

Incidencia de depresión en pacientes hospitalizados, período 15 de noviembre de 2006 al 15 de marzo de 2007, hospital Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”.

Depression incidence in hospitalized patients, period november 15th 2006 to march 15th 2007, Guayaquil hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”.

José Antonio Ribas Roca *

RESUMEN

Tipo de estudio: prospectivo, longitudinal, analítico, descriptivo. **Objetivo:** determinar la incidencia de depresión en pacientes hospitalizados por padecimientos médicos. **Metodología:** se aplicó a 120 pacientes del área de Medicina Interna del hospital el cuestionario “Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión” y la “Escala Hamilton para la Depresión”. Los resultados fueron procesados y organizados de acuerdo a cada variable. Se describió la frecuencia en que se presentó cada variable y se comparó mediante gráficos la distribución de la población deprimida con la normal. **Resultados:** el 19.2% de los pacientes padece de depresión mayor y esta cifra asciende en los pacientes con dolor crónico, diabetes mellitus tipo 2 y VIH hasta 28%, 30%, y 40% respectivamente. Se detectaron como factores de riesgo para depresión: sexo femenino, estar desempleado, padecer de enfermedad hematológica u oncológica, ansiedad, entre otros. **Conclusiones:** se demostró una alta incidencia de depresión en pacientes hospitalizados por padecimientos médicos, especialmente en portadores del VIH, diabéticos y pacientes con dolor crónico.

Palabras clave: Incidencia. Depresión.

SUMMARY

Type of study: prospective, longitudinal, analytical and descriptive. **Objective:** to determine the incidence of depression in hospitalized patients due to medical distress. **Methodology:** the questionnaires “hospital anxiety and depression scale” and “The Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD)” were completed by 120 patients of the Internal Medicine area of the hospital. The results were processed and organized according to each variable. The frequency of each variable was described and the distribution of depressed population was compared to the normal through graphs. **Results:** 19.2% of the patients suffer from major depression and this amount increases in patients with chronic pain, mellitus diabetes type 2 and HIV to 28%, 30% and 40% respectively. Depression risk factors were detected: females, unemployment, suffering from haematological or oncological illnesses, anxiety, among others. **Conclusion:** a high incidence of depression in hospitalized patients due to medical suffering was revealed, especially on HIV carriers, diabetics and patients with chronic pain.

Keywords: Incidence. Depression.

Introducción

Los trastornos depresivos tienen una incidencia importante en la población general. En pacientes ingresados con enfermedad médica ésta asciende hasta un 20-25% y merece atención especial ya que al existir un trastorno del ánimo, el

tratamiento de la enfermedad médica se vuelve más complejo, los costos y números de ingresos aumentan, la adherencia al tratamiento disminuye y el pronóstico se vuelve menos favorable^{1,5,6,7}.

La depresión es un problema subdiagnosticado y con muy bajas tasas de tratamiento en pacientes que acuden al médico de atención primaria¹⁷. Un alto número de pacientes hospitalizados requiere evaluación psiquiátrica para depresión, pero ésta es solicitada tan solo en un mínimo porcentaje⁵; esto se debe en gran parte a que no todos los profesionales de la salud están igualmente sensibilizados con la importancia de los factores emocionales en su quehacer profesional⁷.

Mediante este estudio se pretende revelar el grado de incidencia de los trastornos depresivos en los pacientes hospitalizados y buscar los posibles factores de riesgo que se le asocian, de manera que el médico tratante pueda tener presente este aspecto durante el pase de visita por las salas y pueda proporcionar así una atención integral a sus pacientes.

Objetivo general

1. Determinar la incidencia de depresión en pacientes hospitalizados por padecimientos médicos.

Objetivos específicos

1. Detallar las características biológicas y sociales de la población de los ambientes 3 y 4 de Medicina Interna del hospital Guayaquil "Dr. Abel Gilbert Pontón", y buscar posibles factores de riesgo asociados a la depresión.
2. Clasificar los casos según la severidad del estado depresivo.
3. Comparar los datos obtenidos en nuestro medio con los que reportan los estudios realizados en otros países.

Materiales y métodos

Formaron parte del estudio un total de 120 pacientes de los ambientes 3 y 4 del área de medicina interna del hospital Guayaquil ingresados en el período entre el 15 de noviembre de 2006 y el 15 de marzo de 2007.

Criterios de inclusión: pacientes ingresados en los ambientes 3 y 4 del área de medicina interna del hospital Guayaquil; que cursen con más de 48 horas de hospitalización; y que accedan a dar consentimiento informado.

Criterios de exclusión: pacientes con deterioro del estado de conciencia o cognoscitivos que impidan responder los cuestionarios, y a los que una vez informados, no desearon colaborar con el estudio.

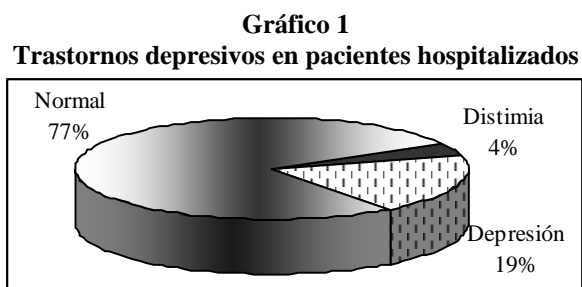
Variables: sexo, edad, estado civil, nivel de escolaridad, situación laboral, consumo y abuso de alcohol, diagnóstico, antecedentes patológicos, hospitalizaciones previas, autoevaluación del estado de salud, dolor o malestar crónico y trastorno de ansiedad concomitante.

Luego de obtener el consentimiento voluntario, se aplicó un cuestionario para obtener variables demográficas y factores de riesgo relacionados con la depresión^{8,11,21}. A todos los pacientes se les aplicó la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD)^{3,13,18,24}. A los que obtuvieron puntajes en el rango de probable y positivo para depresión en la escala HAD se les aplicó adicionalmente la escala Hamilton para la depresión^{2,3,19}.

Los datos fueron procesados de acuerdo a cada variable, se obtuvieron parámetros estadísticos y gráficos. Luego describimos la población y la frecuencia en que se presentaron las variables y a continuación comparamos la distribución de la población deprimida con la población normal en busca de variaciones significativas. Para determinar si las diferencias se deben o no al azar, hemos utilizado la prueba de chi cuadrado con valores de corte de $p < 0.05$.

Resultados

Se encontró que de los 120 pacientes, 23 padecían depresión mayor (19.17%) y 5 distimia (4.17%) de acuerdo a los criterios de la CIE-10 12. En los pacientes con dolor crónico, diabetes mellitus tipo 2 y VIH la incidencia asciende a 28%, 30%, y 40% respectivamente. Gráfico 1.



Fuente: autor.

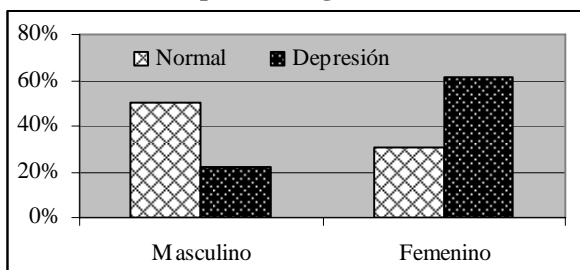
Entre los factores de riesgo que pudimos determinar como significativos ($p < 0.05$) para depresión están: sexo femenino, estar desempleado o dedicarse a labores domésticas, padecer de enfermedad hematológica u oncológica, tener un trastorno de ansiedad concomitante y considerar el propio estado de salud como malo o muy malo. Tabla 1. Gráficos 2-6. Las demás variables no probaron en este estudio tener relación con la aparición de un episodio depresivo.

Tabla 1
Factores de riesgo para depresión en pacientes hospitalizados

Factor de riesgo	p
Sexo femenino	0.0295
Desempleado/ama de casa	0.02001
Afección hemato/oncológica	0.00002
Trastorno de ansiedad concomitante	0.00001
Autoevaluación de estado de salud: malo/muy malo	0.00342

Fuente: autor.

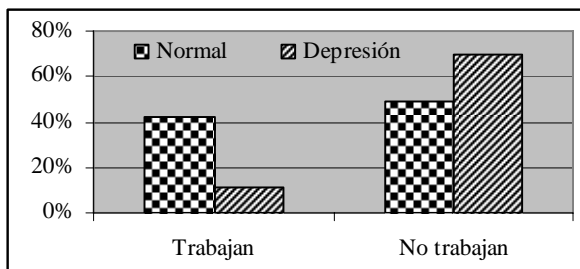
Gráfico 2
Comparación entre la población normal y deprimida según sexo



Fuente: autor.

En el grupo con depresión la población femenina asciende a un 69.57% que en el grupo normal corresponde al 44.33% lo cual nos indica que éste corresponde a un factor de riesgo para depresión ($p = 0.0295$). Gráfico 3.

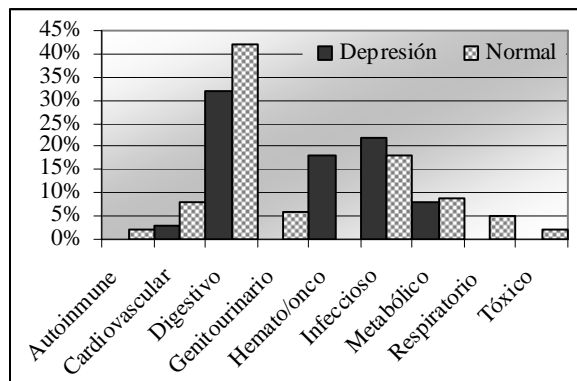
Gráfico 3
Comparación entre la población normal y deprimida según situación laboral



Fuente: autor.

Se agruparon las personas desempleadas y amas de casa en un grupo y se lo comparó con el de estudiantes y trabajadores. Al compararlos notamos que la incidencia de depresión aumenta en el primer grupo hasta el 78.26% frente al 21.74% del grupo que trabaja/estudia. Gráfico 4.

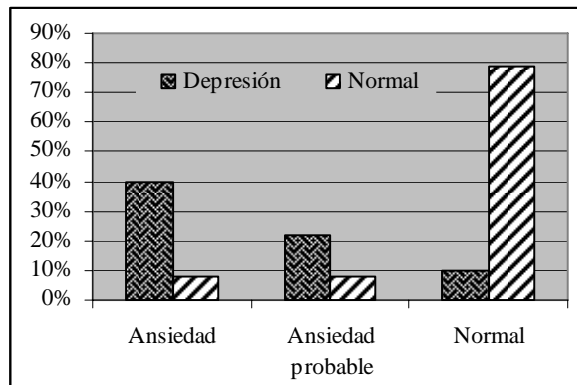
Gráfico 4
Comparación entre la población normal y deprimida por diagnósticos



Fuente: autor.

El gráfico muestra una dispersión relativamente similar en ambos grupos con excepción de las afecciones hematológicas y oncológicas en las que hallamos 5 pacientes y todos padecieron depresión. Observamos también que de 15 pacientes infectados con VIH, 6 padecían depresión (40%); y de 20 pacientes diabéticos, 6 cursaban con depresión (30%). Estos datos se corresponden con los hallados en diferentes estudios realizados en otras poblaciones^{7,25}. Gráfico 5

Gráfico 5
Comorbilidad entre ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados

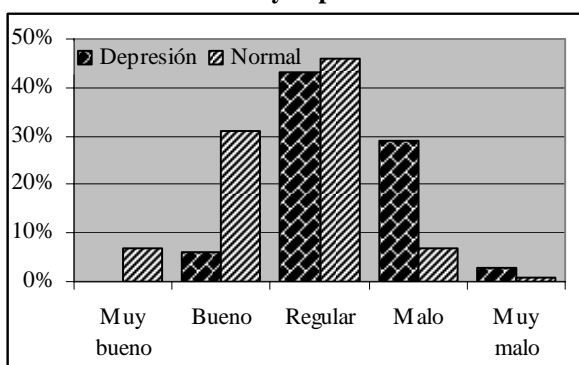


Fuente: autor.

Observamos una clara relación entre ansiedad y depresión.

En el grupo deprimido encontramos trastornos de ansiedad en un 47.83% y probable ansiedad en el 43.48% mientras que en el grupo normal apenas llegaba a un 9.28% con ansiedad y 10.31% probable. Los que se hallaban libres de ansiedad en el grupo normal ascendían a un 80.41% mientras que en el grupo deprimido apenas 8.7% no padece de ansiedad. Gráfico 6.

Gráfico 6
Autoevaluación del estado de salud de la población normal y deprimida



Fuente: autor.

Vemos que la curva en el caso del grupo con depresión se orienta hacia el lado derecho en el que hallamos 34.78% de pacientes que refirieron tener un estado de salud malo y un 4.35% muy malo; mientras que en el grupo normal la curva se orienta hacia la izquierda con valores del 9.28% para muy buena salud y el 32.99% buena. Podemos así concluir que hay una relación directa entre la incidencia de depresión y la autoevaluación de la salud, tanto como factor de riesgo para aquellos que la califican de mala o muy mala como de factor protector para los que consideran su estado de salud como bueno o muy bueno ($p=0.00342$).

Discusión

Los trastornos depresivos son frecuentes en la población general y su incidencia ha aumentado en los últimos años. Se estima que para el año 2020 la depresión será la primera o segunda causa de morbilidad en el mundo^{15,16}. En la atención primaria diversos estudios han demostrado un promedio del 10%; esto es, de cada diez pacientes que asisten al médico general o familiar de nivel primario, uno de ellos padecerá algún tipo de depresión que, de acuerdo a algunos cálculos, en menos del 10% de las veces se diagnostica^{17,20}.

De esto es fácil concluir el subdiagnóstico y las bajas tasas de tratamiento a que están sometidos los pacientes con este tipo de trastornos^{7,17}.

La incidencia de depresión es aún más alta en pacientes que sufren enfermedades orgánicas. Algunos calculan que de un 22 a un 33% de pacientes hospitalizados la padecen⁷. Tabla 2.

Tabla 2

Prevalencia de depresión en enfermedades médicas

Consulta externa	5-14.6%
Cáncer	33-42%
Infarto de miocardio	15-20%
VIH	11-35%
Sínd. de fatiga crónica	17-46%
Dolor crónico	21-32%
Diabetes mellitus	24%

Fuente: Gómez-Restrepo C: Fundamentos de Psiquiatría Clínica: niños, adolescentes y adultos, 1a Ed, Ed CEJA, Bogotá – Colombia, 932-950, 2002.

Los resultados obtenidos en este estudio se encuentran dentro de los estimados realizados en poblaciones a nivel mundial, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos que padecen de dolor crónico, diabetes e infección por VIH^{7,25}.

Las intervenciones del departamento de psiquiatría del hospital pueden ser efectivas en términos de costo-beneficio⁹, mediante la disminución en el tiempo de estancia hospitalaria, aumento de la adherencia al tratamiento y menor cantidad de reingresos en algunos pacientes que padecen trastornos depresivos no diagnosticados^{6,7}. En pacientes diabéticos el tratamiento de un trastorno depresivo concomitante no sólo aumenta los días libres de síntomas depresivos, sino que mejora el control de la glicemia y disminuye el uso de servicios médicos por parte de estos pacientes^{4,23}. Además de disminuir la calidad de vida del paciente, la depresión tiene un efecto considerable en la progresión de la enfermedad médica²². Una de las situaciones más estudiadas es el impacto de la depresión en pacientes con enfermedad isquémica coronaria, en quienes duplica el riesgo de sufrir un evento cardíaco en los siguientes 12 meses y cuadruplica el riesgo de mortalidad en los seis meses posteriores a un infarto agudo de miocardio^{10,26}.

Los factores de riesgo detectados en este estudio coinciden con los que reporta la literatura mundial^{7,8}.

Existen además otros factores como son: edad entre 20 y 60 años, presencia de antecedentes patológicos o enfermedades crónicas y estar hospitalizado por primera vez, pero el tamaño de este estudio no permite comprobar si son determinantes o no en nuestra población.


Notamos además que el hospital Guayaquil posee personal capacitado para el manejo de esta patología, tanto desde el enfoque farmacológico como psicoterapéutico. Lamentablemente esta patología pocas veces es diagnosticada por los profesionales de medicina interna y por ello rara vez se consulta al departamento de psiquiatría para su adecuado tratamiento.

Los resultados de este estudio muestran que es importante sensibilizar y educar a los médicos de atención primaria, pacientes, familiares y población general acerca de los trastornos depresivos para lograr detección temprana y tratamiento oportuno de esta enfermedad y evitar conductas que agraven esta patología, como reforzar los sentimientos de culpa y soledad que experimentan los pacientes.

Debido a la notable incidencia de depresión (1 de cada 6 pacientes hospitalizados) y sus efectos perjudiciales sobre el estado de salud del paciente, nos permitimos recomendar a los médicos tratantes tener presente esta enfermedad durante el pase de visita por las salas. Basta en la mayoría de los casos añadir al final de la visita una sola pregunta: ¿se siente usted deprimido?¹⁴ para sospechar esta patología con un alto índice de probabilidad y solicitar la interconsulta al departamento de psiquiatría para que tome las medidas necesarias.

Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR. 4a ed, Ed American Psychiatric Publishing Inc, Washington DC – USA, 345-428, 2000.
2. Bobes J: A comparative psychometric study of the Spanish versions with 6, 17, and 21 items of the Hamilton Depression Rating Scale. *Med Clin Barc, Barcelona - España*, 120(18): 693-700, 2003.
3. Bobes J: Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. Barcelona – España, 152-153. 165-166, 2004.
4. Ciechanowski PS: Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Arch Intern Med, Illinois – USA*, 27; 160(21):3278-85, 2000.
5. Crespo D: Prevalence of depressive disorders in consultation-liasson psychiatry. *Actas Esp Psiquiatr. Madrid – España*, 29(2): 75-83, 2001.
6. DiMatteo MR: Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med, Illinois – USA*, 160(14): 2101-2107, 2000.
7. Gómez-Restrepo C: Fundamentos de Psiquiatría Clínica: Niños, Adolescentes y Adultos. 1a Ed, Ed CEJA, Bogotá – Colombia, 932-950, 2002.
8. Gomez-Restrepo C: Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Rev Panam Salud Publica, Washington DC- USA*, 6:378-386, 2004.
9. Greenberg PE: The economic burden of depression in the United States: how did it change between 1990 and 2000? *J Clin Psychiatry, Tennessee – USA*, 64(12):1465-75, 2003.
10. Januzzi JL Jr: The influence of anxiety and depression on outcomes of patients with coronary artery disease. *Arch Intern Med, Illinois – USA*, 10; 160(13):1913-21, 2000.
11. Kaplan H: Sinopsis de Psiquiatría. 7 a Ed, Editorial Williams and Wilkins, Baltimore - USA, 523-560, 1999.
12. Livingston C: CIE-10 Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento; Editorial Médica Panamericana, Madrid – España, 3-29, 2004.

13. Monsalve V: Ansiedad y depresión en pacientes domiciliados frente a pacientes ambulatorios con dolor crónico. Rev. Soc. Esp. Dolor, Valencia – España, 7: 6-11, 2000.
 14. Mulrow CD: Case-finding instruments for depression in primary care settings. Ann Intern Med, Pennsylvania – USA, 122:913-21, 1995.
 15. Murray CJ: Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. Lancet, Oxford – Inglaterra, 17; 349(9063):1436-42, 1997.
 16. Murray CJ: Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. Lancet, Oxford – Inglaterra, 24; 349(9064):1498-504, 1997.
 17. Perez-Stable EJ: Depression in medical outpatients. Underrecognition and misdiagnosis Arch Intern Med. Illinois- USA, 150(5):1083-1088, 1990.
 18. Quintana JM: Evaluation of the psychometric characteristics of the Spanish version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr Scand, Copenhagen – Dinamarca, 107(3):216-222, 2003.
 19. Ramos-Brieva JA: A new validation of the Hamilton Rating Scale for Depression. J Psychiatr Res, Oxford – Inglaterra, 22(1):21-28, 1988.
 20. Regier DA: One-month prevalence of mental disorders in the United States and sociodemographic characteristics: the Epidemiologic Catchment Area study. Acta Psychiatr Scand, Copenhagen – Dinamarca, 88(1):35-47, 1993.
 21. Roca-Bennasar M: Trastornos del Humor. 1ª Ed, Editorial Médica Panamericana, Madrid - España, 284-352, 1999.
 22. Silverstone PH: Depression increases mortality and morbidity in acute life-threatening medical illness. J Psychosom Res, Oxford – Inglaterra, 34(6):651-7, 1990.
 23. Simon GE: Cost-effectiveness of systematic depression treatment among people with diabetes mellitus. Arch Gen Psychiatry, Illinois – USA, 64(1):65-72, 2007.
 24. Snaith RP: The Hospital Anxiety And Depression Scale. Health Qual Life Outcomes, Londres – Inglaterra, 1:29, 2003.
 25. Stoudemire, A: Psychiatric Care of the Medical Patient. 2a Ed, Ed Oxford University Press, New York - USA, 149-164, 2000.
 26. Vieweg WV: Treatment of depression in patients with coronary heart disease. Am J Med, Arizona - USA, 119(7):567-73, 2000.
- Dr. José Antonio Ribas Roca**
Teléfonos: 593-04-2831673; 097661558
Correo electrónico: jaribasr@yahoo.com
Fecha de presentación: 13 de junio de 2008
Fecha de publicación: 30 de septiembre de 2008
Traducido por: Instituto de Cultura, Arte, Idioma y Multimedia. Responsable: Fátima Lucero.
- 
- UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL