

Prevalencia de trastorno depresivo mayor en pacientes mayores de 50 años hospitalizados en un servicio de medicina interna

Johana Patricia Mogollón Díaz*

Sandra Patricia Jinete Castellanos*

Ivonne Andrea Moreno Martínez*

Mónica Patricia Álvarez*

Resumen

Antecedentes: El trastorno depresivo mayor (TDM) es el más prevalente de los trastornos mentales en la población general. En pacientes de consulta externa y hospitalizados con enfermedades médicas de larga evolución, la prevalencia es mayor que en población general. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de TDM en pacientes hospitalizados. **Método:** Se realizó un estudio transversal de prevalencia, que incluyó 100 pacientes mayores de 50 años hospitalizados de un servicio de medicina interna (MI); se describieron variables sociodemográficas y se realizó la entrevista clínica estructurada para trastornos del eje I (SCID-I) para diagnóstico de TDM y el APGAR familiar para evaluar el grado de función de esta. **Resultados:** La prevalencia de TDM fue 38%, se encontró fuerte asociación con enfermedad crónica, tener más de cuatro diagnósticos médicos, estar empleado y sin pareja. **Conclusiones:** La prevalencia de TDM en pacientes hospitalizados por MI es alta y la presencia de enfermedades crónicas, más de cuatro diagnósticos médicos, estar empleado y sin pareja se asocia con TDM en pacientes hospitalizados. [Mogollón JP, Jinete SP, Moreno IA, Álvarez MP. Prevalencia de trastorno depresivo mayor en pacientes mayores de 50 años hospitalizados en un servicio de medicina interna. *MedUNAB* 2005; 8(1):11-14]

Palabras clave: Trastorno depresivo mayor, prevalencia, hospitalizados, medicina interna

Introducción

El trastorno depresivo mayor (TDM) es el más prevalente de los trastornos mentales en la población general.¹⁻³ La prevalencia de TDM es alta en pacientes de consulta externa⁴ y en pacientes hospitalizados con enfermedades médicas de larga evolución⁵. La presencia de TDM tiene implicaciones en el pronóstico de las enfermedades médicas; además, afecta la morbimortalidad en pacientes mayores^{6, 7}, y aumenta los costos de la atención en salud.¹

Existen pocos datos en Latinoamérica; un estudio realizado en Chile mostró, que el 46.4% de los pacientes hospitalizados en varios servicios tenían significativos síntomas psiquiátricos⁸, y en un estudio colombiano se encontró una prevalencia de 52.6% en población hospitalizada por MI⁹.

Es importante conocer el comportamiento de este fenómeno en nuestro medio, puesto que los datos existentes son de poblaciones diferentes a las nuestras, en cuanto a características sociodemográficas y genéticas, claves en la etiología de este trastorno¹⁰. El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de depresión en pacientes hospitalizados mayores de 50 años, de un servicio de MI en un hospital privado de la ciudad de Bucaramanga, Colombia.

Métodos

El presente es un estudio transversal de prevalencia en pacientes hospitalizados en el servicio de MI de la Foscál, de la ciudad de Bucaramanga. Fue aprobado por el comité

*Estudiante, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia.

Correspondencia: Sra. Mogollón, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Bucaramanga, UNAB, Calle 157 # 19-55, Cañaveral Parque, Bucaramanga, Colombia. E-mail: jmogollon@unab.edu.co

Artículo recibido: 14 de marzo de 2005; aceptado: abril 7 de 2005.

de ética de la Universidad Autónoma de Bucaramanga y dirección médica de la institución. Para la vinculación se expuso a cada paciente el estudio, sus implicaciones y objetivos, y quienes decidían participar, daban su consentimiento informado verbalmente.

Se incluyeron 100 pacientes consecutivos durante un período de seis semanas en agosto y septiembre de 2004, de ambos sexos, mayores de 50 años, con cualquier enfermedad. Se excluyeron pacientes con enfermedad quirúrgica o traumática como causa principal de hospitalización o con déficit neurosensorial que les impidiera responder la entrevista.

Para el diagnóstico de TDM se utilizó la entrevista estructurada SCID-I^{11,12}, la cual fue aplicada por estudiantes de medicina de IX semestre previamente entrenados por un médico psiquiatra, profesor de la línea de salud mental de la UNAB. Para evaluar el funcionamiento familiar se utilizó la escala APGAR familiar,¹³ la cual se interpreta según el puntaje obtenido de la siguiente manera: buena función familiar (18-20), disfunción familiar leve (14-17), disfunción familiar moderada (10-13) y disfunción familiar severa (9 o menos).

Los datos fueron tabulados y analizados en el programa EpiInfo versión 6, utilizando análisis univariado para determinar la frecuencia de las diferentes variables, teniendo en cuenta los valores de la media y desviación estándar (DE); en el análisis bivariado se analizó la relación de cada una de las variables con TDM, teniendo en cuenta los valores de razón de prevalencia (RP), e intervalo de confianza del 95% (IC 95%). Se aceptaron como significativos valores de $p < 0.05$. El análisis multivariado se hizo mediante un modelo de regresión logística y bondad de ajuste de Hosmer-Lemeshow, en el programa Stata 8.

Resultados

Los pacientes incluidos tenían una edad que osciló entre 50-96 años, con una media de 69.6 años (DE 12.5), de los cuales 53 fueron mujeres y 47 hombres. La escolaridad medida en años cursados estuvo entre 0-18, con una media de 5.1 (DE 4.2). Con respecto al estado civil el 53% de los pacientes tenían pareja estable (casado y unión libre) y el 47% no tenían pareja (soltero, viudo y separado).

Respecto a la ocupación, el 41% eran amas de casa, 29% empleados, 20% jubilados y 10% desempleados. En cuanto a la religión, 89% pertenecían a la católica, 8% otras (evangélica, adventista y testigos de Jehová) y el 3% restante eran ateos. El número de hijos estuvo entre 0-14, con una media de 5.2 (DE 2.8).

La media de hospitalización al momento de la evaluación fue de 2.3 días (DE 1.6) y el tiempo de enfermedad fue clasificado en aguda (menor de 90 días) y crónica (mayor de 90 días), encontrando 75% y 25% respectivamente. El tipo de enfermedades motivo de hospitalización se agruparon

de la siguiente manera: cardiovascular 25%, infecciosa 23%, pulmonar 23%, gastrointestinal 11% y otras 18%; y el número de diagnósticos que presentaban estuvo entre uno y ocho, con una media de 3.1 (DE 1.5).

El valor del APGAR osciló entre 6-20, con una media de 17.9 (DE 3.2); 67% presentaron buena función familiar, 18% disfunción familiar leve, 11% disfunción familiar moderada y 4% disfunción familiar severa.

El 73% de los pacientes recibía al menos un medicamento relacionado con el desarrollo de TDM y el 27% restante no recibía ningún medicamento de este tipo. El número de fármacos recibidos durante la hospitalización estuvo entre 0-16, con una media de 9.6 (DE 3.1). La prevalencia encontrada de TDM fue de 38% (IC 95% 28.5-48.3).

En el análisis bivariado se encontró que tener una enfermedad crónica es factor de riesgo para presentar TDM con una RP 1.96 (IC 95%, 1.23-3.12, $p = 0.008$). Igualmente, tener algún grado de disfunción familiar se relaciona con TDM (RP 2.03, IC 95%, 1.26-3.2, $p = 0.004$). Además, tener más de 4 diagnósticos se comportó como factor de riesgo para TDM (RP 1.88, IC 95%, 1.15-3.05, $p = 0.02$); al igual que estar empleado (RP 1.58, IC 95%, 1.2-2.07, $p = 0.004$), y no tener pareja (RP 1.28, IC 95%, 1.02-2.5, $p = 0.038$).

En el análisis multivariado se encontró que de las cinco variables mencionadas anteriormente, solo cuatro se relacionan significativamente con TDM, ya que la buena función familiar, aunque tiende a comportarse como factor protector, no tiene una asociación significativa (RP 0.89, IC 95%, 0.78-1.01, $p = 0.07$); los otros términos del modelo tienen RP similares a los del análisis bivariado. El modelo ajusta adecuadamente.

Discusión

El presente estudio encontró una prevalencia de TDM en pacientes mayores de 50 años hospitalizados por MI de 38% y asociación significativa con presentar enfermedad crónica, tener más de 4 diagnósticos médicos, estar empleado y sin pareja.

La prevalencia de TDM en adultos mayores hospitalizados varía según la población estudiada⁹. Nuestros hallazgos son similares a datos publicados en población estadounidense¹⁰, latinoamericana⁸ y colombiana⁹; Loughlin et al,¹⁰ realizaron un estudio en Chicago en pacientes mayores cuidados en casa por enfermeras, utilizaron la escala GSD y encontraron una prevalencia de 52% de síntomas depresivos. En Chile, Fullerton et al⁸ utilizaron la entrevista clínica y la escala GHG-12 (cuestionario de salud general de Golddeger) y reportaron una prevalencia de 46% en pacientes hospitalizados en diferentes servicios. Gutiérrez et al,⁹ en Colombia utilizaron la prueba de Zung para TDM y encontraron una prevalencia de 52.6% en pacientes hospitalizados por MI.

Estos datos difieren a los de Chen et al,¹⁴ quienes evidenciaron que en adultos mayores de república China la prevalencia de TDM fue de 3.86%, mientras que síntomas de ánimo deprimido reportó 14.81%. Mojtabair et al,¹⁵ realizaron un estudio en Estados Unidos, donde encontraron una prevalencia anual de 6.6%.

En cuanto a enfermedades de evolución crónica, los datos de este estudio son similares a hallazgos de otros investigadores.^{16,18} Es evidente que las enfermedades que se prolongan en el tiempo en adultos mayores se convierten en factor de riesgo para TDM; Lopes et al¹⁶ encontraron asociación de TDM con pacientes crónicos renales sometidos a hemodialisis; Van Den Akker et al¹⁷ observaron asociación de diabetes mellitus con TDM, y Sokal et al¹⁸ informaron la asociación de varias enfermedades médicas crónicas con TDM.

En este estudio se encontró que presentar más de cuatro diagnósticos médicos tiene significativa asociación con TDM, un hallazgo similar a lo informado por Koenig et al,¹⁹ quienes registran que el mayor número de diagnósticos médicos se relaciona con TDM, empeorando el pronóstico de estos pacientes. Este fenómeno es esperable al considerar que por cada nueva patología diagnosticada aumentan los medicamentos administrados, las visitas médicas y la restricción de actividades, entre otros factores que afectan al paciente, además de las disfunciones a nivel orgánico que lo limitan físicamente.²⁰

En cuanto al civil, este estudio encontró que no tener pareja es un factor de riesgo para TDM. Datos similares han sido informados en la literatura. Bisschop et al²¹ realizaron un estudio donde mostraron que tener pareja estable disminuye el riesgo de TDM en pacientes con enfermedades crónicas. Jacobi et al²² encontraron, en población general, que no tener pareja es factor predisponente para presentar trastornos psiquiátricos. Amiel-Lebigre et al²³ encontraron que no tener pareja está potencialmente asociado con TDM. Wainwright et al²⁴ observaron que estar casado aún perteneciendo a un bajo estado socioeconómico es un factor protector para TDM.

Respecto a la ocupación los datos son contradictorios.^{24, 25} Este estudio mostró que ser empleado se asocia fuertemente con la presencia de TDM; a sí mismo, Chou et al²⁵ informaron que la independencia económica se relaciona con altos niveles de síntomas depresivos en comparación con aquellos que dependen de sus hijos. Por el contrario, Wainwright et al²⁴ mostraron que el estar empleado no se relaciona con la presencia de síntomas depresivos.

Los resultados no mostraron asociación entre las variables edad, sexo, religión, número de hijos, días de hospitalización, función familiar, fármacos inductores de TDM y diagnósticos de hospitalización; sin embargo otros estudios muestran asociación con estas variables. Mojtabair et al¹⁵ encontraron que con la edad el TDM disminuye pero los síntomas depresivos aumentan. Battaglia et al¹ informan

que el TDM es 1.2 veces más frecuente en mujeres que en hombres en la población general.

Por otro lado, Koenig et al²⁶ informan que en pacientes hospitalizados la religión disminuía el riesgo de TDM y favorecía la recuperación del paciente. Murphy et al,²⁷ encontraron que la creencia religiosa pero no el comportamiento fue un predictor significativo de bajos niveles de desesperanza y depresión.

Al igual que en el presente estudio, Loughin et al¹⁰ y Minardi et al,²⁸ no encontraron relación entre apoyo social y TDM en pacientes mayores. Esto corrobora que el TDM tiene un fuerte componente biológico y aunque los factores ambientales influyen, no son los determinantes más importantes para su presentación.²⁹

Respecto a las variables escolaridad, número de hijos, días de hospitalización y fármacos inductores de depresión no se encontraron estudios en los que se evalúe la asociación entre estos y TDM en adultos mayores hospitalizados.

Una debilidad importante de esta investigación es la limitada forma como se evaluó la variable religión, pues es diferente creencia a comportamiento religioso. Además, la estancia hospitalaria no fue controlada de manera adecuada debido a que los pacientes fueron evaluados en su primer día de ingreso, omitiendo la evolución de los síntomas de TDM durante su hospitalización.

Como conclusión, la prevalencia de TDM en pacientes mayores de 50 años hospitalizados por MI es alta, llegando incluso a doblar la prevalencia de la población general. Las enfermedades de evolución crónica, tener más de cuatro diagnósticos médicos, estar empleado y sin pareja se asocian significativamente con la presencia de TDM en estos pacientes. Es necesario profundizar en el tema para comprender mejor el fenómeno e intervenirlo adecuadamente.

Summary

Background: Major depressive disorder (MDD) is the most prevalent mental disorder. In outpatients and hospitalized with chronic medical illness has a twice prevalence than general population. **Objective:** To determine the prevalence of MDD in hospitalized patients. **Methodology:** This is a cross-sectional study of prevalence, that included patients older 50 years hospitalized in a internal medicine service; we asked for sociodemographic characteristics, and we used the structured interview SCID to made MDD diagnosis, family APGAR score to evaluate familiar disfunction. **Results:** MDD prevalence was of 38%, with a strong association with chronic illness, to have more than four medical diagnoses, to have a work and to be single. **Conclusions:** The prevalence of MDD in hospitalized patients is high, twice with respect to general population. Chronic illness, more than four medical

diagnoses, to be employee, and to be single is associated with MDD in older hospitalized patients with medical conditions.

Key words: Major depressive disorder, prevalence, hospitalized, internal medicine

Referencias

1. Battaglia A, Dubini A, Mannheimer R, Pancheri P. Depression in the Italian community: epidemiology and socio-economic implications. *Int Clin Psychopharmacol* 2004; 19:135-42.
2. Anderson G, Carlbring P, Kaldo V, Strom L. Screening of psychiatric disorders via internet. A pilot study with tinnitus patients. *Nordic J Psychiatry* 2004; 58:287-91.
3. Ustun T, Ayuso-Mateos J, Chatterji S, Mathers C, Murria C. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry* 2004; 184:386-92.
4. Banazak DA. Minor depression in primary care. *J Am Osteopath Assoc.* 2004; 100:89-98.
5. Goleney R, Phillips, Pat J, Fisher, Laura J. Diabetes, depression and quality of life: a population study. *Diabetes Care* 2004; 27: 1066-70.
6. Ramasubbu R, Patten SB. Effect of depression on stroke morbidity and mortality. *Can J Psychiatry* 2003; 48:250-7.
7. Saz P, Dewey ME. Depression, depressive symptoms and mortality in person aged 65 and over living in the community: a systematic review of the literature. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001; 16:622-30.
8. Fullerton C. Psicopatología en pacientes hospitalizados en un hospital general. *Rev Chil Neuropsiquiatría* 2003; 41:103-19.
9. Gutiérrez JC, Arboleda MA, Miranda C. Depresión en pacientes hospitalizados en medicina interna-urgencias del hospital universitario del Valle. Cali, Colombia. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/interpsiquis2003/9291>.
10. Loughlin A. Depression and social support: effective treatments for homebound elderly adults. *Int Clin Psychopharmacol* 2004; 19:135-42.
11. Spitzer R, Williams J, Gibbon M, First M. Entrevista clínica estructurada para el DSM-IV-SCID-I. Guía del usuario para la entrevista clínica estructurada del DSM-IV. Barcelona, Mansson, 1993.
12. Torrens M, Serrano D, Astals M. Versión española de la Entrevista Psiquiátrica para la investigación de trastornos mentales y por sustancias y de la entrevista clínica estructurada del DSM-IV. *Am J Psychiatry* 2004; 7:1231-7.
13. Arias L, Herrera J. El Apgar familiar en el cuidado primario de salud. *Colomb Méd* 1994; 25:26-8
14. Chen R, Copeland JR, Wei L. A meta-analysis of epidemiological studies in depression of older people in the people's republic of China. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999; 14:821-30.
15. Mojtabair R, Olfson M. Major depression in community-dwelling middle-aged and older adults: prevalence and 2 and 4 year follow-up symptoms. *Psychol Med* 2004; 34:623-34.
16. Lopes AA, Albert JM, Young EW, Satayathum S, Pisoni RL, Andreucci VE, et al. Screening for depression in hemodialysis patients: associations with diagnosis, treatment, and outcomes in the DOPPS. *Kidney Int* 2004; 66:2047-53.
17. Van-Akker M, Schuurman A, Metsemakers J, Buntinx F. Is depression related to subsequent diabetes mellitus? *Acta Psychiatr Scand* 2004; 110:178-83.
18. Sokal J, Messias E, Dickerson F, Kreyenbuhl J, Brown CH, Goldberg RW, et al. Comorbidity of medical illnesses among adults with serious mental illness who are receiving community psychiatric services. *J Nervous Mental Dis* 2004; 192:421-7.
19. Koenig HG, George LK. Depression and physical disability outcomes in depressed medically ill hospitalized older adults. *Am J Geriatr Psychiatry* 1998; 6:230-47.
20. Iosifescu DV, Bankier B, Fava M. Impact of medical comorbid disease on antidepressant treatment of major depressive disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2004; 6:193-201.
21. Bisschop MI, Kriegsman DM, Beekman AT, Degg DJ. Chronic diseases and depression: the modifying role of psychosocial resources. *Soc Sci Med* 2004; 59:721-33.
22. Jacobi F, Wittchen H-U, Holting C, Hoyer M, Pfister H, Muller H, et al. Prevalence comorbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German health interview and examination survey (GHS). *Psychol Med* 2004; 34:597-611.
23. Amiel-Lebigre F. Psychosocial factors associated to depressive episodes with hospitalization in women: a case-control study. *Encephale* 2004; 30:97-105.
24. Wainwright W, Surtees G. Area and individual circumstances and mood disorder prevalence. *Br J Psychiatry* 2004; 185:227-32.
25. Chou KL, Chi I, Chow NW. Sources of income and depression in elderly Hong Kong Chinese: mediating and moderating effects of social support and financial strain. *Aging Ment Health* 2004; 8:212-21.
26. Koenig HG, Cohen HJ, Blazer DG. Religious coping and depression among elderly, hospitalized medically ill men. *Am J Psychiatry* 1992; 149:1693-700.
27. Murphy PE, Ciarrocchi JW, Piedmont RL et al. The relation of religious belief and practices, depression, and hopelessness in persons with clinical depression. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68:1102-6.
28. Minardi H. Older people with depression: pilot study. *J Adv Nursing* 2004; 46: 23-32.
29. Zill P, Engel R, Baghai TC, Jucker G, Frodl T, Muller-Siedheneder F, et al. Identification of a naturally occurring polymorphism in the promoter region of the norepinephrine transporter and analysis in major depression. *Neuropsychopharmacology* 2002; 26:489-93.