5	10	52,6	
Femenino	4	50	5	45,5	9	47,4	
<b>Totales</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	
<b>Color de la piel (***) Fisher p= 0,51</b>							
Blanca	<b>7</b>	<b>87,5</b>	<b>10</b>	<b>99,9</b>	17	89,5	
Mestiza	1	12,5	1	9,1	2	10,5	
<b>Totales</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	

En el estudio el Idaren e Ideren solo pudieron ser aplicados a 10 pacientes que estaban comprendidos en los rangos de edades admitidos para su aplicación. La mayoría de los pacientes con y sin trastornos emocionales obtuvieron puntuaciones medias en ambos test. Solo los pacientes con trastornos emocionales, obtuvieron puntuaciones altas que son las consideradas como patológicas tanto en la ansiedad como en la depresión rasgo-estado (tablas 3-6).

Al hacer el análisis de estos resultados se observó que dos pacientes coinciden en puntuaciones altas en ambos test, uno de ellos es un varón de 17 años clínicamente con diagnóstico de distimia, la otra es una paciente de 11 años con diagnóstico de inadaptación neurótica con muchas manifestaciones psicopatológicas en los planos emocional y comportamental. Los dos constituyen, de los pacientes examinados y con diagnóstico, los de sintomatología más estructurada y con peor repercusión en la adherencia terapéutica.

**Tabla 3.** Distribución de la relación entre los pacientes con y sin trastornos emocionales y los resultados del Idaren respecto a la ansiedad como estado.

Ansiedad estado	Con Trastorno		Sin Trastorno		Totales	
	N	%	N	%	N	%
Media	2	50	<b>6</b>	<b>100</b>	8	80,0
Alta	<b>2</b>	<b>50</b>	0	-	2	20,0
<b>Totales</b>	<b>4</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Fisher p= 0,13

**Tabla 4.** Distribución de la relación entre los pacientes con y sin trastornos emocionales y los resultados del Idaren respecto a la ansiedad como rasgo.

Ansiedad Rasgo	Con Trastorno		Sin Trastorno		Totales	
	N	%	N	%	N	%
Media	3	75	<b>6</b>	<b>100</b>	9	90,0
Alta	<b>1</b>	<b>25</b>	0	0	1	10,0
<b>Totales</b>	<b>4</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

**Tabla 5.** Distribución de la relación entre los pacientes con y sin trastornos emocionales y los resultados obtenidos en el Ideren respecto a la depresión como estado.

Depresión estado	Con Trastorno		Sin Trastorno		Totales	
	N	%	N	%	N	%
Media	3	75	6	100	8	80,0
Alta	1	25	0	-	1	10,0
<b>Totales</b>	<b>4</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Fisher p= 0,40

**Tabla 6.** Distribución de la relación entre los pacientes con y sin trastornos emocionales y los resultados obtenidos en el Ideren respecto a la depresión como rasgo.

Depresión Rasgo	Con Trastorno		Sin Trastorno		Totales	
	N	%	N	%	N	%
Media	3	75	6	100	9	90,0
Alta	1	25	0	-	1	10,0
<b>Totales</b>	<b>4</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Fisher p= 0,30

## DISCUSIÓN

La muestra del estudio representa el 7,8 % de los pacientes con FQ en edad pediátrica en Cuba y el 36,5 % de los pacientes de la Habana.<sup>18</sup>

Casi la mitad de los pacientes tuvo diagnóstico de algún trastorno emocional predominando la inadaptación neurótica seguida de los trastornos por ansiedad de separación, la distimia y el trastorno de ansiedad generalizada.

En el caso de las enfermedades crónicas se estima que el riesgo de padecer trastornos mentales comórbidos se eleva prácticamente al doble que en poblaciones físicamente sanas. Lewis M y Vitulano LA de la Escuela de Medicina de la Universidad de Yale, en un estudio realizado sobre aspectos psicosociales en niños y adolescentes con enfermedades crónicas, entre ellas, la FQ, plantean que el incremento de problemas psiquiátricos, entre ellos la ansiedad y la depresión, aumenta en estas edades, tres o cuatro veces más que en poblaciones de pariguales sanos, lo cual coincide con otros autores.<sup>23-26</sup> Similar es el comportamiento de los trastornos diagnosticados en nuestra investigación donde el 42,1 % de los pacientes tuvo un diagnóstico clínico de algún tipo de trastorno emocional.<sup>16,17</sup>

La distribución de los pacientes por edades resultó muy similar para el grupo de menores de 10 años y los adolescentes entre 10 y 19 años cumplidos, lo cual puede estar relacionado con que las tasas medias de supervivencia en el mundo y también en Cuba, son cada vez mayores y que esta entidad ha dejado incluso, de ser pediátrica para convertirse también en una enfermedad del adulto.<sup>2,4-6,8,9,18-21</sup>

En cuanto al sexo encontramos una distribución similar entre hembras y varones. Se señala que las hembras pueden tener una letalidad mayor como consecuencia de complicaciones respiratorias más severas dadas por las características anatómicas de sus vías respiratorias;<sup>4</sup> hay además, una coincidencia generalizada en plantear que la raza blanca de origen caucásico reporta la mayor incidencia. En el caso de los pacientes que estudiamos hubo una mayoría de pacientes

blancos, aunque en nuestro medio es muy difícil, por nuestro mestizaje, hablar de razas puras.

En el estudio predominaron los pacientes blancos, los grupos 5 a 9 y 10 a 19 años, hubo una distribución muy similar entre hembras y varones en la muestra.

La relación entre trastornos emocionales y edad, sexo y color de la piel no resultó significativa.

Diferentes estudios realizados en el país relacionan puntuaciones altas de ansiedad tanto en las escalas de estado como rasgo del Idaren con la presencia de desórdenes emocionales, lo cual coincide con nuestros resultados. 13-15, 27,2 8

Los niveles altos de ansiedad y depresión constatados en el Idaren e Ideren, solo se registraron en los pacientes con diagnósticos de trastornos emocionales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nelson W E. Tratado de Pediatría. 16 Ed. Madrid. Editorial Mc. Graw Hill Interamericana; 2004. p. 1927.
2. Rojo M. Fibrosis Quística o mucoviscidosis Cap. 77. En: Pediatría Autores Cubanos T III. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 2006. p 1012-15
3. Carter BR, Wray JR, Red NS. The chronically ill child and family illness. Family developmental perspective on cystic fibrosis. Psychosomatics fall.2008; 33(4): p. 397-403
4. Rojo Rosa M. Fibrosis quística del adulto: rasgos diferenciales con la enfermedad pediátrica. Cystic fibrosis Foundation Patient Registry; 2001 Annual Report. Bethesda, Maryland.
5. Cabases S, Soviano B. Aspectos Psicosociales de la Fibrosis Quística An. Esp de Ped. May- Jun. 2004; 53 (315):150-180
6. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles y salud mental. Enfermedades crónicas y promoción de la salud. Preparación de los profesionales de la atención de salud para el siglo XXI. El reto de las enfermedades crónicas. Suiza: Ediciones de la OMS; 2005-p 15
7. Arce S. Inmunología clínica y estrés. En busca de la conexión perdida entre el alma y el cuerpo. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007. p. 11-15
8. Dickinson F, Batlle M, Razón R, Ramos L **Caracterización epidemiológica de pacientes pediátricos con fibrosis quística** Rev. Cubana Pediatr. 2005; 77(2)
9. Federación española contra la Fibrosis Quística. Libro blanco de atención a la Fibrosis Quística España: Ed. Federación española contra la Fibrosis Quística; 2005.p 8-11
10. **Persson H, Wikman B, Strandvik B.** Frederic Chopin—the man, his music and his illness. Przeg Lek. 2005; 62(6):321-5. Kulich M, Rosenfeld M, Goss Ch, Wilmott R. Improved survival among young patients with cystic fibrosis. J Pediatr. 2003; 142: 6
11. **Bregnalle V, Thastum M, SchiÅtz PO.** Psychosocial problems in children with cystic fibrosis **Acta Paediatr.** 2007 Jan;96(1):58-61
12. **Ward C, Massie J, Glazner J, Sheehan J, Canterford L, Armstrong D, Jaffe A, Hiscock H.** Problem behaviours and parenting in preschool children with cystic fibrosis **Arch Dis Child.** 2009 May; 94(5):341-7.
13. Lorenzo A Ruiz, Grau J, Fumero A, Vizcaíno MA, Martín M, Prado F“Validación del Inventory de Ansiedad Rasgo-Estado para Niños en adolescentes cubanos”. Psicología y Salud, julio-diciembre de 2003;13,(2): 203-214,
14. Gutiérrez N. Caracterización psicológica de adolescentes diabéticos. Trabajo para optar por el Título de Especialista en Psicología de la Salud. 2004.
15. Barroso A. *Trastornos emocionales en diabéticos tipo I Trabajo para optar por el título de especialista de Primer Grado en Psiquiatría infantil.* Ciudad de La Habana 2008
16. OMS. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las enfermedades Mentales. CIE-10 Ginebra. OMS; 1990.
17. Otero A., Ravelo V, Echazabal A, Duarte F Magriñat J, Acosta C. Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría .Hospital

Psiquiátrico de La Habana; 2001. p155-186, 268-291.

18. Comisión Cubana de Fibrosis Quística (CCFQ). Registro Nacional. Ciudad de La Habana: 2009.
19. Vega-Briceño L, Guiraldes E, Sánchez I. Fibrosis quística: enfrentando la transición desde el pediatra hacia el internista. Rev Méd Chile. 2006; 134: 365-371
20. Kulich M, Rosenfeld M, Goss Ch, Wilmott R. Improved survival among young patients with cystic fibrosis. *J Pediatr* 2003; 142: 631-6.
21. Duff A, Latchford G. Motivational Interviewing for Adherence problems in Cystic Fibrosis Pediatric Pulmonology 2010;45:211-220 .
22. Razón B, Rodríguez F, García J, Rojo M, González J, Abreu G, Pérez T. La fibrosis Quística en Cuba. Rev cubana Pediatr.2009; 81 (Sup):85-92.
23. World Health Report Mental Health: New Understanding New Hope. World Health Organization; 2001
24. **Lewis M, Vitulano LA.** Biopsychosocial issues and risk factors in the family when the child has a chronic illness.
25. Reuters Health Information Problem Behaviors Are Common in Preschool Children With Cystic Fibrosis. 2005. Disponible en: <http://www.medscape.com/viewarticle/703904> Revisado 20 de octubre de 2009
26. **Smith BA, Wood BL.** Psychological factors affecting disease activity in children and adolescents with cystic fibrosis: medical adherence as a mediator *Curr Opin Pediatr.* 2007 Oct; 19(5):553-8.
27. Llanes M, Lorenzo A. Vizcaíno M.A. (1994). Resultados de la aplicación del IDAREN en su versión cubana en adolescentes de zonas rurales. Reporte de investigación. La Habana: Hospital de Tarará.
28. Mayor G., Lorenzo A. (1994). Resultados de la aplicación del IDAREN en su versión cubana en una muestra de adolescentes. Reporte de investigación. La Habana: Hospital de Tarará.

Recibido: 20 de junio de 2012.

Aceptado: 10 de abril de 2013.

*Gladys C. Castillo Yzquierdo.* Profesora Auxiliar. Especialista de 2do Grado en Psiquiatría infanto-Juvenil. Máster en Atención Integral al Niño. Hospital Pediátrico Juan Manuel Márquez. Correo electrónico: [gladysc@infomed.sld.cu](mailto:gladysc@infomed.sld.cu)