

## **ESTADOS EMOCIONALES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LOS TRAUMATISMOS CRÁNEOENCEFÁLICO EN HUAMBO**

Msc. António Mendes Sambalundo\*, Dra. C. Lucía del C. Alba Pérez\*\*, Lic. Héctor Luis Gil Alba\*\*\*

Universidad José Eduardo Santos. República de Angola. Universidad de las Ciencias Médicas. Provincia de Villa Clara. Cuba. Universidad de las Ciencias de la Cultura Física y el Deporte. Provincia de Villa Clara. Cuba.

### **RESUMEN**

El bajo desempeño de los pacientes con traumatismo craneoencefálico (TCE) en las pruebas neuropsicológicas, se asocia más a su estado emocional, que al tipo de TCE (Rodríguez, 2006). Para estudiarlos, se propuso identificar y caracterizar la ansiedad y depresión en afectados con TCE, se definieron métodos, e incluyeron en la muestra 154 pacientes voluntarios, entre 14-24 años de edad, ingresados incidentalmente, entre julio y diciembre del 2012 en el Hospital Central de Huambo, Angola. El procesamiento estadístico se realizó con el paquete informático SPSS versión 20. Se empleó el inventario de ansiedad y depresión de rasgo y estado (IDARE) versión en español. Se encontró alto nivel de ansiedad y depresión como estados emocionales, asociados de manera relevante a los TCE.

Palabras Clave: Nivel socioeconómico, apego, teoría de la mente, función ejecutiva.

### **EMOTIONAL STATES OF ANXIETY AND DEPRESSION IN BRAIN INJURIES IN SKULL-HUAMBO**

#### **ABSTRACT**

The poor performance of patients with craniocerebral injury (TBI) in neuropsychological tests, is more associated with their emotional state than TCE (Rodriguez, 2006). In this study, it was set out to identify and characterize anxiety and depression affected with TBI methods were defined and included in the sample 154 volunteer patients, 14-24 years old, incidentally admitted between July and December 2012 at the Central Hospital of Huambo, Angola. The statistical processing was performed with SPSS version 20, inventory of anxiety and depression of state and trait (STAI) Spanish version was used, high level of anxiety and depression was found and emotional states, relevantly associated to TCE.

Keywords: Socioeconomic status, attachment, theory of mind, executive function.

### **ESTADOS DE EMOCIONALES ANSIEDAD Y DEPRESION EN LOS TRAUMATISMOS CRANEO-ENCEFÁLICO PT HUAMBO**

#### **RESUMO**

O fraco desempenho de pacientes com lesões crânio-encefálico (TCE) em testes neuropsicológicos, está mais associada com o seu estado emocional, que de TCE (Rodriguez, 2006). To tipo de estudo se propôs a identificar e caracterizar a ansiedade ea depressão afetados com TCE métodos foram definidos e incluídos nos pacientes da amostra 154 voluntários, 14-24 anos de idade, aliás internados entre julho e dezembro de 2012, no Hospital Central do Huambo Angola. O tratamento estatístico foi realizado com SPSS versão 20 do inventário de ansiedade e depressão de estado e traço (IDATE) versão em espanhol foi usado, alto nível de ansiedade e depressão foi encontrado, e os estados emocionais, relevantemente associada ao TCE.

Palavras-chave: O nível socioeconômico, o apego, a teoria da mente, a função executive.

Correspondencia: \* antoniomendessambalundo@gmail.com,

Correspondencia: \*\* luciaap@ucm.vcl.sld.cu,

Correspondencia: \*\*\* luciaap@ucm.vcl.sld.cu

En la actualidad, los problemas de TCE se reportan con una elevada incidencia en los países desarrollados y en vías de desarrollo, asociándose de manera significativa al incremento del tránsito vial, desarrollo tecnológico e industrial, entre otras posibles causas (Tagliaferri, Compagnone et al., 2006; García-Molina, 2010).

Los TCE provocan secuelas tales como las neurológicas, psicológicas, neuropsicológicas, psicopatológicas y otras entre las cuales se destacan la depresión y ansiedad.

Según Snyder & Nussbaum (2003), la evaluación del estado emocional del paciente caracterizado por ansiedad y/o depresión, ha sido por mucho tiempo una de las variables consideradas como indispensable en cualquier examen neurológico y neuropsicológico.

Fundamentándose en los resultados de las pruebas neuropsicológicas, se ha llegado a afirmar que el bajo desempeño de los pacientes en las mismas se debe mayormente al estado emocional de estos y no propiamente al accidente o al tipo de traumatismo craneoencefálico al que fue expuesto (Rodríguez, 2006).

Un estudio interdisciplinario llevado a cabo sobre estos temas encontró que el estado emocional de depresión y ansiedad se puede explicar a partir de los hallazgos que sobre los TCE se están haciendo (Junqué & Barroso, 1994), los cuales constituyen uno de los principales factores de mortalidad y morbilidad (Snyder & Nussbaum, 2003).

Muchos autores consideran a los estados emocionales como responsables del desempeño cognoscitivo (Parker & Rosenblum, 1996; Snyder & Nussbaum, 2003). Otros autores como (Anderson et al., 2003) afirman de modo más específico, que la ansiedad y la depresión pueden influir en la ejecución de funciones como la atención y memoria, de ahí la importancia de estudiar con más profundidad el tipo de relación que existe entre los estados emocionales y los procesos cognoscitivos.

Según Pérez y Agudelo (2007), las complicaciones más frecuentes post TCE son los trastornos de ansiedad y de ánimo, de estos últimos sobresalen los de tipo depresivo que comienzan a manifestarse cuando el paciente

puede interpretar sus limitaciones, y valorar los cambios que ha sufrido postrauma; si el paciente se percata de las dificultades para reintegrarse a su ambiente familiar y laboral, se torna muy vulnerable a las modificaciones anímicas.

Si a ello se agrega que las preocupaciones médicas priorizan la vida, que lógicamente ante todo hay que tratar de salvarla, que le siguen en orden de importancia para la mirada especializada, las secuelas, que se traducen en problemas de salud, en defectos motores, del lenguaje, deterioros de repercusión cognitiva y social y que se piensa menos en las consecuencias que tienen los eventos afectivos en los pacientes con TCE, es racional plantearse la necesidad de estudiar estos y de interpretarlos para delimitar la influencia de los diversos factores causales en las limitaciones cognitivas y de adaptación social, entre las cuales pueden estar presentes los estados emocionales, los que a su vez pueden representar efectos de las referidas condiciones.

Todo ello conduce al planteamiento del problema científico que se formula a continuación:

¿Qué manifestaciones de ansiedad y depresión aparecen en personas con traumatismo craneoencefálico (TCE)?

Fundamentados en las valoraciones anteriores, se entendió necesario emprender un estudio con el siguiente objetivo:

#### *Objetivo*

Caracterizar las manifestaciones de ansiedad y depresión identificadas en personas con traumatismo craneoencefálico (TCE), en el Hospital Central de Huambo, Angola.

## **MÉTODOS**

Se realizó un estudio observacional descriptivo con una muestra de 154 pacientes que aceptaron su participación en el mismo a partir de los 156 de ambos sexos, ingresados por TCE, en las edades entre 14 y 24 años, en el Hospital Central de Huambo, Angola, en el período de tiempo de julio a diciembre del año 2012.

A los 154 les fue aplicado el Inventario de

Ansiedad Rasgo y Estado (IDARE) y de Depresión en iguales variantes, de la versión al español del State-Trait Anxiety Inventory (STAI) Spielberg (1975). En esta investigación, se empleó la variante de Spielberg, R. Díaz Guerrero, A. Martínez Urrutia, F. González Reigosa y L. Natalicio, modificada por J. Grau y B. Castellanos, formulada a partir de criterios teóricos esencialmente similares a los de sus autores originales.

La prueba de ansiedad consistió en un total de cuarenta expresiones que los sujetos usaron para describirse; dentro de la prueba veinte preguntas miden la ansiedad como estado (cómo se siente ahora mismo, en estos momentos) y veinte, la ansiedad de rasgo (cómo se sentía habitualmente), donde los sujetos deben marcar en cuatro categorías la intensidad con que experimentan el contenido de cada ítem.

En cuanto a la depresión, el (IDARE) constituyó una prueba para la investigación de dos dimensiones de depresión, como rasgo y estado,

con un total de cuarenta y dos expresiones que los sujetos emplean para describirse actualmente, 22 preguntas evalúan la depresión como rasgo y 20 como estado.

La base de datos y análisis estadísticos se realizó con el sistema informático SPSS versión 20 para paquetes de programas estadísticos. Para las determinaciones de las posibles diferencias significativas de al menos  $p \leq 0.05$  entre diferentes variables se aplicó el test de proporciones para un mismo grupo o para grupos diferentes dentro de una misma variable y para el establecimiento de las posibles asociaciones el test de Chi Cuadrado ( $X^2$ ). Se aceptó para el estudio la existencia de diferencias significativas o asociaciones cuando existía al menos un 95% de probabilidad.

## RESULTADOS

Se presentan los resultados del estudio realizado.

Tabla 1.

*Niveles de ansiedad de estado y rasgo en pacientes con TCE.*

Nivel de Ansiedad	Ansiedad de Estado		Ansiedad de Rasgo		p=
	N	%	n	%	
<b>Bajo</b>	11	7.14	28	18.18	0.002
<b>Medio</b>	45	29.22	75*	48.70	0.002
<b>Alto</b>	98*	63.64	51	33.12	0.001
<b>Total</b>	154	100	154	100	

Fuente: Base de datos del estudio.  $X^2 = 29.73$   $p \leq 0.001$

\*.- Representa diferencias significativas ( $p \leq 0.05$ ) entre niveles de ansiedad por tipo de ansiedad.

%.- Se determinan sobre la base del total de pacientes con TCE.

En la tabla 1, se puede apreciar la distribución porcentual de los pacientes con TCE según niveles de ansiedad de estado y rasgo.

Los porcentajes de pacientes con TCE con niveles bajo y medio de ansiedad de rasgo fueron significativamente superior ( $p < 0.002$ ) al de estado, manifestándose contrariamente en el nivel alto de ansiedad de estado el que fue significativamente ( $p < 0.001$ ) superior en un

mayor porcentaje de pacientes, lo que indica, como se esperaba, el efecto del evento ocurrido, que revela las consecuencias del TCE en el incremento de los porcentajes de pacientes con nivel de ansiedad de estado alto.

El tipo de ansiedad de estado o de rasgo se asocia muy significativamente ( $p < 0.001$ ) al nivel del mismo. La aplicación del test de proporciones por tipo de ansiedad mostró que los porcentajes de pacientes con nivel medio de ansiedad de rasgo fueran significativamente mayores ( $p < 0.05$ ) que el de los niveles bajos y altos. El porcentaje de pacientes con nivel alto de ansiedad de estado fue

significativamente superior ( $p < 0.001$ ) al de los porcentajes de aquellos con niveles de ansiedad medio y bajo.

Ante los resultados, se puede recordar que

es preciso que el organismo se prepare adecuadamente para solucionar posibles traumatismos físicos, heridas e infecciones ulteriores (Arce, 2007).

Tabla 2.

*Niveles de depresión de estado y rasgo en pacientes con TCE.*

Nivel	Depresión de Estado		Depresión de Rasgo		p=
	n	%	n	%	
<b>Bajo</b>	14	9.09	33	21.43	0.002
<b>Medio</b>	36	23.38	72*	46.75	0.001
<b>Alto</b>	104*	67.53	49	33.12	0.001
<b>Total</b>	154	100	154	100	

Fuente: Base de datos del estudio.  $X^2 = 39.45$   $p \leq 0.001$

\*.- Representa diferencias significativas ( $p \leq 0.05$ ) entre niveles de depresión por tipo de depresión.

%.- Se determinan sobre la base del total de pacientes con TCE.

En la tabla 2, se muestra la distribución porcentual de los pacientes con TCE según niveles de depresión de estado y rasgo, porcentajes de pacientes con TCE de nivel bajo y medio de depresión de rasgo fueron significativamente superiores al menos  $p < 0.002$  con respecto a los de depresión de estado, manifestándose contrariamente el nivel alto de depresión de estado el que aparece significativamente ( $p < 0.001$ ) en un mayor porcentaje de pacientes, lo que indica que a consecuencia del TCE, se incrementó el porcentaje de pacientes con nivel de depresión de estado alto. El tipo de depresión ya sea de estado o de rasgo se asocia muy significativamente ( $p < 0.001$ ) a su nivel en los pacientes con TCE. El análisis por tipo de depresión tomando como base el test de proporciones aportó que el porcentaje de pacientes con nivel medio de depresión de rasgo fue significativamente mayor ( $p < 0.05$ ) que el porcentaje de los que presentaban niveles bajos o altos.

El porcentaje de pacientes con nivel alto de ansiedad de estado fue significativamente superior ( $p < 0.001$ ) al porcentaje de aquellos con

niveles de ansiedad medio y bajo.

## DISCUSIÓN

Los conceptos teóricos argumentan que los pacientes con TCE, también son afectados en la esfera afectiva, marcándose la ansiedad y depresión como aspectos que en estos casos pueden estar comprometidos como se expresa en las evaluaciones neuropsicológicas de estos pacientes, lo que puede asociarse a la observación de que el organismo debe prepararse adecuadamente para solucionar posibles traumatismos físicos, heridas e infecciones ulteriores. Evidentemente, estos recursos, se plantea con fuerza, que forman parte también del proceso adaptativo y de su culminación satisfactoria (Arce, 2007).

En el estudio que ocupa la atención de los investigadores, los niveles bajo y medio de ansiedad de rasgo fueron significativamente superiores al de estado, manifestándose contrariamente en el nivel alto de ansiedad de estado el que fue significativamente superior en un mayor porcentaje de pacientes; lo que demuestra que a consecuencia de la situación difícil creada por el TCE, se incrementaron los porcentajes de pacientes con nivel de ansiedad de estado alto.

Los pacientes con TCE de nivel bajo y medio de depresión de rasgo fueron

significativamente superiores con respecto a los de depresión de estado, manifestándose contrariamente el nivel alto de depresión de estado, el que apareció significativamente en un mayor porcentaje de pacientes; indicando esto, que con la presencia de TCE, se incrementara el porcentaje de pacientes con nivel de depresión de estado alto.

Es por ello importante hacer algunas reflexiones sobre estos temas:

Los trastornos de base emocional y los cambios en la personalidad son los componentes más evidentes de daño por las secuelas de un TCE y si la afectación compromete las áreas frontales, como se ha observado el predominio en este trabajo, se observan modificaciones muy interesantes. Cuando la lesión está superpuesta sobre una base de inhibición general y de torpeza, los pacientes muestran un estrechamiento del interés e indiferencia emocional generalizada; mientras que cuando se presenta sobre una base de desinhibición general, se aprecia euforia, impulsividad y acciones inadecuadas. Estos cambios emocionales pueden aparecer en varios grados de severidad y en diferentes formas, en dependencia de la situación y magnitud de la lesión en algunos estados. En cambio de forma inversa, las lesiones en el lóbulo frontal de un tamaño limitado y no complicadas por componentes adicionales pueden estar asociadas con síntomas patológicamente poco definidos caracterizados por marcada impulsividad, inestabilidad en la atención y una ligera disminución de la facultad de crítica (Luria, 1982).

Las manifestaciones de la adinamia del pensamiento verbal y la afasia dinámica son con frecuencia señales de una lesión en la región frontal izquierda; mientras que en la región frontal derecha, los síntomas fundamentales son cambios en el carácter, trastornos de la base emocional con reacciones inadecuadas y la pérdida de una correcta actitud hacia su propio estado y hacia su ambiente (Luria, 1982).

Es importante definir cuándo las afectaciones se corresponden con una lesión significativa y cuándo se trata de alteraciones afectivas, de carácter ansioso o depresivo, que se

asocian a la valoración del paciente de su estado de salud y de las limitaciones adquiridas.

## REFERENCIAS

- Andersson, E.H., Björklund, R., Emanuelson, I. & Stålhammar, D. (2003). Epidemiology of traumatic brain injury: a population based study in Western Sweden. *Acta Neurologica Scandinavica*, 107, 256-259.
- Arce, S., (Ed.). (2007). *Inmunología clínica y estrés*. La Habana: Ciencias Médicas.
- Ardila, A. y Ostrosky F. (2012). *Guía para el diagnóstico neuropsicológico*. Recuperado de [http://psy2.fau.edu/~rosselli/NeuroLab/pdfs/ardila\\_book.pdf](http://psy2.fau.edu/~rosselli/NeuroLab/pdfs/ardila_book.pdf)
- Becerra, N., Restrepo, J. y Herrera, J. (2006). Relación entre depresión y atención en pacientes con traumatismo craneoencefálico leve. *Univ. Psychol. Bogotá (Colombia)*, 5(3), 647-657. Recuperado de <file:///C:/Users/Usuario/Desktop/467-957-1-PB.pdf>
- García-Molina, A., Gómez, A., Rodríguez, P., Sánchez-Carrión, R., Zumarraga, L., Enseñat, A.,... Roig-Rovira, T. (2010). Programa clínico de telerrehabilitación cognitiva en el traumatismo craneoencefálico, *Trauma Fund MAPFRE*, 21(1), 58-63.
- Junqué, C. (1999). Secuelas neuropsicológicas del traumatismo craneoencefálico. *Revista de Neurología*, 28(4), 23-30.
- Luria, A. R. (1982). *El cerebro en acción*. La Habana: Editorial Revolucionaria.
- Malloy-Diniz, L. F. et al. (2010). *Avaliação neuropsicológica*. Porto Alegre: Artmed.
- Pelegrín, C., Gómez, R., Muñoz, J., Fernández, S. & Tirapu, J. (2001). Consideraciones nosológicas del cambio de personalidad postraumático. *Revista de Neurología*, 32(7), 681-687. Recuperado de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/3207/k070681.pdf>
- Pérez, A.F & Agudelo, V.H. (2007) - Trastornos neuropsiquiátricos por traumas craneoencefálicos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(1).
- Pérez Lache, N. (2012). *Neuropsicología clínica*. La Habana: Ciencias Médicas.
- Rodríguez, A. (2006). *Particularidades neuropsicológicas de pacientes con contusiones y otras lesiones cerebrales por traumatismos craneoencefálicos*. (s.l.).

Snyder, P.J., Nussbaum, P.D. & Robins, D.L. (2006). *Clinical neuropsychology: A pocket handbook for assessment*. Washington: American Psychological Association.

Tagliaferri, F., Compagnone, C., Korsic, M., Servadei, F. & Kraus, J. (2006). A systematic review of brain injury epidemiology in Europe. *Acta Neurochirurgica (Wien)*, 148(3), 255-268.

**Recibido:** 31 de enero del 2014

**Aceptado:** 09 de abril del 2014

