

11241

27

2 ej.

Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina,
Universidad Nacional Autónoma de México.

Instituto Mexicano de Psiquiatría,
División de Investigaciones Clínicas.

DIAGNOSTICO DE ANSIEDAD Y DEPRESION
EN PACIENTES QUEMADOS.

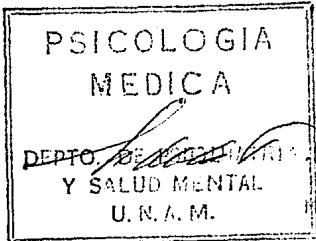
"Escala HAD como una herramienta diagnóstica."

Tesina que para obtener el grado de
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Presenta

Dr. Jesús Alfredo Whaley Sánchez.



Tutor: Dr. Héctor A. Ortega Boto

Asesor: Dr. Edmundo Hernández M.

México, D.F., 1992.

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

V. b. [Handwritten signature]



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

Introducción	2
Antecedentes	6
Objetivo	10
Hipótesis	11
Material y Métodos	12
Resultados	15
Discusión	18
Bibliografía	24

Introducción

Autores como Wise calculan que la coexistencia de los problemas médicos y psiquiátricos es tan alta, que va desde un 20 a un 50%. (35)

En la mayoría de las muestra revisadas se considera que el 46% de los pacientes admitidos en un Hospital General, tiene un problema médico el cual puede ser la causa o bien exacerbar los problemas de tipo psiquiátrico. (7,15,35)

Los problemas de ansiedad y depresión según diversos autores son los problemas psiquiátricos más frecuentes encontrados en las poblaciones de pacientes medicamente enfermos. (7,35)

La ansiedad se puede definir como un estado donde predomina temor sin que se encuentre una situación real que lo provoque, acompañándose de una gran cantidad de signos y síntomas autómicos. (35)

La prevalencia actual en los estados de ansiedad, se calcula para la población general entre un 2 a un 5%. (35)

Del 5 al 20% de todos los pacientes que se encuentran hospitalizados en un Hospital General, sufren de un cuadro de ansiedad y del 4 al 14% de los pacientes vistos en la Consulta Externa, tienen este mismo problema siendo solo diagnosticados en un 6%.

Feightner menciona la importancia de realizar un diagnóstico diferencial entre los cuadros donde existe una ansiedad previa o si la enfermedad física junto con el stress de la hospitalización desarrollan los síntomas de ansiedad. (10)

Con respecto a la depresión diversos estudios sugieren que del 12 al 36% de pacientes atendidos en la Consulta Externa y un 33% de los pacientes internados en un Hospital General, sufren de síntomas depresivos. (18)

La frecuencia de la población general que sufre de síntomas depresivos se calcula que es de un 4 a 6%, mientras que en los pacientes que sufren de un problema físico se desarrolla en casi un 75%. (35)

Se menciona al respecto que existen tres factores que pueden contribuir a esta alta incidencia de síntomas depresivos en los pacientes médicamente enfermos. (18) :

1. La reacción psicológica del paciente al problema médico.
2. La enfermedad médica y sus características propias.
3. La terapéutica médica usada para combatir la enfermedad física.

La detección oportuna de estos problemas psiquiátricos en los pacientes médicamente enfermos a provocado la creación de escalas que permitan la medición mas adecuada y confiable para diagnosticar estos problemas. (10)

Sin embargo no todos los instrumentos actuales son de fácil aplicación por lo que se requiere personal entrenado previamente y un nivel de escolaridad mínimo para ser adecuadamente contestado.

Antecedentes

La escala para medir ansiedad y depresión en el paciente medicamente enfermo es una alternativa adecuada para Hospitales Generales ya que ademas de detectaar los problemas mencionados, puede dar un indice aproximado de la severidad de los mismos. (8,27,36)

Esta escala da la posibilidad de ser aplicada en repetidas ocasiones al mismo grupo de pacientes aun por aquellos miembros del equipo médico que no cuentan con experiencia en los aspectos psiquiátricos.

El HAD consta de dos subescalas; la primera mide ansiedad y la segunda depresión.

Las 14 preguntas de la escala están dirigidas a síntomas que los diseñadores de la misma toman de forma primordial, como son : los síntomas autonómicos para la ansiedad y la pérdida del interés o anhedonia para la depresión, alternándose una pregunta para un trastorno y otra para el otro sea depresivo o ansioso.

Zigmond en 1983 planteó puntuaciones desde 7 para aquellos pacientes que no tenían un síndrome ansioso o depresivo. Entre 8 y 10 puntos para aquellos pacientes que pueden o no tener estos cuadros.

- mayor de 11 puntos con lo cual se hace el diagnóstico de ansiedad y/o depresión.

A pesar de que la escala HAD es un instrumento nuevo en la medición de los problemas de ansiedad y depresión en comparación con otros cuestionarios como el de Beck o el de Hamilton han mostrado poca diferencia en la eficacia diagnóstica. (16)

El-Rufaie y Hafeiz aplicaron el HAD en una población de 47 pacientes insulino-dependientes, encontrando mas del 40% de la muestra problemas de ansiedad y/o depresión. (8,9,12)

Razavi aplicó la escala HAD a una población de 210 pacientes internados por cancer de cualquier tipo, efectuando la especificidad y sensibilidad de la prueba y dando un punto de corte para los síndromes depresivos y/o ansiosos de 13 puntos, encontrando estos problemas en el 75% de su población. (23)

Barczack encontro en una población de 87 pacientes con problemas genito-urinaris internados en una clínica, un punto de corte de 8 para los cuadros ansiosos y depresivos, teniendo una sensibilidad del 70 a 82% para los ansiosos y un 64 a 94% para los deprimidos. (2)

En base a lo anterior se plantea la utilización de la escala para ansiedad y depresión en un Hospital General (HAD), como un intento de tamizaje con lo cual se pretende disminuir los problemas psiquiátricos que se presentan en los pacientes médicamente enfermos.

En México no existen reportes acerca de la aplicación del HAD en Hospital General, siendo en este caso aplicada en la Unidad de Quemados del Hospital de Urgencias "Ruben Leñero" DDF.

Objetivos

1. Determinar la prevalencia de trastornos por ansiedad y/o depresión en pacientes quemados internados en la Unidad de Quemados del Hospital "Rubén Leñero" D.D.F. Independientemente del tiempo de estancia o la magnitud de la quemadura.
2. Determinar el rango de puntajes en la escala HAD que presentan aquellos pacientes diagnosticados con ansiedad y/o depresión y contrastarlos con un grupo que carece de dichos diagnósticos.
3. Determinar la Sensibilidad y la Especificidad de distintos puntos de corte del HAD para cada una de las condiciones diagnósticas para ansiedad y depresión.

Hipótesis

H1. Los pacientes con un diagnóstico de ansiedad obtendrán puntuaciones diferentes en la subescala de ansiedad del HAD de aquellos obtenidos por los pacientes sin un diagnóstico de ansiedad.

H2. Los pacientes con un diagnóstico de depresión obtendrán puntuaciones diferentes en la subescala de depresión del HAD de aquellos obtenidos por los pacientes sin un diagnóstico de depresión.

Material y Métodos

En el período de agosto a octubre de 1991, se estudiaron 40 pacientes hospitalizados en la Unidad de Quemados del Hospital "Rubén Leñero" D.D.F.

El estudio que se realizó fué de tipo transversal metodológico.

Los pacientes que participaron sabían leer y escribir, además de haber aceptado previamente ser incluidos en el protocolo. Fueron excluidos aquellos pacientes que por la gravedad del trastorno médico que padecían, o bien por tener un trastorno psicótico o confusión mental, no pudieron contestar el cuestionario.

Los instrumentos que se utilizaron fueron la escala de Ansiedad y Depresión HAD y la entrevista semi-estructurada.

La primera se aplicó con el fin de observar el comportamiento de ésta contra la segunda que se diseñó para determinar la presencia de alguno de los diagnósticos del apartado de trastornos de Ansiedad (ataque de pánico, ansiedad generalizada, fobia simple y trastorno por stress post-traumático) y Depresión mayor. Para fines del análisis solo se codificó la presencia o ausencia de alguno de ellos.

En primer lugar, se realizó la evaluación de los pacientes por medio de la entrevista semi-estructurada del DSM III-R. Dicha entrevista la llevó a cabo un Residente del tercer año de la especialidad en Psiquiatría. En segundo lugar se aplicó a todos los pacientes la escala HAD por parte de una Psicóloga que participó en el proyecto.

La sensibilidad y la especificidad se calcularon del modo habitual. Para calcular la correlación entre variables se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman. (se asignaron grados de severidad).

Se calcularon los promedios, las desviaciones standard y los porcentajes dependiendo de la índole de las variables.

Para el contraste de medias se utilizó la T de Student para grupos independientes.

RESULTADOS

De los 40 pacientes, el 75% correspondió al sexo masculino, su edad (\bar{X} +/de) fué de 28.5 ± 10.6 años, en tanto que la de las mujeres fue de 35.8 ± 14.8 años. (tabla 1.)

En la tabla 2, se muestra la frecuencia con la que se hicieron los diversos diagnósticos de acuerdo a los criterios del DSM-III-R se encontró que el 30% de los hombres tenían ansiedad, el 53.3% tenían depresión y el 10% con Stress Post-traumático. En contraste el 70% de las mujeres sufrían ansiedad, el 90% estaban deprimidas y el 40% presentaban datos de Stress Post-traumático. La diferencia de la prevalencia de estos diagnósticos entre los sexos es significativa.

TABLA 1
% DE EDAD POR SEXOS.

SEXO	%	EDAD X±/de
H	75	28.6 ± 10.6
M	25	35.8 ± 14.8

TABLA 2
% Dx DSMIII-R POR SEXO

DIAGNOSTICO	MUJERES		HOMBRES	
	n	%	n	%
Aniedad	7	70	9	30
Depresión	9	90	16	53.3
Stress Post-traumático	4	40	3	10

La puntuación en la subescala de ansiedad de los pacientes con un síndrome ansioso fué de 7.7 ± 4.3 mientras que en los pacientes sin ansiedad fué de 7 ± 4 (tabla 3). La calificación en la subescala de depresión del HAD de los pacientes con un síndrome depresivo fué de 8.9 ± 4.7 en tanto que la calificación de los pacientes sin depresión fué de 4.3 ± 1.9 (tabla 4).

En relación al sexo se encontró que en la subescala de ansiedad los hombres con un diagnóstico de síndrome ansioso alcanzaba una puntuación de 8.4 ± 5.3 mientras que en las mujeres fué de 6.4 ± 2.9 (tabla 5). En la subescala de depresión, los hombres deprimidos obtuvieron un puntaje de 8 ± 4.8 , Las mujeres deprimidas alcanzaron calificaciones de 10.4 ± 4.3 (tabla 6).

TABLA 3
PUNTAJES SUBESCALA ANSIEDAD HAD

Dx	n	%	HAD X±/de
Ansiedad	16	40	7.7 ± 4.3
sin Ansiedad	24	60	7.0 ± 4.0

TABLA 4
PUNTAJE SUBESCALA DEPRESION HAD

Dx	n	%	HAD X±/de
Depresión	25	62	8.9 ± 4.7
sin Depresión	15	37	4.3 ± 1.9

t (38) 23.6 p = 0.0009

TABLA 5
PUNTAJE SUB ESCALA ANSIEDAD POR SEXOS

SEXO	n	%	HAD- X+/de
H	9	30	8.4 + 5.3
M	7	70	6.4 + 2.9

TABLA 6
PUNTAJE SUB ESCALA DEPRESION POR SEXOS

SEXO	n	%	HAD- X+/de
H	16	53	8.0 + 4.8
M	10	100	10.4 + 4.3

Como se puede observar en la tabla 7 el punto de corte con mejor equilibrio entre la sensibilidad y especificidad es el de 7 puntos en donde la sensibilidad es del 76% y especificidad de 45%

Evidentemente al elevar el punto de corte la sensibilidad disminuye pero la especificidad aumenta. Sin embargo con puntos de corte menos estrictos aumenta la sensibilidad produciéndose un importante decremento en la especificidad.

Para el diagnóstico de síndromes ansiosos, la sub escala del HAD tiene su mejor equilibrio entre sensibilidad y especificidad con un punto de corte de 8 con 62 y 58% respectivamente.

(tabla 8).

TABLA 7

HAD - A

Punto de Corte	Sensibilidad %	Especificidad %
10	18.7	75
9	50	66
8	62	58
7	68	45
6	75	33
5	87	12
4	93	8
3	93	4

Curva ROC HAD-A Síndrome ansioso

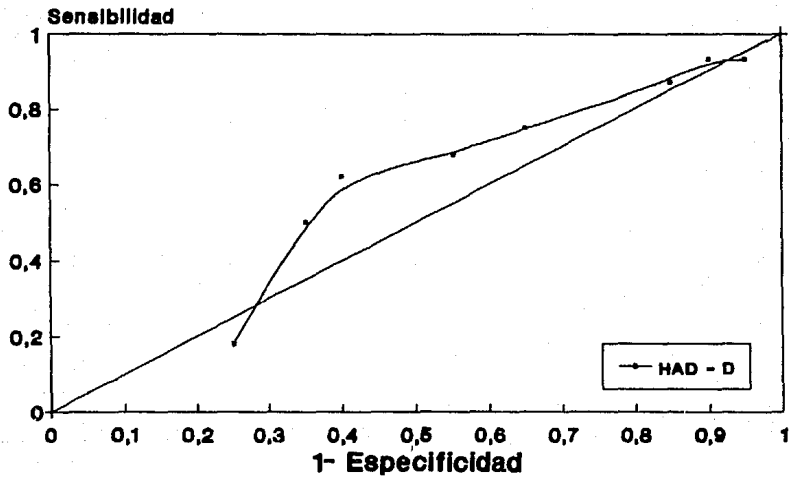
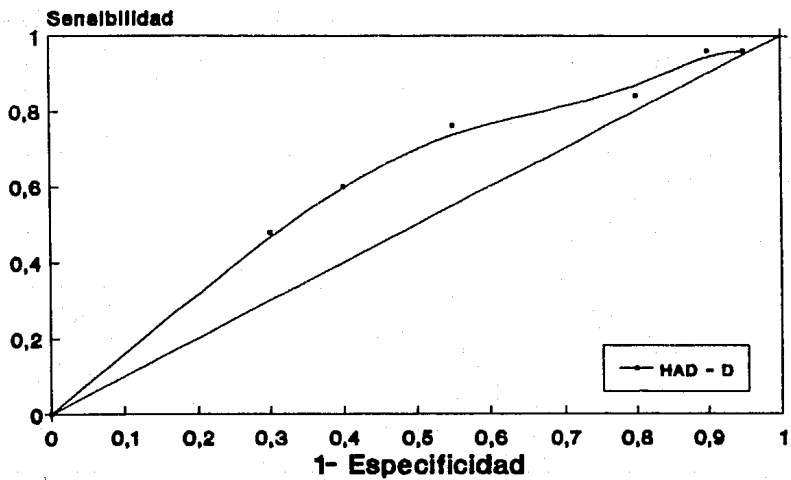


TABLA 8 HAD - D

Punto de Corte	Sensibilidad %	Especificidad %
10	48	70
9	60	60
8	60	57
7	76	45
6	84	32
5	84	20
4	96	90
3	96	95

Curva ROC HAD-D Síndrome depresivo



Discusión

En 1988 Rockwell reportó en su estudio con 51 pacientes de una Unidad de Quemados que el 69% de los pacientes tenían un diagnóstico psiquiátrico previo a la quemadura y que la Depresión sola estuvo presente en más de la mitad de la muestra. (25)

En nuestro estudio pudimos encontrar que el 63% de nuestra población estaba deprimida, pudiéndose pensar que muchos de ellos tenían un síndrome depresivo previo.

Con respecto a la ansiedad no existen estudios previos en quemados pero nuestros hallazgos reportan que el 40% de nuestra población cursaba con un síndrome ansioso y el otro 18% sufría de stress post-traumático.

En relación a la escala HAD Zigmond y Snait en 1983 proponen puntuaciones de 7 para aquellos pacientes que no tienen síndromes ansiosos ni depresivos, el 8 y 10 para aquellos pacientes que pueden o no tener estos cuadros y mayor de 11 puntos para el diagnóstico de ansiedad y/o depresión. (36)

En nuestro estudio al realizar diferentes puntos de corte encontramos que para la subescala de depresión el 7 tiene el mejor equilibrio entre la sensibilidad y la especificidad siendo del 76% y 45% respectivamente. Por otra parte en la subescala de ansiedad el mejor equilibrio se logró con un punto de corte de 8 con una sensibilidad del 62% y una especificidad del 58%.

Nuestros hallazgos estadísticos son concordantes con los propuestos en los estudios de Barzack quien encontró un punto de corte de 8 para los cuadros ansiosos y depresivos con una sensibilidad y especificidad de 70 y 82% para la subescala de ansiedad y 60 y 94% para la subescala de depresión. (2)

En contraste con Razavi que en su estudio reporta un punto de corte de 19 para la depresión con una sensibilidad y especificidad de 70 y 75% respectivamente. 13 puntos para la ansiedad con una sensibilidad y especificidad de 75%. (23)

Finalmente se observó que la mayor parte de los pacientes que ingresan a la Unidad de Quemados son hombres.

En relación a los diagnósticos las mujeres se deprimen con mayor frecuencia aunque en términos de severidad no existen diferencias entre la depresión en hombres y mujeres.

Antes de considerar el uso de la escala HAD como herramienta diagnóstica cabe destacar que no puede reemplazar una aproximación clínica para llegar al diagnóstico final de cualquier paciente.

Consideramos conveniente que la Escala HAD sea aplicada en diversas poblaciones medicamente enfermas con el fin de lograr un consenso que permita el aprovechamiento de este tipo de instrumentos para lograr una mejor detección de los síndromes ansiosos y depresivos que con frecuencia se presentan en la población de Hospitales generales y que sin embargo no se diagnostican oportunamente.

Bibliografia.

1. American Psychiatry Association : Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders. (Third Edition-Revised=. (DSMIII-R), Washington,DC., 1987.
2. Barzack P, Kane N: Patterns of Psychiatry Morbidity in Genitourinary Clinic. A validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) Br J Psychiatry 152: 698-700; 1988.
3. Billowitz A, Friedson W: Liaison psychiatry on a burn unit. Gen Hosp Psychiatr 2(4): 300-305; 1980.
4. Cassem N, Hackett T: Handbook of General Hospital Psychiatry, PSG Publishing Company INC. p. 438-458; 1987.
5. Cella DF, Ferry SW: Stress and coping in relatives of burn patients : A longitudinal studio. Hosp Community Psychiatry 39(2): 159-166; 1988.

6. Courtemache DJ, Robinow O: Recognition and Treatment of the Post-Traumatic stress disorders in the burn victim. J Burn Care Rehabil, 10(3): 247-250 1989.
7. Derogatis W, Wise J: Anxiety and Depressive Disorders in the Medical Patients. American Psychiatry Press INC. Washington DC, 1989, 1-71.
8. El-Rufaie DEFA, Absood G: Validity study of Hospital Anxiety and Depression Scale among a group of Saudi patients. Br J Psychiatry 151: 687-688, 1987.
9. El-Rufaie DEFA, Albar AA: Identifying anxiety and depressive disorders among primary care patients. A pilot study. Acta Psychiatry Scand 77(3): 280-282, 1988.
10. Feightner JW, Worrall G : Early detection of Depression by primary care physicians. Can Med Assoc J 142(11): 1215-1220, 1990.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

11. Guelfi JD : Diagnostic criteria, rating scale and questionnaire used in the clinical assessment of depression. *Psychiatry-Psichobiol*, 3: 63-70, 1988.
12. Hafeiz HBA, Al-Ghassab S : Psychiatry aspect of Diabetes Mellitus. *Ann Saudi Med* 10(6): 629-632, 1990.
13. Johnstone P : Follow-up of burned patients in the United Kingdom. *Burns Incl Therm Inj*, 11(3): 216-219, 1985.
14. Khoosal : A one-year psychological follow-up of the most severely burned victim of the Bradford Fire. *Burns Incl Therm Inj* 13(5): 411-415, 1987.
15. Lemperiere T: Depression in Medical Populations. *Psychiatry-Psychobiol*, 3: 71-83, 1988.
16. Lewis G, Wessely S : Comparison of the General Health Questionnaire and The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Br J Psychiatry (Suppl)* 157: 860-864, 1990.

17. Malt UF, Uglund OM: A long-term psychosociale follow-up study of burned adults. Acta Psychiatr Scand (Suppl) 355: 94-102, 1989.
18. Mayou R, Hawton K : Psychiatry Disorders in General Hospital. Brit J Psychiatry 149: 172-190, 1986.
19. Mendelsohn IE : Liaison psychiatry disorders in burn center. Psychosomatics 24(3): 235-243, 1983.
20. Moorey S, Greer S: The factor structure and factor stability of The Hospital Anxiety and Depression Scale in patients with cancer. Br J Psychiatry 158: 255-259, 1991.
22. Nayani S: The evaluation of psychiatry illness in Asian patients by The Hospital Anxiety Depression Scale. Br J Psychiatry 155: 545-547, 1989.
23. Razavi D, Delvaux N: Anxiety, depression and psychiatric disorders in cancer patients. Assesment and risk factors. Acta Psychiatr Belg 86(4): 493-494, 1986.

24. Robertson DAF, Ray J: Personality profile and affective state of patients with inflammatory bowel disease. Gut 30(5): 623-626, 1989.
25. Rockwell E, Dimsdale JE: Preexisting psychiatric disorders in burn patients. J Burn Care Rehabil, 9(1): 83-86, 1988.
26. Sheffield CG, Irons GB : Physical and Psychological outcome after burns. J Burn Care Rehabil, 9(2): 172-177, 1988.
27. Snaith RP, Taylor CM: Rating scales for depression and anxiety: A current perspective. Br J Clin Pharmacol 19(1): 17-20, 1985.
28. Stoddard FJ, Norman DK: Psychiatric outcome of burned children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc 28(4): 589-595, 1989.
29. Tempereau CE, Grossman AR : Psychological regression and marital status : Determinants in psychiatric management of burn victims. J Burn Care Rehabil 24(8): 286-291, 1987.

30. Tucker P: Psychosocial problem among burn victims. Burn Incl Therm Inj 13(1): 7-14, 1987.
31. Tucker P: The burn victim- A review of psychosocial issues. N Z J Psychiatry, 20(4): 413-20, 1986.
32. Walker LG: The measure of anxiety. Postgrad Med J 66(2): 511-517, 1990.
33. Ward HW, Moss RL: Prevalence of post-burn depression following burn injury. J Burn Care Rehabil 8(4): 294-298, 1987.
34. Welch Ch: Burns victims in General Hospital. En Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry, Cassem N, Hackett T (eds), PSG Publishing Company INC, 1987. pp 438-58.
35. Wise T, Derogatis W: Anxiety and Mood disorders in Medically Ill patients. Am J Psychiatry 51(2): 134-139, 1990.

36. Zigmond AS, Snaith RF: The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand 67(6): 364-370, 1983.