



Colombia Médica

ISSN: 0120-8322

colombiamedica@correounivalle.edu.co

Universidad del Valle

Colombia

Franco, José Gabriel; Gómez, Pablo Edgar; Ocampo, María Victoria; Vargas, Alejandro; Berríos,  
Diana Milena

Prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes medicoquirúrgicos hospitalizados en la Clínica  
Universitaria Bolivariana de Medellín, Colombia

Colombia Médica, vol. 36, núm. 3, julio-septiembre, 2005, pp. 186-193

Universidad del Valle  
Cali, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28336309>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

***Prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes medicoquirúrgicos hospitalizados en la Clínica Universitaria Bolivariana de Medellín, Colombia***

**José Gabriel Franco, M.D.<sup>1</sup>, Pablo Edgar Gómez, M.D.<sup>2</sup>, María Victoria Ocampo, M.D.<sup>3</sup>,  
Alejandro Vargas, M.D.<sup>3</sup>, Diana Milena Berríos<sup>4</sup>**

**RESUMEN**

**Introducción:** La literatura informa una prevalencia alta de trastornos psiquiátricos en personas hospitalizadas con enfermedades médicas.

**Objetivo:** El grupo de psiquiatría de enlace se propuso determinar la frecuencia de trastornos psiquiátricos en los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina interna, cirugía, ginecología y ortopedia de la Clínica Universitaria Bolivariana de Medellín.

**Metodología:** Estudio descriptivo de 157 personas entrevistadas aleatoriamente en un período de 30 días. Se diseñó un formulario con preguntas que incluían aspectos sociodemográficos y clínicos que se aplicó a cada uno de los entrevistados. Se realizó el Mini-Examen Cognoscitivo (MEC 35) a todos los pacientes. Si el MEC 35 no encontraba alteración psiquiátrica se aplicaba la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (EADH). A quienes tuvieron alteraciones en el MEC 35 o en la EADH, se les realizó una entrevista clínica para diagnosticar el trastorno psiquiátrico presente.

**Resultados:** Del total de pacientes, 70 (44.5%), se diagnosticaron con algún trastorno psiquiátrico. El más frecuente fue demencia en 19 (12.1%), seguido por trastorno depresivo mayor, 16 (10.2%).

**Conclusiones:** Existe una frecuencia de 44.5% de trastornos psiquiátricos en los pacientes hospitalizados de la Clínica Universitaria Bolivariana, Medellín que no son diagnosticados por el personal médico no psiquiatra. Se sugiere realizar jornadas de actualización médica en psiquiatría para el personal médico y paramédico de la institución y crear líneas de investigación en psiquiatría de enlace en otros centros médicos de Medellín.

**Palabras clave:** Demencia; Depresión; Delirio; Prevalencia; Psiquiatría de enlace; Paciente hospitalizado; Tratamiento psiquiátrico; Psicósomática.

***Prevalence of psychiatric disorders in medical-surgical hospitalized patients in the Clínica Universitaria Bolivariana from Medellín, Colombia***

**SUMMARY**

**Introduction:** There is a high prevalence of psychiatric disorders among hospitalized patients reported in medical literature.

**Objective:** The consultation-liaison psychiatry group had the purpose of determinate the frequency of psychiatric disorders in hospitalized patients in the internal medicine, surgery, gynecology and orthopedics services in the Clínica Universitaria Bolivariana.

**Methods:** We present a descriptive observational study of 157 patients randomly interviewed over a 30 day period. A form was designed with questions including sociodemographic and clinical aspects and it was applied to all the interviewed ones. We administered the Mini-Mental State Examination (MMSE 35) to all the patients. If it did not detect any psychiatric disorder then a Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) was applied. Those with alterations in the MMSE 35 or the HADS had a clinical interview made in order to diagnose the existing psychiatric disorder.

1. Profesor Asociado, Escuela de Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia. e-mail: josefranco11@hotmail.com
2. Profesor de Cátedra, Escuela de Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia. e-mail: pablo1gg@yahoo.com
3. Profesora Asistente, Escuela de Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia. e-mail: mavos@epm.net.co epivar@hotmail.com
4. Estudiante de Medicina 5° semestre, Escuela de Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia. e-mail: diana99@hotmail.com

Recibido para publicación abril 20, 2004 Aprobado para publicación junio 27, 2005

**Results:** 70 (44.5%) patients were diagnosed with some psychiatric disorder. The most frequent being dementia  $n=19$  (12.1 %) followed by depressive disorder  $n=16$  (10.2 %).

**Conclusions:** There is a high frequency of psychiatric disorders in hospitalized patients of Clínica Universitaria Bolivariana (44.5%) that are not diagnosed by non-psychiatrist medical staff. We suggest to plan actualization journeys on psychiatry for the medical and paramedical staff of this institution and also to create research lines on liaison psychiatry in other medical centers in Medellín city.

**Key words:** *Dementia; Depression; Delirium; Prevalence; Liaison psychiatry; Hospitalized patient; Psychiatric treatment; Psychosomatic.*

Un alto porcentaje de trastornos psiquiátricos se pasa por alto por médicos no psiquiatras en los hospitales generales<sup>1</sup> y cuando estos pacientes se identifican, el tiempo entre el ingreso y la petición de interconsulta a psiquiatría puede ser de 10.6 días en promedio<sup>2-4</sup>.

En los estudios de prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes hospitalizados por enfermedad médica, se demuestra la asociación existente entre enfermedades o procedimientos medicoquirúrgicos y algunos trastornos psiquiátricos, siendo más frecuentes los trastornos afectivos, ansiosos, cognitivos y alcoholismo<sup>5-9</sup>. En Cali, se encontró una prevalencia de 32.5% de depresión leve y severa en un grupo de personas con infarto agudo de miocardio<sup>10</sup>. Estas investigaciones ponen de manifiesto el impacto que dichos trastornos tienen sobre la morbilidad y mortalidad, tendiendo a aumentar los días de estancia hospitalaria y los costos médicos<sup>11-13</sup>.

Actualmente se desconoce la prevalencia de enfermedades mentales en personas hospitalizadas en las diferentes instituciones médicas de Medellín. La Clínica Universitaria Bolivariana (CUB), unidad médica de importancia en la ciudad, atiende pacientes hospitalizados por enfermedades medicoquirúrgicas en los servicios de medicina interna, cirugía, ginecología, ortopedia, entre otros. Cuenta con 85 camas de hospitalización, 25 cubículos en unidad de cuidados intensivos y 13 servicios entre los que se encuentra el de psiquiatría de enlace y aún no tiene cuantificada la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en los pacientes medicoquirúrgicos ni el impacto de las intervenciones hechas sobre ellos. Se ve entonces la necesidad de estudiar la prevalencia de trastornos psiquiátricos en personas hospitalizadas por enfermedades medicoquirúrgicas y de crear una base de datos epidemiológicos y clínicos

que permitan realizar una adecuada vigilancia epidemiológica, evaluar el impacto que tendría el incidirlos y programar de forma racional el trabajo asistencial, docente e investigativo en psiquiatría de enlace.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Esta investigación es descriptiva. Se estudió una muestra representativa de los pacientes ingresados por enfermedad médica o quirúrgica en la CUB. Para calcular el tamaño de la muestra se tuvo en cuenta el número de pacientes hospitalizados durante el mes previo al estudio en los servicios médicos o quirúrgicos ( $n=296$ ), según el registro del Departamento de Estadística. Para el cálculo de los parámetros se tuvo en cuenta una prevalencia informada de 32.2% de trastornos psiquiátricos en poblaciones similares<sup>13</sup>. Los otros parámetros fueron: un peor resultado esperado de 5 puntos arriba o debajo de esta cifra (27.2%-37.2%) y un nivel de confianza de 95%. Estos datos se procesaron en el programa Statcalc de Epi-Info 6, que arrojó un tamaño de muestra de 157 personas.

Los participantes se escogieron de manera aleatoria anotando en tarjetas individuales el número de historia de cada uno que ingresaba diariamente a los servicios mencionados. Luego se introducían en una caja donde cada uno de los tres investigadores encargados de las entrevistas extraían 2 tarjetas diarias de lunes a viernes y de 1 a 2 los sábados y festivos porque los ingresos disminuían a la mitad durante esos días. Se excluyeron los servicios de neonatología, pediatría y maternidad por no ser población objetivo de la investigación, ni tampoco pacientes en estupor o coma por las limitaciones para aplicar los cuestionarios. Los pacientes de urgencias no se incluyeron por no estar hospitalizados. Si el paciente correspondiente a la tarjeta escogida por un entrevistador no cumplía con los criterios de selección, esta tarjeta se desechaba y se escogía otra dentro de las depositadas en la caja diseñada para tal fin.

**Instrumentos.** Se diseñó utilizando el método de consenso de expertos un cuestionario para recoger las variables sociodemográficas y clínicas de cada paciente<sup>18</sup>. A cada uno se le aplicó el Mini-Examen Cognoscitivo (MEC 35), versión de 35 puntos (minimental). A quienes obtuvieron una puntuación normal en el minimental se les realizó además la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (EADH) que no se aplicó a quienes se les encontró enfermedad psiquiátrica con el minimental pues el objetivo

del estudio era encontrar alteraciones mentales y no comorbilidad psiquiátrica. Además, el déficit cognitivo detectado en el minimal puede alterar de forma notable las repuestas de la EADH.

El minimal es el instrumento para valorar la función cognitiva, con una fiabilidad en aplicaciones sucesivas de 0.86 para pacientes clínicos; los puntos de corte son 27 para adultos no geriátricos y 23 para población mayor de 65 años<sup>19,20</sup>. La EADH evalúa los síntomas en una escala Likert<sup>21</sup> de cuatro puntos (rango de 0 a 3). El rango de puntuaciones es de 0 a 21 para cada subescala y de 0 a 42 para el total del instrumento. La fiabilidad en términos de consistencia interna y fiabilidad en aplicaciones sucesivas es adecuada, tiene una sensibilidad entre 82% y 90% y especificidad entre 94% y 68%, para depresión y ansiedad respectivamente. Los puntos de corte para las subescalas son 0-7 normal; 8-10 dudoso; 11 problema clínico<sup>21,22,24</sup>. En este trabajo se consideró «caso» a toda persona con puntuación mayor de 7 en cualquiera de las dos subescalas.

**Procedimientos.** Tres días previos al comienzo del estudio, los investigadores aplicaron aleatoriamente los instrumentos utilizados en el estudio a personas hospitalizadas, con el fin de encontrar errores en los instrumentos o en la utilización y calificación de los mismos.

Todos los pacientes con alteraciones en el minimal o la EADH (casos psiquiátricos) se entrevistaron clínicamente por parte de uno de los tres integrantes del equipo capacitado para encontrar enfermedad mental, con el fin de especificar el trastorno exacto. Cada evaluador usó una lista de diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (MDE-IV-TR)<sup>25</sup>, anexa a los instrumentos de investigación. Esta lista contenía los trastornos cognoscitivos, del estado de ánimo, de ansiedad y adaptativos incluidos en el manual, con el fin de no olvidar indagar por ninguno de ellos. Mediante la entrevista clínica, no estructurada, se valoró si el paciente cumplía los criterios diagnósticos del MDE-IV-TR para alguno de los trastornos evaluados<sup>25</sup>. En caso de duda sobre si el paciente cumplía o no dichos criterios el evaluador podía consultar el MDE-IV-TR.

Los pacientes encontrados con alteración psiquiátrica se remitieron a psiquiatría de enlace para su evaluación y manejo.

**Consideraciones éticas.** Se cumplieron los requisitos de la Declaración de Helsinki. Según la Resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, se trata de una investigación de «riesgo mínimo», porque es

un estudio «que emplea el registro de datos a través de procedimientos comunes como exámenes psicológicos de diagnóstico». A cada uno de los pacientes y un familiar con el mayor grado de consanguinidad posible, o la pareja o responsable legal, se pidió el consentimiento informado de forma verbal antes de iniciar la entrevista, porque según esta resolución «en caso de investigaciones con riesgo mínimo el comité de ética de investigación de la institución podrá autorizar a que el consentimiento informado se obtenga sin formularse por escrito»<sup>26</sup>. En caso de que alguno no aceptara la evaluación, se le excluía del estudio. Este trabajo fue aprobado por el Comité de Bioética de la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad Pontificia Bolivariana.

**Análisis estadístico.** El análisis estadístico se realizó por medio del programa SPSS versión 10.0 para Windows. Se utilizaron medidas de tendencia central (media), de dispersión (desviación estándar), de frecuencia (porcentaje), pruebas de  $\chi^2$ , t de Student, valores de *p* e intervalos de confianza del 95%.

**Revisión de literatura.** Para el sustento teórico y discusión, se realizaron búsquedas de literatura usando términos del *Index Medicus*, Medline, EBSCO host, HINARI, DOYMA, Proquest, MedcLatina y LILACS. Además se consultaron fuentes secundarias de información como textos médicos.

## RESULTADOS

Todos los pacientes y acompañantes de la muestra aceptaron participar en el estudio; 66.2% eran mujeres. La edad osciló entre los 19 y 93 años; 44.6% de los pacientes eran casados, 21.7% viudos, 7.6% vivía en unión libre y 21% solteros. Sólo un religioso hizo parte de la muestra (0.6%). Los otros datos sociodemográficos se presentan en el Cuadro 1.

El diagnóstico médico más frecuente fue dolor abdominal en estudio con 16 (10.2%) casos, seguido por enfermedad pulmonar obstructiva 12 (7.6%), apendicitis aguda 11 (7%), hemorragia de tracto digestivo 9 (5.4%), neumonía adquirida en la comunidad 7 (4.5%), infección del tracto urinario 5 (3.2%), trombosis venosa profunda 4 (2.5%) e insuficiencia renal crónica, fractura de cadera y cáncer gástrico con 3 (1.9%) casos cada uno.

Del total de paciente 20 (12.7%) informaron antecedentes psiquiátricos; de estos, 14 (8.9%) recibían tratamiento por un médico no psiquiatra y 9 (5.7%) estaban en tratamiento por psiquiatría. Los antecedentes diagnósti-

**Cuadro 1**  
**Características sociodemográficas de**  
**pacientes hospitalizados.**  
**Clínica Universitaria Bolivariana, Medellín, 2004**

<b>Edad</b>	Media	56.38
	DE	20.86
<b>Género</b>	n	%
Masculino	53	33.8
Femenino	104	66.2
<b>Escolaridad</b>		
Sin estudios	15	9.6
Primaria incompleta	33	21.0
Primaria completa	28	17.8
Secundaria incompleta	30	19.1
Secundaria completa	23	14.6
Educación superior*	27	17.2
Sin dato	1	0.6
<b>Ocupación</b>		
Estudiante	8	5.1
Empleado	34	21.7
Independiente	19	12.1
Ama de casa	64	40.8
Desempleado	16	10.2
Jubilado	12	7.6
Pensionado	3	1.9
Sin dato	1	0.6

\* Completa o incompleta

**Cuadro 2**  
**Distribución de frecuencias de los diagnósticos**  
**psiquiátricos de los pacientes hospitalizados.**  
**Clínica Universitaria Bolivariana, Medellín, 2004**

Diagnóstico	n	%
Ninguno	87	55,4
Demencia	19	12,1
Depresión mayor	16	10,2
Delirium	13	8,3
Trastorno adaptativo	10	6,4
Ansiedad generalizada	5	3,2
Retardo mental	3	1,9
Pánico	2	1,3
Trastorno bipolar	1	0,6
Fobia social	1	0,6
Total	157	100

cos psiquiátricos informados con más frecuencia fueron: trastorno depresivo mayor con 14 (8.9%) casos, trastorno de ansiedad generalizada con 2 (1.3%) casos y un caso de demencia (0.6%).

Los antecedentes tóxicos en orden de frecuencia fueron: tabaquismo 63 (40.1%) casos, alcoholismo 27 (17.2%), policonsumo (2 ó más sustancias tóxicas) 5 (3.2%) y marihuana 2 (1.3%) casos. La prevalencia de trastornos psiquiátricos en los pacientes estudiados fue 44.5% (Cuadro 2).

La prevalencia de demencia para pacientes con 65 años o más fue de 30%; la edad promedio fue 80.31 años, con una edad mínima de 64 y una máxima de 93 años. Ningún paciente encontrado con enfermedad mental, tuvo solicitud de interconsulta a psiquiatría al momento del ingreso ni en las 24 horas siguientes.

Los trastornos afectivos estuvieron presentes en 13 (8.2%) mujeres y en 4 (2.5%) hombres. Esta diferencia no fue estadísticamente significativa ( $\chi^2=0.892$ ,  $p=0.345$ ). Tampoco hubo diferencia estadística por género en la frecuencia de trastornos de ansiedad ( $\chi^2=1.703$ ,  $p=0.192$ ). Los trastornos adaptativos se presentaron con la misma frecuencia en ambos géneros, con 5 (3.1%) casos para cada uno de ellos.

Del total de pacientes 48 (30.5%) eran analfabetas o no habían terminado su educación primaria y 28 (17.8%) de estos fueron diagnosticados con trastorno psiquiátrico. Las personas con mayor nivel de educación presentaron una frecuencia más alta de estos trastornos (27.3%). Esta diferencia fue estadísticamente significativa ( $\chi^2$  con corrección de Yates 4.065,  $p=0.044$ ).

A 20.3% de los pacientes que vivían con sus parejas se les diagnosticó algún trastorno psiquiátrico, esta proporción no fue diferente desde el punto de vista estadístico con la encontrada en personas que vivían con su pareja ( $\chi^2=2.2164$ ,  $p=0.141$ ).

El grupo que informó un consumo más alto de cigarrillo fue el de los pacientes que sólo habían estudiado primaria incompleta (60.6%), seguido por los que tenían algún nivel de educación superior (44.4%) y los que tenían primaria completa (42.8%), mientras que el más bajo se presentó en quienes habían estudiado toda la secundaria (21.7%). Estas diferencias no presentaron significación estadística ( $\chi^2= 12.226$ ,  $p = 0.057$ ).

## DISCUSIÓN

El resultado de este estudio es similar al de otros realizados, donde se han encontrado altas prevalencias de trastornos psiquiátricos en individuos hospitalizados<sup>1,2,4-8</sup>. Hasta la fecha no se conocen estudios similares publicados en Colombia, lo cual convierte esta investigación en una línea de base para otros grupos de psiquiatría de enlace en el país. Por tratarse de un estudio descriptivo no se puede establecer factores de riesgo de esta alta prevalencia de trastornos<sup>27</sup>, lo cual podría ser el objetivo de futuras investigaciones.

La edad de los pacientes estudiados se encuentra acorde con los datos informados en la literatura para estudios similares, pero se encontró una diferencia importante entre el número de mujeres y hombres (66.2% vs. 33.8%) lo cual podría explicarse por la inclusión de mujeres pertenecientes a la sala de ginecología<sup>6,7</sup>.

El número de personas analfabetas y con nivel de educación superior, coinciden con estudios del mismo tipo hechos en Sur América. Igual sucede con las cifras informadas para el estado civil de los participantes del presente estudio<sup>6,7</sup>.

Un sólo trabajo con características similares realizado en Chile<sup>6</sup>, permitió comparar la actividad laboral de los pacientes estudiados. Se encontró un porcentaje mayor de desempleo en la población colombiana y la explicación de esto puede ser por las diferencias socioeconómicas entre los dos países.

La frecuencia de los diagnósticos médicos realizados al ingreso de los pacientes en la presente investigación se correlaciona con datos extraídos de otras series en la misma clínica<sup>28</sup> Suramérica y Europa, en las que son frecuentes las enfermedades de tracto respiratorio y digestivo<sup>6,17,28</sup>.

El antecedente psiquiátrico más informado es el trastorno depresivo mayor, lo que concuerda con la alta prevalencia a nivel local y mundial de esta enfermedad<sup>29,30</sup>.

Es notable el consumo de cigarrillo en los pacientes del presente estudio (40.1%) pues los datos epidemiológicos para Colombia mostraron una tasa de 22.2% en 1997<sup>29</sup>. Esto se explica porque la muestra de esta investigación corresponde a un grupo de personas hospitalizadas y el consumo de cigarrillo es un factor de riesgo para la mayoría de las enfermedades presentes en la población de estudio<sup>31-34</sup>. Esto contrasta con el antecedente de consumo de alcohol informado con una frecuencia menor por nuestros pacientes (17.2%), mientras que en 1997 se reportó una cifra cercana a 89% en la población general para Colombia<sup>29</sup>. También en este caso se cree que las diferencias son las propias de las poblaciones de estudio pues la actual no es de población general y dentro de los diagnósticos de la muestra no había enfermedades asociadas con el consumo de etanol<sup>35</sup>. El consumo de marihuana en esta población fue similar al informado para Colombia en 1997<sup>29</sup>.

La prevalencia de 44.5% obtenida de enfermedad psiquiátrica coincide con diferentes estudios de prevalencia de trastornos psiquiátricos en personas hospitalizadas informadas en la literatura médica que varía entre 28%

para estudios donde se evaluaron sólo los trastornos afectivos, ansiosos y cognitivos, hasta frecuencias de 60% o mayores cuando además de estos se tuvieron en cuenta otros diagnósticos como alcoholismo, farmacodependencia y pacientes en unidad de cuidado intensivo<sup>1,5-7,36</sup>.

La prevalencia de demencia en este estudio es baja si se calcula para el universo total de pacientes; pero al calcular la prevalencia para los pacientes mayores de 65 años, es similar a la informada en la literatura<sup>37-39</sup>. No sucede lo mismo con la prevalencia de delirium, que en el presente estudio fue muy baja comparada con la encontrada previamente en la misma institución, cercana a 50% debido posiblemente a que la prevalencia se realizó sólo en pacientes de medicina interna<sup>28</sup>. Es importante hallar de forma oportuna las personas con delirium porque según la literatura las manifestaciones pueden aparecer desde el primer día de hospitalización y son un factor de riesgo independiente para aumentar la estancia hospitalaria<sup>40</sup>.

La prevalencia de depresión y de trastornos ansiosos informada en la literatura para individuos hospitalizados no psiquiátricos tiene un rango muy amplio debido a las diversas metodologías, trastornos incluidos, cuestionarios y escalas aplicados en las diferentes series, aunque en algunos estudios se usa la EADH como instrumento<sup>5,16</sup>. En este estudio la prevalencia de ambos trastornos es baja si se compara con la literatura médica, pero esta diferencia parece depender de los métodos e instrumentos usados en los estudios. Por ejemplo, algunas investigaciones con una alta frecuencia de trastornos afectivos y de ansiedad, incluyeron dentro de estos a los trastornos adaptativos, lo cual lleva a sobredimensionar la frecuencia de estas enfermedades<sup>6,8,9</sup>. El uso de instrumentos clínicos para la tamización de la depresión en la práctica clínica diaria con personas que tienen enfermedades no psiquiátricas, ha demostrado ser eficaz, porque pueden encontrar hasta 85% de los casos<sup>41</sup>.

Se resalta el hecho de que a ninguno de los pacientes que fueron diagnosticados con algún trastorno psiquiátrico por parte del equipo de investigación, se les sospechó enfermedad mental por el personal médico o paramédico al momento del ingreso a la CUB o al servicio de hospitalización, lo cual sucede comúnmente en los hospitales generales<sup>1-4,42</sup>.

Los trastornos ansiosos y afectivos tienen mayor prevalencia en la población femenina<sup>6</sup>. El hecho de no haber encontrado diferencias estadísticas por sexos en este estudio puede ser entendido si se tiene en cuenta que el tamaño de la muestra no se calculó con ese objetivo.

Los trastornos adaptativos encontrados de 6.3% se correlacionan con las cifras de trabajos realizados en Suramérica en población similar<sup>6,9</sup>.

En el presente estudio se encontró una prevalencia mayor de trastornos psiquiátricos en quienes tenían mayor nivel escolar. No obstante, los estudios que han buscado asociación entre escolaridad y enfermedad mental no son concluyentes<sup>43,44</sup>.

Fueron similares los porcentajes de diagnóstico psiquiátrico entre quienes convivían o no con su pareja. Esto contrasta con lo mencionado en las diferentes series médicas donde se asocia el ser soltero, separado o divorciado con mayor comorbilidad psiquiátrica<sup>7,45</sup>. Los autores del presente estudio consideran que esto se debe a que quienes viven sin pareja no necesariamente viven solos, y el vínculo con sus familiares podría ser un factor protector.

El consumo de cigarrillo en este estudio fue menor en el grupo de personas con educación secundaria completa, pero no fueron significativas las diferencias en el consumo según el nivel educativo. La literatura médica actualmente indica que el consumo de nicotina ha disminuido de manera importante en los adolescentes que cursan secundaria, pero estos resultados no son comparables con el presente trabajo por las diferencias entre las poblaciones<sup>46,47</sup>.

En trabajos de prevalencia se han encontrado tasas altas de farmacodependencia y alcoholismo en individuos hospitalizados<sup>6,7</sup>. En el presente estudio no se encontraron porque no se utilizaron instrumentos que permitieran hallar estos trastornos y sólo se tuvo en cuenta la información proporcionada por los pacientes y no la de sus familiares o acompañantes. Para futuros trabajos se propone la utilización de instrumentos adecuados para este fin, además de la participación de los acudientes en el momento de la entrevista. No obstante se resalta que la prevalencia del consumo de alcohol fue baja si se compara con los datos epidemiológicos disponibles para la población general en Colombia<sup>29</sup>.

Como la población de este estudio tiene una alta proporción de mujeres, se necesitan otras investigaciones para evaluar específicamente la relación entre la prevalencia de trastornos afectivos y de ansiedad con el género femenino.

Para próximos estudios podría incluirse una variable que evalué la cantidad de personas con las que conviven los pacientes y comparar ésta con la mayor o menor prevalencia de trastornos mentales en personas hospitalizadas por enfermedad médica.

Son necesarios estudios que evalúen el impacto de las

intervenciones de psiquiatría de enlace en los pacientes hospitalizados en la CUB y en otros lugares en los que se tiene este modelo de intervención. En cuanto al impacto sobre el tiempo de estancia y costo-beneficio de las intervenciones de psiquiatría de enlace, en una revisión sistemática de los estudios que evalúan estas variables<sup>43</sup> se encontró que la mayoría de las investigaciones publicadas no cumplían los requisitos mínimos de inclusión y con los dos que se analizaron no se pudo hacer procedimientos de tipo meta-analítico ni obtener conclusiones claras acerca del impacto de las intervenciones de psiquiatría de enlace en los pacientes hospitalizados<sup>48</sup>.

En conclusión, este artículo demuestra la alta frecuencia de trastornos psiquiátricos en personas hospitalizadas en la Clínica Universitaria Bolivariana por diferentes enfermedades médicas y coincide con hallazgos de otros autores con respecto a los trastornos psiquiátricos más frecuentes en individuos hospitalizados por causas médicas y quirúrgicas. Destaca la baja sensibilidad del médico no psiquiatra para encontrar estas alteraciones lo cual sugiere que es necesario una mejor capacitación en este campo porque la presencia de estos trastornos en personas médicamente enfermas dificulta el tratamiento y altera el pronóstico de la enfermedad de base haciendo más difícil, prolongada y costosa la estancia hospitalaria.

Se sugiere la capacitación del personal médico y paramédico de la CUB para descubrir los trastornos psiquiátricos más frecuentes, la realización de investigaciones similares en instituciones de salud de III y IV nivel en Colombia, para ayudar a corroborar estos hallazgos, así como investigaciones que midan el impacto de las intervenciones de psiquiatría de enlace.

## REFERENCIAS

1. Wancata J, Windhaber J, Bach M, Meise N. Recognition of psychiatric disorders in nonpsychiatric hospital wards. *J Psychosom Res* 2000; 48:149-155.
2. Valdéz M, De Pablo J, Campos R. El proyecto multinacional europeo y multicéntrico español de mejora de calidad asistencial en psiquiatría de enlace en el hospital general: el perfil clínico en España. *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 690-694.
3. Huyse FJ, Herzog T, Lobo A, Malt UF. European consultation-liaison psychiatric services: the ECLW collaborative study. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101: 360-366.
4. Crespo D, Gil A, Porras A. Prevalence of depressive disorder in consultation-liaison psychiatry. *Actas Esp Psiquiatr* 2001; 29: 75-83.
5. Martucci M, Balestrieri M, Bisoffi G, Bonizzato P, Covre MG, Cunico L, et al. Evaluating psychiatric morbidity in a general

- hospital: a two-phase epidemiological survey. *Psychol Med* 1999; 29: 823-832.
6. Hernández G, Ibañez C, Kimelman M, Orellana G, Montino O, Nuñez C. Prevalence of psychiatric disorders in men and women hospitalized in a internal medicine service of a hospital of Santiago, Chile. *Rev Med Chil* 2001; 129: 1279-1288.
  7. Smaira S, Correa F, Contel JO. Psychiatric disorders and psychiatric consultation in a general hospital: a case-control study. *Rev Bras Psiquiatr* 2003; 25: 18-25.
  8. Voellinger R, Berney A, Baumann P, Annoni JM, Bryois C, Buclin T, *et al*. Mayor depressive disorder in the general hospital: adaptation of clinical practice guidelines small start, filled. *Gen Hosp Psychiatr* 2003; 25: 185-193.
  9. Fraguas R, Alves TC. Depression in general hospital: a study of 136 cases. *Rev Assoc Med Bras* 2002; 48: 225-230.
  10. Reyes CA, Hincapié M, Herrera JA, Moyano PA. Factores de estrés y apoyo psicosocial en pacientes con infarto agudo de miocardio. Cali, 2001-2002. *Colomb Med* 2004; 35: 199-204.
  11. Rothenhausler HB, Kapfhammer HP. Depression in the medically ill: diagnosis and treatment considerations in C-L psychiatry settings. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2003; 71: 358-365.
  12. Saravay SM, Steinberg MD, Weinschel B, Pollack S, Alovís N. Psychological comorbidity and length of stay in the general hospital. *Am J Psychiatr* 1991; 148: 324-329.
  13. Franco JG, Gómez PE. Trastornos psiquiátricos en pacientes ingresados en hospitales generales. *Universitas Científica* 2004; 4: 27-32.
  14. Jenkins R. Linking epidemiology and disability measurement with mental health service policy and planning. *Epidemiol Psychiatr Soc* 1998; 7: 120-126.
  15. Kessler RC. Psychiatric epidemiology: selected recent advances and future directions. *Bull WHO* 2000; 78: 464-474.
  16. Lazaro L, de Pablo J, Nieto E, Vieta E, Vilalta J, Cirera E. Psychiatric morbidity in elderly patients admitted to a general hospital. A day- prevalence study. *Med Clin (Barc)* 1991; 97: 206-210.
  17. Navines R, Gómez E, Franco JG, De Pablo J. Delirium en la interconsulta psiquiátrica de un hospital general. *Actas Esp Psiquiatr* 2001; 29: 159-164.
  18. Streiner DL, Norman GR. Devising the items. *En: Health measurement scales*. 2ª ed. New York: Oxford University; 1996. p. 15-27.
  19. Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, De la Cámara C, Ventura, *et al*. Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. *Med Clin (Barc)* 1999; 112: 767-774.
  20. Lobo A. *Screening de trastornos psíquicos en la práctica médica*. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 1987.
  21. Streiner DL, Norman GR. Scaling responses. *En: Health measurement scales*. 2ª ed. New York: Oxford University; 1996. p. 28-53.
  22. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361-370.
  23. Herrmann C. International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale: a review of validation data and clinical results. *J Psychosom Res* 1997; 42: 17-41.
  24. Lisspers J, Nygren A, Saderman E. Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD): some psychometric data for a Swedish sample. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 96: 281-286.
  25. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4ª ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2002.
  26. Ministerio de Salud. *Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Resolución N° 008430 de 1993* (4 de octubre de 1993). Bogotá: Ministerio de Salud; 1993.
  27. Grimes DA, Schultz KF. Descriptive studies: What they can and cannot do. *Lancet* 2002; 359: 145-149.
  28. Franco JG, González A, Álvarez DL. Delirium asociado a hospitalización prolongada en pacientes de medicina interna en la Clínica Universitaria Bolivariana. *Medicina UPB* 2001; 20: 29-36.
  29. Torres de Galvis Y, Montoya ID. *II Estudio de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas. Colombia 1997*. Bogotá: Ministerio de Salud; 1997.
  30. Blazer DG. Mood disorder: Epidemiology. *En: Sadok VA (ed.). Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. 7ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. p. 1298-1307.
  31. Chatila WM, Wynkoop WA, Vance G, Criner GJ. Smoking patterns in African Americans and whites with advanced COPD. *Chest* 2004; 125: 15-21.
  32. Calverley PM, Walker P. Chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet* 2003; 362: 1053-1061.
  33. Enstrom JE, Kabat GC. Environmental tobacco smoke and tobacco related mortality in a prospective study of Californians, 1960-98. *BMJ* 2003; 326: 1057-1066.
  34. Petty TL. COPD in perspective. *Chest* 2002; 121 (5 Suppl): 116-120.
  35. Adams WL. Alcohol and health of aging men. *Med Clin North Am* 1999; 83: 1195-1211.
  36. Berard RM. Depression and anxiety in oncology: the psychiatrist's perspective. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 (8 Suppl): 58-63.
  37. Stoudemire A, Fogel B, Greenberg D. *Psychiatric care of the medical patient*. 2ª ed. New York: Oxford University; 2002.
  38. Steven HF. Evaluation of Memantine for the treatment of Alzheimer's disease. *Expert Opin Pharmacother* 2003; 4: 2305-2313.
  39. Ritchie K, Lovestone S. The dementias. *Lancet* 2002; 360: 1759-1766.
  40. Saravay SM, Kaplowitz M, Kurek K, Zeman D, Pollack S, Novik S, *et al*. How do delirium and dementia increase length of stay of elderly general medical inpatients? *Psychosomatics* 2004; 45: 235-242.
  41. Wilhelm K, Kotze B, Waterhouse M, Hadzi-Pavlovic D, Parker G. Screening for depression in the medically ill: a comparison of self-report measures, clinician judgment, and DSM IV diagnoses. *Psychosomatics* 2004; 45: 461-469.
  42. Inouye SK. The dilemma of delirium: clinical and research controversies regarding diagnosis and evaluation of delirium in hospitalized elderly medical patients. *Am J Med* 1994; 97: 278-288.
  43. Sundquist K, Frank G, Sundquist J. Urbanization and incidence of psychosis and depression: follow-up study of 4.4 million women and men in Sweden. *Br J Psychiatr* 2004; 184: 293-298.



44. de Graaf R, Bijl RV, Smit F, Vollebergh WA, Spijker J. Risk factors for 12 month comorbidity of mood, anxiety, and substance use disorders: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Am J Psychiatr* 2002; 159: 620-629.
45. Creed F, Guthrie E, Black D. Psychiatric referrals within the general hospital: comparison with referrals to general practitioners. *Br J Psychiatr* 1993; 162: 204-211.
46. Tomar SL. Trends and patterns of tobacco use in the United States. *Am J Med Sci* 2003; 326: 248-254.
47. Clemente ML, Rubio E, Pérez A, Marrón R, Herrero I, Fuertes J. Determination of nicotine dependence in school-aged smokers through a modified Fagerstrom Test. *An Pediatr (Barc)* 2003; 58: 538-544.
48. Andreoli PB, Citero V de A, Mari J de J. A systematic review of studies of cost-effectiveness of mental health consultation-liaison interventions in general hospitals. *Psychosomatics* 44: 499-507.