



Revista Colombiana de Psiquiatría

ISSN: 0034-7450

revista@psiquiatria.org.co

Asociación Colombiana de Psiquiatría
Colombia

Castro-Camacho, Leonidas; Escobar, Juan Manuel; Sáenz-Moncaleano, Camilo; Delgado-Barrera, Lucía; Aparicio-Turbay, Soraya; Molano, Juan Carlos; Noguera, Efraín
Salud mental en el hospital general: resultados del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ) en cuatro servicios de atención
Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 41, núm. 1, enero-abril, 2012, pp. 61-85
Asociación Colombiana de Psiquiatría
Bogotá, D.C., Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80624093006>

- 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

Salud mental en el hospital general: resultados del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ) en cuatro servicios de atención*

Leonidas Castro-Camacho¹

Juan Manuel Escobar²

Camilo Sáenz-Moncaleano³

Lucía Delgado-Barrera⁴

Soraya Aparicio-Turbay⁵

Juan Carlos Molano⁶

Efraín Noguera⁷

Resumen

Introducción: Pocas personas tienen acceso a tratamientos de trastornos mentales, en parte porque no son adecuadamente detectados. Como es más frecuente consultar servicios de salud por condiciones médicas, la atención primaria en salud constituye una puerta de entrada útil de detección de problemas de salud mental. *Objetivo:* Detectar la frecuencia de problemas

* Esta investigación fue financiada conjuntamente por la donación CU0000001 del Centro de Investigaciones en Salud (CEIS), de la Fundación Santa Fe de Bogotá, y por el Centro de Estudios Sociales (CESO), de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de los Andes.

¹ Psicólogo clínico, Departamento de Salud Mental, Fundación Santa Fe de Bogotá. Profesor asociado de Psicología y coordinador de Entrenamiento Clínico. Magíster en Psicología Clínica y de la Salud, Departamento de Psicología, Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia. Diplomado American Board of Professional Psychology (ABPP), Filadelfia, Estados Unidos.

² Médico psiquiatra, psicoanalista. Jefe del Departamento de Salud Mental, Fundación Santa Fe de Bogotá. Profesor clínico asociado de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia.

³ Psicólogo clínico y de la salud. Magíster en Psicología Clínica y de la Salud, Departamento de Psicología, Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia.

⁴ Psicóloga clínica y de la salud. Magíster en Psicología Clínica y de la Salud, Departamento de Psicología, Universidad de los Andes, y Departamento de Salud Mental, Fundación Santa Fe de Bogotá. Bogotá, Colombia.

⁵ Médica psiquiatra, psicoanalista, Departamento de Salud Mental, Fundación Santa Fe de Bogotá. Profesora clínica asociada de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia.

⁶ Médico psiquiatra, Departamento de Salud Mental, Fundación Santa Fe de Bogotá. Profesor clínico asistente de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia.

⁷ Médico psiquiatra, psicoanalista, Departamento de Salud Mental, Fundación Santa Fe de Bogotá. Profesor clínico asistente de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia.

de salud mental en cuatro servicios de la Fundación Santa Fe de Bogotá: consulta externa, hospitalización, urgencias y atención primaria, mediante un cuestionario breve, el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ), así como los índices de comorbilidad. *Método:* Estudio de corte transversal de pacientes que asistieron a los cuatro servicios, a quienes se les aplicó un Cuestionario de Datos Demográficos y el PHQ. *Resultados:* De los pacientes que asistieron a los servicios entre septiembre del 2010 y mayo del 2011, un total de 1094 seleccionados aleatoriamente participaron en el estudio. Los problemas de salud mental más frecuentes fueron trastorno depresivo mayor (7,3%), abuso de alcohol (14,4%) y algún trastorno de ansiedad (7,7%) y se observaron con una mayor frecuencia en urgencias. *Conclusiones:* Se reafirma la utilidad de un cuestionario breve (PHQ) para detectar problemas de salud mental en el medio hospitalario y se analiza la necesidad de diseñar programas de atención en salud mental en el hospital general. Se recomienda repetir este estudio en otros centros y realizar más investigación.

Palabras clave: Atención primaria, salud mental, detección.

Title: Mental Health in the General Hospital: Results of the Patient Health Questionnaire (PHQ) in Four Hospital Services.

Abstract

Introduction: Few individuals have access to mental health services due in part to under-detection. As it is more likely to consult for medical conditions, primary care may be a useful gateway for early detection of mental health problems. *Objective:* Detection of the frequency of mental health problems in four hospital services at the Fundación Santa Fe de Bogotá: Outpatient unit, hospitalization, emergency department, and primary care through a brief detection questionnaire, the Patient Health Questionnaire (PHQ). *Method:* Cross-sectional study of patients seen at the

four services who answered a Demographic Data Questionnaire and the PHQ together with information gathered about current medical diagnosis, history of visits, and hospitalizations during the last year. *Results:* 1094 patients seen at the four hospital services between September 2010 and May 2011 were selected at random. A mental health problem was detected in 36.7% of the total sample. Major depressive disorder (7.3%), alcohol abuse (14.4%), and any anxiety disorder (7.7%) showed the highest prevalence with the emergency department showing the highest frequency of detection. *Conclusions:* The usefulness of a brief detection questionnaire such as the PHQ in hospital settings is demonstrated and implications in the design of mental health programs in the general hospital are discussed. The need to replicate this study in other settings and to undertake further research is outlined.

Key words: Primary care, mental health, detection.

Introducción

En las últimas décadas ha habido una creciente atención a la relación entre salud mental y salud en general. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS): “La salud es un estado integral y completo de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad” (1). Los desajustes psicológicos y los problemas de salud mental constituyen una de las principales causas de sufrimiento en las personas y tienen importantes implicaciones en diferentes ámbitos (individual, familiar, económico y social). Aproximadamente el 14% de la carga de enfermedades en el

mando se puede atribuir a trastornos neuropsiquiátricos, lo cual respalda el eslogan de la OMS, en el sentido de que “No hay salud sin salud mental” (2).

En Colombia, cerca del 40% de la población informó haber tenido alguna vez en su vida uno o más de los trastornos mencionados en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV). El 16% de la muestra evidenció trastornos mentales en los últimos doce meses y el 7,4% presentó alguno en los últimos treinta días antes del estudio; entre tanto, menos de uno de cada diez colombianos tiene acceso a servicios de salud mental (3).

Otros estudios en nuestro medio han confirmado estos hallazgos en trastornos específicos, como la depresión (4,5). Aparte de que hay escasez de profesionales especializados en el área, muchos de los problemas no son detectados y, por lo tanto, tampoco son tratados. Estas cifras son especialmente relevantes y requieren buscar soluciones, si se tiene en cuenta el impacto en la calidad de vida, en el estado de salud y las condiciones médicas y en los costos económicos que representa atender necesidades prioritarias.

Impacto de problemas de salud mental

El impacto de los problemas de salud mental en diferentes áreas de funcionamiento ha sido ampliamente documentado en la literatura, como

lo indican las asociaciones encontradas entre mayores índices de desempleo y dependencia financiera en personas con ansiedad que en personas sin ese diagnóstico (6), o la correlación negativa identificada entre la gravedad de la depresión y los puntajes en las cuatro dimensiones de la calidad de vida: física, psicológica, de relaciones sociales y ambiente (7).

Se ha demostrado la relación entre trastornos psicológicos y el desarrollo de condiciones médicas o con el aumento de complicaciones en personas que las padecen. Por ejemplo, en estudios longitudinales se han observado tasas más altas de mortalidad de las esperadas en pacientes con trastorno de pánico tanto hospitalizados (8) como ambulatorios (9). De forma similar, se ha documentado que las personas con trastornos emocionales y afectivos tienen una mayor probabilidad de sufrir diferentes tipos de enfermedad, especialmente cardiovasculares, cáncer, alteraciones del sistema inmune, entre otras. Por ejemplo, en un estudio a gran escala se encontró que los hombres con diagnóstico de ansiedad fóbica tienen tres veces más riesgo de enfermedad cardiovascular mortal que los hombres con poca ansiedad (10). Por otro lado, la relación entre tener un diagnóstico de trastorno depresivo mayor y la presencia de diferentes condiciones médicas ha sido demostrada en múltiples estudios (11,12). De forma similar, se ha encontrado que

personas que presentan trastorno de abuso de alcohol tienen una mayor probabilidad de desarrollar patologías hepáticas como la cirrosis (13).

A parte de los costos emocionales y personales, los problemas de salud mental representan altos costos económicos, como consecuencia directa del trastorno, del ausentismo laboral, de los costos que representa para los sistemas de salud o la alta frecuencia de consultas médicas no justificadas en pacientes con trastornos psicológicos. En el caso de los trastornos de ansiedad, se ha encontrado que, debido a su alta prevalencia y cronicidad, están asociados con costos sustanciales tanto para el individuo como para el sistema de salud, no solo en términos monetarios, sino en pérdida de producción y calidad de vida.

Mientras que en Estados Unidos se calcularon los costos de los problemas de ansiedad en 42 mil millones de dólares, en 1990 (14), y los trabajadores con depresión tienden a presentar entre una y media y tres veces más ausentismo laboral que los no deprimidos (15,16), en el estudio de salud mental en Colombia se reportó la cantidad de días perdidos por enfermedad, en que la depresión muestra los más altos índices de ausentismo laboral (3). Y en otro estudio sobre el costo de la depresión en Colombia, solamente en costos de hospitalización, se estimó una cifra de 162 mil millones de pesos en el periodo 2007-2008 (17).

Además, se ha encontrado que las personas con trastornos psicológicos y que no han recibido tratamientos en salud mental tienden a buscar consulta médica el doble de veces que aquellas que no tienen trastornos psiquiátricos, lo cual representa una sobrecarga innecesaria para los sistemas de salud, sin que se ofrezca el tratamiento adecuado (18). Sin embargo, se ha demostrado que cuando se ofrece el tratamiento adecuado de depresión y otros trastornos emocionales, disminuye el número de consultas médicas y hay un mejor funcionamiento global (19).

Detección temprana

Los datos mencionados indican que si los problemas de salud mental fueran detectados de forma temprana y recibieran el adecuado tratamiento, se podría esperar una mejoría en las condiciones de salud y calidad de vida, además de un aumento en la eficiencia y la disminución de los costos en los servicios de salud. Sin embargo, mientras no haya una clara estrategia de detección temprana y un mayor conocimiento por parte de la población, en general, y de los profesionales en salud mental, en particular, no es probable que se observen cambios significativos (20). Por otra parte, teniendo en cuenta que, a diferencia de los problemas de salud mental, la problemática de salud sí constituye una razón de consulta, se supone que los médicos generales y el personal de salud asociado

en atención primaria cumplen un papel fundamental como puerta de entrada para detectar problemas de salud mental y orientar a los usuarios dentro de los sistemas de salud (21-23).

Numerosas investigaciones han señalado la importancia de la detección temprana de problemas de salud mental en atención primaria en diferentes regiones del mundo, como Latinoamérica (24-27), Alemania (28), España (29), Bélgica (30), Holanda (31) y Estados Unidos (21,22). Dentro de este contexto se ha comprobado la utilidad de emplear instrumentos breves de evaluación, tanto cuestionarios como entrevistas estructuradas por parte de los profesionales de la salud en atención primaria, que permitan la detección temprana de problemas de salud mental.

En un estudio realizado en 1993 se encontró que hay más médicos de atención primaria que atienden casos psiquiátricos que los mismos profesionales en salud mental (32). Estos estudios han mostrado la importancia de detectar oportunamente problemas de salud mental, con el fin de establecer políticas institucionales que permitan desarrollar programas de atención eficaces. A pesar de que en teoría el modelo de puerta de entrada parecería ser de utilidad, en la práctica se ha encontrado que la mayoría de los problemas de salud mental no se detectan en atención primaria (33). Esto se puede atribuir a la poco frecuente participación

de profesionales de salud mental como psiquiatras y psicólogos en atención primaria y a que muchos de los síntomas pueden parecer más síntomas somáticos, lo cual dificulta su identificación.

La investigación reciente ha demostrado la utilidad de una práctica integrada en medicina y salud mental, no solamente para la mejoría de la calidad de vida, sino para mejorar las condiciones de salud en general (34). El empleo de cuestionarios breves de detección ha mostrado utilidad en el diagnóstico de problemas de salud mental (35-37).

Instrumentos de detección temprana

Aunque se han desarrollado múltiples instrumentos de detección de trastornos psicológicos en atención primaria, como el Estudio de Resultados Médicos (*Medical Outcome Study /MOS/*) (38), el Perfil Multidimensional de Salud (*Multidimensional Health Profile /MHP/*) (39), el Cuestionario General de Salud (*General Health Questionnaire /GHQ/*) (40-42), la Lista de Síntomas 90 (*Symptom Checklist 90-Revised /SC-90-R/*) (43,44) y su versión abreviada de 45 preguntas (45), es importante identificar instrumentos eficientes que con un mínimo de costo, es decir, longitud de aplicación y participación de profesionales especializados, se logre un máximo de beneficio.

En 1994, Spitzer y sus colaboradores desarrollaron una entre-

vista estructurada para detectar problemas psiquiátricos en atención primaria (*Primary Care Evaluation of Mental Disorders [PRIME-MD]*) (46), que abarca un proceso de evaluación que se realiza en dos etapas. En la primera fase se administra a los pacientes, antes de la consulta médica, el Cuestionario del Paciente (PQ), que consta de veinticinco preguntas de autoinforme, a través de las cuales se evalúa la presencia de diez síntomas psicológicos y quince síntomas somáticos en el último mes para responder “Sí” o “No”.

Si el paciente responde afirmativamente a cualquiera de los grupos de síntomas en el cuestionario, pasa a una segunda fase (Guía de Evaluación Clínica [CEG]), en la cual un entrevistador entrenado conduce una entrevista estructurada de doce páginas. El instrumento evalúa cinco grupos de trastornos mentales: 1) estado de ánimo, 2) ansiedad, 3) trastornos somatomorfos, 4) trastornos relacionados con el uso de alcohol y 5) trastornos alimenticios. En la validación inicial con una muestra de mil pacientes mostró que el 39% cumplía los criterios de algún diagnóstico psiquiátrico; además, sus propiedades psicométricas y de confiabilidad fueron adecuadas (46,47). En la versión en español, el cuestionario del PRIME-MD obtuvo una sensibilidad del 81,4%, y una especificidad del 66,1% (48).

Con el fin de disminuir el tiempo de administración, con base en el PRIME-MD, Spitzer y sus colabo-

radores desarrollaron una medida de autoinforme el Cuestionario de Salud del Paciente (*Patient Health Questionnaire [PHQ]*), que combina los dos componentes del PRIME-MD original en una única versión en forma de cuestionario que puede responder directamente el paciente o responder a las preguntas leídas, si es necesario, y en el que se evalúan ocho categorías de trastorno y permite calificar la gravedad de la depresión, en el caso de que sea detectada (49).

El estudio inicial de validación del PHQ se realizó con una muestra de tres mil participantes y demostró adecuados índices de sensibilidad (75%; 69-81) y de especificidad (90%; 87-93). Posteriormente, se realizó un estudio con el objeto de evaluar la validez del PHQ en español, con 1003 pacientes hospitalizados en España seleccionados al azar durante un periodo de dieciocho meses (50). De forma similar a la investigación con el instrumento original, la versión española mostró adecuada sensibilidad (87%; 84-91) y especificidad (88%; 86-90).

A partir del PHQ original se han desarrollado varias versiones, entre ellas el PHQ-15 que, como su nombre lo indica, consta de quince preguntas dirigidas a detectar fundamentalmente síntomas somáticos en contextos hospitalarios (51). Sin embargo, no permite establecer diagnósticos de trastornos psiquiátricos. El PHQ-9 es otra versión modificada que se desarrolló para detectar depresión (52) y ha demostrado altos índices de

validez y confiabilidad en la medida de depresión y en diferentes grupos culturales (52-54).

Teniendo en cuenta la importancia de la detección temprana de problemas de salud mental en el país y la necesidad de utilizar una medida de fácil aplicación en atención primaria que haya mostrado índices adecuados de confiabilidad y validez, y con base en estudios sobre trastornos específicos en nuestro medio (5,55), se diseñó el presente estudio preliminar, en primer lugar, con el objeto de detectar la frecuencia de problemas de salud mental en el contexto de un hospital general, en este caso en cuatro servicios de la Fundación Santa Fe de Bogotá: Consulta Externa, Hospitalización, Urgencias y Atención Primaria en el Centro Gustavo Escallón en Madrid, Cundinamarca, mediante el PHQ. En segundo lugar, establecer los índices de comorbilidad entre cinco grupos de trastornos. En tercer lugar, determinar el tipo y magnitud de la relación entre los problemas de salud mental identificados a través del PHQ y variables demográficas. Cuarto, determinar el tipo y magnitud de la relación entre los problemas de salud mental identificados a través del PHQ y el servicio en el que se presenta. Finalmente, se busca establecer el grado de asociación entre algunas variables demográficas que han mostrado pertinencia en la literatura, como edad, historia de quejas médicas, dolor, cantidad de trastornos y nivel de funcionalidad.

Métodos

Diseño y sitio del estudio

Este estudio descriptivo de corte transversal se realizó en el Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá, que es el sitio de formación de la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes, en Bogotá, Colombia. Este es un hospital de cuarto nivel de complejidad, en el que se atienden cerca de 13 000 hospitalizaciones y 72 000 urgencias y se realizan 13 000 cirugías y 90 000 imágenes diagnósticas al año. En su recurso humano cuenta con 1500 profesionales organizados en quince departamentos: Imágenes Diagnósticas, Medicina Interna, Cirugía, Ginecología Obstetricia y Reproducción Humana, Ortopedia y Traumatología, Pediatría, Rehabilitación Física, Salud Oral, Anatomía Patológica y Laboratorio Clínico, Salud Mental, Cuidados Intensivos, Urología, Neurología, Anestesiología y Enfermería. Tiene dos institutos (Oncología y Enfermedades Cardiovasculares), 72 secciones independientes de los departamentos y ocho comités asesores. Así mismo, cuenta con el centro ambulatorio Gustavo Escallón Cayzedo en Madrid, Cundinamarca, con población fundamentalmente rural.

Participantes

Con el fin de determinar el tamaño de la muestra, se utilizó la

fórmula de intervalo de confianza. De acuerdo con el informe del 2009, en el Hospital Universitario hubo 12 976 casos atendidos, con un promedio mensual de 1100 pacientes hospitalizados. Tomando un nivel de confianza del 95% y un α del 5%, el tamaño de la muestra (N) corresponde a 285 personas. Si bien en el servicio de urgencias se tiene un registro de más de 70 000 pacientes vistos al año, se tomó el número mensual de hospitalizados como referencia para todos los grupos, con el fin de garantizar un N similar en los cuatro grupos. Como criterios de inclusión se aceptaban participantes en un rango de edad entre 18 y 65 años que aceptaran voluntariamente responder el cuestionario y que estuvieran en condiciones médicas y psicológicas que les permitieran responder.

No se incluyeron pacientes que tuvieran diagnóstico de delirium o demencia (según criterios diagnósticos de DSM-IV-TR) u otras alteraciones cognoscitivas que les impidieran comprender el contenido de los cuestionarios aplicados, es decir, que presentaran un puntaje inferior a veintisiete puntos en el Mini-Mental; pacientes con alteración funcional del órgano de la visión o audición que les impidiera comprender el contenido de la encuesta y del consentimiento informado de la investigación; que presentaran un trastorno psicótico (según criterios diagnósticos del DSM-IV-TR) en

el momento de responder el cuestionario y leer el consentimiento informado, o que estuvieran bajo efectos de sustancias psicoactivas en el momento de la aplicación del instrumento o del consentimiento informado. Finalmente, se excluyeron pacientes con escala de dolor superior a siete en una escala visual análoga de cero a diez puntos, en la cual los pacientes indicaron el grado de dolor que tenían en el momento de presentar el cuestionario.

Instrumentos y fuentes de datos

Cuestionario de datos demográficos

Con el fin de establecer la información demográfica, se aplicó un cuestionario de siete preguntas sobre información demográfica construido específicamente para este estudio. Incluye información sobre edad, sexo, nivel de educación, estado civil, evento (diagnóstico médico), grado de dolor en el momento (escala análoga) y número de hospitalizaciones o consultas de servicios médicos en el último año.

Historia clínica

A partir de los datos consignados en la historia clínica de los participantes se recolectó información sobre diagnóstico actual y diagnósticos anteriores, historia de consultas u hospitalizaciones previas, medición e intervenciones.

Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ)

Tal y como se describió en la introducción, el PHQ es un cuestionario de autoinforme que el paciente puede responder directamente o responder a preguntas leídas (49). El primer grupo de preguntas menciona trece síntomas somáticos y el paciente debe responder en una escala de uno a tres el grado en el que lo/la han afectado en el último mes. El segundo grupo de síntomas evalúa nueve síntomas depresivos que el paciente debe analizar según cuatro tipos de frecuencia (ninguna, varios días, más de la mitad de los días y casi todos los días) en las últimas dos semanas. El tercer grupo evalúa la presencia o ausencia de cuatro síntomas de presencia de ataques de pánico y once síntomas específicos de ataques de pánico en las últimas cuatro semanas. El cuarto grupo evalúa la presencia o ausencia de siete síntomas de ansiedad general. El quinto grupo evalúa siete síntomas de trastornos de la alimentación. El sexto grupo evalúa síntomas asociados con abuso de alcohol. El séptimo grupo evalúa el grado de interferencia en la vida de problemas de salud mental. Puede añadirse una cuarta página adicional para mujeres, en la cual se indaga sobre menstruación, embarazo y parto. En el presente estudio se utilizó la versión castellana de la prueba suministrada por Laboratorios Pfizer, quienes están a cargo de su distribución.

Procedimiento**Entrenamiento de encuestadores y pilotaje inicial**

En una fase previa al estudio, y con el fin de estandarizar las condiciones de aplicación, se entrenó a los entrevistadores en las condiciones de aplicación del instrumento. Además, con el objeto de incrementar la validez aparente del instrumento, teniendo en cuenta que se ha utilizado con población hispana en Estados Unidos y con participantes en España, y para determinar empíricamente la adecuación del instrumento a las condiciones culturales y específicas de la muestra potencial, se sometió a la evaluación de expertos y de un grupo de pacientes para evaluar la comprensión y determinar la necesidad de ajustar la terminología. Posteriormente se realizó un pilotaje con treinta pacientes, con el cual se evaluó la manera en la que el instrumento se comportaba con los pacientes y se realizaron los ajustes terminológicos necesarios para mejorar su comprensión y uso con los pacientes.

Forma de aplicación de los instrumentos

Con el fin de aumentar la validez interna del estudio y asegurar condiciones de aleatorización para controlar variables extrañas, se siguió un procedimiento estricto de selección y aplicación del procedi-

miento. Durante los siete meses de aplicación del estudio, los investigadores y los asistentes de investigación —con entrenamiento en la aplicación del instrumento— aplicaron los cuestionarios a pacientes adultos que se encontraran hospitalizados en un piso determinado, que se encontraran en urgencias sin ser necesariamente hospitalizados posteriormente o que solicitaran servicios de consulta externa en el Hospital Universitario o en atención primaria en el Centro Ambulatorio Gustavo Escallón.

Cada semana de aplicación se eligió mediante un muestreo aleatorio simple por medio del *software* Epidat 3.1, el día en el cual se visitaría un determinado servicio. Se ingresaron las siete opciones de servicios (primer piso, segundo piso, tercer piso, cuarto piso, urgencias o consulta externa) y se determinó aleatoriamente qué día de la semana, de lunes a viernes, correspondía la aplicación en cada uno de los servicios.

Debido a la variabilidad de asistencia por día de pacientes en Madrid, el instrumento se aplicó los días en que había un mayor número de pacientes. Posteriormente, cuando los investigadores se encontraban en el servicio asignado para ese día, se obtuvieron las listas de pacientes ubicados en ese servicio, para determinar el marco muestra de acuerdo con los criterios de inclusión de edad. Una vez obtenido ese número de pacientes aptos para el estudio, se seleccionaron de forma aleatoria

aquellos a quienes les fue aplicado el cuestionario.

En principio, el asistente de investigación abordaba a los pacientes y los invitaba a participar en el estudio después de proporcionarles la explicación sobre su naturaleza y beneficios. Luego se les entregaba el consentimiento informado y el entrevistador le administraba el Cuestionario Demográfico y el PHQ. La forma de aplicación fue directa y se les proporcionaron las siguientes instrucciones: “A continuación voy a hacerle unas preguntas sobre una lista de problemas y quejas que algunas veces tiene todo el mundo. Responda cada pregunta de acuerdo con las instrucciones que le voy a dar”. El Mini-Mental se aplicó solo en los casos en los cuales se tuvo duda de alteraciones cognoscitivas del paciente.

En aquellos casos en que el participante puntuó alto en algún trastorno psiquiátrico en la escala aplicada, se le informaba al respecto y se le sugerían las alternativas a su disposición para recibir tratamiento. Aunque las condiciones de aplicación fueron estándar y comparables para todos los participantes del estudio, debido a las condiciones propias de cada servicio, hubo que hacer los siguientes ajustes. Para los *pacientes hospitalizados* ($n = 285$), el entrevistador aplicaba los instrumentos en la habitación del paciente, previa aceptación a participar y consentimiento informado dentro de las 72 a 24 horas anteriores a la salida

del hospital y siguiendo los procedimientos de aleatorización descritos.

En el caso de los *pacientes en la unidad de urgencias* ($n = 289$), una vez se había resuelto la urgencia o cuando los pacientes se encontraban en espera de resultados, se les motivó a participar y se les dio la información pertinente sobre la investigación. Se entregó el consentimiento informado y se administraban los cuestionarios. Dado que la aplicación en urgencias presentó dificultades en términos de la disposición de espacio y la facilidad para ubicar a los pacientes, se optó por realizar la selección aleatoria de este grupo muestral con los pacientes ingresados por urgencias, que fueran hospitalizados, a quienes se visitaba en las veinticuatro horas siguientes a la hospitalización para realizar la aplicación.

A los pacientes de Consulta Externa, ya fuera en la Fundación Santa Fe ($n = 258$) o en el Centro Ambulatorio Gustavo Escallón ($n = 262$), se les abordaba en el momento en que se encontraban en la sala de espera o a la salida de las consultas para pedirles que participaran en el estudio. Se les proporcionaba la información sobre el estudio y se les motivaba para su participación. Teniendo en cuenta las características de la población en el Centro Ambulatorio Gustavo Escallón y la limitada disposición a participar en el estudio cuando se presentaba de forma individual, la información se presentó de manera grupal, ya que se observó que este procedimien-

to facilitaba el entendimiento de la información y promocionaba la participación de un mayor número de pacientes. Los entrevistadores aplicaron el instrumento en la sala de espera o en consultorio en los casos en los que fue posible.

Análisis de datos

Los datos fueron digitalizados en la medida en la que fueron recolectados en una base de datos en el programa SPSS 18. Puesto que las instrucciones del instrumento estipulan que en la escala del trastorno somatomorfo para que el puntaje catalogue la presencia del trastorno los síntomas no deben ser explicados por alguna condición médica, aquellos casos en que el paciente obtuviera un alto puntaje en dicha escala, se revisaron los síntomas por parte del jefe del Departamento de Salud Mental y de un médico internista, quienes determinaron cuáles síntomas podrían atribuirse a una condición médica. Solamente aquellos pacientes cuya queja no se explicaba por una condición médica se incluyeron dentro de la categoría de trastorno somatomorfo.

Una vez estuvieron adecuadamente registrados, se llevaron a cabo los correspondientes análisis estadísticos y su interpretación. Con el fin de lograr el primer objetivo, es decir, establecer la frecuencia y características de los problemas de salud mental en el medio hospitalario, se realizaron análisis descriptivos con

medidas de tendencia central sobre 1) las características demográficas de los participantes, 2) la frecuencia y porcentaje de los principales diagnósticos médicos a partir de los capítulos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), e igualmente de análisis de varianza (Anova) de un factor para determinar la existencia de diferencias en cuanto al número de trastornos por grupo diagnóstico, y 3) la frecuencia de problemas de salud mental generales y específicos.

Con el fin de cumplir el segundo objetivo, se determinó la frecuencia y los porcentajes de comorbilidad de cinco problemas de salud mental de la muestra general, con base en el PHQ con un intervalo de confianza del 5% ($p<0,05$). Luego, para establecer la relación entre problemas de salud mental y variables demográficas específicas como sexo, tres grupos de edad, cinco categorías de estado civil y por el tipo de servicio en el hospital se realizó un análisis de contingencias mediante χ^2 con un intervalo de confianza del 5% ($p<0,05$).

Para cumplir el cuarto objetivo, es decir, establecer la relación entre los problemas de salud mental identificados y el servicio en el que se presentan, se realizó también un análisis de contingencias mediante χ^2 con un intervalo de confianza del 5% ($p<0,05$), así como un Anova de una sola vía, a fin de determinar las diferencias entre los servicios con relación al número de trastornos identificados; entre tanto, cuando

se identificaron diferencias significativas, se llevó a cabo un análisis *posthoc* mediante prueba de Tukey para determinar la naturaleza específica de las diferencias identificadas.

Finalmente, se establecieron intercorrelaciones entre cinco tipos de variables: años cumplidos, dolor en el momento de la evaluación, número de veces que ha consultado a un centro médico en el último año, número de trastornos mentales que presenta y grado de interferencia de los problemas reportados.

Resultados

Del total de pacientes que asistieron a los servicios de hospitalización, consulta externa, urgencias y consulta en el Centro Gustavo Escallón entre septiembre del 2010 y mayo del 2011, 1094 aceptaron participar en el estudio. Los participantes se seleccionaron de manera aleatoria dentro del marco muestral de cada uno de los cuatro servicios que se evaluaron y se contó con la siguiente distribución de pacientes por servicio: hospitalización ($n = 285$; 26,1%), urgencias ($n = 289$; 26,4%), consulta externa ($n = 258$; 23,6%) y atención primaria ($n = 262$; 23,9%). Se utilizó la técnica de emparejamiento de los grupos por criterios de edad, sexo y nivel académico. En el caso en el que el paciente seleccionado no aceptara participar en el estudio, se remplazó con el siguiente dato de la lista en orden de citación.

Estadísticas descriptivas

Con referencia al primer objetivo del estudio, en la tabla 1 se resumen las características demográficas y la frecuencia de diagnósticos médicos de los participantes. De los 1094 pacientes que aceptaron participar en el estudio, con edades entre 18 y 65 años ($M = 44,54$; $DS = 13,61$), 629 (57,2%) eran mujeres y 465 (42,5%) eran hombres. El 23,6% de los participantes estaban casados, mientras que el 69,5% convivía con pareja (ya fueran casados o en unión libre), el 3,9% eran viudos y el 3% estaban separados. Más de la mitad de la muestra tenía un nivel de educación superior, incluyendo pre y posgrado (53,6%), seguido por el 26,3% con educación secundaria y un 17,5% con educación primaria. Solamente un 2,7% manifestó no haber tenido ningún tipo de educación formal.

En cuanto a los resultados de las condiciones médicas más frecuentes en la muestra de acuerdo con los capítulos correspondientes del CIE-10, se encontró que los cinco diagnósticos más frecuentes fueron: 1) síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (cap. XVIII: 15,8%); 2) neoplasias (cap. II: 13,5%); 3) enfermedades del aparato digestivo (cap. XI: 10,5%); 4) enfermedades del sistema genitourinario (cap. XIX: 10,5%), y 5) enfermedades del sistema circulatorio (cap. IX: 8,5%).

Como se puede observar en la tabla 2, respecto de los problemas

de salud mental, de acuerdo con los resultados del PHQ, 402 pacientes, correspondientes al 36,7% de la muestra total (IC95%: 33,7-39,6), presentan algún problema de salud mental. Específicamente, el 26,2% (287 personas; IC95%: 23,8-28,9) presentan solo un problema de salud mental; el 9,3% (102 personas; IC95%: 7,5-11,1) presentan dos problemas de salud mental; 10 personas (0,9%; IC95%: 0,4-1,6) presentan tres problemas de salud mental, y 3 personas (0,3%; IC95%: 0,0-0,6) presentan cuatro problemas de salud mental.

En cuanto a trastornos específicos, se encontró que la presencia de algún trastorno depresivo en las últimas dos semanas presentó la mayor frecuencia observada en 182 personas, que corresponden al 16,6% (IC95%: 14,4-18,9). Al separarlo por tipos de depresión, se encontró que el 7,3% (IC95%: 5,8-9,0) presentaron síntomas de trastorno depresivo mayor en las últimas dos semanas; mientras que 102 personas (9,3%; IC95%: 7,5-11,2) presentaron sintomatología de otros trastornos depresivos en el mismo lapso.

El segundo problema específico que presenta mayor frecuencia es el del abuso de alcohol. En los últimos seis meses, 157 personas, correspondientes al 14,4% de la muestra (IC95%: 12,2-16,4), respondieron afirmativamente a signos de abuso de alcohol. El tercer problema fue la presencia de algún trastorno de ansiedad, que se observó en 84

Tabla 1. Características demográficas de la muestra y frecuencia de diagnósticos médicos

Variable		Núm.	%
Años cumplidos	–	1.094	–
Edad por grupos	18-25	123	11,2
	26-50	534	48,8
	51-65	437	39,9
Sexo	Mujer	629	57,5
	Hombre	465	42,5
Estado civil	Soltero	258	23,6
	Casado	605	55,3
	Unión libre	155	14,2
	Viudo	43	3,9
	Separado/divorciado	33	3,0
Nivel académico	Ninguno	29	2,7
	Primaria	191	17,5
	Secundaria	288	26,3
	Universitario	453	41,4
	Posgrado	133	12,2
Servicio de consulta	Hospitalización	285	26,1
	Urgencias	289	26,4
	Consulta externa	258	23,6
	Madrid	262	23,9
Diagnóstico médico según el CIE-10			
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	77	7,1	
Neoplasias	148	13,6	
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	17	1,6	
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	31	2,8	
Trastornos mentales y del comportamiento	7	0,6	
Enfermedades del sistema nervioso	20	1,8	
Enfermedades del ojo y sus anexos	5	0,5	
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	5	0,5	
Enfermedades del sistema circulatorio	95	8,7	
Enfermedades del sistema respiratorio	50	4,6	
Enfermedades del aparato digestivo	113	10,4	

Continúa

Diagnóstico médico según el CIE-10	Núm.	%
Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	37	3,4
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	71	6,5
Enfermedades del aparato genitourinario	115	10,6
Embarazo, parto y puerperio	33	3,0
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0	0,0
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	11	1,0
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	172	15,8
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	53	4,9
Causas extremas de morbilidad y de mortalidad	4	0,4
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	26	2,4

Tabla 2. Frecuencia, porcentaje e índice de confianza del 95% de los problemas de salud mental en la muestra

	Muestra total (n = 1094)		
	n	%	IC95%
Algún diagnóstico psiquiátrico	402	36,7	33,7-39,6
Algún trastorno de estado de ánimo	182	16,6	14,4-18,9
Trastorno depresivo mayor	80	7,3	5,8-9,0
Otros trastornos depresivos	102	9,3	7,5-11,2
Algún trastorno de ansiedad	84	7,7	6,0-9,4
Trastorno de pánico	17	1,6	0,8-2,4
Otros trastornos de ansiedad	71	6,5	5,0-7,9
Abuso probable de alcohol o sustancias	157	14,4	12,2-16,4
Algún trastorno de la conducta alimentaria	24	2,2	1,4-3,1
Trastorno alimentario por atracones	13	1,2	0,5-1,8
Bulimia nerviosa	11	1,0	0,5-1,6
Trastorno somatomorfo	82	7,5	5,9-9,1
Cantidad de trastornos			
1	287	26,2	23,8-28,9
2	102	9,3	7,5-11,1
3	10	0,9	0,4-1,6
4	3	0,3	0,0-0,6

personas, que corresponden al 7,7% (IC95%: 6,0-9,4); mientras que en cuanto a trastornos específicos de ansiedad, el 1,6% (IC95%: 0,8-2,4%) presentaron sintomatología de ataques de pánico en las últimas cuatro semanas. Entre tanto, el 6,5% (IC95%: 5,0-7,9) manifestaron haber tenido sintomatología de otros trastornos de ansiedad (OTA) en el mismo periodo de cuatro semanas.

El cuarto problema se observó en la presencia de dolores o molestias en las últimas cuatro semanas que no obtuvieron una explicación médica adecuada, que es el trastorno somatomorfo en 82 pacientes, que corresponden al 7,5% de la muestra (IC95%: 5,9-9,1). En quinto lugar, los trastornos de la conducta alimentaria se observaron en el 2,2% de la muestra (IC95%: 1,4-3,1), mientras que el 1,2% (IC95%: 0,5-1,8) afirmó haber presentado síntomas de trastorno por atracones, y el 1,0%, bulimia nerviosa en los últimos tres meses.

Análisis de comorbilidad

Con el fin de lograr el segundo objetivo del estudio, al realizar un análisis de las comorbilidades (tabla 3) se encontró que dentro de las personas con algún trastorno depresivo, la comorbilidad más alta se presenta con algún trastorno de ansiedad en el 18,1% (IC95%: 13,0-23,8); seguido por el abuso de alcohol, con el 15,4% (IC95%: 10,0-20,9). Al tomar en conjunto los dos trastornos de ansiedad la comorbilidad más alta se presentó con el algún trastorno depresivo, con un 39,3% (IC95%: 28,7-50,0); seguido por el abuso de alcohol, con el 20,2% (IC95%: 11,4-29,5).

En cuanto al abuso de alcohol, la más alta comorbilidad se presentó con algún trastorno depresivo, con el 17,8% (IC95%: 11,8-23,6) y, en segundo lugar, se encontró algún trastorno de ansiedad, con el 10,8% (IC95%: 6,3-16,1). En cuanto a los TTAL, la comorbilidad más alta se presentó

Tabla 3. Frecuencia e índices de confianza de las comorbilidades de los cinco problemas de salud mental

	TS	ATD	ATA	ATCA	AA
TS	—	20,7% (11,7-29,5)	12,2% (5,1-19,8)	3,7% (0,0-8,2)	14,6% (7,2-23,1)
ATD	9,3% (5,3-13,7)	—	18,1% (13,0-23,8)	7,1% (3,9-11,1)	15,4% (10,0-20,9)
ATA	11,9% (5,1-19,7)	39,3% (28,7-50,0)	—	4,8% (1,1-9,8)	20,2% (11,4-29,5)
ATCA	12,5% (0,0-28,0)	54,2% (32,2-75,8)	16,7% (3,7-33,3)	—	16,7% (3,7-33,3)
AA	7,6% (3,8-12,1)	17,8% (11,8-23,6)	10,8% (6,3-16,1)	2,5% (0,6-5,2)	—

TS: trastorno somatomorfo; ATD: algún trastorno depresivo; ATA: algún trastorno de ansiedad; ATCA: algún trastorno de la conducta alimentaria; AA: abuso de alcohol.

con algún trastorno depresivo, con el 54,2% (IC95%: 32,2-75,8); seguido por algún trastorno de ansiedad y abuso de alcohol, ambos con el 16,7% (IC95%: 3,7-33,3 para ambos). Finalmente, de las 82 personas que presentaron un trastorno somatomorfo confirmado, las más altas comorbilidades se presentaron con el TTD, con un 20,7% (IC95%: 11,7-29,5); seguido por el abuso de alcohol, con un 14,6% (IC95%: 7,2-23,1).

Problemas de salud mental y variables demográficas

Con el fin de examinar la relación entre los problemas de salud mental y diversas variables demográficas y sitios de servicio se hicieron análisis de χ^2 . A continuación se presentan los resultados más pertinentes sobre relaciones específicas.

Sexo. Aunque se encontró una mayor prevalencia de cualquier trastorno de salud mental en los hombres (39,6%: 184 personas) en comparación con las mujeres (34,7%: 218 personas), la diferencia no mostró ser significativa ($\chi^2 = 2,775$; $p < 0,01$). Sin embargo, sí se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($\chi^2 = 10,822$; $p < 0,001$) en grado de prevalencia en el trastorno depresivo mayor, con una sobrerepresentación de las mujeres (9,5%; 60 personas), en comparación con los hombres (4,3%: 20 personas), aunque no en otros trastornos depresivos.

También se encontró una diferencia significativa en el abuso de

alcohol ($\chi^2 = 22,626$; $p < 0,001$), con una mayor sobrerepresentación en los hombres (20,2%: 94 personas) en comparación con las mujeres (10%: 63 personas). En los trastorno de la conducta alimentaria, la bulimia nerviosa fue más prevalente en hombres (1,7%: 8 personas) en comparación con las mujeres (0,5%: 3 personas), diferencia que mostró ser estadísticamente significativa ($\chi^2 = 4,153$; $p < 0,05$). No obstante, las diferencias en trastorno por atracones y, en general, todos los trastornos de conducta alimentaria no mostraron diferencias significativas por sexo. Tampoco se encontraron diferencias significativas por sexo en los trastornos de ansiedad ni en el trastorno somatomorfo.

Edad. Con el fin de determinar la relación entre trastorno y edad de los participantes, se dividió la muestra en tres grupos de edad: 18-25 años (123: 11,2%); 26-50 (534: 48,8%) y 51-65 (437: 39,9%). Sin embargo, ninguna de las comparaciones entre grupo de edad y trastorno arrojó diferencias estadísticamente significativas.

Estado civil. En la presente investigación se contó con la participación de 258 personas solteras (23,5%), 605 casadas (55,3%), 155 en unión libre (14%), 43 viudos (3,9%) y 33 separados o divorciados (3%); pero ninguna de las diferencias observadas en la prevalencia de trastornos por grupo de edad alcanzó el nivel de significación estadística.

Sitio de servicio. En general, se encontró una mayor prevalencia de

cualquier trastorno de salud mental en los pacientes que asistían a urgencias (42,9%: 124 pacientes), seguidos del grupo de hospitalización (40,4%: 115 personas), Madrid (37,4%: 98 personas) y consulta externa (25,2%: 65 personas) y las diferencias fueron significativas ($\chi^2 = 21,175$; $p < 0,001$). El Anova de un factor mostró diferencias significativas respecto a un menor número de trastornos mentales observados en consulta externa, en comparación con los otros tres grupos $F(3,1093) = 7,89$; $MSE = 0,022$ y $p < 0,001$.

No obstante, al considerar algún trastorno de ansiedad, la mayor prevalencia se observó en consulta externa (12%: 31 personas), hospitalización (9,8%: 28 personas), Madrid (4,6%: 12 personas) y urgencias (4,5%: 13 personas), diferencias que también alcanzaron nivel de significación ($\chi^2 = 16,369$; $p < 0,001$). Sin embargo, al considerar solamente el trastorno de pánico se observó una mayor prevalencia en consulta externa (3,5%: 9 personas), hospitalización (2,8%: 8 personas), y no se observó ningún caso en urgencias ni en Madrid. Estas diferencias fueron significativas ($\chi^2 = 17,934$; $p < 0,0001$).

Respecto a los trastorno de la conducta alimentaria, se encontró una mayor prevalencia de bulimia nerviosa en el grupo de Madrid (2,7%: 7 personas), seguidas por hospitalización (1,4%: 4 personas); mientras que no se encontró ningún caso en urgencias ni en consulta externa, y las diferencias observadas fueron

significativas ($\chi^2 = 13,318$; $p < 0,005$). Sin embargo, el trastorno por atracos mostró una mayor frecuencia en urgencias (2,4%: 7 personas), seguido de Madrid (2,3%: 6 personas); entre tanto, no se encontraron casos en hospitalización ni en consulta externa. Estas diferencias también fueron significativas ($\chi^2 = 12,986$; $p < 0,005$).

Finalmente, el abuso de alcohol es más frecuente en urgencias (21,5%: 62 personas), seguido de hospitalización (21,4%: 61 personas), Madrid (13%: 34 personas), y no se encontraron casos en consulta externa. Estas diferencias fueron significativas ($\chi^2 = 67,025$; $p < 0,0001$). Las diferencias de frecuencias de trastornos observadas entre los servicios no alcanzaron el nivel de significación.

Problemas de salud mental y diagnóstico médico

Al realizar un Anova de un factor, se encontraron diferencias significativas por tipo de diagnóstico, $F(19, 1088) = 2,039$; $p = 0,005$. El análisis *poshac* mediante prueba de Tukey permitió identificar tres subconjuntos homogéneos. Las enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad y las enfermedades del ojo y sus anexos presentan el menor número de trastornos; entre tanto, en enfermedades mentales y del sistema nervioso, como es de esperar, se presentan el mayor número de trastornos.

Intercorrelaciones

Respecto del último objetivo planteado, es decir, el grado de asociación entre variables demográficas pertinentes, como se puede observar en la tabla 4, se encontró una correlación positiva significativa entre edad y dolor, entre edad y el número de veces que ha asistido a un centro médico en el último año ($r = 0,189$; $p = 0,01$), y entre dolor en este momento y el número de veces que ha asistido a un centro médico en el último año ($r = 0,150$; $p = 0,01$). Finalmente, se encontró una correlación negativa significativa entre el número de trastornos mentales que presenta y el grado de dificultad generado por los problemas reportados ($r = -0,327$; $p = 0,01$).

Discusión

Los resultados de este estudio confirman la importancia de detectar problemas de salud mental en el medio hospitalario, de acuerdo con

las recomendaciones de la OMS (1), y la utilidad de emplear un instrumento breve en diferentes servicios de atención en salud. Con el fin de contextualizar los hallazgos de este estudio en el marco general de la investigación global, en primer lugar, se discuten los datos más sobresalientes respecto de la prevalencia de trastornos y se contrastan con resultados semejantes de estudios realizados en el país y en el ámbito internacional. Posteriormente se analizan algunos elementos del estudio que permitan evaluar con mayor precisión los alcances y limitaciones en la interpretación de los datos. Finalmente, se evalúan las implicaciones de estos resultados tanto en la necesidad de realizar más investigación en el área como en la necesidad de tener en cuenta estos datos en los sistemas de prestación de servicios en ambientes semejantes.

En general, se observa una alta prevalencia de problemas de salud mental en relación con otros estudios. Al comparar los resultados encontrados con los datos de preva-

Tabla 4. Intercorrelaciones

	1	2	3	4	5
(1) Años cumplidos	—	0,179**	0,189**	-0,018	-0,027
(2) Dolor en este momento		—	0,150**	-0,017	-0,027
(3) Cuántas veces ha asistido a un centro médico en el último año			—	0,024	0,025
(4) Cuántos trastornos mentales presenta				—	-0,327**
(5) Grado de dificultad generado por los problemas reportados					—

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

lencia de trastornos mentales en el último mes en la población general en el estudio de salud mental en Colombia (3), se encontró que la cifra del 36% para población hospitalaria en este estudio es considerablemente superior a la cifra del 7,4% de la población general en el país. Ello reafirma, por una parte, que el medio hospitalario y, en general de consulta en salud y en atención primaria, es un escenario útil para detectar problemas de salud mental, que permitan tomar oportunamente las medidas pertinentes de preventión e intervención, y, por la otra, reafirman la relación entre salud mental y salud en general (2).

Se encontraron diferencias similares al analizar trastornos específicos, como trastorno del estado de ánimo, que resultó ser 0,3% en el último mes en la población general, en contraste con el 16,6% en este estudio; trastorno depresivo mayor (0,2%) en la población general frente al 7,3% en nuestro estudio en el ámbito hospitalario; cualquier trastorno de ansiedad (0,6%) en comparación con el 7,7% en este estudio, y 14,4% en este estudio en contraste con el 0,2% en la población general en el Estudio Nacional de Salud Mental.

Por otro lado, como era de esperar, al comparar los resultados con estudios realizados en servicios de salud similares al de este estudio, se observaron más semejanzas que con muestras de la población general. Frente al 36% de prevalencia de cualquier trastorno de salud mental

en nuestro estudio, en el estudio original de Spitzer sobre el desarrollo del PRIME-MD con una muestra de mil pacientes que asistían a cuatro centros de atención primaria en Estados Unidos se encontró una prevalencia de 39% de cualquier trastorno (46); mientras que en el estudio de los mismos investigadores sobre el desarrollo del PHQ con una muestra de tres mil pacientes de atención primaria la prevalencia fue del 28% (49).

Algo similar se observa con el estudio el estudio de Díez-Quevedo sobre los resultados del PHQ en 1003 pacientes hospitalizados en España, en el que encontró una prevalencia general del 41,5% de cualquier trastorno (50) y con los del estudio de Roca y colaboradores, quienes utilizaron el PRIME-MD en una muestra de 7936 pacientes en 1356 servicios de atención primaria en España (29), que mostraron que un 53,6% de los pacientes mostraron uno o más trastornos mentales, con una mayor prevalencia de trastornos afectivos (35,8%), ansiedad (25,6%) y trastornos somatomorfos (11,5%).

Al analizar los resultados en trastornos específicos, hay algunos datos que vale la pena resaltar. En relación con la cifra del 16,6% de trastorno de estado de ánimo y del 7,3% de trastorno depresivo mayor, que fueron los que más alta prevalencia mostraron en esta población, se reafirman la necesidad de tomar acciones efectivas, especialmente considerando los efectos de la de-

presión en la calidad de vida y en el estado de salud que se discutieron en la introducción.

Aunque estas cifras son menores al 26% y al 12%, respectivamente, en el estudio original del PRIME-MD (46), son comparables con los resultados del estudio de validación del PHQ en Estados Unidos (16% y 10%, respectivamente) (49), aunque es menor que la prevalencia encontrada en el estudio similar en España (26,2% y 14,8%) (50) y que la encontrada del 27,7% en el estudio de Gómez-Restrepo en una unidad de urgencias en Colombia (5). Llama la atención que el abuso de alcohol fue el segundo trastorno de más alta prevalencia en nuestro estudio. Los resultados encontrados del 14,4% son comparables a los del estudio español de 13,2% y ambos son superiores a los del 7% del estudio del PHQ en Estados Unidos (49). Este hallazgo resalta la necesidad de desarrollar políticas de atención temprana en atención primaria y en medios hospitalarios para abordar este problema que tiene importantes implicaciones en salud y en calidad de vida (56).

En cuanto a cualquier trastorno de ansiedad, el resultado de este estudio del 7,7% es inferior al encontrado en el estudio del PHQ de Spitzer, del 11% (49) y al 14,1% encontrado en el estudio con muestra española (50). Finalmente, a diferencia del estudio en población estadounidense en el que se encontró que la prevalencia de cualquier trastorno de la conducta alimentaria

fue del 7%, y en España del 5,3%, en el presente estudio se encontró una prevalencia del 2,2%.

En resumen, los hallazgos de este estudio sobre la prevalencia de trastornos mentales son, en general, consistentes con los de estudios internacionales en los que se utiliza el mismo instrumento y muestras similares. Sin embargo, al considerar trastornos específicos, hay algunas diferencias que merecen investigación más detallada. En primer lugar, la prevalencia más baja en trastornos de ansiedad contrasta con los datos del estudio de salud mental en el que estos trastornos ocuparon el primer lugar en la población general (3). Por otra parte, en cuanto a los trastornos de la conducta alimentaria, si se observaron diferencias que se pueden atribuir a diferencias culturales o características propias de la muestra. Es importante investigar más a fondo la mayor prevalencia de bulimia en hombres y en población rural (Madrid). En relación con las variables demográficas, se mantienen las diferencias por sexo, especialmente en trastornos afectivos y abuso de sustancias.

Es importante considerar las implicaciones de los resultados sobre el sitio de servicio. La mayor prevalencia de trastornos mentales en el servicio de urgencias, especialmente en relación con el abuso de sustancias, sugiere la conveniencia de diseñar programas de detección temprana y de remisión a intervención para este tipo de problemática. Por otra

parte, la mayor prevalencia de algún trastorno de ansiedad en consulta externa merece investigación más detallada, así como la ausencia de casos de trastorno de pánico en el servicio de urgencias.

Los hallazgos sobre comorbilidades que señalan que un 10,5% de los pacientes mostraron la presencia de más de un trastorno (tabla 3) y como se ha encontrado repetidamente en la literatura (57), las mayores comorbilidades se observan en trastorno depresivo y trastornos de ansiedad con trastornos de conducta alimentaria y abuso de sustancias. Resultados semejantes con una comorbilidad del 11,5% entre trastornos afectivos, ansiedad y trastornos somatomorfos se encontraron en la investigación mencionada, con una amplia muestra de pacientes de atención primaria en España (29). Es importante anotar que estas altas cifras de comorbilidad señalan la importancia de diseñar estrategias transdiagnósticas más eficientes que estén dirigidas a procesos básicos comunes y tengan un mayor cubrimiento (58).

Hay, sin embargo, varios factores que hay que tener en cuenta para interpretar los resultados de este estudio con cautela. Por una parte, en relación con el instrumento utilizado, a pesar de que el PHQ ha mostrado ser un instrumento breve y eficiente en la detección de trastornos mentales en diferentes estudios, por su misma naturaleza no permite obtener información más profunda, para lo cual se requeriría el empleo de instrumentos más de-

tallados. En razón de su brevedad y de la restricción de las preguntas a un intervalo de tiempo se puede presentar una subrepresentación de ciertos trastornos, como pudo ocurrir en el caso del trastorno de pánico en urgencias, la cual a su vez puede afectar algunos análisis estadísticos, en especial los relacionados con diferencias de medias, en razón de los valores nulos en algunos trastornos.

En segundo lugar, en relación con la muestra estudiada, a diferencia de otros estudios que se centraron en atención primaria, en esta investigación se estudió la prevalencia comparativa en cuatro servicios de un hospital general, lo cual aumenta la heterogeneidad de la muestra. Especialmente es necesario tener en cuenta que los pacientes que asisten al Centro Gustavo Escallón Cayzedo en Madrid, Cundinamarca, representan primordialmente una población rural, con un nivel educativo y características de contexto diferentes de los otros tres grupos. Sería de gran importancia realizar estudios similares en otros sitios y con diferentes tipos de población para lograr una información más precisa sobre la naturaleza de las necesidades en detección en atención primaria y servicios de salud.

Finalmente, sería importante realizar estudios similares con un muestreo de tiempo más amplio, con el fin de controlar variables idiosincráticas relacionadas con los lapsos en los que se realiza el estudio. En resumen, considerando el enorme impacto de los problemas de salud

mental en la calidad de vida y en la salud en general, como ha sido ampliamente documentado en la literatura, y la dificultad de las personas y de profesionales de la salud para identificar la presencia de estos trastornos que son susceptibles de tratamiento oportuno, la implementación de procedimientos de detección temprana, como el empleado en este estudio, llenarían un vacío en la prestación de servicios en nuestro medio.

Referencias

1. World Health Organization (WHO). The World Health Report, 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: WHO; 2001.
2. Prince M, Patel V, Saxena S, et al. Global mental health 1: no health without mental health. *Lancet*. 2007;370:859-77.
3. Posada-Villa JA, Aguilar-Gaxiola SA, Magaña CG, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados preliminares del Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia, 2003. *Rev Col Psiquiatría*. 2004;33:241-62.
4. Gómez-Restrepo C, Bohórquez A. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Rev Pan Salud Pública*. 2004;16:378-86.
5. Gómez-Restrepo C, Ospina L, Castro-Díaz S, et al. Prevalencia del trastorno depresivo en pacientes que consultan un servicio de urgencias en Bogotá. *Rev Col Psiquiatría*. 2011;40:22-37.
6. Leon, AC, Portera L, Weissman MM. The social cost of anxiety disorders. *British J Psychiatry*. 1995;27:19-22.
7. da Silva Lima AF, de Almeida Fleck MP. Subsyndromal depression: An impact in quality of life? *J Affect Disord*. 2007;100:163-9.
8. Coryell W, Noyes R, Clancy J. Excess mortality in panic disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1982;39:701-3.
9. Coryell W, Noyes R, House JD. Mortality among outpatients with panic disorders. *Am J Psychiatry*. 1986;143:508-10.
10. Kawachi I, Colditz GA, Ascherio A, et al. Prospective study of phobic anxiety and risk of coronary heart disease in men. *Circulation*. 1994;89:1992-7.
11. Wells KB, Rogers W, Burnam A, et al. How the medical comorbidity of depressed patients differs across health care settings: results from the Medical Outcomes Study. *Am J Psychiatry*. 1991;148:1688-96.
12. Freedland KE, Carney RM. Depression and medical illness. En: Gotlib IH y Hammen CL, eds. *Handbook of depression*, 2nd ed. Nueva York: Guilford; 2009.
13. Kamper-Jørgensen M, Gronbaek M, Tolstrup J, et al. Alcohol and cirrhosis: dose-response or threshold effect? *J Hepatology*. 2004;41:25-30.
14. Greenberg PE, Sisitsky T, Kessler RC, et al. The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. *J Clin Psychiatry*. 1999;60:427-35.
15. Kessler RC, Greenberg PE, Mickelson KD, et al. The effects of chronic medical conditions on work loss and work cutback. *J Occup Environ Med*. 2001;43:218-25.
16. Kessler RC, Foster CL, Saunders WB, et al. Social consequences of psychiatric disorders, I: Educational attainment. *Am J Psychiatry*. 1995;152:1026-32.
17. Pinto Masís D, Gómez-Restrepo C, Uribe Restrepo M. La carga económica de la depresión en Colombia: costos directos del manejo intrahospitalario. *Rev. Col. Psiquiatría*. 2010;39:465-80.
18. Lechny R. Cost savings and effectiveness of mental health services. *J Oregon Psychol Assoc*. 1992;38:8-12.
19. Mumford E, Schlesinger HJ, Glass GV, et al. A new look at evidence about reduced cost of medical utilization following mental health treatment. *J Psychother Practice Res*. 1997;7:68-86.
20. Gómez-Restrepo C, Bohórquez A, Gil F. Conocimiento sobre los trastornos depresivos y evaluación de una intervención educativa aplicada a médicos de atención primaria en Bogotá, Colombia. *Rev Col Psiquiatría*. 2005;34:220-41.

21. Kraft S, Puschner B, Lambert MJ, et al. Medical utilization and treatment outcome in mid and long-term outpatient psychotherapy. *Psychother Res*. 2006;16:241-9.
22. Bufka LF, Crawford JL, Levitt JT. Brief screening assessments for managed care and primary care. En: Antony MM y Barlow DH, editors. *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders*, 2nd ed. Nueva York: Kluwer; 2010.
23. Palmer S, Coyne J. Screening for depression in medical care: pitfalls, alternatives, and revised priorities. *J Psychosom Res*. 2003;54:279-87.
24. Ignacio LL, Arango MV, Baltazar J, et al. Knowledge and attitudes of primary health care personnel concerning mental health problems in developing countries. *Am J Pub Health*. 1989;73:1081-4.
25. Quiroz VR. Frecuencia de diagnósticos de trastornos mentales en pacientes del Hospital Central del IPSS de Cusco. *Rev Peruana Epidem*. 1991;4:11-5.
26. Vicente B, Rioseco P, Saldivia S. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en Latinoamérica: revisión crítica. *Rev Col Psiquiatría*. 2005;34:506-14.
27. Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, et al. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECPP). *Rev Med Chile*. 2002;130:527-36.
28. Hanela G, Henningsen P, Herzoga W, et al. Depression, anxiety, and somatoform disorders: Vague or distinct categories in primary care? Results from a large cross-sectional study. *J Psychosom Res*. 2009;67:189-97.
29. Roca M, Gili M, García-García M, et al. Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *J Affect Disord*. 2009;119:52-58.
30. Ansseau M, Fischler B, Dierick M, et al. Prevalence and impact of generalized anxiety disorder and major depression in primary care in Belgium and Luxembourg: the GADIS study. *Eur Psychiatry*. 2005;20:229-35.
31. van Ravesteijn H, Wittkampf K, Lucassen P, et al. Detecting somatoform disorders in primary care with the PHQ-15. *Ann Fam Med*. 2009;7:232-8.
32. Narrow WE, Regier DA, Rae DS, et al. Use of services by persons with mental and addictive disorders. *Arch Gen Psychiat*. 1993;50:95-107.
33. Simon G, Von Korff M. Recognition, management and outcomes of depression in primary care. En: Vibbert S, Youngs MT, editors. *Behavioral outcomes and guidelines sourcebook*. Nueva York: Faulkner & Gray; 1996. pp. F23-F29.
34. Miller B, Farber L. Delivery of mental health services in the changing health care system. *Prof Psychol: Res Pract*. 1996;27:527-9.
35. Carmin CN, Klocek JW. To screen or not to screen: Symptoms identifying primary care medical patients in need of screening for depression. *Internat J Med*. 1998;28:293-302.
36. Nolte S, Gottfries CG, Norgaard N. Simple steps to diagnosis at primary care centers. *Internat Clin Psychopharmacol*. 1998;13(Suppl. 5):S31-4.
37. Williams JW, Pignone M, Ramírez G, et al. Identifying depression in primary care: A literature synthesis of case finding instruments. *Gen Hospital Psychiat*. 2002;24:225-37.
38. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short form health survey (SF-36): conceptual framework and item selection. *Medic Care*. 1992;30:473-81.
39. Ruehlman LS, Lanyon RI, Karoly P. Development and validation of the multidimensional health profile, part i: psychosocial functioning. *Psychol Assessment*. 1999;11:166-76.
40. Goldberg DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire. Londres: Oxford University Press; 1972.
41. Goldberg DP. Screening for psychiatric disorder. En: Williams P, Wilkinson G, Rawnsley K, editors. *The scope of epidemiological psychiatry* Londres: Routledge; 1989. pp. 108-27.
42. Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, et al. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med*. 1997;27:191-7.
43. Derogatis LR. *SCL-90: administration, scoring, and procedures manual-I for the revised version*. Baltimore: John Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Research Unit; 1977.

44. Derogatis LR. SCL-90-R: administration, scoring, and procedures manual. Minneapolis, MN: National Computer Systems; 1994.
45. Derogatis LR, Melisaratos N. The brief symptom inventory: an introductory report. *Psychol Med*. 1983;13:596-605.
46. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA*. 1994;272:1749-56.
47. Spitzer RL, Kroenke K, Linzer M, et al. Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. Results from the PRIME-MD 1000 study. *JAMA*. 1995;274:1511-7.
48. Baca E, Saiz J, Aguera L, et al. Validation of the spanish version of the PRIME-MD: A procedure for diagnostic mental disorders in primary care. *Actas Españolas Psiqu*. 1999;27:375-83.
49. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary care evaluation of mental disorders. *Patient Health Questionnaire*. *JAMA*. 1999;282:1737-44.
50. Díez-Quevedo C, Rangil T, Sánchez-Planell L, et al. Validation and utility of the patient health questionnaire in diagnosing mental disorders in 1003 general hospital Spanish inpatients. *Psychosom Med*. 2001;63:679-86.
51. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-15: Validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosom Med*. 2002;64:258-66.
52. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *J Gen Int Medicine*. 2001;16:606-13.
53. Löwe B, Unützer J, Callahan CM, et al. Monitoring depression treatment outcomes with the Patients Health Questionnaire-9. *Medical Care*. 2004;42:1194-201.
54. Huang FY, Chung H, Kroenke K, et al. Using the Patient Health Questionnaire-9 to measure depression among racially and ethnically diverse primary care patients. *J Gen Int Medicine*. 2006;21:547-52.
55. Millán González R, Gómez-Restrepo C, Gil Laverde F, et al. Calidad de vida relacionada con la salud y prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos en pacientes en hemodiálisis, en seis unidades renales de Bogotá, Colombia. *Rev Col Psiquiatría*. 2010;38:622-34.
56. Gómez-Restrepo C, Rondón M, Ruiz A, et al. Niveles de alcohol en sangre y somnolencia en conductores estudiados en simuladores: un metaanálisis. *Rev Col Psiquiatría*. 2011;40:229-43.
57. Brown TA, Campbell LA, Lehman CL, et al. Current and life time comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *J Abnorm Psychol*. 2001;110:585-99.
58. Castro-Camacho L. *Modelo integrador en psicopatología: Un enfoque transdiagnóstico*. En: Caballo V, Salazar I, Carroblés J, eds. *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide; 2011. pp. 43-76.

Conflictos de interés: Los autores manifiestan que no tienen conflictos de interés en este artículo.

Recibido para evaluación: 8 de diciembre de 2011

Aceptado para publicación: 12 de febrero de 2012

Correspondencia
Leonidas Castro Camacho
Carrera 13 No. 93-85, consultorio 304
Bogotá, Colombia
lecastro@uniandes.edu.co