

Q Incidencia de depresión y factores asociados en pacientes hospitalizados del Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde. Un análisis de acuerdo al MINI Neuropsychiatric International Interview

del Rio-Berumen Sergio Enrique^a; Macías-Carrillo Areli Teresita^b; Bernal-Gallegos Gerardo Daniel^b; Ramírez-Gutiérrez Avril Gisele^b; Rosales-Escobedo Karla Marisol^b; Ramírez-Delgado Victor David^b

Resumen

Contexto: La ansiedad y la depresión son desórdenes altamente prevalentes en pacientes hospitalizados. Estudios recientes muestran un incremento en la incidencia de depresión en estos pacientes.

Objetivos: Identificar la prevalencia y los factores que influencian el desarrollo de depresión en pacientes hospitalizados del Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal, no experimental. Se aplicó el MINI *Neuropsychiatric International interview* (5.0.0 DSM-IV. D. Sheehan, 2000) a 120 pacientes hospitalizados en el Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, elegidos al azar que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: ambos sexos, mayores de 18 años, cualquier nivel socioeconómico, participación voluntaria, sin alteraciones del estado de conciencia. Incluimos variables independientes como edad, ocupación, nivel educativo, especialidad y tiempo de hospitalización; mientras que la depresión fue considerada como una variable dependiente.

Resultados: De la muestra total de 120 (100%) pacientes, el 45.83% (n=55) cumplió los criterios para diagnóstico de depresión. El 67% (n=37) de los pacientes con depresión correspondieron al sexo masculino, mientras el 33% (n=18) al sexo femenino. Los índices más altos de depresión se observaron en individuos con educación básica nivel primaria, presentando una incidencia de 49.1% (n=28) en este grupo. Los departamentos con mayor porcentaje de pacientes con depresión fueron: Geriatría con un 75% (n=3), Nefrología con un 69% (n=9), Hematología con un 67% (n=2) y Oncología con un 60% (n=6). Los mayores índices de depresión se observan en pacientes con estancias nosocomiales cortas, de 1 a 18 días (74.53%), alcanzando un pico máximo en la primera semana (43.63%), seguido por un detrimiento posterior que se estabiliza a partir del día 31 hasta el día 54, que representa el 5.43%.

Conclusiones: La prevalencia de depresión en el Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, de acuerdo a nuestro estudio fue de 45.83%, lo que representa una tasa más elevada que las reportadas en estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las variables que estudiamos para relacionar como factores precipitantes de depresión fueron: edad, ocupación, nivel educativo (inversamente proporcional), estado civil, lugar de origen y tiempo de estancia hospitalaria (menos de 15 días y más de 45).

a. Estudiante de sexto semestre de la Licenciatura en Medicina del Centro Universitario de Ciencias de la Salud CUCS de la Universidad de Guadalajara U de G. Instructor del laboratorio de Inmunología del Departamento de Fisiología. Oficial Local en Educación Médica (LOME) de SCOME, ACEMJAL A.C.; IMFSA México.
b. Estudiante de sexto semestre de la Licenciatura en Medicina del Centro Universitario de Ciencias de la Salud CUCS de la Universidad de Guadalajara.
Contacto al correo electrónico: charrokeko@hotmail.com
del Rio-Berumen SE, Macías-Carrillo AT, Bernal-Gallegos GD, Ramírez-Gutiérrez AG, Rosales-Escobedo KM, Ramírez-Delgado VD. Incidencia de depresión y factores asociados en pacientes hospitalizados del Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde: Un análisis de acuerdo al MINI Neuropsychiatric International Interview. *Rev Med MD* 2011;2(3):135-140.

Incidence of depression and associated factors in hospitalized patients of the Hospital Civil of Guadalajara Fray Antonio Alcalde: a descriptive analysis of the prevalence according to MINI Neuropsychiatric International Interview

Abstract

Background: Anxiety and depression are highly prevalent psychiatric disorders among hospitalized patients. Recent studies show an increased incidence of depression among them.

Objective: To identify the prevalence and associated factors that have an influence on the onset of depression in hospitalized patients.

Methods: This is a descriptive cross-sectional non experimental study. We used the MINI Neuropsychiatric International interview (5.0.0 DSM-IV. D. Sheehan, 2000) in 120 hospitalized patients in the Hospital Civil of Guadalajara Fray Antonio Alcalde, randomly selected who met the following inclusion criteria: males and females older than 18 years, any socioeconomic level, voluntary participation, without alteration of consciousness. We evaluated age, occupation, the highest level of educational attainment, length of stay and medical department as independent variables and the incidence of depression as a dependent variable.

Results: From the total sample (120 patients, 100%), 45.83% (n=55) patients met the criteria for depression diagnosis. 67% (n = 37) of the depressed patients were male, while 33% (n = 18) were female. The highest rates of depression were observed in individuals with basic education at primary level, having an incidence of 23.33%. The departments with the highest percentage of patients with depression were: Geriatrics with 75% (n=3), Nephrology with 69% (n=9), Hematology with 67% (n=2) and Oncology with 60% (n=6). The highest rates of depression were seen in patients with nosocomial short stays of 1 to 18 days (74.53%), reaching a peak in the first week (43.63%), followed by a subsequent stabilized decrease from day 31 until day 54, representing 5.43%.

Conclusions: The prevalence of depression in the Hospital Civil of Guadalajara Fray Antonio Alcalde, according to our study was 45.83%, representing a higher rate than the statistics reported by the World Health Organization (WHO). The variables associated with the diagnosis of depression were: age, occupation, education level (inversely proportional), marital status, presence of chronic illness and hospital stay (less than 15 days and over 45).

Introducción

La depresión se define como el abatimiento emocional o tristeza mórbida acompañada de pérdida de interés por el entorno y falta de energía. El Trastorno Depresivo Mayor (TDM) es una enfermedad asociada a síntomas de naturaleza emocional, vegetativos y físicos; entre éstos se encuentran los de naturaleza dolorosa.¹ La depresión mayor es un estado de ánimo deprimido que se mantiene diariamente por un mínimo de dos semanas.

El TDM es una alteración común. De cada 100 personas aproximadamente 13 hombres y 21 mujeres lo desarrollan en algún momento de su vida.² Las tasas más altas de depresión tienden a darse en individuos mayores de 75 años y en quienes viven en centros para el cuidado de problemas agudos o crónicos.³

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que el TDM se convertirá en la segunda causa de discapacidad para el año 2020 en los países en desarrollo y calcula que 121 millones de personas en la actualidad padecen depresión (*Fact Sheet Mental and neurological disorders, WHO*).⁴

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, llevada a cabo en 2002 entre población urbana de 18 a 65 años

de edad, concluyó que los trastornos afectivos se ubican en tercer lugar en frecuencia frente a otros trastornos psiquiátricos, con una prevalencia de 9.1%.⁵

La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años, su prevalencia en este grupo de edad es de 15% a 20 % en la población ambulatoria, pero se incrementa de 25 a 40 % en hospitalizaciones.^{2,6,7}

En pacientes hospitalizados la prevalencia de depresión oscila entre el 7% y el 20%, alcanzando en algunas series cifras de hasta el 16% y 43%.⁸

Manifestaciones clínicas

Los síntomas de depresión son variables para cada individuo y a veces son difíciles de reconocer. Pueden verse afectadas la conducta y la cognición así como el humor y el afecto. Algunas personas experimentan la depresión como una ralentización del pensamiento y del movimiento. Para algunos los olvidos o dificultad para la concentración son factores prominentes.

Dentro de las características del cuadro clínico se encuentra la tristeza, indiferencia, apatía o irritabilidad, suele asociarse a alteraciones en los patrones de sueño, apetito o peso

Tabla 1. Variables medidas y su relación con la aparición de depresión

Variable	% de la muestra (n=número)	% con depresión (n=número)	% Sin depresión (n=número)	P
<i>Sexo masculino</i>	67.3 (n=81)	45.6 (n=37)	54.3 (n=44)	0.9610
<i>Sexo femenino</i>	32.7 (n=39)	46.16 (n=18)	43.84 (n=21)	0.9610
<i>Edad de 45-79 años</i>	55.83 (n=67)	47.7 (n=32)	52.3 (n=35)	0.6337
<i>Edad <45 o >79</i>	44.17 (n=53)	43.4 (n=23)	56.6 (n=30)	0.6337
<i>Ocupación</i>				
<i>No empleados</i>	44.1 (n=53)	45.28 (n=24)	54.72 (n=29)	0.9143
<i>Empleados</i>	55.9 (n=67)	46.26 (n=31)	53.74 (n=29)	0.9143
<i>Nivel de estudios</i>				
<i>Educación básica primaria</i>	47.5 (n=57)	49.1 (n=28)	50.29 (n=29)	0.4915
<i>Educación básica secundaria</i>	25.8 (n=31)	48.38 (n=15)	51.62 (n=16)	0.7404
<i>Educación media</i>	8.3 (n=10)	30 (n=3)	70 (n=7)	0.2939
<i>Estado civil</i>				
<i>Soltero</i>	22.5 (n=27)	29.6 (n=8)	70.4 (n=19)	0.0549
<i>Casado</i>	51.6 (n=62)	51.61 (n=32)	48.39 (n=30)	0.1889
<i>Acompañado</i>	95 (n=114)	46.49 (n=53)	53.51 (n=61)	0.8667
<i>Sin familiar</i>	5 (n=6)	50 (n=3)	50 (n=3)	0.8667

Fuente: Encuesta directa

corporal; agitación o retardo motor; fatiga, perdida de la capacidad de concentración y de decisión; sensación de culpa o vergüenza; pensamientos relacionados con la muerte. Los síntomas se acompañan de anhedonia y disforia de predominio matutino.^{1,9}

Depresión en el paciente hospitalizado

Aguadelo Vélez y cols. determinaron la prevalencia de depresión en 9.8% en pacientes de un hospital Colombiano, utilizando la escala HADS (*Hospitalary Anxiety and Depression Scale*). El 89% de los pacientes estaban acompañados por un familiar o amigo durante su estancia hospitalaria, por lo que se concluyó que esto no es un factor relevante en la prevalencia de depresión. Las personas de mayor edad tenían mayor prevalencia de depresión, así como aquellas que contaban con un tiempo más prolongado de hospitalización.⁹

Es frecuente que en los pacientes hospitalizados no se detecte la depresión y por lo tanto no se prescriba tratamiento, en parte porque el estado de ánimo se atribuye al proceso de la hospitalización y a la enfermedad orgánica asociada. Grau y cols. analizaron la evolución de los síntomas de ansiedad y depresión durante el ingreso al hospital, observando un descenso de los síntomas en los tres primeros días de estancia hospitalaria con una posterior estabilidad. Se han realizado pocos estudios que contemplen un seguimiento posterior al alta.⁸

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo. Obtuimos una muestra de 120 pacientes hospitalizados en el Hospital Civil de Guadalajara Frey Antonio Alcalde durante el mes de octubre de 2010, que cumplían los siguientes criterios de inclusión: ambos sexos, mayores de 18 años, cualquier nivel socioeconómico, sin alteraciones del estado de conciencia, con más de 24 horas de hospitalización.

La muestra se integró con pacientes de los siguientes departamentos del hospital: Cardiología, Cirugía General, Cirugía Médico Legal, Cirugía plástica, Geriatría, Hematología, Infectología, Medicina Interna, Neurocirugía, Nefrología, Oncología, Traumatología y Ortopedia, Urología y la Unidad de VIH.

Aplicamos la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (*MINI International Neuropsychiatric Interview* versión en español 5.0.0 DSM-IV. D. Sheehan, Y. Lecriubier, 2000) para establecer diagnóstico de depresión en los pacientes de nuestro estudio.

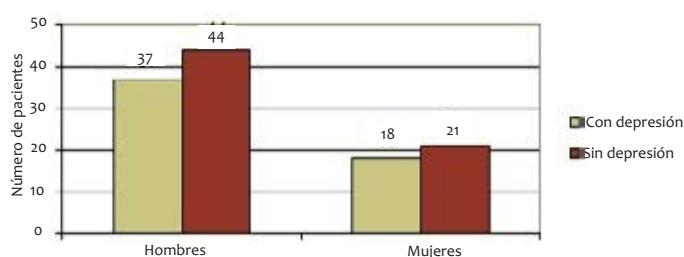
Utilizamos el cálculo de Chi cuadrada para determinar la relación de la depresión con los siguientes factores: sexo, grupo etario, actividad laboral, educación, estado civil, lugar de residencia y si los pacientes se encontraban acompañados de un familiar o no.

Resultados

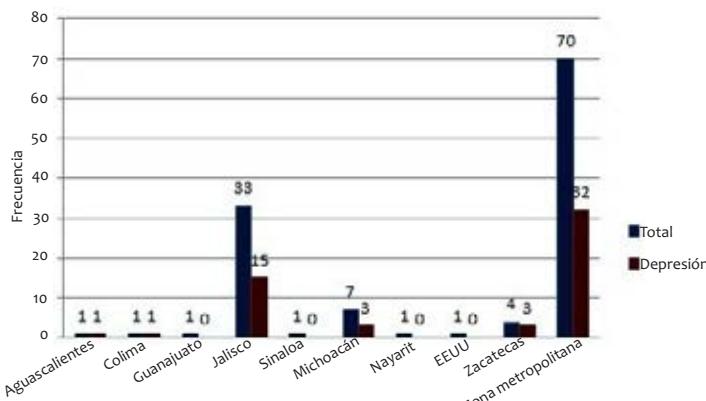
De la muestra de estudio (n=120, 100%), el 67.3% (n=81) correspondió al sexo masculino, mientras que el 32.7% (n=39) perteneció al sexo femenino. La edad promedio en los pacientes fue de 49.44 ± 36.98 años, con una mínima de 18 años y una máxima de 92 años.

De acuerdo a los resultados de la entrevista MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, se estableció el diagnóstico de depresión en el 45.83% (n=55); de estos pacientes el 67.3% (n=37) correspondió al sexo masculino y el 32.7% (n=18) al sexo femenino (p 0.9610). (Gráfica 1)

El 41.8% (n=23) de los pacientes con diagnóstico de



Gráfica 1. Diagnóstico de depresión en los pacientes hospitalizados, de acuerdo al sexo



Gráfica 2. Diagnóstico de depresión de los pacientes hospitalizados de acuerdo a su lugar de residencia.

Se presenta el total de pacientes de cada estado y el número de pacientes con diagnóstico de depresión.

depresión se encuentran en un rango de edad de 45 a 79 años ($p=0.6337$).

Dividimos la muestra en dos grupos de acuerdo a su actividad laboral en empleados y no empleados, el 55.9% ($n=67$) se encontró en el grupo de empleados, mientras el 44.1% ($n=53$) correspondió al de desempleados ($p=0.9143$).

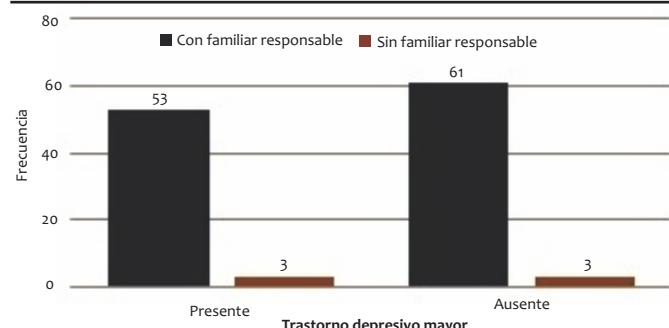
Los índices más altos de depresión se observaron en individuos con educación básica; en nivel primaria el 49.1% ($n=28$) resultaron con diagnóstico positivo para depresión ($p=0.4915$).

En aquellos cuyo estado civil es casado (51.6% $n=52$), la depresión se observó en el 51.61% ($n=32$) de los casos ($p=0.1889$); mientras en el grupo de los solteros (22.5% $n=27$), la depresión solo fue observada en un 29.6 ($n=8$) ($p=0.549$).

Como se representa en la gráfica 2, los lugares con mayor número de pacientes son la Zona Metropolitana de Guadalajara, el interior de Jalisco y Michoacán.

En los pacientes que estuvieron acompañados por un familiar responsable (95% $n=114$), se observó depresión en un 46.49% ($n=53$) ($p=0.8667$); mientras en aquellos que no contaban con acompañante se observó solo en un 50% ($n=3$) ($p=0.8667$). (Gráfica 3)

La distribución de depresión de acuerdo a los servicios médicos incluidos dentro de este estudio se pueden observar en la gráfica 4, donde observamos mayor prevalencia de depresión en los servicios de Geriatría con un 75% en



Gráfica 3. Presencia del trastorno depresivo mayor y su relación con la presencia o ausencia de familiar acompañante.

Nefrología con un 69%, en Hematología con un 67% y en Oncología con un 60%. Los porcentajes más bajos se presentaron en los servicios de Uroología 0%, Traumatología con un 39% Infectología con 40%, Cardiología con 25% y hospitalizados por VIH con un 29%. (Gráfica 4)

Los mayores índices de depresión surgen en pacientes con estancias intrahospitalarias cortas, de 1 a 18 días (74.53%), alcanzando un pico máximo en la primera semana (43.63%), seguido por un detrimiento posterior que se estabiliza a partir del día 31 hasta el día 54, que representa el 5.43%. (Gráfica 5)

Discusión

En nuestro estudio hubo un claro predominio del sexo masculino (67.5% vs 32.5%), explicado por la aleatoriedad con la que se seleccionaron los pacientes. La edad promedio fue de 49.44 años.

Logramos establecer el diagnóstico en el 45.83%, un porcentaje alto en comparación con los reportes de la OMS, mostrando una mayor prevalencia en el sexo masculino (67.3% vs 32.7%), explicado por la mayor muestra de hombres y sin poder estadístico significativo para considerarse como factor para desarrollar depresión en nuestro estudio.

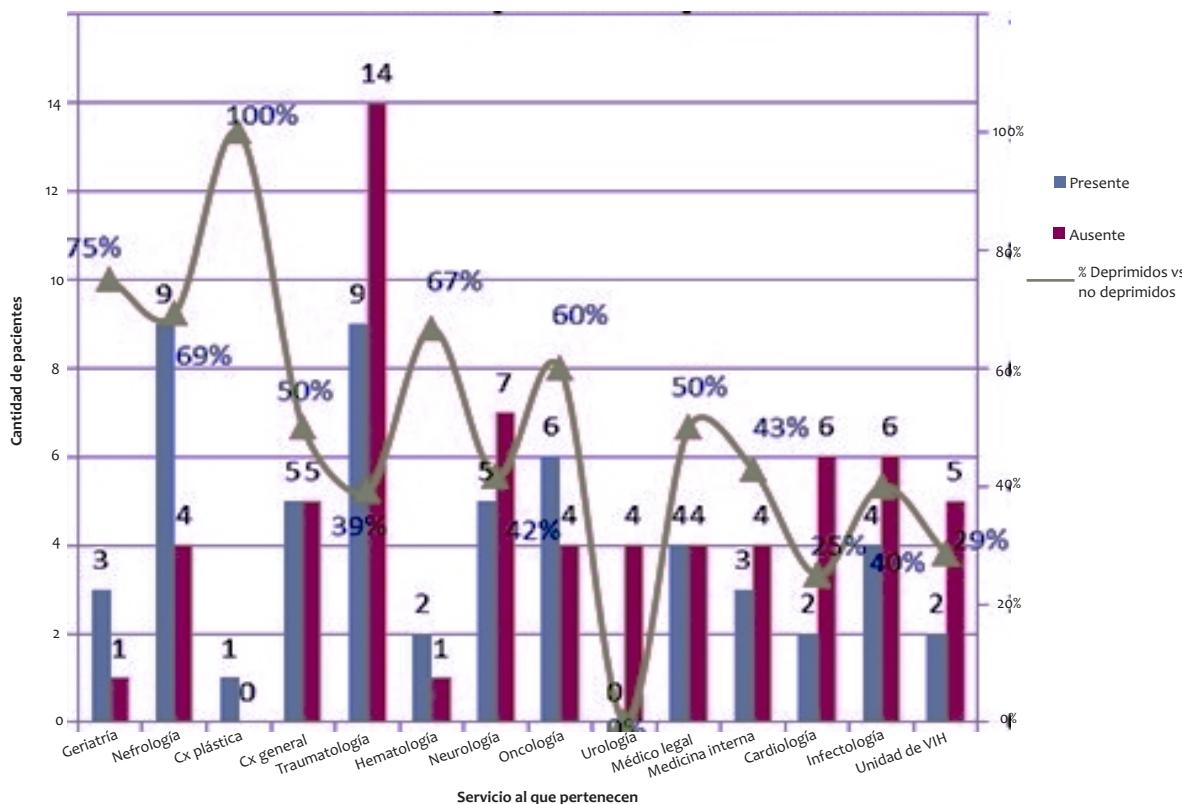
El grupo etario con mayor índice de depresión fue de 45-79 años, lo cual concuerda con lo reportado en la literatura consultada.

De acuerdo a nuestros resultados los empleados o no empleados, tienen casi la misma incidencia de depresión (55.9% vs 44.1%), por lo cual no puede ser considerado un factor asociado para desarrollar depresión en el contexto de nuestro estudio.

Los índices más altos de depresión se observaron en individuos con educación básica en nivel primaria mostrándose una relación inversamente proporcional entre la aparición de depresión y el nivel educativo elevado. Reportes de la Secretaría de Salud Pública de México publicados en el 2005 establecen que conforme se incrementa el nivel de escolaridad, disminuye la prevalencia de depresión.¹⁰

La baja incidencia de depresión en niveles académicos superiores, puede explicarse por que durante la vida académica, los individuos son preparados para responder a las necesidades de su entorno, desarrollan capacidades para la elaboración de soluciones frente a problemas reales, por lo tanto, al encontrarse en situaciones como la hospitalización, permanecen con una perspectiva más amplia con la consideración de riesgos y beneficios de su condición actual.

En lo referente al estado civil, en pacientes casados la depresión se observó en la mitad de los pacientes, mientras que los solteros mostraron cifras mas bajas de depresión (22.5%). Lo cual podría explicarse debido al hecho de que los pacientes solteros, por lo general no tienen la responsabilidad de mantener a otras personas, por lo que su hospitalización no compromete la estabilidad económica de una familia; caso contrario a los casados, a cargo de las necesidades económicas de sus familias, que al encontrarse hospitalizados descuidan sus trabajos y dificultan la solvencia monetaria de sus hogares, lo que en dado caso aumenta su angustia y sentimientos de inutilidad terminando en un incremento en la



Gráfica 4. Distribución de pacientes con diagnóstico de depresión o sin él de acuerdo al servicio que pertenecen.

La gráfica presenta en columnas el total de pacientes con depresión y sin ella de acuerdo a su servicio, y la línea de tendencia muestra los porcentajes de depresión por servicio.

prevalencia de depresión.

El lugar de residencia de los pacientes es reflejo de la zona de atención que brinda el Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, al funcionar como un centro de referencia de todo el Occidente de México.

El 95% de los pacientes se encontraban acompañados por un familiar, observándose el desarrollo de depresión en casi la mitad de los pacientes, por lo cual, para efectos de nuestro estudio, tampoco puede ser considerado como factor para desarrollar la enfermedad.

La mayor incidencia de TDM se presenta en los servicios de traumatología y de nefrología por ser los servicios con mayor cantidad de pacientes entrevistados. Sin embargo, el

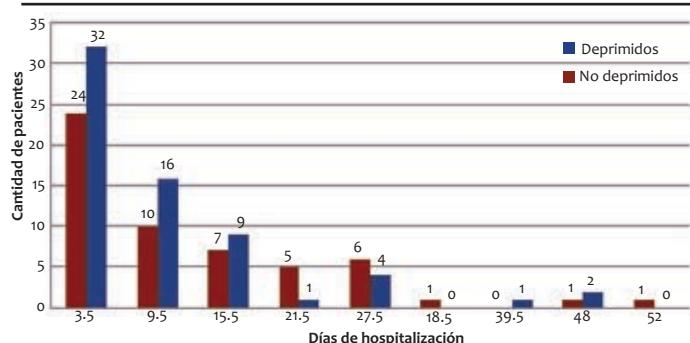
porcentaje de deprimidos en relación a los no deprimidos mostró mayor prevalencia de depresión en los servicios de Geriatría con un 75%, en Nefrología con un 69%, en Hematología con un 67% y en Oncología con un 60%. Los porcentajes más bajos se presentaron en los servicios de Urología 0%, Traumatología con un 39% Infectología con 40%, Cardiología con 25% y hospitalizados por VIH con un 29%.

En lo referente a los días de hospitalización, los resultados se debieron a que la mayoría de los pacientes entrevistados se encontraban entre los días 1-18 de hospitalización. Por el análisis estadístico se concluyó que el tiempo de hospitalización prolongado no influye en la aparición de TDM en nuestro estudio.

Conclusiones

La prevalencia de depresión en pacientes hospitalizados en el Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, fue de 45.83% de acuerdo a nuestro estudio, lo cual corresponde a índices más elevados que los reportados en las estadísticas mundiales de la OMS.

Las variables o factores que tuvieron una correlación más notable con depresión fueron: grupo etario (de 45-79 años), escolaridad (a mayor escolaridad menos casos de depresión), estado civil (casados) y días de hospitalización (primeras 2 semanas). A pesar de ello, el poder estadístico no es lo suficientemente significativo para relacionarlas de una manera adecuada. Recomendamos la realización de estudios



Gráfica 5. Presencia del trastorno depresivo mayor y su relación con la estancia intrahospitalaria.

con muestras significativas e incluso con un modelo de casos y controles para poder identificar adecuadamente los factores asociados al desarrollo de TDM en pacientes hospitalizados.

Proponemos también, el ejercicio del diagnóstico temprano de TDM al ingreso del paciente, dictando con ello el abordaje terapéutico adecuado a las características del individuo.

Conflicto de intereses

Los autores no reportan conflicto de intereses y declaran que el presente estudio no infringe las normas de ética profesional del departamento de Salud Pública, la academia de Epidemiología y Bioestadística de la Universidad de Guadalajara o del Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Referencias Bibliográficas

- 1.Ruiz-Flores L.G., Colín-Piana R.F., Corlay-Noriega I.S., Lara-Muñoz M.C., Dueñas-Tentori H.J. Trastorno depresivo mayor en México: la relación entre la intensidad de la depresión, los síntomas físicos dolorosos y la calidad de vida. *SaludMent* 2007; 30(2):25-32
- 2.Mogollón-Díaz J., Jinete-Castellanos S., Moreno-Martínez I., Álvarez M. Prevalencia de trastorno depresivo mayor en pacientes mayores de 50 años hospitalizados en un servicio de medicina interna. *MedUNAB*. 2005; 8 (1):11-14.
- 3.Halgin R.P. y Krauss W.S. Psicología de la anormalidad, Perspectivas clínicas sobre desórdenes psicológicos. (Pp. 310-315) México: McGraw-Hill, 2004.
- 4.Esquível-Molina C., Buendía-Cano F., Villa-Hernández F., Ontiveros-Martínez R., Velasco-Rodríguez V., Martínez-Mendoza J. Ansiedad y depresión en familiares de pacientes hospitalizados. *Med int Méx*. 2007; 23(6):512-16
- 5.Martínez-Mendoza J., Martínez-Ordaz V., Esquivel-Molina C., Velasco-Rodríguez V. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. *Rev Med del IMSS*. 2007; 45 (1):21-28
- 6.Vázquez G. Algunas Generalidades en Relación a los Trastornos Afectivo. *Revista del Instituto Jalisciense de Salud Mental*, 2008, (1) 3-19.
- 7.Espinosa-Aguilar A., Caraveo-Anduaga J., Zamora-Olvera M., Arronte-Rosales A., Krug-Llamas E., Olivares-Santos R., Reyes-Morales H., Tapia-García M., García-González J., Doubova S., Peña-Valdovinos A. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores. 2007; 30(6): 69-80
- 8.Grau A., Comas P., Suñer R., Peláez E., Sala L., Planas M. Evolución de la ansiedad y de la depresión detectada durante la hospitalización en un servicio de Medicina Interna. *Revista Anales de Medicina Interna* 2007; 24(5)
- 9.- Agudelo-Vélez D., Lucumí-Acelas L., Santamaría-Quiroga Y. Evaluación de la depresión en pacientes hospitalizados por distintas enfermedades médicas en la ciudad de Bucaramanga. Pensamiento Psicológico, Vol. 4, Núm. 10, enero-junio, 2008, pp. 59-83. Pontificia Universidad Javeriana, Colombia.
- 10.Belló M. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública Méx* 2005; Vol. 47(sup 1):4-11.