

Prevalencia de trastornos mentales en pacientes medicoquirúrgicos: ¿Son válidos los resultados?

Es alta la prevalencia de trastornos mentales entre los pacientes hospitalizados en hospitales generales por enfermedades medicoquirúrgicas. Por ejemplo, Mogollón *et al.*¹ encontraron que 38% de los pacientes mayores de 50 años atendidos en un servicio de medicina interna de un hospital de Bucaramanga (Colombia) reunían criterios para un episodio depresivo mayor mediante el uso de una entrevista estructurada.

En un estudio publicado recientemente en *Colombia Médica* Franco *et al.*² informaron que 120 (44.5%) de los pacientes de una institución hospitalaria presentaban trastornos psiquiátricos. Sin embargo, algunas limitaciones en el método, más allá de las presentadas por los autores, hacen dudar de la validez interna del hallazgo.

Primero, el método presentado sugiere que no es posible determinar la prevalencia de trastornos mentales en este grupo de personas incluidas en el estudio, y menos aún extrapolar los resultados a todos los pacientes que se atienden en la institución. El método utilizado es una forma de evaluar el valor predictivo positivo de un instrumento de tamización como el miniexamen mental (Minimental) o la escala para ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados (HAD). Es decir, sólo incluyeron sistemáticamente los pacientes que fueron positivos, o que puntuaron por encima del punto de corte, en la HAD y el Minimental. Esto quiere decir que se excluyeron un número indeterminado de posibles casos de trastornos mentales, porque todos los instrumentos de este tipo dan igualmente falsos negativos, así como dan falsos positivos. Sin duda, este procedimiento sobreestima la posible prevalencia de trastornos psiquiátricos, al buscar sólo trastornos en los más sintomáticos. En este aspecto, es capital resaltar los hallazgos de Herrero *et al.*³ quienes observaron que la concordancia no explicada por el azar (kappa de Cohen) entre la HAD y una entrevista estructurada para trastornos depresivos o de ansiedad se encontraba para los mejores puntos de corte (11 y 14) en un rango considerado como aceptable para esta prueba estadística en algunas de las categorías diagnósticas investigadas.

Segundo, en relación con los instrumentos usados, el Minimental y la HAD, es muy importante tener en cuenta, por un lado, que la primera de estas herramientas tiene utilidad para identificar posibles casos de trastornos cognoscitivos (demencia y delirium), y la segunda, posi-

bles casos de trastornos depresivos (particularmente trastorno depresivo mayor) y trastorno de ansiedad (en especial trastornos de ansiedad no especificado); y como las propiedades psicométricas de los instrumentos de este tipo cambian según el contexto de la población, siempre deben validarse para encontrar el mejor punto de corte en el grupo poblacional que se quiere evaluar⁴. De tal suerte, que sustentar el uso de una escala en validaciones de otros países no es un fundamento sólido. Como la validación formal de una escala con fines de tamización es un proceso complejo y costoso, este hecho se suele obviar con la incertidumbre que esto genera. No obstante, ese inconveniente se pudo subsanar parcialmente cuando se informa la consistencia interna del instrumento en la población estudiada. Los autores omitieron esta valiosa información. De la misma forma, obviaron la observación de Roselli *et al.*⁵, pues estos investigadores validaron el Minimental en población colombiana y encontraron que el punto de corte se debía ajustar por los años de escolaridad formal y no por los años de edad cumplidos.

Finalmente, la validez del diagnóstico de trastorno mental es muy cuestionable. En la práctica clínica, y más aún en investigación, la certeza diagnóstica para un trastorno mental es la mejor cuando el diagnóstico se realiza con una entrevista estructurada. Se encuentran disponible para estos fines la Entrevista Estructurada para Diagnósticos del Eje I del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana aplicada por un profesional de la salud entrenado y la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta de la Organización Mundial de la Salud diseñada para ser aplicada por personas sin entrenamiento clínico. Además, este tipo de instrumentos permite que se exploren todos los diagnósticos en la totalidad de los evaluados. Los resultados que presentan los autores sugieren que este proceso no se realizó, y no se informó comorbilidad de trastornos mentales. A manera de ejemplo, es muy frecuente que las mujeres reúnan, al mismo tiempo, criterios para trastorno depresivo mayor y para trastorno de ansiedad generalizada; y que en personas de la tercera edad que reúnen criterios para demencia en un momento determinado, particularmente durante la estadía en un hospital general, presenten un episodio de delirium.

Es indiscutible la necesidad de contar con datos válidos y confiables sobre la prevalencia de trastornos mentales no sólo en pacientes con enfermedades físicas durante el tratamiento intrahospitalario en servicios medicoquirúrgicos, sino también en pacientes que asisten a la

consulta ambulatoria, general o especializada no psiquiátrica. Los autores anotaron que la coexistencia de enfermedad física y trastorno mental deteriora adicionalmente la calidad de vida de los pacientes y aumenta en forma considerable los costos de los servicios de los servicios de salud.

En Colombia, es importante diseñar buenos estudios orientados a determinar la prevalencia de trastornos mentales en este tipo de paciente, lo mismo que validar de manera formal instrumentos para la tamización. Tal vez, esto redunde en una evaluación y en un tratamiento integral de todos los pacientes ambulatorios y hospitalizados.

REFERENCIAS

1. Mogollón JP, Jinete SP, Moreno IA, Álvarez MP. Prevalencia de trastorno depresivo mayor en pacientes mayores de 50 años hospitalizados en un servicio de medicina interna. *Medunab* 2005; 8: 11-14.
2. Franco JG, Gómez PE, Ocampo MV, Vargas A, Berríos DM. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes medicoquirúrgicos hospitalizados en la Clínica Universitaria Bolivariana de Medellín, Colombia. *Colomb Med* 2005; 36: 186-193.
3. Herrero MJ, Blanch J, Peri JM, De Pablo J, Pintor L, Bulbena A. A validation study in the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *Gen Hosp Psychiatry* 2003; 25: 277-283.
4. Rubio-Stipec M, Hicks MHR, Tsuang MT. Cultural factors influencing the selection, use, and interpretation of psychiatric measures. (CD-ROM). In: Rush AJ, Pincus HA, First MB, Zarin DA, Blacker D, Endicott J, et al. (eds.). *Handbook of psychiatric measures*. Washington: American Psychiatric Association; 2002
5. Rosselli D, Ardila A, Pradilla G, Morillo L, Bautista L, Rey O, et al. El examen mental abreviado (mini-mental state examination) como prueba de tamización para el diagnóstico de demencia: estudio poblacional colombiano. *Rev Neurol* 2000; 30: 428-432.

Adalberto Campo, M.D.

Profesor Asociado

*Línea de Salud Mental, Facultad de Medicina
Universidad Autónoma de Bucaramanga*

Trastornos psiquiátricos en pacientes medicoquirúrgicos hospitalizados en la Clínica Universitaria Bolivariana: Los resultados son válidos

Gracias por su interés en este artículo¹. Las cartas al editor son una excelente oportunidad para que entre todos avancemos en la cimentación del conocimiento.

Según la revisión que se hizo, este es el primer estudio en Colombia que evalúa la prevalencia de los principales trastornos psiquiátricos en personas hospitalizadas por enfermedades medicoquirúrgicas. Queda claro en la metodología (ver los criterios de exclusión) y discusión del mismo que no se pretendió “extrapolar los resultados a todos los pacientes que se atienden en la institución”. En el artículo de Mogollón *et al.*², evaluaron la prevalencia de trastorno depresivo mayor en personas con más de 50 años, hospitalizadas por medicina interna en una clínica de Bucaramanga; se deduce de la metodología (ver bibliografía citada en dicho apartado del artículo), que para ese estudio se usó la versión validada en un grupo de farmacodependientes en Barcelona (España) de la entrevista semiestructurada SCID.

Aquí se evaluaron pacientes adultos de entre 19 y 93 años y se siguió la versión completa del minimal, teniendo en cuenta la variación en el punto de corte según la edad recomendada por Lobo. Rosselli *et al.*³, validaron la versión abreviada de este instrumento para el diagnóstico de demencia en una población colombiana mayor de 50 años y aun en dicho grupo etario encontraron que la variable edad tuvo responsabilidad en la varianza de la puntuación total de la prueba ($F=11.07$, $p<0.001$).

El otro instrumento usado en el presente estudio de Medellín, la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria es una prueba para descubrir síntomas ansiosos y depresivos pero no únicamente para el diagnóstico concreto de trastorno depresivo mayor o trastorno de ansiedad no especificado⁴.

Finalmente, la validez es el grado en que una prueba mide lo que se supone que debe medir; en el caso de los trastornos psiquiátricos el patrón de oro para valorar la validez lo da la evaluación clínica según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Todos los instrumentos clínicos tienen algún grado de concordancia, que no es de 100%, con dicho patrón⁵. En el presente estudio, un grupo de psiquiatras usó una lista de los diagnósticos y el manual para verificar los criterios clínicos. Por otro lado el argumento de que «se excluyeron un número indeterminado de posibles casos» y que «este procedimiento sobreestima la posible prevalencia» es contradictorio.

En conclusión, el estudio de Medellín da cuenta de la alta frecuencia de los principales trastornos psiquiátricos en personas hospitalizadas por enfermedades medicoquirúrgicas en la Clínica Universitaria Bolivariana, 70 (44.5%)

pacientes; no 120 pacientes, como dice la carta al editor a la que se refiere esta respuesta.

REFERENCIAS

1. Franco JG, Gómez PE, Ocampo MV, Vargas A, Berríos DM. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes medicoquirúrgicos hospitalizados en la Clínica Universitaria Bolivariana de Medellín, Colombia. *Colomb Med* 2005; 36: 186-193.
2. Mogollón JP, Jinete SP, Moreno IA, Álvarez MP. Prevalencia de trastorno depresivo mayor en pacientes mayores de 50 años hospitalizados en un servicio de medicina interna. *Medunab* 2005; 8: 11-14.
3. Rosselli D, Ardila A, Pradilla G, Morillo L, Bautista L, Rey O, Camacho M. El examen mental abreviado (Mini-Mental State Examination) como prueba de selección para el diagnóstico de demencia: estudio poblacional colombiano. *Rev Neurol* 2000; 30: 428-432.
4. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361-370.
5. Cook IA. Guideline watch: Practice guideline for the treatment of patients with delirium. APA. [Publicación en línea]. URL: http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/DelirumWatch_final072604.pdf; 2004

José Gabriel Franco, M.D.

*Profesor Asociado, Escuela de Ciencias de la Salud,
Facultad de Medicina, Universidad Pontificia Bolivariana,
Medellín, Colombia. e-mail: josefranco11@hotmail.com*

Pablo Edgar Gómez, M.D.

*Profesor de Cátedra, Escuela de Ciencias de la Salud,
Facultad de Medicina, Universidad Pontificia Bolivariana,
Medellín, Colombia. e-mail: pablo1gg@yahoo.com*

María Victoria Ocampo, M.D.

*Profesora Asistente, Escuela de Ciencias de la Salud,
Facultad de Medicina, Universidad Pontificia Bolivariana,
Medellín, Colombia. e-mail: mavos@epm.net.co*

Doctor

Guillermo Llanos

Editor Revista Colombia Médica

Estimado señor Editor:

Por medio de la presente me permito solicitar a usted su amable colaboración para corregir en un próximo número de la edición de su prestigiosa revista a manera de fe de erratas, la omisión involuntaria cometida por mi de dos de los coautores del artículo «Prevalencia de *Cryptosporidium* spp en niños menores de 13 años con afecciones oncológicas», publicado en el volumen 36 N° 2 (abril-junio) Supl.1, páginas 6-9 de los doctores Mariela Carreño, Carlos Alberto Velasco, Ernesto Rueda. Ellos son los doctores Diego Andrés Rodríguez y Nayibe Saab, egresados de la Universidad Industrial de Santander, de quien doy fe en la participación activa en este proyecto de investigación financiado parcialmente por Colciencias desde la Universidad Industrial de Santander.

Desde ya pido disculpas por ocasionar este impase, y expresamente a los coautores omitidos involuntariamente del referido artículo, a quienes en presentaciones previas a nivel local, nacional e internacional se les han dado los créditos correspondientes (algunas de ellas publicadas a manera de abstract y resúmenes parciales).

Atentamente,

Carlos Alberto Velasco, M.D.

Profesor Titular

*Departamento de Pediatría
Escuela de Medicina, Facultad de Salud
Universidad del Valle, Cali, Colombia*