

GRADOS DE DEPRESIÓN EN PADRES DE NIÑOS CON CÁNCER

RENZO G DI NATALE G, MARIANA ESPINAL M, IRINA T SUCRE A, JORGE L DÁVILA S, DIEGO A HANSSEN H, ARON LECHTIG B.

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA, FACULTAD DE MEDICINA, ESCUELA "LUIS RAZETTI.

RESUMEN

Es bien conocido que las enfermedades somáticas padecidas por los pacientes, afectan el estado psicológico de las personas con quienes estos guardan un vínculo cercano. Intentamos corroborar este hecho aplicándoles test de Hamilton a 58 padres de pacientes, hospitalizados en las alas de oncología pediátrica de diversos centros de salud de Caracas. Se observó una prevalencia de depresión en el 90 % de los padres y además pudimos ver que los grados de depresión variaban de acuerdo a ciertos determinantes como el tiempo de desarrollo de la enfermedad y el ambiente del centro hospitalario. Siendo por ende necesario brindar atención psicológica especializada a los acompañantes de los pacientes en los distintos centros de salud.

PALABRAS CLAVE: Depresión, padres, enfermos, Hamilton, niños, cáncer, neoplasia.

SUMMARY

It is well known that the suffering of an illness can affect not only the patient, but also every person that relates intimately to him. We attempted the verification of this statement by applying Hamilton tests to 58 parents of patients which were hospitalized in the several pediatric oncology-specialized health care centers in Caracas. The outcome was a predominance of depression in 90 % of the parents; in addition, observed how the different degrees of depression could fluctuate according to certain factors like: Development time of the illness and the hospital's environment. It is necessary to provide specialized psychological care to the relatives or any companions of the patients hospitalized in health care centers.

KEY WORDS: Depression, sick-child, parents, Hamilton, children, cancer, neoplasia.

INTRODUCCIÓN

Muchas de las enfermedades, por no decir todas las enfermedades biológicas del ser humano, tienen repercusiones psicológicas en su comportamiento y por ende en sus relaciones afectivas, laborales y sociales en general. Se conoce que, en práctica, una cuarta parte de todos los pacientes tienen algún problema psiquiátrico y generalmente se manifiesta relacionado con una enfermedad somática⁽¹⁻³⁾.

Tomando en cuenta lo antes expuesto y considerando al ser humano como un ente

Recibido: 07/07/2011 Revisado: 22/10/2011

Aceptado para publicación: 02/11/2011

Correspondencia: Renzo Di Natale. Instituto de Ortodoncia Chuao, Calle Choroní, Qta. Santa Teresa, Chuao. Caracas, Venezuela. 1071. Tel. +58(412)6239665. E-mail: renzodg@gmail.com

biopsicosocial, el cual debe relacionarse con los individuos que lo rodean, se ha demostrado que las enfermedades que afectan a un paciente, afectan también a las personas con la que este guarda un vínculo afectivo cercano. Numerosas investigaciones confirman este hecho, reportándose en numerosos estudios la aparición del síndrome de *burn out* o síndrome del cuidador, en los encargados de los pacientes que padecen de enfermedades crónicas y evidenciando de esta forma la importancia del bienestar psicológico del acompañante del paciente ⁽⁴⁻⁶⁾. Es así como se puede deducir que enfermedades padecidas por un miembro de una determinada familia, pueden tener repercusiones psicológicas en el resto de sus integrantes ⁽⁷⁾.

Muchos de los artículos que reportan la manera en que las patologías padecidas por un miembro familiar, afectan al resto, se enfocan en la relación padre-hijo, en donde generalmente se evalúa el estado psicológico de este ante enfermedades biológicas padecidas por el padre ⁽⁸⁾. Sin embargo, algunos autores han estudiado los trastornos psicológicos que se evidencian en los padres al tener un hijo enfermo, como ocurre en el estudio del *attention deficit disorder with hyperactivity (ADDH)* ⁽⁹⁾. Otras investigaciones se basan en los trastornos psicológicos presentes en padres de niños con cáncer ⁽¹⁰⁾, haciendo especial énfasis en el proceso de adaptación por el que ellos pasan, así como también en la importancia del apoyo marital para una mejor aceptación del problema ^(11, 12).

Entre las repercusiones psicológicas a las que conllevan las enfermedades somáticas de un individuo (o de otro con el que este posea un vínculo cercano), las principales y de mayor importancia son las alteraciones del estado de ánimo, entre las que se encuentran: la depresión, la euforia, la ansiedad y la ira. El principal objetivo de este estudio es la depresión, definida como un síndrome caracterizado por descenso del humor, presencia de pensamientos tristes y asociado a síntomas biológicos ⁽¹⁾.

Existen varios grados de depresión. El trastorno depresivo leve es frecuente y está caracterizado por humor y conducta alterados, dificultades con el sueño, pesimismo, estado de ansiedad y falta de energía. En el trastorno depresivo moderado, los pacientes presentan descenso del humor, ansiedad, irritabilidad y agitación, así como falta de interés, de disfrute, de concentración y mala memoria. También se observan, en este trastorno, manifestaciones físicas, como inhibición psicomotora, pérdida de peso, disminución de apetito, reducción del deseo sexual y alteraciones del sueño. Son comunes los pensamientos pesimistas, como culpabilidad, sentimiento de fracaso personal e incluso, ideas suicidas.

En el trastorno depresivo grave los síntomas de la forma de depresión antes mencionada, aumentan en intensidad y aparecen nuevos, como delirios y alucinaciones.

Las formas más graves de depresión son denominadas distimias, que incluyen síntomas depresivos leves, crónicos, constantes o fluctuantes.

En el presente estudio, se evalúa el grado de depresión en padres de niños que padecen de enfermedades neoplásicas, intentando demostrar no solo que la presencia de enfermedades en un miembro familiar puede tener repercusiones psicológicas en otros integrantes, sino también advertir acerca del riesgo que existe en la salud física de los cuidadores que poseen vínculos afectivos con el paciente. Al lograr demostrar la presencia de un trastorno como la depresión en los cuidadores de los niños enfermos, se resalta la importancia de la evaluación del estado psicológico de los acompañantes durante el tratamiento de la mayoría de las enfermedades, estado que puede ser esencial para la mejoría del paciente.

MÉTODOS

Para realizar la investigación se recogió una muestra de 58 padres de niños que padecían

de enfermedades neoplásicas. Las edades de estos niños estaban comprendidas entre 0 y 16 años. Se estudiaron los padres de los niños hospitalizados en los departamentos de oncología pediátrica de diversos centros hospitalarios de Caracas. A cada sujeto en estudio, previo consentimiento informado, se le solicitaron ciertos datos utilizados como variables para el procedimiento de investigación, tales como: edad, sexo, nacionalidad, estado civil, número de hijos, y con respecto al hijo diagnosticado con cáncer, se consultaron: la edad, el lugar que ocupaba entre los otros hijos, el diagnóstico clínico y el tiempo que llevaba desarrollando la enfermedad. Posteriormente se les aplicó el test de Graffar - Méndez Castellano para determinar su nivel socioeconómico ⁽¹³⁾. Por último se le presentó el test psicométrico de Hamilton ⁽¹⁴⁾.

Test psicométrico de Hamilton para el diagnóstico de depresión

El test utilizado para el diagnóstico de depresión en los participantes fue el test de Hamilton ⁽¹⁴⁾, el cual toma diversas variables como: el humor, ideas de suicidio, pérdida de peso, interés en actividades, retardo psicomotor e “*insight*” (conciencia de la depresión), entre otros, para clasificar a los individuos en base a una escala cualitativa, la cual consta de cinco resultados para diagnosticar el grado de depresión presente en la persona: ausente, depresión menor, menos que depresión mayor, depresión mayor y mayor a depresión mayor. El test de Hamilton, al igual que los formularios de datos personales, fue aplicado en una modalidad de entrevista ⁽¹⁵⁾. Los resultados obtenidos del test de Hamilton fueron registrados en base a una escala numérica para poder efectuar los cálculos estadísticos respectivos, correspondiendo el valor 0 a “ausente”, 1 a “depresión menor”, 2 a “menos que depresión menor”, 3 a “depresión mayor” y 4 a “mayor a depresión mayor”, pudiendo obtener de esta forma valores promedios de depresión en los grupos de participantes. Los resultados

expresados durante todo el estudio siguen esta designación numérica.

Herramientas estadísticas

Los datos obtenidos durante la investigación fueron procesados y analizados utilizando métodos de estadística descriptiva. Fueron tabulados, utilizando el software PASW *Statistics* 18®, y los resultados se presentaron usando gráficos de escala cuantitativa, como se dijo anteriormente, se asignaron valores numéricos a los distintos grados de depresión ⁽¹⁶⁾.

RESULTADOS

Distribución de los grados de depresión en los participantes

Se pudo observar que de la muestra encuestada para determinar la depresión de los padres de niños con cáncer, el trastorno de depresión se presentó en aproximadamente el 90 % de los entrevistados. Asimismo, se puede observar que de los padres que resultaron estar deprimidos el 48,3 % (Cuadro 1) de la muestra se encontraba en un grado de “depresión mayor” y un 25,9 % en un grado depresivo “menor que depresión mayor” resultando de esta manera como los grados de depresión más representativos.

Cuadro 1. Distribución de los niveles de depresión en la muestra estudiada

Grado de depresión	Frecuencia	%
Ausente	7	12,1
Depresión menor	7	12,1
Menos que depresión mayor	15	25,9
Depresión mayor	28	48,3
Mayor a depresión mayor	1	1,7
Total	58	100,0

Se pueden observar los bajos porcentajes en los niveles de ausencia de depresión y mayor a depresión mayor, y los altos porcentajes de depresión mayor.

Relación de grados de depresión y tiempo de desarrollo de la enfermedad

En cuanto al grado de depresión relacionado con el tiempo de desarrollo de la enfermedad (Figura 1), pudimos observar que la mayoría de los casos se ubicaron dentro de los primeros 20 meses de enfermedad, y estos poseían grados de depresión elevados (3,0 y 4,0). En este caso no se observó una relación lineal, lo cual constituía nuestra hipótesis inicial, posiblemente debido a otros factores no considerados antes de realizar el estudio.

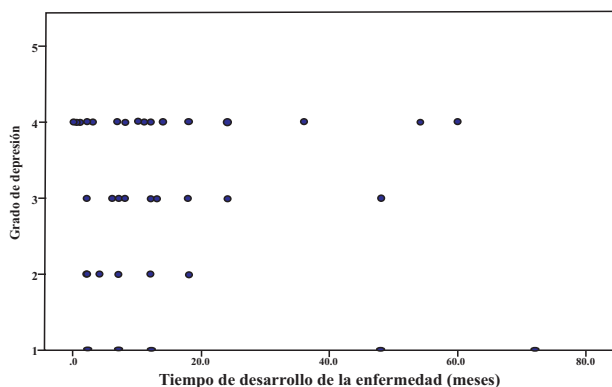


Figura 1. Grados de depresión según el tiempo de desarrollo de la enfermedad.

Se observa que los valores más bajos ocurren después de muchos meses de enfermedad, sin embargo, no se pueden constatar patrones uniformes.

Efectos del nivel socioeconómico en el grado de depresión

Se observó que las diferencias en los niveles de depresión según los estratos socioeconómicos (establecidos por el método de Graffar-Méndez Castellano), no fueron significativas. El estrato II posee una media de depresión de 3,0, el estrato III de 3,4, el IV de 3,0 y el V de 3,2. Además, durante el estudio no se observaron pacientes del estrato I, y como se dijo anteriormente sólo se acudió a centros de salud públicos.

Diferencias de los niveles de depresión según la cantidad de hijos

La variación de la relación entre grados de depresión y cantidad de hijos no fue muy significativa, sin embargo, es posible apreciar que hay un mayor grado de depresión en padres que tienen un número de hijos entre 2 y 4 (Con grados de depresión promedio de 3,4 y 3,6 respectivamente) con respecto a padres con 7 hijos y grados de depresión promedio de 2,8 (Figura 2).

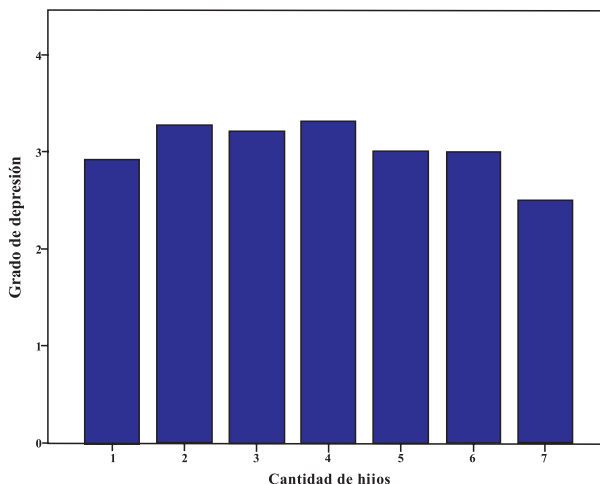


Figura 2. Grados de depresión según la cantidad de hijos.

Se observa que a mayor número de hijos los niveles de depresión disminuyen, de igual forma la variabilidad es leve.

Diferencias de los grados de depresión en los distintos centros de atención

Los resultados obtenidos en las entrevistas a los padres de niños con enfermedades neoplásicas se clasificaron según el centro donde sus hijos se encontraban hospitalizados, observándose que el grado de depresión variaba según el centro de atención. Al calcular una media del grado de depresión que presentaron los padres, se observó

que los padres cuyos hijos se encontraban tanto en el centro de atención 2 como en el centro 3, padecían de un grado de “depresión mayor”, sin embargo, el grado de depresión era superior en los padres de niños hospitalizados en el centro 2 (Figura 3). Asimismo, se encontró que la mayoría de los padres con niños hospitalizados en el centro 1 presentaban un grado de depresión “menor a depresión mayor”.

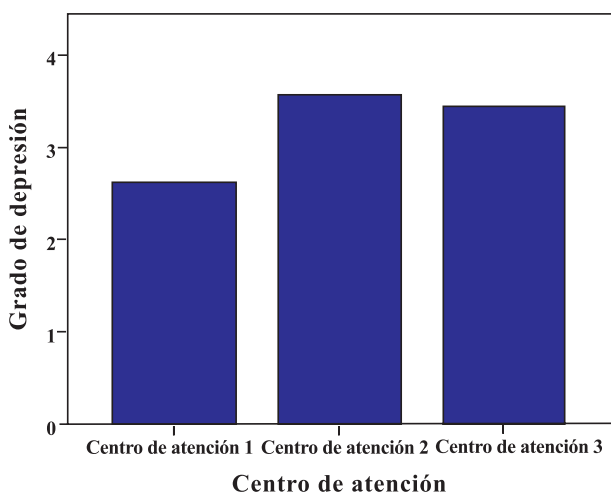


Figura 3. Grados de depresión según el centro de atención hospitalaria.

Se observa que los niveles de depresión en el centro N° 1 son mucho menores, posiblemente por el ambiente que allí se encuentra.

DISCUSIÓN

Se pudo observar que la mayoría de los padres de niños con cáncer padecían de depresión mayor. Se pudo observar además que la depresión seguía algunos patrones relacionados con otros factores, los cuales serán analizados a continuación.

Relación entre grados de depresión y tiempo de desarrollo de la enfermedad

La mayoría de los padres se encontraban

en las áreas de hospitalización debido a una recaída del hijo en la enfermedad y como posible consecuencia de esto, se observaron también recaídas en la depresión de los padres de estos niños, reflejándose niveles de depresión similares a los de padres cuyos hijos se encontraban en el período inicial de la enfermedad. En caso de haber entrevistado a los padres en épocas previas a las recaídas, los resultados reflejarían posiblemente disminuciones considerables de los grados de depresión. En definitiva, los padres se encuentran más deprimidos al inicio del desarrollo de la enfermedad de su hijo y durante las recaídas de estos en la enfermedad, generalmente años después.

El tiempo de desarrollo de la enfermedad es una variable importante a considerar en relación a la variación de los grados de depresión de los padres. Se estudió esta relación con una muestra relativamente pequeña, por ende los resultados no nos permiten establecer un patrón certero de dicha relación. Para poder evaluar la verdadera relación se debería realizar un seguimiento exhaustivo a los mismos pacientes entrevistados, aplicándoles el mismo test de Hamilton periódicamente, durante el transcurso de la enfermedad del hijo, determinando así la variación de la depresión en el tiempo. Preferiblemente, este seguimiento debe realizarse en los padres que están ante las etapas iniciales de la enfermedad. Esto ayudaría a establecer un patrón más uniforme de la variación en el tiempo de los grados de depresión.

El nivel socioeconómico no es un factor influyente en el grado de depresión

Al momento de la realización del trabajo, se planteó la hipótesis de que las personas de estratos socio-económicos más altos y más bajos podrían tener grados de depresión diferentes, sin embargo, este fenómeno no se observó, los niveles de depresión en los distintos estratos fueron similares. Posiblemente, esto se deba a que todas las personas entrevistadas estaban recibiendo atención médica y el factor

determinante en el grado de depresión de los padres no sea su nivel socio-económico sino la posibilidad de acceder a los servicios de salud, sin embargo, esto deberá profundizarse en otras investigaciones. Cabe destacar que en el presente estudio no se evaluaron los niveles de depresión en pacientes de institutos privados, por lo que no se entrevistaron pacientes del estrato 1 (estrato más alto). Además, se piensa que otro posible factor que puede influir en los niveles de depresión sea la diferencia de accesibilidad a servicios de medicina pública o privada y no el nivel socio-económico en sí, ambos factores deberán ser considerados en estudios posteriores.

El número de hijos influye en los grados de depresión en los padres

En base a los resultados obtenidos en cuanto a los grados de depresión, se pudo determinar que existe una relación entre estos y el número de hijos de los padres; se constató que a mayor número de hijos hubo menor grado depresivo. Estos resultados, aunque confirman la hipótesis que planteamos desde un comienzo, reflejan la necesidad de ahondar en este campo, realizando un estudio similar con una muestra más grande. De igual forma se presenta la posibilidad de que la pequeña variabilidad encontrada, no sea significativa debido a que los padres entrevistados, a pesar de tener distinta cantidad de hijos, se encontraban siempre acompañando al hijo enfermo en la hospitalización o en la consulta.

El entorno del centro de atención influye en el grado de depresión de los padres

Durante la realización de las entrevistas a los padres, se observó, curiosamente, como los entrevistados presentaban grados similares de depresión dependiendo del centro en donde se encontraban, observándose que los padres de niños con enfermedades neoplásicas de un centro, padecían de depresión más grave que los padres cuyos hijos estaban hospitalizados

en otros centros. Posteriormente se evaluaron las diferencias entre los centros de atención para encontrar una posible causa a este fenómeno, y se observó que el trato y la atención del personal profesional con los padres eran diferentes, así como también la cantidad de camas por habitación y el orden dentro de estos. De igual forma se observó que algunos centros de atención daban una mayor libertad a los niños para jugar entre ellos y a los padres de relacionarse entre sí. El centro de hospitalización 1 es un hospital especializado en la rama oncológica, el área de pediatría presentaba un servicio de psicopedagogía muy desarrollado donde se brinda apoyo a los padres mediante charlas y consultas psicológicas; entre las características de este hospital también se encuentran un personal flexible, cuatro niños por habitación y permitían que ambos padres acompañaran al niño. El centro de hospitalización 2 es un hospital general, el área de pediatría oncológica presenta un servicio de psicopedagogía exclusivo para los niños con enfermedades neoplásicas; este centro presenta un personal rígido y serio, uno o dos niños por habitación y permitían la presencia de la madre únicamente. Mientras que el centro de hospitalización 3 es un hospital pediátrico, cuya rama oncológica presenta un servicio de psicopedagogía únicamente para los niños.

Cabe mencionar que en todos los centros visitados existe un área de psicopedagogía que se encarga de la recreación guiada de los niños, sin embargo, dicha área era diferente en cada centro de hospitalización, destacando que el centro donde se presentó el menor grado de depresión en los padres fue, precisamente, el centro de atención que tenía un servicio de psicopedagogía hacia los niños más desarrollado y que incluso brindaba apoyo a los padres. Se cree que la interacción entre los padres de los niños también influye en el grado de depresión de los mismos, siendo menor en padres que pueden compartir y apoyarse unos con otros. Por lo tanto, el ambiente cargado de emociones donde conviven los padres y sus niños enfermos, es un factor

que interviene en el desarrollo de depresión. Mientras más favorable sea el entorno y más apoyo y comodidad experimenten los padres, menor será el grado de depresión. Podemos concluir que la mayoría de los padres de niños con enfermedades neoplásicas (90 %) poseen un cierto grado de depresión, se observó que aunque esto no seguía un patrón uniforme al relacionarlo con la cantidad de hijos, el tiempo de desarrollo de la enfermedad o el estrato socio-económico, los grados de depresión sí disminuían dependiendo del entorno en el que se encontraban. Se proponen en este trabajo distintas formas para ahondar en el estudio de la depresión de los cuidadores de pacientes. Con respecto al tiempo de desarrollo de la enfermedad, se debe ahondar en el tópico realizando el mismo estudio, pero con una muestra de mayor tamaño y repitiendo el *test* a distintos intervalos de tiempo en los mismos participantes para poder obtener resultados verdaderamente representativos de la relación entre este parámetro y los grados de depresión. De igual forma se recomienda entrevistar padres en donde la enfermedad del hijo no haya culminado,

y que no se hayan presentado recaídas, para poder demostrar la posible disminución de la depresión a medida que pasa el tiempo. En cuanto al estrato socio-económico, se deberá ahondar en el estudio de pacientes que no tengan acceso a centros hospitalarios y se recomienda evaluar la diferencia de los grados de depresión entre los centros de salud públicos y privados. Con la realización del trabajo se pudo destacar la relación entre el ambiente del centro hospitalario, su atención y terapias psicopedagógicas, y los niveles de depresión encontrados, estos factores deberán ser estudiados más ampliamente en otros tipos de investigación que evalúen por qué se da este fenómeno. Por último, cabe destacar que el presente estudio sirve de constancia de que los padres que acuden a los centros hospitalarios sufren de depresión y es necesario notificar a todos los centros oncológicos de estos resultados, para que se implementen medidas en pro de la salud psicológica de los acompañantes, que posiblemente llevarán a mejorías en el estado de ánimo del paciente.

REFERENCIAS

1. Gelder M, Mayou R, Geddes J. Oxford Psiquiatría. 2a edición. Madrid: Marbán Libros, SL.; 1999.
2. Lichtman JH, Bigger TJ, Blumenthal JA, Frasure-Smith N, Kaufman PG, Lespérance F, et al. Depression and coronary heart disease. *Circulation*. 2008;118:1768-1775.
3. Carney RM, Freedland KE, Rich MW, Jaffe AS. Depression as a risk factor for cardiac events in established coronary heart disease: A review of possible mechanisms. *Ann Behav Med*. 1995;17(2):142-149.
4. Diaz Gonzalez RJ, Hidalgo Rodrigo I. The burn-out syndrome in physicians of the public health system of a health area. *Rev Clin Esp*. 1994;194(9):670-676.
5. Ortega Ruiz C, Lopez Rios F. The burn out syndrome in sanitary professional: Review and perspectives. *Int J Clin Health Psychol*. 2004;4(1):137-160.
6. Lara Pérez L, Díaz Díaz M, Herrera Cabrera E, Silveira Hernández P. Síndrome del "Cuidador" en una población atendida por equipo multidisciplinario de atención geriátrica. *Rev Cub Enfermería*. 2001;17(2):107-111.
7. Seira Lledós MP, Calvo Gascón A, Aller Blanco A. Morbilidad sentida y diagnosticada en cuidadores de paciente inmovilizados de una zona de salud rural. *Rev Esp Salud Pública*. 2002;6(76):713-721.
8. Chassin L, Pitts SC, DeLucia C, Todd M. A longitudinal study of children of alcoholics: Predicting young adult

- substance use disorders, anxiety, and depression. *J Abnorm Psychol.* 1999; 108(1):106-119.
9. Cunningham CE, Benness BB, Siegel LS. Family functioning, time allocation, and parental depression in the families of normal and ADDH children. *J Clin Child Psychol.* 1988;17(2):169-177.
 10. Manne SL, Lesanics D, Meyers P, Wollner N, Steinherz P, Redd W. Predictors of depressive symptomatology among parents of newly diagnosed children with cancer. *J Pediatr Psychol.* 1995; 20:491-510.
 11. Dahlquist LM, Czyzewski DI, Jones CL. Parents of children with cancer: A longitudinal study of emotional distress, coping style, and marital adjustment two and twenty months after diagnosis. *J Pediatr Psychol.* 1996;21(4):541-554.
 12. Grootenhuis MA, Last BF. Adjustment and coping by parents of children with cancer: A review of the literature. *Support Care Cancer.* 1997;5:466-484.
 13. Graffar Castellano M. Fundacredesa. Disponible en: URL: http://fundacredesa.org/fundacredesa/tiki-page.php?pageName=fam_metod_graff.
 14. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1960;23:56-62.
 15. Williams JB. Structured interview guide for the Hamilton depression rating scale. *Arch Gen Psychiatry.* 1988;45:742-747.