

# Prevalencia del trastorno depresivo en pacientes que consultan un servicio de urgencias en Bogotá

**Carlos Gómez-Restrepo<sup>1</sup>**

**Laura Ospina<sup>2</sup>**

**Sergio Castro-Díaz<sup>3</sup>**

**Fabián Gil<sup>4</sup>**

**Carlos Alberto Arango Villegas<sup>5</sup>**

## Resumen

**Introducción:** Por su alta prevalencia, la depresión se considera un problema de salud mundial. Es importante conocer la prevalencia de este trastorno en los pacientes que acuden a servicios de urgencia en Bogotá. **Objetivo:** Calcular la prevalencia de síntomas depresivos en la última semana y determinar las características demográficas de personas entre los 18 y 65 años de edad que acuden por patologías no psiquiátricas al servicio de urgencias de un hospital universitario en Bogotá. **Método:** Estudio de corte transversal de pacientes adultos que asisten al servicio de urgencias de un hospital universitario. La información recopilada incluye datos demográficos, motivo de consulta, diagnóstico y aplicación de la escala del centro de estudios epidemiológicos para depresión (CES-D). **Resultados:** Se obtuvo una muestra de 470 pacientes que acudieron al servicio de urgencias con una prevalencia de síntomas depresivos en la última semana, del 27,7%. La presencia de sintomatología depresiva se vio asociada con sexo femenino, bajo nivel educativo, acudir en horario de la tarde al servicio de urgencias y diagnóstico de alguna enfermedad del sistema nervioso central. **Conclusiones:** Se describe por primera vez en Bogotá la prevalencia de síntomas depresivos en la población que acude a los servicios de urgencias de un hospital general. Son necesarios más estudios para dilucidar factores de riesgo asociados a este trastorno en la población que acude a servicios de urgencias.

**Palabras clave:** Depresión, servicio de urgencia en hospital, adultos.

---

<sup>1</sup> Médico psiquiatra. Psicoanalista. Epidemiólogo clínico. Profesor, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, y director, Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

<sup>2</sup> Médica. Residente de psiquiatría, tercer año. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

<sup>3</sup> Médico. Asistente de investigación, Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

<sup>4</sup> Estadístico y bioestadístico. Profesor asistente, Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

<sup>5</sup> Médico especialista en medicina familiar, Pontificia Universidad Javeriana. Director, Servicios Ambulatorios, Hospital Universitario de San Ignacio.

**Title: Prevalence of Depressive Disorder among Emergency Department Patients in Bogotá****Abstract**

*Background:* Depression is a public health problem worldwide due to its high prevalence. In emergency departments it is often underdetected and undertreated. It is important to be informed about the prevalence of this disorder in emergency departments in Bogotá. *Objective:* To determine the prevalence of clinically significant depressive symptoms in the last week among adult patients visiting the emergency department (ED) with non-psychiatric complaints, in a teaching hospital in Bogotá. *Method:* Cross-sectional study in adult patients who visit the ED. Data collected included socio-demographical data, chief complaint, diagnosis, and results of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). *Results:* Of the 470 patients visiting the ED, 27.7% had clinically significant depressive symptoms. The presence of depressive symptoms was associated with female sex, low education level, visits to the ED in the afternoon, and the diagnosis of a central nervous system disease. *Conclusions:* This study identified a high frequency of clinically significant depressive symptoms among ED patients in Bogotá. More studies are needed to determine risk factors associated to this disorder in this kind of population.

**Key words:** Depression, hospital emergency service, adults.

## Introducción

El trastorno depresivo mayor (TDM) es uno de los más importantes problemas de salud pública en el mundo, debido a su prevalencia, su naturaleza crónica y su relación con una mayor morbilidad y mortalidad. En 2000 la depresión unipolar se

ubicó como cuarta causa de carga de la enfermedad en todo el mundo (1) mientras que en Latinoamérica se ubicó como la primera causa de carga de la enfermedad (2). En Colombia el Estudio Nacional de Carga de la Enfermedad, de 2005, situó la depresión unipolar como primera causa de carga de la enfermedad en mujeres, y como la segunda en hombres de todas las edades (3).

Los estudios epidemiológicos realizados en Estados Unidos mostraron que el TDM tiene una prevalencia del 6,6% (4,5), mientras que en Colombia se reportó una prevalencia del 12,1% en el Estudio Nacional de Salud Mental (6). En el mundo se observa una tendencia hacia el aumento de los trastornos depresivos, y se espera que el aumento sea más marcado dentro de los países en desarrollo (7), pues en dichos países, y Colombia es uno de ellos, se presentan múltiples factores de riesgo relacionados con las altas prevalencias de TDM, como la pobreza, el hacinamiento, la disrupción de la estructura familiar, la pérdida del soporte social y el conflicto armado (8-11).

Por otro lado, los trastornos depresivos por sí mismos producen mayor discapacidad que la mayoría de las enfermedades de naturaleza física, pues afectan múltiples aspectos de la vida, tales como el funcionamiento laboral y familiar, las relaciones interpersonales y las expectativas sobre el futuro (12). Además, estos trastornos son un factor de riesgo para desarrollar

otras enfermedades y agravar los desenlaces de otras (13,14).

La atención a los problemas de salud mental se ha considerado como de baja prioridad por la mayoría de los sistemas de salud, pese a ser un problema prevalente y de alto impacto en la salud pública. Para tener en cuenta la magnitud de la depresión, un estudio recientemente publicado encontró que tan sólo el costo directo de hospitalización por depresión en Colombia estuvo cerca de los 162 mil millones de pesos para todo el país, con la anotación de que podría elevarse a 399 mil millones si las condiciones de acceso a los servicios de salud mental mejorasen (15).

Algunos estudios han mostrado que ni los médicos encargados de la atención primaria ni los servicios de urgencia identifican a los pacientes con trastornos depresivos (16), debido, probablemente, a dificultades en el diagnóstico de dichos trastornos, o a su desconocimiento. Por tanto, se han desarrollado estrategias de tamización en algunos países, con el fin de aumentar la identificación temprana, y, de esta manera, proveer de un abordaje rápido y eficaz para disminuir la morbilidad asociada a este trastorno (17).

En publicaciones previas se ha explorado por depresión en salas de urgencia a pacientes con dolor agudo y crónico, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, dolor torácico, abuso de alcohol e ideación suicida (18-21); sin embargo, tales estudios

se limitaron a subgrupos poblacionales que asisten a dichos servicios. Los estudios que han explorado la prevalencia de la depresión en la población general que asiste a los servicios de urgencia en el mundo entero son escasos; especialmente, en Latinoamérica, donde se cuenta con muy pocos datos al respecto.

En Estados Unidos se encuentran varios estudios que muestran altas prevalencias de depresión en la población que acude al servicio de urgencias por enfermedad somática. En Minneapolis (22) se realizó un estudio entre adultos jóvenes que ingresaban al servicio de urgencias en un hospital local; el objetivo del estudio era valorar la sintomatología depresiva a través del inventario de depresión de Beck; se identificaron síntomas depresivos moderados y severos en el 29% de los evaluados.

En otro estudio, esta vez realizado en el área de Boston, se identificó mediante la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D, por sus siglas en inglés) que el 30% de los pacientes presentaron depresión durante el año inmediatamente anterior (23). Por otra parte, un estudio limitado a población geriátrica determinó una prevalencia del 16,5% usando una escala abreviada de autorreporte para depresión geriátrica (24).

El último estudio publicado al respecto se realizó en California, y tomó como población a los 1.945 pacientes reclutados para el estudio USHER que aceptaron responder las

preguntas del CES-D; se diagnosticó TDM en el 31% de los participantes, con un punto de corte para el CES-D mayor o igual a 16 (25).

Para el caso de Latinoamérica, en el único estudio de su tipo en esta región la prevalencia de TDM en salas de urgencias se reporta entre el 23% y el 35% empleando el CES-D y una posterior evaluación por un psiquiatra, para la cual se tomaron en cuenta los criterios del DSM-IV para este trastorno (26).

De acuerdo con dichos estudios, al menos un 25% de las personas que asisten a urgencias sin trastornos psiquiátricos presentan cuadros depresivos que no se diagnostican, y que podrían significar un empeoramiento del cuadro orgánico de base.

Teniendo en cuenta las altas prevalencias de TDM reportadas en los servicios de urgencias —así como el hecho de que en la actualidad existen herramientas que permiten la detección temprana y un manejo adecuado de estos trastornos—, es necesario conocer con seguridad la prevalencia de nuestro medio.

El objetivo del presente estudio es calcular la prevalencia del trastorno depresivo mayor (TDM) en personas que acuden por patologías no psiquiátricas (orgánicas) al servicio de urgencias del Hospital Universitario de San Ignacio (HUSI), y, además, determinar las características demográficas de aquellas personas con y sin TDM que acuden al servicio de urgencias del HUSI.

## Métodos

### Sitio del estudio

El Hospital Universitario de San Ignacio (HUSI) es un hospital general que sirve como lugar de aprendizaje para la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana, en Bogotá, Colombia. En este hospital se atiende un promedio de 9.000 a 10.000 urgencias por mes, y maneja la mayoría de EPS del régimen contributivo del país, así como a algunos pacientes del régimen subsidiado.

### Elegibilidad de los pacientes

Los criterios para la inclusión de los pacientes de este estudio fueron: 1) personas mayores de 18 años que asistan al servicio de urgencias; 2) *Triage* 2 a 5; 3) personas que presenten una alteración somática de base. Se excluyó a los pacientes: 1) que no firmaron consentimiento informado; 2) que se encontraban intubados; 3) que tuvieran precaución de contacto; 4) con alteración del estado de conciencia (Glasgow <13); 5) con demencia (minimental <24), intoxicación aguda, psicosis, alteraciones que no permitan la comunicación (personas sordas, mudas o sordomudas, o que hablaran otra lengua y no fueran fluidas en español); 6) con discapacidades cognitivas que las hagan dependientes de terceros; y 7) con diagnóstico de enfermedad mental previa o diagnosticada en la presente consulta.

### *Instrumentos del estudio*

Los pacientes completaron un cuestionario que era realizado por las enfermeras encargadas de la recolección de los datos. El cuestionario indagaba información en los siguientes dominios:

#### *VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS*

Se solicitó a los participantes información sobre su fecha de nacimiento, su género, su nivel educativo, su situación de pareja, su situación laboral y su tipo de aseguramiento en salud.

#### *DEPRESIÓN*

Los síntomas depresivos durante la semana inmediatamente anterior fueron explorados con la escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), una escala validada de estrés clínicamente significativo como marcador de depresión, y la cual se encuentra validada en Colombia; con ella se tiene una sensibilidad del 96 % y una especificidad del 73%, así como un valor predictivo positivo del 41%, y negativo, del 99% (1). El puntaje se toma según una escala de Likert de 4 puntos que va desde 0 hasta 3.

#### *MOTIVO DE CONSULTA Y DIAGNÓSTICO*

Los pacientes, asimismo, debieron indicar el motivo del ingreso al servicio de urgencias. El diagnóstico

presuntivo, de acuerdo con la clasificación del CIE-10, se obtuvo a través de los datos registrados en la historia clínica por el médico tratante durante las 21 categorías disponibles.

#### *Proceso de análisis*

##### *DESENLACE PRIMARIO*

El desenlace primario es una medición dicotómica de síntomas depresivos clínicamente significativos. Los pacientes cuyo puntaje fue de 20 o mayor fueron considerados como positivos para la presencia de síntomas depresivos durante los 7 días previos a la consulta.

##### *PÉRDIDA DE INFORMACIÓN EN*

##### *DESENLACE PRIMARIO*

De aquellas personas que respondieron más de 16 preguntas se clasificó como positivas para síntomas depresivos a las que presentaron un puntaje de 20 o mayor, a pesar de las preguntas faltantes. Los participantes que respondieron menos de 16 preguntas o que respondieron más de 16, pero no alcanzaron un puntaje de 20, fueron clasificadas como “faltantes”. Se consideró que quienes contestaron menos de 10 preguntas de la CES-D hicieron parte del grupo que rechazó contestar esta parte de la encuesta.

##### *ANÁLISIS DE LOS DATOS*

Se hizo un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas

de los sujetos incluidos en la muestra con medidas de resumen y de tendencia central. Se reportarán las prevalencias de depresión de acuerdo con el CES-D.

Se utilizó la prueba de  $\chi^2$  para el análisis de asociación de las variables categóricas con la presencia de síntomas depresivos en la semana anterior, tomando un valor de significancia estadística del 5% ( $p<0,05$ ).

## Resultados

Entre el 30 de septiembre y el 9 de octubre de 2010, 543 pacientes que asistieron al servicio de urgencias del Hospital Universitario de San Ignacio aceptaron hacer parte de la encuesta sobre características demográficas de usuarios del servicio. A cuatro pacientes se los debió excluir, debido a que ingresaron por intoxicación aguda. Otros 470 (87%) accedieron a responder el cuestionario CES-D de depresión (figura 1). Las características demográficas generales (edad, sexo) de los pacientes incluidos y excluidos del análisis fueron similares.

La edad promedio de los pacientes que aceptaron participar fue de 37,2 años, con una desviación estándar de 14,2 años. El porcentaje de pacientes según sexo, horario de consulta, estado civil y situación ocupacional se presenta en la tabla 1. Del total de la muestra, la mayoría fueron de sexo femenino (60,4%) y consultaron al departamento en horas de la mañana. Más del 50% de los participantes

tenían algún grado de formación en educación secundaria o universitaria de algún tipo, y la mayor parte de ellos tenía alguna forma de trabajo.

Las principales categorías diagnósticas del total de la muestra se muestran en la tabla 2. Estas correspondieron a enfermedades del sistema digestivo no infecciosas, entre las que se hallaron enfermedades en la cavidad oral, en las glándulas salivales, gastritis, enteritis y colitis, enfermedades del apéndice, etc. Las enfermedades del sistema respiratorio y las infecciones de vías aéreas, las enfermedades del sistema musculoesquelético y el tejido conectivo, así como los traumatismos, fueron las siguientes categorías diagnósticas más comunes en el total.

La prevalencia de síntomas depresivos clínicamente significativos en los 470 pacientes fue del 27,7% (130), como lo ilustra la figura 1. La tabla 3 resume la prevalencia de depresión según las categorías de las diferentes variables sociodemográficas. En el análisis por edades se observó una mayor prevalencia de depresión en el rango de pacientes entre los 55 y los 65 años, aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa. El horario de llegada en el que se presentó un mayor porcentaje de personas con síntomas depresivos fue el de la tarde. De acuerdo con el estado civil se observaron cifras similares en las prevalencias de depresión. Los grupos de menor nivel educativo presentaron mayores prevalencias, mientras que

Figura 1

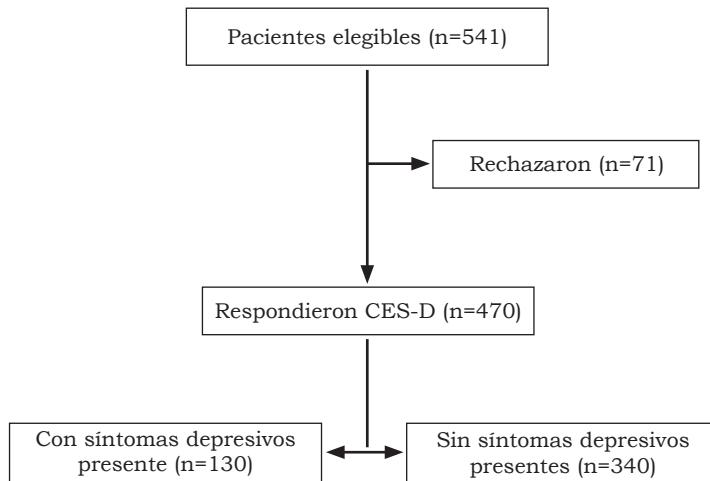


Tabla 1. Características demográficas de la muestra del estudio por depresión

Variables	n	% a
Edad, en años (promedio, SD)	37,2 ( $\pm$ 14,2)	
Grupos de edad		
18-34 años	246	52,4
35-54 años	150	31,9
55-65 años	56	11,9
65 años o más	18	3,8
<b>Horario de llegada a Urgencias</b>		
Mañana	183	38,9
Tarde	144	30,6
Noche	143	30,4
<b>Sexo</b>		
Masculino	186	39,6
Femenino	284	60,4
<b>Estado Civil</b>		
Soltero	199	42,3
Unión libre	84	17,9
Casado	144	30,6

(Continúa)

(Continuación)

Separado/divorciado	34	7,2
Viudo	9	1,9
<b>Nivel educativo</b>		
Sin instrucción	8	1,7
Primaria	90	19,1
Secundaria	133	28,3
Universitaria	149	31,7
Técnico o tecnológico	90	19,1
<b>Situación ocupacional</b>		
No sabe/no responde	1	0,2
Trabaja	362	77,0
Desempleado	19	4,0
Estudiante	30	6,4
Ama de casa	40	8,5
Jubilado/pensionado	18	3,8

Tabla 2. Distribución de los diagnósticos en la población general

Diagnóstico presuntivo	n	% a
Infecciones	39	8,4
Enfermedades endocrinas y metabólicas	9	1,9
Enfermedades del SNC	32	6,9
Enfermedades de la piel y órganos de los sentidos	41	8,8
Enfermedades del sistema circulatorio	29	6,2
Enfermedades del sistema respiratorio y gripes	59	12,7
Enfermedades del sistema digestivo	72	15,5
Enfermedades del sistema musculoesquelético	46	9,9
Enfermedades obstétricas y del sistema genitourinario	36	7,7
Traumatismos-politraumatismos	45	9,7
Controles médicos	1	0,2
Consultas no especificadas	17	3,7

Tabla 3. Distribución de depresión en variables demográficas

	n	% a	p
Edad, en años (promedio, SD)	37,2 ( $\pm$ 13,8)		
Edad, categórica			0,69
18-34 años	67	27,2	
35-54 años	40	26,7	
55-65 años	19	33,9	
65 años o más	4	22,2	
<b>Horario de llegada</b>			
Mañana	42	23,0	0,02
Tarde	52	36,1	
Noche	36	25,2	
<b>Sexo</b>			
Masculino	34	18,3	< 0,01
Femenino	96	33,8	
<b>Estado Civil</b>			
Soltero	57	28,6	0,46
Unión libre	22	26,2	
Casado	37	25,7	
Separado/divorciado	13	38,2	
Viudo	1	11,1	
<b>Nivel educativo</b>			
Sin instrucción	3	37,5	0,04
Primaria	34	37,8	
Secundaria	41	41,8	
Universitaria	30	20,1	
Técnico o tecnológico	22	24,4	
<b>Situación ocupacional</b>			
No sabe/no responde	0	0,0	0,80
Trabaja	96	26,5	
Desempleado	5	26,3	
Estudiante	9	30,0	
Ama de casa	13	32,5	
Jubilado/pensionado	7	38,9	

según la situación ocupacional estas fueron similares.

En el análisis de asociaciones se observaron cuatro variables con una asociación estadísticamente significativa a una mayor prevalencia de síntomas depresivos durante los últimos 7 días. Se observó que un promedio significativamente mayor de mujeres (33,8%) presentaba un puntaje en el CES-D mayor a 20; eso mismo se observaba en el horario de consulta en horas de la tarde y con un nivel educativo bajo (primaria o sin instrucción).

En el análisis de asociación con categorías diagnósticas, resumido en la tabla 4, se debió excluir a 39 pacientes, dado que tenían datos faltantes en esta sección de la encuesta. La asociación de depresión con alguna categoría diagnóstica se hizo

evidente sólo en aquellos pacientes con enfermedad del sistema nervioso central (SNC). Ni la edad, ni cualquier tipo de diagnóstico ni su situación ocupacional mostraron tipo alguno de asociación.

## Discusión

Los datos obtenidos en el presente estudio demuestran cómo una proporción importante de pacientes que acuden al servicio de urgencias del HUSI tienen síntomas positivos para trastorno depresivo mayor. Estos fueron identificados mediante la aplicación de la escala CES-D, la cual ha demostrado tener una adecuada sensibilidad (96%) y especificidad (73%) en la detección de estos síntomas en la población general y en la colombiana.

*Tabla 4. Distribución de depresión en categorías diagnósticas*

Diagnóstico presuntivo	n	% a	p
Infecciones	11	28,2	0,90
Enfermedades endocrinas y metabólicas	3	33,3	0,69
Enfermedades del SNC	17	53,1	< 0,01
Enfermedades de la piel y órganos de los sentidos	12	29,3	0,78
Enfermedades del sistema circulatorio	6	20,7	0,40
Enfermedades del sistema respiratorio y gripes	10	17,0	0,05
Enfermedades del sistema digestivo	17	23,6	0,43
Enfermedades del sistema musculoesquelético	13	28,3	0,89
Enfermedades obstétricas y del sistema genitourinario	8	22,2	0,47
Traumatismos-politraumatismos	10	22,2	0,41
Controles médicos	0	0,0	0,54
Consultas no especificadas	6	35,3	0,46

La prevalencia de síntomas positivos para depresión fue del 27,7%; teniendo en cuenta las propiedades psicométricas de esta escala, se puede concluir que una importante proporción de los pacientes cursarían con un TDM. La prevalencia hallada en el presente estudio concuerda con la otra investigación realizada en Latinoamérica, donde se reportó una prevalencia del 30%; (intervalo de confianza del 95%, 23%-35%) (26), y, además, la corroboran tres estudios realizados en Estados Unidos, donde se hallaron prevalencias del 29%, el 30% y el 31% (22,23,25).

El estudio permite identificar varios factores asociados al TDM, lo cual es consistente con los estudios epidemiológicos. Se evidencia, por ejemplo, una fuerte relación con el sexo femenino. El diseño de esta investigación demostró un 33,8% de mujeres con TDM, comparado con el 18,3% en los hombres, y expresado en una relación 1,8 a 1, datos similares a los de estudios internacionales que reportan una relación de 1,5 a 3 predominante en mujeres.

En el presente estudio el 60,4% de las personas que asistieron al servicio de urgencias fueron mujeres, cifra que se relaciona con investigaciones previas, según las cuales la mayoría de consultantes son del sexo femenino (27-29). Lo anterior, probablemente, sea explicable por factores socioculturales generales y específicos para nuestra población; en especial, los relacionados con las diferencias del comportamiento entre el género.

Existen teorías que intentan dilucidar la asociación entre el género y la presencia de TDM. Se han identificado factores de riesgo para TDM en mujeres prepardo, como bajo apoyo social y violencia de cualquier tipo, sin pasar por alto que el embarazo por sí solo es un evento de vida estresante y que provoca varios cambios de tipo hormonal (30).

En las mujeres se han descrito importantes disfunciones endocrinas relacionadas con alteraciones de la actividad cerebral en el circuito de respuesta al estrés. Los estudios se han orientado a determinar, a través de resonancia magnética funcional cerebral, la relación entre el eje hipotálamo-pituitaria-gónada y la alteración del circuito de respuesta al estrés, con resultados que contribuyen a entender el aumento de la prevalencia de TDM en este grupo poblacional (31).

Algunos autores sugieren la presencia de cambios hormonales en la perimenopausia que podrían estar relacionados con la presencia de TDM en mujeres entre los 45 y los 49 años de edad; la hormona foliculoestimulante (FSH, por sus siglas en inglés) parece estar implicada en el desarrollo del trastorno (32).

Hasta el momento no existe una sola explicación totalmente válida y estudiada que aclare la razón del aumento en la prevalencia de TDM en mujeres. Parece ser que esta enfermedad se desarrolla más en dicha población por la presencia simultánea de factores biológicos, sociales y culturales.

Otro factor de asociación en relación con el TDM detectado por el presente estudio fue el bajo nivel educativo o analfabetismo. Las cifras de analfabetismo para 2005 en Colombia fueron del 9,6% (2.700.000 colombianos) (33). Un bajo nivel educativo obstaculiza la obtención de empleo digno con salarios justos, factores que generan un daño psicosocial y causan dificultades en los planos familiar, personal y social, y contribuyen así en el aumento de trastornos mentales como la depresión. Este hallazgo ha sido revelado en otros estudios (34,35).

Esta investigación también detectó que las personas con síntomas depresivos consultaron más al servicio de urgencias en horas de la tarde. Hasta el momento en la literatura no se han publicado hallazgos similares, y, por lo tanto, no hay claridad sobre la asociación de este factor con el trastorno, por lo cual es necesario ampliar la investigación en este tema.

Muchas enfermedades orgánicas han sido relacionadas con el TDM; por ejemplo, las patologías oncológicas (36) o las cardiovasculares (entre ellas, el infarto agudo del miocardio y la hipertensión arterial) (37,38), las enfermedades metabólicas (entre las que se destaca la diabetes) (39,40), patologías pulmonares como el asma (41) y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (42), y las enfermedades renales (43) y las del sistema musculoesquelético (44).

El análisis evidenció una correlación importante entre el TDM

y las patologías del SNC, dato que concuerda con los de múltiples estudios realizados en pacientes con este tipo de padecimientos. Se han demostrado prevalencias elevadas de síntomas depresivos comórbidos con ataques cerebrovasculares (ACV) (45-47), migraña (48), epilepsia (49), demencias (50), enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple (51) y antecedente de trauma craneoencefálico (52). No es claro el motivo de esta asociación; sin embargo, se postula que diversas alteraciones de tipo estructural, químico, biológico, psicológico y social pueden ser las responsables de dicha asociación.

Diversas publicaciones han demostrado cómo la enfermedad de Alzheimer puede producir alteraciones en el sistema límbico, hiperactividad del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y disminución de los niveles de serotonina (53), sistemas comprometidos en el TDM. De forma similar, en pacientes post-ACV, el lugar de la lesión ocupa un lugar privilegiado, pero también lo hace la cascada inflamatoria desencadenada tras la lesión, lo que lleva a un aumento de las citoquinas cerebrales, las cuales interactúan con la mayoría de dominios fisiopatológicos involucrados en la depresión, como el metabolismo de los neurotransmisores, la función endocrina y la plasticidad neuronal (54,55). Es importante mencionar, también, que los factores psicológicos y sociales asociados a este tipo de enfermedades pueden ser, igualmente, desencadenantes de la sintomatología depresiva.

Al ser el presente el primer estudio de este tipo realizado en Bogotá, y el segundo en Colombia, es importante que estos resultados sean conocidos y entendidos por todos los miembros del servicio de salud del área de urgencias. Identificar comorbilidades psiquiátricas oportunamente puede permitir mejores intervenciones que influyan directamente en el curso y el pronóstico de las enfermedades médicas y de los trastornos mentales, así como en una posible disminución de costos tanto en los servicios de urgencias como en los de hospitalización.

Por el tipo de diseño de esta investigación no fue posible detectar factores de riesgo; sin embargo, estos factores asociados son fundamentales para continuar el estudio del TDM, y así diseñar nuevas estrategias y abordajes que ayuden a disminuir o, por qué no, eliminar este importante trastorno de nuestra sociedad.

### Conclusiones

El presente estudio nos permite comprobar que la prevalencia de síntomas depresivos en pacientes que acuden al servicio de urgencias del Hospital Universitario de San Ignacio es elevada, con un 27,7%. Además, que el sexo femenino y un bajo nivel educativo se asocian a una mayor presencia de síntomas depresivos.

Se identificó la asociación entre los síntomas depresivos y las enfermedades del SNC. Como dato

novedoso, se encontró que las personas con síntomas positivos para depresión consultaban más en las horas de la tarde, dato no explorado por ningún estudio previo.

Son necesarios estudios de investigación en nuestro medio que incluyan determinantes culturales de la salud, y con diseños que permitan conocer de una manera más real la situación actual de los factores de riesgo en trastornos mentales.

### Referencias

1. World Health Organization (WHO). The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope. Geneva: WHO; 2001. Chapter 2, The burden of mental illness; pp. 19-46.
2. Ustün TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, et al. Global burden of depressive disorders in the year 2000. Br J Psychiatry. 2004;184:386-92.
3. Acosta Ramírez N, Peñaloza RE, Rodríguez García J. Carga de enfermedad Colombia 2005: Resultados alcanzados. Documento Técnico ASS/1502-08. Bogotá: CENDEX; 2008.
4. Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). JAMA. 2003;289:3095-105.
5. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry. 1994;51:8-19.
6. 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 Colomb Psiquiatr. 2004;33:241-62.
7. Mathers CD, Loncar D. Updated projections of global mortality and burden

- of disease, 2002-2030: data sources, methods and results. Geneva: World Health Organization; 2005.
8. Lovisi GM, López JR, Coutinho ES, et al. Poverty, violence and depression during pregnancy: a survey of mothers attending a public hospital in Brazil. *Psychol Med*. 2005;35:1485-92.
  9. Najman JM, Hayatbakhsh MR, Clavarino A, et al. Family poverty over the early life course and recurrent adolescent and young adult anxiety and depression: a longitudinal study. *Am J Public Health*. 2010;100:1719-23.
  10. Hankin A, Smith LS, Daugherty J, et al. Correlation between intimate partner violence victimization and risk of substance abuse and depression among African-American women in an urban emergency department. *West J Emerg Med*. 2010;11:252-6.
  11. Kennedy AC, Bybee D, Sullivan CM, et al. The impact of family and community violence on children's depression trajectories: examining the interactions of violence exposure, family social support, and gender. *J Fam Psychol*. 2010;24:197-207.
  12. Sartorius N. The economic and social burden of depression. *J Clin Psychiatry*. 2001;62:8-11.
  13. 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.
  14. World Health Organization (WHO). The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope. Geneva: WHO; 2001. Chapter 2, The burden of mental illness; pp. 19-46.
  15. Pinto Masís D, Gómez-Restrepo C, Uribe Restrepo M, et al. La carga económica de la depresión en Colombia: costos directos del manejo intrahospitalario. *Rev Colom Psiquiatr*. 2010;39:465-80.
  16. Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, et al. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *JAMA*. 2003;289:3145-51.
  17. Whooley MA, Simon GE. Managing depression in medical outpatients. *N Engl J Med*. 2000;343:1942-50.
  18. Bacaner N, Kinney TA, Biros M, et al. The relationship among depressive and alcoholic symptoms and aggressive behavior in adult male emergency department patients. *Acad Emerg Med*. 2002;9:120-9.
  19. Dahlén I, Janson C. Anxiety and depression are related to the outcome of emergency treatment in patients with obstructive pulmonary disease. *Chest*. 2002;122:1633-7.
  20. Harwitz D, Ravizza L. Suicide and depression. *Emerg Med Clin North Am*. 2000;18:263-71.
  21. Yingling KW, Wulsin LR, Arnold LM, et al. Estimated prevalences of panic disorder and depression among consecutive patients seen in an emergency department with acute chest pain. *J Gen Intern Med*. 1993;8:231-5.
  22. Biros MH, Mann J, Hanson R, et al. Unsuspected or unacknowledged depressive symptoms in young adult emergency department patients. *Acad Emerg Med*. 2009;16:288-94.
  23. Kumar A, Clark S, Boudreaux ED, et al. A multicenter study of depression among emergency department patients. *Acad Emerg Med*. 2004;11:1284-9.
  24. Hustey FM, Smith MD. A depression screen and intervention for older ED patients. *Am J Emerg Med*. 2007; 25:133-7.
  25. Mimiaga MJ, Reichmann WM, Safren SA, et al. Prevalence and correlates of clinically significant depressive symptoms in an urban hospital emergency department. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2010;12.
  26. Castilla-Puentes RC, Secin R, Grau A, et al. A multicenter study of major depressive disorder among emergency department patients in Latin-American countries. *Depress Anxiety*. 2008;25:E199-204.
  27. Campo-Arias A, Díaz-Martínez LA, Rueda-Jaimes GE, et al. Psychometric properties of the CES-D Scale among Colombian adults from the general population. *Rev Colom Psiquiatr*. 2007;36:664-74.

28. Hunt K, Ford G, Harkins L, et al. Are women more ready to consult than men? Gender differences in family practitioner consultation for common chronic conditions. *J Health Serv Res Policy*. 1999;4:96-100.
29. Kapur N, Hunt I, Lunt M, et al. Primary care consultation predictors in men and women: a cohort study. *Br J Gen Pract*. 2005;55:108-13.
30. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, et al. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2010;202:5-14.
31. Holsen LM, Spaeth SB, Lee JH, et al. Stress response circuitry hypoactivation related to hormonal dysfunction in women with major depression. *J Affect Disord*. 2010. [Epub ahead of print].
32. Parry BL. Perimenopausal depression. *Am J Psychiatry*. 2008;165:23-7.
33. Mineducación: El analfabetismo en Colombia es mayor del que se creía. Caracol Radio [Internet]. 2 septiembre 2007 [Citado: 31 enero 2011]. Disponible en: <http://www.caracol.com.co/nota.aspx?id=477314>.
34. Modabernia MJ, Tehrani HS, Fallahi M, et al. Prevalence of depressive disorders in Rasht, Iran: a community based study. *Clin Pract Epidemiol Mental Health*. 2008;4:20.
35. Gries CJ, Engelberg RA, Kross EK, et al. Predictors of symptoms of posttraumatic stress and depression in family members after patient death in the ICU. *Chest*. 2010;137:280-7.
36. Pirl WF, Roth AJ. Diagnosis and treatment of depression in cancer patients. *Oncology*. 1999;13:1293-301.
37. Liu SS, Ziegelstein RC. Depression in patients with heart disease: the case for more trials. *Future Cardiol*. 2010;6:547-56.
38. Sowden GL, Huffman JC. The impact of mental illness on cardiac outcomes: a review for the cardiologist. *Int J Cardiol*. 2009;132:30-7.
39. Ludman EJ, Katon W, Russo J, et al. Depression and diabetes symptom burden. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004;26:430-6.
40. Medved V, Jovanović N, Knapić VP. The comorbidity of diabetes mellitus and psychiatric disorders. *Psychiatr Danub*. 2009;21:585-8.
41. Van Lieshout RJ, Bienenstock J, MacQueen GM. A review of candidate pathways underlying the association between asthma and major depressive disorder. *Psychosom Med*. 2009;71:187-95.
42. Dahlén I, Janson C. Anxiety and depression are related to the outcome of emergency treatment in patients with obstructive pulmonary disease. *Chest*. 2002;122:1633-7.
43. Hedayati SS, Minhajuddin AT, Afshar M, et al. Association between major depressive episodes in patients with chronic kidney disease and initiation of dialysis, hospitalization, or death. *JAMA*. 2010;303:1946-53.
44. Bruce TO. Comorbid depression in rheumatoid arthritis: pathophysiology and clinical implications. *Curr Psychiatry Rep*. 2008;10:258-64.
45. Robinson RG, Spalletta G. Poststroke depression: a review. *Can J Psychiatry*. 2010;55:341-9.
46. Poynter B, Shuman M, Díaz-Granados N, et al. Sex differences in the prevalence of post-stroke depression: a systematic review. *Psychosomatics*. 2009;50:563-9.
47. Huang CQ, Dong BR, Lu ZC, et al. Chronic diseases and risk for depression in old age: a meta-analysis of published literature. *Ageing Res Rev*. 2010;9:131-41.
48. Pompili M, Di Cosimo D, Innamorati M, et al. Psychiatric comorbidity in patients with chronic daily headache and migraine: a selective overview including personality traits and suicide risk. *J Headache Pain*. 2009;10:283-90.
49. Kanner AM. Depression in epilepsy: a complex relation with unexpected consequences. *Curr Opin Neurol*. 2008;21:190-4.
50. Burns A, Iliffe S. Dementia. *BMJ*. 2009;338:b75.
51. Paparrigopoulos T, Ferentinos P, Kouzoupis A, et al. The neuropsychiatry of multiple sclerosis: focus on disorders

- of mood, affect and behaviour. *Int Rev Psychiatry*. 2010;22:14-21.
52. Seel RT, Macciocchi S, Kreutzer JS. Clinical considerations for the diagnosis of major depression after moderate to severe TBI. *J Head Trauma Rehabil*. 2010;25:99-112.
53. Sierksma AS, van den Hove DL, Steinbusch HW, et al. Major depression, cognitive dysfunction and Alzheimer's disease: is there a link? *Eur J Pharmacol*. 2010;626:72-82.
54. Fang J, Cheng Q. Etiological mechanisms of post-stroke depression: a review. *Neurol Res*. 2009;31:904-9.
55. Miller AH, Maletic V, Raison CL. Inflammation and its discontents: the role of cytokines in the pathophysiology of major depression. *Biol Psychiatry*. 2009;65:732-41.

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

*Recibido para evaluación: 28 de diciembre del 2010*

*Aceptado para publicación: 20 de febrero del 2011*

**Correspondencia**

*Carlos Gómez-Restrepo*

*Director, Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística*

*Hospital Universitario de San Ignacio*

*Pontificia Universidad Javeriana*

*Carrera 7<sup>a</sup> No. 40-62, piso 2*

*Bogotá, Colombia*

*cgomez\_restrepo@yahoo.com*