

Prevalencia de los trastornos depresivos en psiquiatría de enlace

CRESPO, D.*; GIL, A.*; PORRAS CHAVARINO, A.** y GRUPO DE INVESTIGACION EN DEPRESIÓN Y PSIQUIATRÍA DE ENLACE¹.

* Servicio de Psiquiatría. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. ** Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos. Alcorcón. Madrid. *** Departamento Médico. Pfizer S.A. Madrid.

Prevalence of depressive disorders in Consultation-liaison Psychiatry

Resumen

Introducción: Los trastornos depresivos son más frecuentes en pacientes con enfermedades somáticas, especialmente en los pacientes hospitalizados, que en la población general. El objetivo de este estudio fue evaluar la magnitud de este problema en los hospitales españoles determinando la prevalencia de trastornos depresivos en pacientes hospitalizados con patología médica y las características sociodemográficas y médico-psiquiátricas relacionadas con la aparición del trastorno depresivo en estos pacientes.

Metodología: Se realizó un estudio transversal en 13 hospitales públicos españoles con una muestra de 1.003 pacientes seleccionados de la lista de pacientes ingresados en los servicios médicos de cada hospital el día 6 de noviembre de 1995. A cada paciente seleccionado se le evaluó el nivel de estrés psicosocial y la calidad de vida (índice de Karnofsky). A continuación se le administró la escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria. Todos los pacientes con puntuaciones ≥ 11 en esta escala fueron evaluados por un psiquiatra. Además, en todos los pacientes se anotaron los datos de la interconsulta psiquiátrica si la hubo.

Resultados: El 18,9% de los pacientes ingresados en el hospital por patología médica tuvieron síntomas depresivos. La presencia de trastornos depresivos fue más frecuente en las mujeres, en los pacientes con incapacidad laboral, en los que tenían antecedentes psiquiátricos o psicofarmacológicos, en los que tenían un nivel de estrés psicosocial alto y en los que tenían un nivel de calidad de vida bajo. Se solicitaron interconsultas psiquiátricas únicamente en el 13,7% de estos pacientes.

Conclusión: Existe un gran número de pacientes hospitalizados que necesitarían una evaluación psiquiátrica por depresión y a los que, sin embargo, no se les solicita una interconsulta psiquiátrica.

Palabras clave: Trastorno depresivo. Prevalencia. Psiquiatría de enlace.

Summary

Introduction: Depressive disorders are more frequently seen in medically ill patients, especially in those who are hospitalized, than in the general population. The aim of this study was to assess the magnitude of this problem in Spanish hospitals, determining the prevalence of depressive disorders in hospitalized patients with medical illnesses, as well as the sociodemographic and medical-psychiatric characteristics related with the development of depression in these patients.

Methodology: A transversal study was performed in 13 Spanish public hospitals with a sample of 1.003 patients selected from the list of patients registered in medical services at each hospital on November 6, 1995. Each patient was evaluated on psycho-social stress level as well as quality of life (Karnofsky scale). Following that, the Hospital Anxiety and Depression Scale was applied and all patients with a score ≥ 11 were evaluated by a psychiatrist. Data on psychiatric consultation of these patients were also recorded when conducted.

Results: 18.9% of patients hospitalized for medical illnesses showed depressive symptoms. The presence of depressive disorders was more often seen in women, patients unable to work, patients with psychiatric history, patients with previous psychopharmacological treatments, patients with high level of psychosocial stress and patients with a low quality of life. Psychiatric consultations were requested in just 13.7% of these patients.

Conclusion: A very high number of hospitalized patients require a psychiatric evaluation for depression, but this is not requested.

Key words: Depressive disorder. Prevalence. Consultation-liaison Psychiatry.

¹ Participantes: Esteban Cirera, Hospital Clinic, Barcelona; Avelino de Dios y Jesús de la Gándara, Hospital General Yagüe, Burgos; Lucía Durán, Hospital General, Cáceres; Eduardo García Camba, Hospital de la Princesa, Madrid; David Huertas, Hospital General, Guadalajara; Fernando Iglesias, Hospital Juan Cana-

lejo, La Coruña; Ildefonso Mateo, Hospital de Valme, Sevilla; José Carlos Mingote, Hospital 12 de Octubre, Madrid; Pedro Moreno, Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca; Pedro Quirós, Hospital Central, Asturias; José Ribes, Hospital la Fe, Valencia; José Emilio Rojo, Hospital Bellvitge, Barcelona; Inmaculada de la Serna, Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

La presencia de trastornos depresivos es frecuente en pacientes con enfermedad somática (1-3). Así, mientras que los estudios realizados en la población general encuentran cifras de prevalencia que oscilan en torno al 3-7%, los estudios realizados en pacientes ambulatorios u hospitalizados con enfermedades médicas, encuentran cifras de prevalencia de entre el 11 y el 36% o incluso mayores (3). Por ejemplo, en nuestro país se ha descrito que un 21% de la población anciana hospitalizada padece un trastorno depresivo (4) y un 27,5% de los pacientes que acuden a consultas de Atención Primaria tienen un trastorno depresivo (5).

La asociación de enfermedad somática y trastorno depresivo es especialmente significativa en pacientes con enfermedades crónicas (6) y se ha descrito una gran frecuencia de trastornos depresivos en pacientes con diversas enfermedades. Por ejemplo, se ha descrito que cerca de la mitad de los pacientes que sufren un accidente cerebrovascular desarrollan un trastorno depresivo en el mes siguiente a tenerlo (7). Un porcentaje semejante de pacientes con infarto agudo de miocardio sufren trastorno depresivo (8) y en torno al 40% de los pacientes con cáncer sufren trastornos depresivos (9, 10). También se han descrito frecuencias altas de trastornos depresivos en pacientes con enfermedad de Parkinson (11), diabetes (12) o demencia (13).

La relación entre la depresión y la enfermedad somática es un proceso complejo, ya que ambas patologías pueden aparecer simultánea o independientemente y se pueden exacerbar o enmascarar respectivamente (1, 2). Así, los trastornos depresivos en los pacientes con enfermedades somáticas pueden ser consecuencia de una reacción a la experiencia de la enfermedad, o pueden ser una manifestación de los cambios biológicos que ocurren en el organismo como consecuencia de la propia enfermedad.

Por otra parte, la existencia de un trastorno depresivo en un paciente con una enfermedad somática se asocia, frecuentemente, con un aumento innecesario de pruebas diagnósticas y con una peor respuesta al tratamiento y un peor pronóstico de ambas patologías (14).

De todo ello se deduce la importancia de detectar y tratar de forma adecuada los trastornos depresivos que aparecen en los pacientes con enfermedades somáticas. Precisamente, esta investigación se diseñó con el fin de evaluar la magnitud este problema en los hospitales españoles.

El objetivo principal de la presente investigación fue evaluar la prevalencia de trastornos depresivos en pacientes hospitalizados con patología médica (no quirúrgica). De forma secundaria se pretendía estudiar las características sociodemográficas y médico-psiquiátricas que pueden influir en la aparición de trastornos depresivos en estos pacientes, así como obtener datos sobre la demanda psiquiátrica tanto potencial como expresa en los hospitales españoles para este tipo de patología y estudiar los hábitos de prescripción de medicación psicotrópica en estos pacientes.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional, de tipo transversal, para determinar la prevalencia de trastornos depresivos en una muestra de pacientes ingresados en hospital por patología de tipo médico.

Centros y selección de sujetos

El estudio se llevó a cabo en 13 hospitales públicos españoles, realizándose 1.034 entrevistas entre el 7 de noviembre y el 17 de diciembre de 1995.

El cálculo del tamaño de la muestra se realizó utilizando el programa EPIINFO 6,04 (CDC, Atlanta, EEUU), considerando los siguientes parámetros: tamaño estimado de la población diana de 24.000 individuos, nivel de prevalencia anticipado de depresión en pacientes hospitalizados del 25%, nivel de confianza del 95% y dispersión máxima deseada de los resultados de tres puntos de porcentaje, lo que se corresponde con un tamaño muestral mínimo de 864 individuos. Se tomó la decisión de incluir un 20% más de sujetos para compensar las posibles pérdidas en la recogida de la información, lo que supuso un total de 1.034 pacientes a incluir en el estudio. Este número de pacientes se estratificó proporcionalmente entre cada uno de los 13 hospitales participantes, en función del número de camas para especialidades médicas de cada uno de los mismos.

Puesto que el acceso de los pacientes a los hospitales se considera un fenómeno aleatorio, se seleccionaron consecutivamente todos los sujetos de la lista de pacientes ingresados en los servicios médicos del hospital el día 6 de noviembre de 1995 hasta completar el número de sujetos asignado a cada centro.

Los pacientes debían ser mayores de 18 años, haber ingresado en el hospital por patología no quirúrgica, tener capacidad para entender las preguntas que se le harían y dar su consentimiento oral para participar en la investigación.

A cada uno de los pacientes que aceptó participar en el estudio, se le realizó una encuesta en la que se recogían datos sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, tipo de localidad de residencia, tipo de convivencia, nivel socioeconómico, nivel de educación, profesión y situación laboral) y médico-psiquiátricos (fecha ingreso/alta, diagnóstico somático, antecedentes psiquiátricos, intensidad del estrés psicosocial y test de valoración de la calidad de vida de Karnofsky). A continuación se administró al paciente la escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HAD) (15).

La escala HAD se utilizó como instrumento para detectar los posibles casos de depresión, utilizando como punto de corte una puntuación de 11. A los pacientes con puntuaciones inferiores a 11 no se les hicieron valoraciones adicionales; a los pacientes con puntuaciones iguales o superiores a 11 se les realizó la entrevista psiquiátrica anotando el diagnóstico psiquiátrico y el tratamiento indicado.

TABLA I Datos sociodemográficos y antecedentes psiquiátricos de la muestra

	Total	Con depresión	Sin depresión
	Nº casos (%)	Nº casos (%)	Nº casos (%)
Nº total de sujetos	1.003	190	813
Edad (media ± DT) (años)	59,1 ± 17,1	59,4 ± 16,5	59,0 ± 17,3
Sexo			
Mujeres	374 (37,3)	90 (47,4)	284 (34,9)
Hombres	629 (62,6)	100 (52,6)	529 (65,0)
Estado civil			
Casado/con pareja	631 (62,8)	111 (58,4)	520 (63,9)
Soltero	166 (16,5)	33 (17,4)	133 (16,3)
Viudo	152 (15,1)	31 (16,3)	121 (14,9)
separado/divorciado	53 (5,3)	15 (7,9)	38 (4,7)
Residencia			
Urbana	532 (53,0)	97 (51,1)	435 (53,4)
Periurbana	232 (23,1)	49 (25,8)	183 (22,5)
Rural	233 (23,2)	43 (22,6)	190 (23,3)
Convivencia			
Familia propia	659 (65,6)	115 (60,5)	544 (66,8)
Familia de origen	141 (14,0)	26 (13,7)	115 (14,1)
Solos	119 (11,9)	28 (14,7)	91 (11,2)
Otros	84 (8,4)	21 (11,0)	63 (7,7)
Nivel socioeconómico			
Bajo o medio-bajo	677 (67,4)	138 (72,7)	539 (66,2)
Medio	234 (23,3)	38 (20,0)	196 (24,1)
Alto o medio-alto	80 (8,0)	13 (6,9)	67 (8,2)
Nivel educativo			
Sin estudios o estudios básicos	828 (82,7)	160 (84,3)	668 (82,1)
Estudios secundarios	91 (9,1)	16 (8,4)	75 (9,2)
Universitarios	82 (8,2)	12 (6,3)	70 (8,6)
Profesión			
Amas de casa	236 (23,5)	56 (29,5)	180 (22,1)
Obreros no especializados	252 (25,1)	47 (24,7)	205 (25,2)
Obreros especializados	167 (16,6)	30 (15,8)	137 (16,8)
Funcionarios/empleados	116 (11,6)	19 (10,0)	97 (11,9)
Profesiones liberales	77 (7,7)	14 (7,4)	63 (7,7)
Directivos	22 (2,2)	4 (2,1)	18 (2,2)
Estudiantes	14 (1,4)	0 (0,0)	14 (1,7)
Sin profesión	28 (2,8)	5 (2,6)	23 (2,8)
Otros	90 (9,0)	14 (7,4)	76 (9,3)
Situación laboral			
Normal	281 (28,0)	45 (23,7)	236 (29,0)
Jubilados	410 (40,8)	70 (36,8)	340 (41,8)
Incapacidad	183 (18,3)	49 (25,8)	134 (16,5)
Sin empleo	115 (11,5)	24 (12,6)	91 (11,1)
Antecedentes psiquiátricos			
Sí	219 (21,8)	76 (40,0)	143 (17,6)
No	782 (77,9)	114 (60,0)	668 (82,1)
Antecedentes psicofarmacológicos			
Sí	264 (26,3)	80 (42,1)	184 (22,6)
No	734 (73,1)	109 (57,4)	625 (76,8)

TABLA II Diagnósticos médicos principales de los pacientes al ingreso (agrupados por categorías CIE-9)

Categoría diagnóstica	Todos (n= 1.003)	Con depresión (n= 190)	Sin depresión (n= 813)
Aparato circulatorio	267 (26,7)	52 (27,4)	215 (26,4)
Aparato respiratorio	73 (7,3)	16 (8,4)	57 (7,0)
Neoplasias	54 (5,4)	13 (6,8)	41 (5,0)
Aparato digestivo	53 (5,3)	7 (3,7)	46 (5,7)
Enfermedades endocrinas y de la sangre	45 (4,5)	8 (4,2)	37 (4,5)
Aparato genito-urinario	44 (4,4)	13 (6,8)	31 (3,8)
Signos y síntomas mal definidos	19 (1,9)	4 (2,1)	15 (1,8)
Sistema nervioso/órganos sensoriales	18 (1,8)	2 (1,1)	16 (2,0)
Enf. de piel, músculos, etc.	16 (1,6)	4 (2,1)	12 (1,5)
Trastornos mentales	13 (1,3)	2 (1,1)	11 (1,4)
Otros	18 (1,8)	3 (1,6)	15 (1,8)
Sin diagnóstico médico	384 (38,2)	66 (34,7)	318 (39,1)

En todos los pacientes se anotaron los datos de la interconsulta psiquiátrica si la hubo.

Análisis estadístico de los datos

El análisis estadístico de los datos se realizó utilizando los programas EPIINFO 6,04 y SPSS. Se realizó un análisis descriptivo de las variables demográficas, médico-psiquiátricas y de tratamientos médicos de los pacientes in-

cluidos en el estudio. Se calcularon las tasas de prevalencia de trastornos depresivos (definidos como el porcentaje de pacientes con una puntuación de 11 o superior en el test de HAD y diagnóstico de depresión tras la entrevista psiquiátrica). Se evaluó la asociación de cada una de las variables demográficas, médico-psiquiátricas con la presencia de un trastorno depresivo.

Una vez hechos los cálculos estadísticos necesarios, se procedió a la estimación del riesgo relativo siguiendo los criterios establecidos en epidemiología para los estudios transversales, es decir, calculando la razón de riesgo (OR).

Se realizó un análisis descriptivo de los tratamientos psiquiátricos administrados: fármaco, prescriptor del fármaco y duración media recomendada del tratamiento.

Se calculó la frecuencia de solicitud de interconsulta, global y en función del motivo, así como el tiempo medio de interconsulta. Se describieron los diagnósticos de las interconsultas y la frecuencia de los mismos, así como de los fármacos prescritos durante la misma.

El nivel de significación estadística para todas las pruebas fue de $P < 0,05$.

RESULTADOS

Descripción de la muestra

De los 1.034 pacientes seleccionados, 31 no completaron el estudio por diferentes razones, por lo que el tamaño de muestra total es de 1.003. Las características sociodemográficas y los antecedentes psiquiátricos de la muestra estudiada se presentan en la tabla I.

El tiempo medio de estancia en el hospital fue de 24,5 días (DT= 22,3 días) con un rango entre 1 y 253 días.

Los diagnósticos médicos de base de los pacientes se describen en la tabla II. La mayoría de los pacientes tenían patologías relacionadas con el aparato circulatorio (26,7%). El 46,6% de los pacientes estaban medicados

TABLA III Tratamiento psicofarmacológico de los pacientes al ingreso y tras la entrevista psiquiátrica (n= 1.003)

Tratamiento	Al ingreso n° casos (%)	Tras entrevista n° casos (%)
Total de pacientes tratados	99 (9,9)	221 (22,0)
Pacientes con un fármaco	71	161
Pacientes con más de un fármaco	28	60
Todos los psicofármacos	133	287
Antidepresivos	50 (5,0)	171 (17,0)
ISRS	31 (3,1)	135 (13,5)
Fluoxetina	19 (1,9)	21 (2,1)
Paroxetina	5 (0,5)	24 (2,4)
Sertralina	4 (0,4)	87 (8,7)
Fluvoxamina	3 (0,3)	3 (0,3)
No ISRS	19 (1,9)	36 (3,6)
Amitriptilina	8 (0,8)	2 (0,2)
Mianserina	4 (0,4)	14 (1,4)
Otros	7 (0,7)	20 (2,0)
Benzodiazepinas	72 (7,2)	99 (9,9)
Clorazepato	21 (2,1)	22 (2,2)
Lorazepam	16 (1,6)	27 (2,7)
Alprazolam	8 (0,8)	14 (1,4)
Bromazepam	8 (0,8)	5 (0,5)
Diazepam	6 (0,6)	12 (1,2)
Otras	13 (1,3)	19 (1,9)
Otros psicofármacos	11 (1,1)	17 (1,7)

TABLA IV Nivel de estrés psicosocial según DSM-III e índice de Karnofski en la muestra total y en los grupos de pacientes con trastorno depresivo o sin trastorno depresivo

	Total Nº casos (%)	Con depresión Nº casos (%)	Sin depresión Nº casos (%)
Nº total de sujetos	1.003	190	813
Estrés psicosocial			
Ausente	368 (36,7)	39 (20,5)	39 (40,4)
Leve	184 (18,3)	30 (15,8)	154 (18,9)
Moderado	155 (15,4)	42 (22,1)	113 (13,9)
Grave	114 (11,4)	27 (14,2)	87 (10,7)
Extremo	164 (16,3)	48 (25,3)	116 (14,3)
Catastrófico	7 (0,7)	3 (1,6)	4 (0,5)
Índice de Karnofski			
Media	70,6 ± 20,4	61,9 ± 19,4	72,6 ± 20,1
Nivel 100	118 (11,8)	8 (4,2)	110 (13,5)
Nivel 90	190 (18,9)	18 (9,5)	172 (21,1)
Nivel 80	166 (16,5)	26 (13,7)	140 (17,2)
Nivel 70	112 (11,2)	29 (15,3)	83 (10,2)
Nivel 60	161 (16,0)	37 (19,5)	124 (15,2)
Nivel 50	122 (12,2)	30 (15,8)	92 (11,3)
Nivel 40	87 (8,7)	22 (11,6)	65 (8,0)
Nivel 30	42 (4,2)	19 (10,0)	23 (2,8)
Nivel 20	2 (0,2)	0 (0,0)	2 (0,2)

previamente al ingreso, este porcentaje subió al 73,3% en el momento del ingreso.

Del total de la muestra estudiada el 21,8% presentaba antecedentes de enfermedad psiquiátrica y el 26,3% tenía antecedentes de tratamiento psicofarmacológico. Los psicofármacos más frecuentemente utilizados (tabla III) eran benzodiazepinas (54,1% de todos los psicofármacos usados), fundamentalmente clorazepato dipotásico y loracepam, e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (23,3% de los psicofármacos), fundamentalmente fluoxetina. Este tratamiento había sido prescrito por el médico de familia en un 22,1% de los casos, por el psiquiatra en el 31,7% de los casos y por otros profesionales en el 46,2% de los casos.

La mayoría de los pacientes no presentaban niveles apreciables de estrés psicosocial o éste era leve (55%) (tabla IV). El índice de Karnofsky promedio fue de 70,6 (DT= 20,4), lo que corresponde a un paciente autosuficiente, aunque sólo puede trabajar media jornada.

Frecuencia de trastornos depresivos en pacientes hospitalizados

El 33,1% de los pacientes tuvieron una puntuación en la HAD superior o igual a 11, por lo que se les consideró casos psiquiátricos probables. Tras hacer la entrevista psiquiátrica, se diagnosticó algún trastorno psiquiátrico en 275 casos (el 27,4% del total de los pacientes). El diagnóstico psiquiátrico principal fue de trastorno depresivo o trastorno de adaptación con síntomas depresivos en 190 pacientes (18,9%) (tabla V). No se estableció ningún

diagnóstico psiquiátrico en 57 pacientes que tuvieron un HAD superior o igual a 11.

Variables asociadas con padecer trastorno depresivo

Las características sociodemográficas y médico-psiquiátricas de los 190 pacientes diagnosticados de trastorno depresivo y de los 813 pacientes sin diagnóstico de trastorno depresivo se presentan en las tablas I, II y IV.

Con el fin de establecer las variables que podrían asociarse con el hecho de padecer depresión, se procedió al cálculo de las OR para cada variable independiente incluida en el estudio, encontrando que los siguientes factores se asociaban de forma estadísticamente significativa con padecer depresión:

- Ser mujer: OR= 1,67 (1,22-2,31) ($p < 0,002$).
- Estar en situación de incapacidad laboral: OR= 1,76 (1,21-2,55) ($p < 0,005$).
- Tener antecedentes psiquiátricos: OR=3,13 (2,21-4,39) ($p < 0,001$).
- Tener antecedentes de tratamiento psicofarmacológico: OR= 2,49 (1,79-3,47) ($p < 0,001$).
- Tener un nivel de estrés psicosocial moderado a catastrófico: OR=2,63 (1,89-3,64) ($p < 0,001$).
- Tener un índice de calidad de vida de Karnofski ≤ 70 : OR= 2,86 (2,02-4,05) ($p < 0,001$).

El tiempo medio de estancia en el hospital fue similar en ambos grupos: 25,1 días (DT= 26,3) en los pacientes con trastorno depresivo frente a 24,3 días (DT= 21,4

TABLA V Diagnósticos realizados tras la entrevista psiquiátrica y tras la interconsulta (n= 1.003)

Diagnóstico	Entrevista Nº casos (%)	Interconsulta Nº casos (%)
Pacientes con diagnóstico psiquiátrico	275 (27,4)	46 (4,6)
Depresiones	190 (18,9)	25 (2,5)
Episodio depresivo	51 (5,1)	7 (0,7)
Trastorno depresivo recurrente	21 (2,1)	1 (0,1)
Distimia	14 (1,4)	1 (0,1)
Reacción depresiva breve	28 (2,8)	5 (0,5)
Reacción depresiva prolongada	40 (4,0)	5 (0,5)
Reacción mixta ansioso-depresiva	24 (2,4)	5 (0,5)
Trastorno mixto ansioso-depresivo (TAD)	12 (1,2)	1 (0,1)
Trastornos por consumo de sustancias	23 (2,3)	9 (0,9)
Trastornos de adaptación (no depresivos)	19 (1,9)	2 (0,2)
Trastornos de ansiedad (menos el TAD)	18 (1,8)	2 (0,2)
Esquizofrenia	7 (0,7)	3 (0,3)
Otros diagnósticos	18 (1,8)	5 (0,5)

días) en los pacientes que no tuvieron trastorno depresivo.

Demanda expresa de interconsultas psiquiátricas

Durante el estudio, se solicitaron 59 interconsultas de pacientes que estaban incluidos en el estudio (5,9%). De las interconsultas realizadas, 26 se solicitaron a pacientes con trastorno depresivo identificado en el estudio, lo que supone un 2,6% del total de la muestra y un 13,7% de los

pacientes que tuvieron trastornos depresivos. Las 33 interconsultas restantes se solicitaron a pacientes a los que no se les había detectado ningún trastorno depresivo durante el estudio.

Los motivos aducidos para solicitar la interconsulta se presentan en la tabla VI. El motivo más frecuente para solicitar la interconsulta fue que el paciente tenía antecedentes psiquiátricos (22%) o problemas para afrontar su situación (20,3%).

La duración media de la interconsulta fue de 36,9 minutos (DT= 20,6, rango: 15 a 120 minutos) en los pacientes con trastorno depresivo y de 32,7 minutos (DT= 16,4, rango: 15 a 90 minutos) en los pacientes sin trastorno depresivo.

En la interconsulta, la psicopatología más frecuentemente diagnosticada (tabla V) fueron los trastornos depresivos, destacando las reacciones depresivas leves, prolongadas o con ansiedad (15 casos). También fueron frecuentes los trastornos por consumo de sustancias (nueve casos). No se llegó a un diagnóstico psiquiátrico en 13 de los 59 casos a los que se les había solicitado la interconsulta.

Hábitos de prescripción de psicofármacos

De los 1.003 pacientes de la muestra, 99 tenían un tratamiento psicofarmacológico al ingreso (9,9%). Los fármacos más utilizados eran el cloracepato (en 21 casos) y la fluoxetina (en 19 casos).

En el transcurso del estudio, la entrevista psiquiátrica condujo a un diagnóstico psiquiátrico en 275 pacientes, indicando el psiquiatra un tratamiento psicofarmacológico en 221 de ellos. Los fármacos más frecuentemente propuestos fueron los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (en 135 casos), fundamentalmente sertralina (87 pacientes), y las benzodiazepinas (95 pacientes), fundamentalmente loracepam (27 pacientes) (tabla III).

En contraste con estos resultados, sólo se solicitaron 59 interconsultas psiquiátricas en las que se detectaron

TABLA VI Motivos aducidos para la solicitud de interconsulta psiquiátrica en la muestra total y en los grupos de pacientes con trastorno depresivo o sin trastorno depresivo

	Total Nº casos (%)	Con depresión Nº casos (%)	Sin depresión Nº casos (%)
Nº total de sujetos	59	26	33
Motivo			
Intento de suicidio	1 (1,7)	0 (0,5)	1 (3,0)
Síntomas físicos inexplicables	2 (3,4)	1 (3,8)	1 (3,0)
A requerimiento del paciente	5 (8,5)	2 (7,7)	3 (9,1)
Abuso de sustancias	7 (11,9)	1 (3,8)	6 (18,2)
Antecedentes psiquiátricos	13 (22,0)	6 (23,1)	7 (21,2)
Problemas de cumplimiento de tratamiento	1 (1,7)	1 (3,8)	0 (0,0)
Problemas de afrontamiento	12 (20,3)	8 (30,8)	4 (12,1)
Otras	18 (30,5)	7 (26,9)	11 (33,3)

46 pacientes con trastorno psiquiátrico y el psiquiatra indicó un tratamiento psicofarmacológico en 35 de estos pacientes. Los fármacos más frecuentemente utilizados fueron los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (22 casos) fundamentalmente sertralina (11 casos). Sólo a 26 pacientes se les indicó un tratamiento psicofarmacológico al alta. En este caso, los fármacos más frecuentemente indicados fueron también los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (15 casos), fundamentalmente sertralina (nueve casos).

El tiempo medio que el psiquiatra de interconsulta recomendó al paciente que siguiera el tratamiento fue de 129 días (DT= 54 días). El psiquiatra de interconsulta recomendó que el seguimiento extrahospitalario lo hiciese el Centro de Salud Mental en el 46,3%, el especialista de zona en el 22% y el médico de familia en el 14,6% de los casos.

DISCUSIÓN

Frecuencia de trastornos depresivos en pacientes hospitalizados

En nuestro estudio, el 18,9% de los pacientes que ingresaron en el hospital por patología médica tuvo un diagnóstico psiquiátrico de trastorno depresivo o trastorno de adaptación con síntomas depresivos, establecido tras una entrevista psiquiátrica.

Esta cifra está en consonancia con la encontrada por otros autores. Por ejemplo, Feldman et al (16) detectaron un 14,6% de pacientes con trastornos depresivos en pacientes hospitalizados por enfermedad médica. Cifras mayores se han encontrado en pacientes ancianos hospitalizados (17-18). En nuestro medio, Lázaro et al (4) encuentran una prevalencia del 21% de trastornos depresivos en la población anciana hospitalizada.

Los resultados de este estudio confirman, por tanto, el hecho de que los pacientes hospitalizados con enfermedades somáticas tienen una alta frecuencia de trastornos depresivos.

Debe destacarse que de los pacientes con sintomatología depresiva en la mitad de ellos se trataba de un trastorno de adaptación con síntomas depresivos. Ello pone de manifiesto que la reacción del paciente frente a la vivencia de pérdida de salud influye de forma importante en la aparición de esta sintomatología depresiva.

Variables asociados con padecer trastorno depresivo

El carácter descriptivo de nuestro estudio no nos permite establecer ninguna relación de causa-efecto entre los factores que se asocian al hecho de padecer un trastorno psiquiátrico y la aparición de este trastorno. Sí se puede, sin embargo, establecer hipótesis de trabajo para futuras investigaciones en este campo.

En nuestro estudio se confirma un hecho bien establecido en otros estudios: el mayor riesgo de padecer trastornos depresivos de las mujeres.

En los resultados del estudio puede destacarse que los pacientes con niveles mayores de estrés psicosocial tuvieron mayor riesgo de padecer un trastorno depresivo. Igualmente, como parece lógico, aquellos pacientes que tenían antecedentes psiquiátricos o de tratamientos psicofarmacológicos tuvieron mayor riesgo de padecer un trastorno depresivo que los que no tenían antecedentes. De hecho, en los pacientes con antecedentes de depresión, es frecuente la aparición de una recaída o de una recurrencia de su depresión ante un suceso vital estresante como es el propio enfermar y su ingreso en un hospital.

La asociación entre la aparición de un trastorno depresivo y tener una menor calidad de vida o estar en situación de incapacidad laboral puede ser interpretada como causa o como consecuencia del propio trastorno depresivo. Así, puede interpretarse que los pacientes con peor calidad de vida tienen mayor riesgo de padecer un trastorno depresivo, pero también que los pacientes con trastorno depresivo tienen peor calidad de vida.

Demanda potencial y demanda expresa de interconsultas psiquiátricas

De los 1.003 pacientes de la muestra, 275 pacientes tuvieron una puntuación en la HAD superior o igual a 11 y un diagnóstico psiquiátrico establecido tras la entrevista psiquiátrica. De este cifra se deriva que el 27,4% de los pacientes hospitalizados necesitarían una evaluación psiquiátrica (demanda potencial de interconsultas psiquiátricas). Sin embargo, durante el período del estudio se solicitaron sólo 59 interconsultas a estos pacientes (5,9% de los pacientes hospitalizados), lo que supone que se solicitan sólo un 21,5% de las interconsultas psiquiátricas potenciales.

Si estudiamos únicamente los pacientes que tuvieron sintomatología depresiva, de los 1.003 pacientes de la muestra, 190 tuvieron una puntuación del HAD mayor o igual a 11 y un diagnóstico establecido tras la entrevista psiquiátrica de trastorno depresivo, por lo que la demanda potencial de interconsultas psiquiátricas por sintomatología depresiva es del 18,9% de los pacientes médicos hospitalizados. Sin embargo, en la práctica, sólo se solicitaron 26 interconsultas psiquiátricas a estos pacientes, lo que supone un 13,7% de las potenciales 190.

Estos datos son similares a los encontrados en otros estudios. Por ejemplo, Maguire et al (19), al estudiar una muestra de población general hospitalizada, encontró que en sólo el 12% de los pacientes con un trastorno psiquiátrico se solicitó interconsulta al especialista. En nuestro medio, el estudio de Lázaro et al. (4) realizado en 1990 en población anciana hospitalizada describe que se solicitó interconsulta psiquiátrica en sólo el 10% de los pacientes ancianos en los que se había detectado trastornos psiquiátricos.

Estas cifras sugieren que existe un gran número de pacientes hospitalizados por patología médica que necesitarían una evaluación psiquiátrica y a los que, sin embargo, no se les solicita una interconsulta psiquiátrica. Es decir, los médicos que atienden a estos pacientes no detectan una patología psiquiátrica probable en un alto porcentaje de casos.

Además, el motivo más frecuente para solicitar una interconsulta psiquiátrica fue la existencia de antecedentes psiquiátricos en los pacientes. Sólo en la cuarta parte de las interconsultas solicitadas, el motivo estuvo relacionado con que personal sanitario sospechase un posible trastorno psiquiátrico al evaluar al paciente (síntomas físicos inexplicables, problemas de cumplimiento del tratamiento o problemas del paciente para afrontar su situación).

La detección de los trastornos depresivos en los pacientes con enfermedades médicas se ve dificultada con frecuencia porque la sintomatología depresiva se presenta en forma de quejas somáticas que son fácilmente consideradas propias de la enfermedad médica. Por otra parte, se recurre con mucha frecuencia a considerar justificada la sintomatología depresiva por la situación de pérdida de salud en la que se encuentra el paciente. Sin embargo, la identificación y el tratamiento de trastornos depresivos en los pacientes hospitalizados es indispensable para una evolución favorable no sólo del propio trastorno depresivo, sino también de la patología médica (1, 6, 14), por lo que debería incorporarse a la práctica médica diaria una valoración simple pero sistemática del estado de ánimo.

Hábitos de prescripción de antidepresivos

Tras la entrevista psiquiátrica, el psiquiatra recomienda un tratamiento antidepresivo en 171 pacientes, mientras que sólo 50 pacientes estaban tratados al ingreso con un antidepresivo.

Al comparar los tratamientos antidepresivos que estaban tomando los pacientes al ingreso y los que indica el psiquiatra tras la entrevista, destaca que el psiquiatra recomendará el tratamiento con sertralina en 83 pacientes más de los que lo estaban tomando al ingreso y el tratamiento con paroxetina en 19 pacientes más de los que lo estaban tomando. También destaca que retirara el tratamiento con amitriptilina en seis de los ocho pacientes que lo tomaban.

La elección de un tratamiento antidepresivo para los pacientes que sufren enfermedades médicas y un trastorno depresivo concomitante puede plantear problemas para el médico, ya que en estos pacientes debe tenerse en cuenta las posibles interacciones que puedan ocurrir entre los fármacos que toma el paciente para su enfermedad somática y los fármacos que se le van a administrar para su trastorno depresivo. También hay que tener en cuenta otros factores como la posible suma de efectos secundarios o las alteraciones farmacocinéticas que pueden derivarse de la propia enfermedad.

Los cambios que se observan en este estudio en los medicamentos antidepresivos utilizados pueden relacionarse con los factores mencionados. De hecho, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina son más seguros y mejor tolerados en los pacientes con enfermedades médicas concomitantes (los que forman la muestra de este estudio) que los antidepresivos clásicos como amitriptilina (2).

También pueden aducirse otras causas. Por ejemplo, el hecho de que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina eran mejor conocidos y más utilizados por los psiquiatras que por otros especialistas en el momento en que se recogió la muestra. En nuestro estudio, la medicación psicoactiva al ingreso había sido prescrita en su mayoría por profesionales no psiquiatras (68,3%), por lo que los cambios de medicación pueden explicarse por los diferentes hábitos de prescripción de los psiquiatras con respecto a otros especialistas.

AGRADECIMIENTOS

Este estudio fue posible gracias a la financiación de Pfizer, S.A.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodin G, Voshart K. Depression in the medically ill: an overview. *Am J Psychiatry* 1986;143:696-705.
2. Lane R. Antidepressant therapy in the physically ill: a therapeutic opportunity for the selective 5-HT re-uptake inhibitors? *Psychopharmacol* 1993;7(Supl 1): 112-8.
3. Series HG. Drug treatment of depression in medically ill patients. *J Psychosom Res* 1992;36:1-16.
4. Lázaro L, De Pablo E, Nieto E, Vieta E, Vilalta J, Cirera E. Morbilidad psiquiátrica en ancianos ingresados en un hospital general. Estudio prevalencia-día. *Med Clin (Barc)* 1991;97:206-10.
5. Baca E, Sáiz J, Agüera L, Caballero L, Fernández-Liria A, Ramos JA, et al. Prevalencia de los trastornos psiquiátricos en atención primaria usando el cuestionario PRIME-MD. *Aten Primaria* 1999;23:275-9.
6. Cunningham LA. Depression in the medical ill: Choosing an antidepressant. *J Clin Psychiatry* 1994;55 (Supl A):90-100.
7. Robinson RG, Bolduc PL, Price TR. Two-year longitudinal study of poststroke mood disorders: diagnostic and outcome at one and two years. *Stroke* 1987;18: 837-43.
8. Cassem NH, Hackett TP. Psychological aspects of myocardial infarction. *Med Clin North Am* 1977;61: 711-21.
9. Bukberg J, Penman D, Holland JC. Depression in hospitalized cancer patients. *Psychosom Med* 1984; 46:199-212.
10. Massie MJ, Holland JC. Depression and the cancer patient. *J Clin Psychiatry* 1990;51(Supl):12-7.

11. Cummings JL. Depression and Parkinson's disease: a review. *Am J Psychiatry* 1992;149:443-54.
12. Lustman PJ, Griffith LS, Clottse RE. Depression in adults with diabetes. *Diabetes Care* 1988;11:605-12.
13. Fischer P, Simanyi M, Danielczyk W. Depression in dementia of the Alzheimer type and in multi-infarct dementia. *Am J Psychiatry* 1990;147:1484-7.
14. Rouchell AM, Pounds R, Tierny JG. Depression. En: Rundell JR, Wise MG, eds. *Textbook of consultation-liaison psychiatry*. Washington: The American Psychiatric Press; 1996.
15. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361-70.
16. Feldman E, Mayou R, Hawton K, Ardern M, Smith EB. Psychiatric disorder in medical in-patients. *Q J Med* 1987;63:405-12.
17. Magni G, Shifano F, deLeo D. Assessment of depression in a elderly medical population. *J Affect Disord* 1986;11:121-4.
18. Moffic HS, Paykel ES. Depression in medical inpatients. *Br J Psychiatry* 1975;126:346-53.
19. Maguire GP, Julier DL, Hawton KE, Bancroft JH. Psychiatric morbidity and referral on two general medical wards. *Br Med J* 1974;1:268-70.

Correspondencia:
A. Porras Chavarino
Departamento Médico
Pfizer, S. A.
Avda. Europa 20 B
28108 Alcobendas (Madrid)
E-mail: alberto.porras@pfizer.com