

Prevalencia y detección de los trastornos depresivos en atención primaria

E. Gabarrón Hortal^a, J.M. Vidal Royo^b, J.M. Haro Abad^a, I. Boix Soriano^b, A. Jover Blanca^b y M. Arenas Prat^b

Objetivo. Estudiar la prevalencia de depresión en atención primaria (AP) y la detección de los trastornos depresivos por el médico de AP, así como los factores que influyen en ella.

Diseño. Estudio transversal, descriptivo.

Emplazamiento. Centro de Asistencia Primaria Gavà II (Barcelona).

Participantes. Se seleccionaron de manera aleatoria 400 personas de 18-65 años que acudieron según cita previa a consulta con su médico de AP.

Mediciones principales. Se administró un cuestionario sociodemográfico, el test de cribado de depresión de Beck (BDI) y se revisaron los datos clínicos de su historia. Además a una submuestra de 40 personas se les pasó la entrevista diagnóstica MINI. Se estimó el punto de corte óptimo para el BDI respecto la MINI.

Resultados. Se seleccionó el punto de corte 20/21 de depresión del BDI, con sensibilidad del 86,7% y especificidad del 92%, utilizando como referencia el resultado de la entrevista MINI. La prevalencia corregida del trastorno depresivo en AP es de un 20,2%; un 8,1% en varones y el 26,8% en mujeres (*odds ratio* [OR] = 4,15; $p < 0,01$). El médico detecta sintomatología depresiva en un 55,7% de los probables casos de depresión. Las personas con BDI ≥ 21 visitan más a su médico de AP y han presentado más acontecimientos vitales estresantes que las que puntúan BDI ≤ 20 .

Conclusiones. Existe una elevada prevalencia de depresión en AP. Permanece infradiagnosticado un 44,3% de las personas con probable trastorno depresivo (sobre todo mujeres, viudos, jubilados, los que han presentado acontecimientos vitales estresantes y los individuos más frecuentadores).

Palabras clave: Atención primaria. Trastornos depresivos. Prevalencia. Acontecimientos vitales.

PREVALENCE AND DETECTION OF DEPRESSIVE DISORDERS IN PRIMARY CARE

Aim. To study the prevalence of depression in primary care, the detection of depressive disorders by primary care physicians, and the factors that influence detection.

Design. Cross-sectional, descriptive study.

Setting. Gavà II Primary Care Center, in Barcelona, Spain.

Participants. A total of 400 people between the ages of 18 and 65 years were chosen randomly from among those who attended appointments with their primary care physician.

Main measures. A sociodemographic questionnaire and the Beck Depression Inventory (BDI) screening test were administered, and the participant's medical record was reviewed. In a subsample of 40 participants, the Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI) was also administered. The optimum cutoff score for the BDI was estimated with reference to the MINI results.

Results. A cutoff score of 20/21 for the BDI had a sensitivity of 86.7% and a specificity of 92%, when the MINI score was used as a reference. The adjusted prevalence of depressive disorder in our primary care setting was 20.2% overall, 8.1% in men, and 26.8% in women (*odds ratio* 4.15, $p < 0.01$). The physician detected depressive symptoms in 55.7% of all likely cases of depression. Persons who scored ≥ 21 on the BDI made more visits to their primary care physician, and had more stressful life events, than those who scored ≤ 20 .

Conclusions. The prevalence of depression in our primary care setting is high. The disorder was underdiagnosed in as many as 44.3% of the persons likely to have depressive disorder (especially women, widows and widowers, retired persons, persons who had experienced stressful life events, and frequent users of primary care services).

Key words: Primary care. Depressive disorder. Prevalence. Life events.

English version available at

www.atencionprimaria.com/46.182

A este artículo sigue un comentario editorial (pág. 336)

^aCentro Salud Mental Gavà. Sant Joan de Déu, Serveis de Salut Mental.

^bABS Gavà II. Institut Català de la Salut. DAP Baix Llobregat Litoral.

Este proyecto ha sido realizado con la ayuda de la Agencia de Evaluación de Tecnología Médica (15/47/98).

Correspondencia:
Dr. Josep Maria Haro.
Centro Salud Mental Gavà.
C/ Sarrià, 13-15.
08850 Gavà (Barcelona)

Correo electrónico:
27652jha@comb.es

Manuscrito aceptado para su publicación el 5-XI-2001.

Introducción

La prevalencia de los trastornos depresivos en atención primaria (AP) y su capacidad de detección por parte del médico representan un tema controvertido y de gran interés¹. En los últimos años se han publicado numerosos trabajos al respecto²⁻¹¹, tanto desde el ámbito de la AP como desde el punto de vista de la psiquiatría. Sin embargo, aún quedan aspectos por estudiar, puesto que algunos de los trabajos presentan limitaciones metodológicas^{10,11}.
Conviene diferenciar la prevalencia de depresión estimada para la población que acude a las consultas de AP de la estimada para la población general, situándose esta última en un 6% de prevalencia/año y en un 15% a lo largo de la vida¹². La prevalencia-vida de episodio depresivo mayor en los países industrializados se estima en un 8-12% para los varones y el 20-26% para las mujeres¹⁻³. En todos los países industrializados la incidencia de trastornos afectivos es cada vez mayor y se manifiesta a edades más tempranas⁴. Según diversos estudios epidemiológicos, la depresión mayor en AP tiene una prevalencia puntual estimada de un 5-10%, y un 10-30% más podría presentar depresión subclínica⁵⁻⁷.
Hasta ahora los estudios sobre la prevalencia de depresión en AP han utilizado dos métodos. Por un lado pruebas de cribado, como el BDI (Beck Depression Inventory)^{4,5,8}, CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale)^{6,9-11} o SDS (Zung's Self-Rating Depression Scale)^{13,14}, seguidas de entrevistas diagnósticas estructuradas, como la SCID (Structured Clinical Interview for DSM-III-R)^{8-10,15}, MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) o SCAN (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry)⁵. Los estudios de doble fase requieren de la participación de personal clínico en la segunda fase. El segundo método ha sido la administración única de entrevistas diagnósticas, como la CIDI (Composite International Diagnostic Interview)¹⁶. El problema principal de las entrevistas diagnósticas es la necesidad de personal cualificado y la disposición de tiempo suficiente para la administración, por lo que son de difícil manejo desde AP^{8,11,14,17,18}.
La bibliografía revisada sugiere que el médico de AP detecta poco los trastornos depresivos, permaneciendo infradiagnosticados entre un tercio y la mitad de los casos^{8,9,14,15,19,20}. En los diferentes estudios revisados se esgrimen diversas razones para explicar esta evidencia: en primer lugar, la *pluripatología* por la que consulta el paciente a su médico, en la que se engloban múltiples síntomas somáticos, que también se incluyen como criterios diagnósticos dentro de los trastornos depresivos². En segundo lugar, las características de los pacientes depresivos que acuden a las consultas de AP: éstos son diferentes a los diagnosticados y tratados en el nivel de la especialidad, de manera que los que acuden a AP presentarían menor gravedad y mayor tiempo de evolución^{8,9,17}, mientras que los que lo hacen a la consulta del psiquiatra son casos incidentes, con una clínica más florida, por lo que han sido más precozmente derivados a salud mental y cumplen mejor los criterios diagnósticos psiquiátricos.

Finalmente, según algunos estudios, la detección de depresión por el médico de AP es tanto mayor cuanto mayor es la familiaridad y el conocimiento previo de la historia psiquiátrica del paciente⁹, por lo que si existe poca continuidad en el seguimiento por parte del médico de AP la detección sería inferior.

La detección de los trastornos depresivos por parte del médico de AP tiene una trascendencia fundamental en la prevención de suicidios asociados al trastorno, en la mejora de calidad de vida del paciente y en la reducción de costes sanitarios, puesto que este tipo de pacientes son más utilizadores de servicios médicos y presentan significativamente más disfunción que los pacientes con enfermedades médicas crónicas^{1,4}.

Por un lado, el presente trabajo pretende estudiar la prevalencia de depresión en AP a través de un estudio de doble fase, y por otro persigue estudiar el posible infradiagnóstico de los trastornos depresivos por el médico de AP y los factores que influyen en él.

Material y métodos

Diseño y ámbito

Se trata de un estudio transversal, descriptivo, en el Área Básica de Salud de Gavà II, una zona urbana a 10 km de Barcelona con 19.000 habitantes.

Sujetos

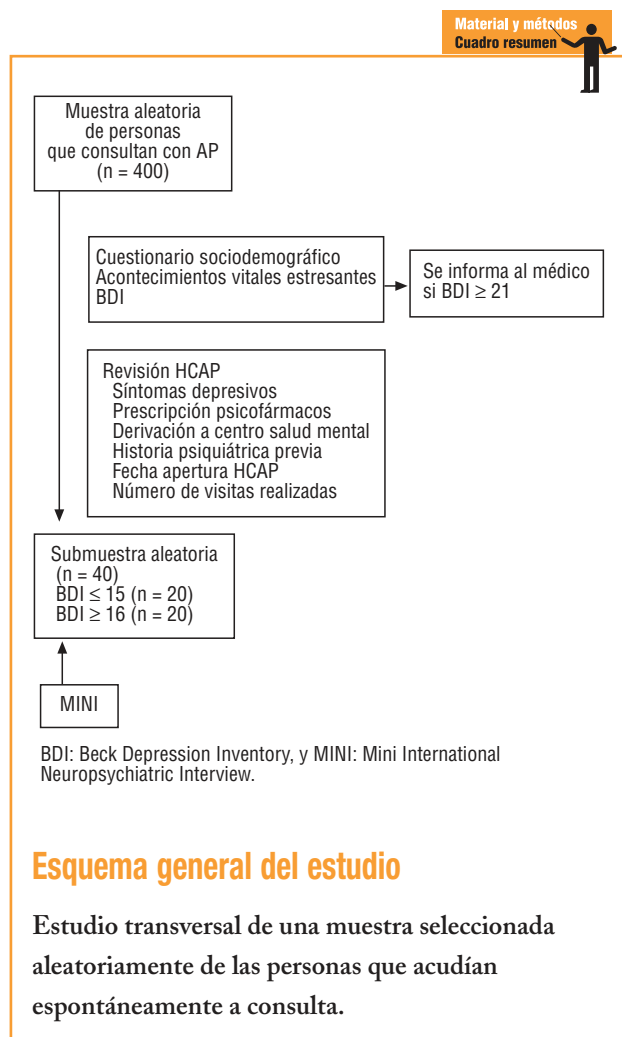
Se seleccionó aleatoriamente una muestra de 400 sujetos, de edades comprendidas entre 18 y 65 años, que acudían espontáneamente a consulta con uno de los 8 médicos de AP del centro (4 del turno de mañana y 4 del turno de tarde). Se excluyeron las personas con desconocimiento de la lengua.

El tamaño de la muestra se calculó a partir de una prevalencia esperada del 20%, con un error alfa del 5% y una precisión del 4%. La selección de sujetos se realizó en 10 sesiones, escogiendo 40 pacientes al azar en cada sesión (20 del turno de mañana y 20 más de turno de tarde). Los sujetos fueron informados del estudio y, después de la visita con el médico de AP, se les solicitó su consentimiento verbal para participar. El período de recogida de datos fue de 3 meses (desde noviembre de 1999 hasta enero de 2000).

Método

Se administró un cuestionario sociodemográfico donde se recogieron datos de filiación y presencia de acontecimientos vitales estresantes (AV) en los últimos 6 meses. Los AV recogidos fueron los 10 primeros acontecimientos vitales objetivos de la Escala de Acontecimientos Vitales de Paykel (muerte de familiar/amigo, enfermedad personal, accidente propio/ser cercano, embarazo propio/ser cercano, cambio de situación financiera, cambio trabajo/casa, divorcio/separación, matrimonio, pérdida trabajo). A continuación se administró el test de cribado de depresión BDI en su versión autoadministrada de 21 ítems, validado en España por Conde, Esteban y Useros (1976)^{3,21-27}.

Posteriormente se revisaron las historias clínicas de los 400 sujetos incluidos, recogiendo: número y tipo de psicotropos que toma actualmente, anotación o no de la presencia de síntomas psiquiátricos por el médico de AP en los 30 días anteriores, derivación o no del paciente a centro de salud mental (CSM),



historia previa de enfermedad psiquiátrica, presencia de patología somática de base, fecha de apertura de la historia clínica y número total de visitas realizadas desde la apertura.

Dentro de la semana posterior a la entrevista inicial se entrevistaron 40 sujetos, seleccionados aleatoriamente, con la entrevista diagnóstica MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview)²⁸, 20 con BDI ≤ 15 y 20 más con BDI ≥ 16, con el objetivo de comprobar la validez del BDI.

Con los datos obtenidos de la administración de la MINI se recalculó el punto de corte óptimo del BDI, así como su sensibilidad y especificidad para la muestra estudiada. Con el punto de corte óptimo se calcularán los verdaderos positivos, verdaderos negativos, falsos negativos y falsos positivos. Finalmente se informó a los médicos de AP de aquellos pacientes que superan el punto de corte en el BDI.

Análisis estadístico

Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSSWIN versión 6.1. Las prevalencias y sus intervalos de confianza se han calculado utilizando la información tanto de la encuesta transversal como los datos de sensibilidad y especificidad del BDI evaluado por la MINI. El método fue desarrollado por Tenenbein²⁹ y utiliza estimadores de máxima verosimilitud para calcular el intervalo de confianza. Con este método conseguimos agrupar la

información obtenida en las dos fases del estudio. El método de Tenenbein se ha empleado también al estudiar la prevalencia desglosada en estratos para la variable género. Debido al escaso número de casos por estrato, cuando desglosamos la muestra entre categorías de una variable con varios estratos hemos utilizado las prevalencias no ajustadas para estas comparaciones. Los intervalos de confianza de estas prevalencias se calcularon por el método exacto a través de las tablas cuando $n \cdot p < 10$ y con una transformación a una distribución normal en los otros casos.

Los otros análisis estadísticos realizados han sido: curva ROC, cálculo de la *odds ratio* (OR), ji-cuadrado y comparación de medias (t-test y *one-way* anova).

Resultados

La tabla 1 muestra la sensibilidad, especificidad y valores predictivos según distintos puntos de corte del BDI, tomando como referencia la MINI. Los mejores resultados se obtienen cuando éste se sitúa en 20/21. Se han considerado como no casos las personas que puntúan ≤ 20 en el BDI, y como casos los que ≥ 21.

La prevalencia no ajustada, utilizando el punto de corte BDI 20/21, de trastorno depresivo en AP se sitúa en el 15,5% (BDI ≥ 21). Si corregimos en función de los valores predictivos obtenidos a partir de la MINI por el método de Tenenbein, se encuentra una prevalencia del 20,2%, con un intervalo de confianza del 95% de 11-29%.

La tabla 2 muestra la prevalencia de trastorno depresivo según diversas variables sociodemográficas. La distribución por sexos determina una mayor proporción de mujeres con trastorno depresivo (OR, 4,15; $p < 0,01$).

Para estudiar la detección del médico de AP de los trastornos depresivos, se establecen 4 categorías: verdaderos positivos (personas que superan punto de corte en BDI y

TABLA 1
Sensibilidad, especificidad y valores predictivos de diferentes puntos de corte del Beck Depression Inventory

Punto de corte BDI	Sensibilidad	Especificidad	VPP ^a	VPN ^b
13/14	100%	64%	0,63	1
14/15	100%	68%	0,65	1
15/16	93,3%	68%	0,64	0,94
16/17	86,7%	72%	0,65	0,90
17/18	86,7%	80%	0,72	0,91
18/19	86,7%	84%	0,76	0,91
19/20	86,7%	88%	0,76	0,02
20/21	86,7%	92%	0,87	0,92
21/22	80%	92%	0,86	0,88
22/23	66,7%	92%	0,83	0,82
23/24	60%	92%	0,82	0,79
24/25	60%	92%	0,82	0,79
25/26	53,3%	96%	0,89	0,77

VPP: valor predictivo positivo, y VPN: valor predictivo negativo.

TABLA 2 Prevalencia de trastorno depresivo en función de las características sociodemográficas

	Número de casos con BDI ≥ 21	Proporción de personas con depresión en el grupo (IC del 95%)
Sexo		
Varones	10 ^b	0,081 (0,03-0,13) ^c
Mujeres	52	0,268 (0,14-0,40)
Estado civil		
Solteros	10 NS	0,14 (0,06-0,22)
Casados/en pareja	42	0,14 (0,10-0,18)
Separados/divorciados	4	0,20 (0,02-0,38)
Viudos	6	0,38 (0,14-0,62)
Nivel de estudios		
Analfabetos	10 ^a	0,42 (0,22-0,62)
Primaria incompleta	12	0,15 (0,07-0,23)
Primaria completa	18	0,14 (0,08-0,22)
Estudios secundarios	11	0,15 (0,07-0,23)
Estudios superiores	8	0,15 (0,05-0,25)
Estudios universitarios	3	0,09 (0-0,18)
Situación laboral		
Activos ocupados	18 NS	0,13 (0,07-0,19)
Activos en paro	3	0,12 (0-0,24)
Estudiantes	1	0,05 (-0,05-0,15)
Amas de casa	19	0,14 (0,08-0,20)
Jubilados/pensionistas	7	0,21 (0,07-0,35)
Incapacitados	2	0,15 (-0,04-0,34)
Baja laboral	11	0,33 (0,17-0,49)
Tipo de trabajo		
Directivos > 10 trabajadores	0 ^a	
Directivos < 10 trabajadores	4	0,18 (0,02-0,34)
Administrativos/seguridad/comerciales	6	0,11 (0,03-0,19)
Autónomos	3	0,13 (0-0,26)
Supervisores trabajadores manuales	3	0,16 (0-0,32)
Trabajadores manuales cualificados	9	0,12 (0,05-0,19)
Trabajadores manuales no cualificados	32	0,22 (0,08-0,36)
Nivel ingresos familiares mensuales		
< 100.000 pts./mes	12 ^b	0,32 (0,17-0,47)
100.000-150.000 pts./mes	16	0,22 (0,12-0,32)
150.000-200.000 pts./mes	14	0,13 (0,07-0,19)
> 200.000 pts./mes	18	0,10 (0,06-0,14)

^ap < 0,05. ^bp < 0,005. ^cValores corregidos con el método de Tenenbein. NS: no significativo.

hay anotación por parte del médico de AP de que presentan un trastorno depresivo y/o prescripción de psicofármacos), verdaderos negativos (no superan el punto de corte en BDI y no hay anotación del médico de AP ni prescripción de psicofármacos), falsos negativos (superan el punto de

corte en BDI, pero no hay anotación del médico de AP o prescripción de psicofármacos) y falsos positivos (no superan el punto de corte en BDI, pero hay anotación del médico y/o prescripción de psicofármacos). Un 66,6% son verdaderos negativos, el 7% falsos negativos, el 8,9% verdaderos positivos y el 17,5% falsos positivos. En cuanto al género, se observa una mayor tendencia en el caso de las mujeres a ser falsos negativos (8,3% frente a un 4,2% en los varones) y verdaderos positivos (10,9% frente a 4,2% en varones), y en el caso de los varones a ser verdaderos negativos (75,4% frente a un 62,6% en mujeres) (p < 0,05). Son falsos negativos un 18,8% de los viudos (p < 0,05) y el 12,1% de los jubilados (p < 0,05). No existen diferencias entre la edad, el tipo de trabajo y las cuatro anteriores categorías.

El médico de AP hace anotaciones de presencia de sintomatología psiquiátrica en un 12,3% de los casos estudiados, de los cuales el 38,3% superaba el punto de corte en el BDI, y de los sujetos con BDI ≥ 21 el médico de AP hizo anotaciones en un 30% (p < 0,0001) (tabla 3). De los sujetos del estudio, un 15,6% tenía historia previa de trastorno psiquiátrico; tomaba medicación psicotrópica el 23,6%, y había sido derivado a servicios de salud mental el 4,7%. De los casos sin historia psiquiátrica previa, el médico de AP detecta 18 de 323, y de los casos con historia psiquiátrica detecta 29 de 60 (p < 0,0001). De los sujetos en tratamiento con psicofármacos un 64,4% no superaba el punto de corte en el BDI y un 46,7% de los que superaban el punto de corte no tomaba ningún psicofármaco (p < 0,0001).

Las personas que no superan el punto de corte en el BDI visitan una media de 5,6 veces/año (DE, 4,1) a su médico de AP, mientras que las que tienen probable trastorno depresivo lo hacen una media de 8,9 (DE, 7,9) (p < 0,001). Los verdaderos negativos tienen el índice de frecuentación más bajo, con una media de visitas/año de 5 (DE, 3,5), mientras que los falsos negativos, falsos positivos y verdaderos positivos muestran los más altos índices de frecuentación, con unas medias de 10,7 (DE, 2,1); 7,6 (DE, 5,2) y 7,9 (DE, 4,7), respectivamente (p < 0,001).

Respecto a la presencia o no de AV, encontramos que un 55% de los sujetos de la muestra han presentado AV en los últimos 6 meses. De los sujetos con probable trastorno depresivo, el 77% había presentado al menos un AV, con una OR de 3,2 respecto a los que no tenían un trastorno depresivo (p < 0,001; IC del 95%, 66,4-87,6%). Las personas que presentaban AV obtienen una puntuación media en el BDI de 12,7 (DE, 10,4), mientras que los que no los presentaban puntúan una media de 8,9 (DE, 8,2), (p < 0,0001). La prevalencia no ajustada de trastorno depresivo entre las personas que han presentado AV los 6 meses anteriores es de 17,6% (IC del 95%, 12,6-22,6%), y la de los que no han experimentado AV es de 7,8% (IC del 95%, 3,9-11,7). Los sujetos con AV obtienen puntuaciones más elevadas en todos los ítems de BDI (tabla 4).

TABLA 3 Datos registrados en la historia clínica y conducta del médico de AP en función del punto de corte en el BDI. Las cifras muestran el porcentaje (IC del 95%)

	BDI ≥ 21	BDI ≤ 20	Significación
Anotación de síntomas depresivos	30% (18,4-41,6%)	9% (5,9-12,1%)	p < 0,0001
Prescripción de psicofármacos	53,3% (40,7-65,9%)	18% (13,8-22,2%)	p < 0,0001
Historia psiquiátrica previa	36,7% (24,5-48,9%)	11,7% (8,5-14,9%)	p < 0,0001
Derivación a CSM	15% (6-24%)	2,8% (1-4,6%)	p < 0,0001

Discusión

La prevalencia ajustada de trastornos depresivos en atención primaria obtenida en nuestro estudio es de un 20,2%. Según nuestros resultados el médico de AP detecta correctamente un 55,7% de estas personas.

La prevalencia de trastornos depresivos que hemos obtenido está dentro del rango hallado por otros estudios. Klinkman et al¹⁰ obtienen una prevalencia del 22% con el CES-D; Carmin y Klocek⁵ de un 15,4% utilizando un punto de corte 16/17 en el BDI, y Ferrer y Rodríguez², en un estudio realizado en Galicia, del 11,2% con BDI 15/16. Hemos de tener en cuenta que en nuestro caso hemos evaluado trastornos depresivos en un sentido amplio, estando incluidos en la muestra algunos casos de distimia como se observa en la evaluación con la MINI (66,67% con depresión mayor, 26,67% con distimia y 6,67% con depresión mayor y distimia), mientras que otros estudios se centran exclusivamente en la depresión mayor^{7,17}. La prevalencia detectada en nuestro estudio es equiparable a la hallada por Klinkman et al¹⁰ en una muestra de Michigan, y superior respecto al otro estudio realizado en España, de Ferrer y Rodríguez². Esto podría deberse a factores biológicos, ambientales, culturales o de edad, puesto que el estudio gallego incluye en su muestra a pacientes mayores de 15 años, así como al distinto punto de corte empleado.

El género es uno de los principales factores asociado a presentar un trastorno depresivo¹: la prevalencia en mujeres es 4 veces superior que en varones (26,8% frente a 8,1%; OR, 4,15), es decir, que aproximadamente más de una cuarta parte de las mujeres que se visitan en AP por cualquier motivo y alrededor de uno de cada 12 varones son depresivos. Nuestros resultados son superiores a los encontrados en el trabajo de Gater et al sobre prevalencia de trastornos depresivos en AP en 15 países, que fue de 12,5% para las mujeres y de 7,1% para varones (OR, 1,8)¹⁴. Esto debería alertarnos para poder mejorar la detección de casos y su posterior tratamiento, y así disminuir la utilización de servicios sanitarios, mejorar la situación sociofamiliar y de calidad de vida del paciente, a la vez que reducir el riesgo autolítico.

La bibliografía revisada sugiere que el médico de AP detecta poco los trastornos depresivos, y que permanecerían infradiagnosticados entre un tercio y la mitad de los ca-

TABLA 4 Puntuación media (desviación estándar) de cada uno de los ítems del BDI en función de presencia/ausencia de acontecimientos vitales estresantes (AV)

Ítems BDI	Presencia AV	Ausencia AV	significación
1. Estado de ánimo depresivo	0,82 (1,1)	0,50 (0,8)	b
2. Pesimismo	0,59 (0,9)	0,44 (0,8)	NS
3. Sentimiento de fracaso	0,57 (0,9)	0,31 (0,8)	a
4. Insatisfacción	0,80 (0,9)	0,55 (0,7)	a
5. Sentimiento de culpa	0,35 (0,6)	0,20 (0,5)	a
6. Sentimiento de castigo	0,61 (1,0)	0,33 (0,7)	a
7. Odio a sí mismo	0,38 (0,7)	0,23 (0,5)	a
8. Autoacusación	0,55 (0,7)	0,42 (0,7)	NS
9. Impulsos suicidas	0,28 (0,6)	0,09 (0,3)	b
10. Tendencia al llanto	0,65 (0,9)	0,49 (0,9)	NS
11. Irritabilidad	0,88 (0,9)	0,76 (0,9)	NS
12. Aislamiento social	0,36 (0,6)	0,19 (0,5)	a
13. Indecisión	0,46 (0,8)	0,29 (0,7)	a
14. Imagen corporal	0,60 (0,9)	0,44 (0,8)	NS
15. Capacidad laboral	0,78 (0,9)	0,60 (0,8)	a
16. Insomnio	1,13 (1,0)	0,98 (0,9)	NS
17. Cansancio, fatiga	0,84 (0,8)	0,72 (0,7)	NS
18. Pérdida apetito	0,34 (0,6)	0,24 (0,5)	NS
19. Pérdida de peso	0,43 (0,8)	0,18 (0,6)	b
20. Hipocondría	0,59 (0,8)	0,49 (0,7)	NS
21. Disminución de la libido	0,77 (1,0)	0,69 (0,9)	NS

^ap < 0,05. ^bp < 0,001. NS: no significativo.

sos^{4,8-10,14,17}. En nuestro estudio, consideramos que una persona ha sido detectada por el médico de AP en el caso de que esté anotado en la historia del paciente la presencia de sintomatología depresiva o bien la persona tome medicación psicotrópica (antidepresivos y/o ansiolíticos). El índice de detección es del 55,7%. Quedaría infradiagnosticado un 44,3% de los casos, asemejándose este valor al encontrado en otros estudios.

Los factores relacionados con una peor detección por el médico de AP son: sexo (mujeres), estado civil (viudos) y situación laboral (jubilados). Estas serían las personas sobre las que tendríamos que prestar más atención desde AP, para así evitar posibles infradiagnósticos, instaurar trata-

Discusión
Cuadro resumen**Lo conocido sobre el tema**

- Diversos estudios muestran que, a pesar de la elevada prevalencia de trastornos depresivos en consultas de AP (10-30%), más de la mitad de los afectados quedaría sin detectar.
- Conocer cuáles son las características de las personas a las que peor se detecta ayudará a incrementar la detección, y por tanto el tratamiento.

Qué aporta este estudio

- La prevalencia de trastornos depresivos en AP es del 20,2%.
- Queda sin detectar un 44,3% de las personas con probable trastorno depresivo.
- Los grupos con peor porcentaje de detección son las personas viudas, jubiladas, las hiperfrecuentadoras y las mujeres.

miento en caso de necesidad y mejorar así la calidad de vida del paciente y reducir los costes sanitarios.

Asimismo encontramos una acusada tendencia a ser falsos positivos (personas de las que se hace anotación en la historia clínica de síntomas depresivos y/o prescripción de psicofármacos y no superan el punto de corte BDI 20/21) y verdaderos positivos (anotación y/o prescripción de psicofármacos superando el punto de corte del BDI) en el caso de pacientes de sexo femenino y verdaderos negativos (personas de las que no se hace anotación de síntomas ni prescripción de psicofármacos y que además no superan el punto de corte del BDI) en el masculino; tal vez debido a factores culturales, ya que las mujeres exteriorizan más fácilmente sus sentimientos que los varones, por lo que el médico puede interpretar determinadas emociones negativas como síntomas depresivos.

Es destacable la alta frecuentación de las personas con trastornos depresivos: las personas que superan el punto de corte en el BDI visitan un 58,9% más veces a su médico de AP que las que no lo superan. Esta mayor utilización de los servicios sanitarios por parte de las personas que presentan trastornos depresivos se ha descrito previamente en otros estudios^{1,14}.

Un 64,4% de las personas que están en tratamiento farmacológico antidepresivo no supera el punto de corte del BDI. Esto puede deberse a que muchos de los pacientes toman la medicación adecuada de manera que obtienen mejoría sintomatológica y no puntúan en el BDI, o a que algunos pacientes estuvieran tomando medicación psico-

trota innecesariamente. Al ser nuestro estudio transversal, no tenemos información para poder diferenciar esas dos hipótesis. Esta misma explicación es aplicable al 28,3% de las personas que tienen historia psiquiátrica previa pero no puntúan por encima del punto de corte en el BDI, puesto que puede ser que en el momento de la entrevista no tuvieran clínica activa.

Al valorar los resultados, hemos de tener en cuenta que nuestro estudio es de doble fase. Excepto los cálculos de prevalencia, todos los análisis se han realizado considerando como casos de trastorno depresivo todas las personas que puntuaban en el BDI por encima del punto de corte. Aunque el BDI no es un instrumento diagnóstico, los datos de validez comparados con la MINI, que es la entrevista diagnóstica utilizada como referencia, son buenos (VPP, VPN, sensibilidad y especificidad). El punto de corte del BDI se ha obtenido para la población analizada y no se han utilizado valores de referencia como hacen otros estudios^{4,5,7}. Así en los 40 pacientes a los que se administró la MINI encontramos un 12,5% de falsos negativos (personas que no superaban el punto de corte en el BDI y sí que obtenían diagnóstico en la MINI) y un 5% de falsos positivos (personas que superaban el punto de corte BDI 20/21 y no obtenían diagnóstico en la MINI). Presentan historia psiquiátrica previa anotada en la historia clínica del médico de cabecera un 46,2% de los que obtienen diagnóstico en la MINI. Asimismo se observa un consumo de psicofármacos del 20% entre los que no obtienen diagnóstico en la MINI frente a un 39,4% de no consumo de medicación psicotrópica entre los que sí tienen diagnóstico en la MINI.

Respecto a la detección del médico de AP, se ha tomado el valor de detección como la anotación de síntomas psiquiátricos en la historia clínica o la prescripción de antidepresivos y/o ansiolíticos, lo que nos podría conducir a errores de interpretación, puesto que podría haber casos detectados correctamente por el médico de AP y que, sin embargo, no se hayan anotado en la historia clínica por diversas razones: corto tiempo de visita, el paciente consulta por otro motivo, historia crónica de sintomatología depresiva que ya se ha anotado en cursos anteriores a un mes. Dependemos, por tanto, de la calidad de las historias clínicas, ya que podría haber personas en tratamiento antidepresivo y/o ansiolítico que no constara en la historia clínica. En el estudio de Klinkman et al^{10,11}, preguntan directamente al médico sobre la presencia o no de trastorno depresivo y su gravedad, y concluyen que los médicos discriminan si están enfermos o no en función de un conocimiento previo de la historia psiquiátrica del paciente y en base a la familiaridad, es decir, que cuantas más veces se ha contactado con el paciente es más probable detectarlo correctamente. Otra de las limitaciones de este estudio es que la muestra con la que trabajamos es prevalente: los casos que presentan trastorno son más frecuentadores. No disponemos en nuestra muestra de casos bien detectados que reciban un

correcto diagnóstico, y que por ese motivo no acude a consulta con el médico de AP, así como tampoco disponemos de casos que se derivan a salud mental y por ese motivo tampoco acuden al médico de cabecera.

Este estudio confirma la elevada prevalencia de los trastornos depresivos en las consultas de los médicos de AP, por lo que éste debería sospechar siempre la posibilidad. Los pacientes que son infradiagnosticados, y sobre los que habría que prestar más atención, son las mujeres, los viudos, los jubilados, los que han experimentado acontecimientos vitales estresantes en los últimos meses y los que acuden a consulta más frecuentemente. Una vez detectado el trastorno conviene instaurar el tratamiento, para poder reducir el gasto económico y el riesgo de suicidio e incrementar la calidad de vida de las personas atendidas.

Agradecimientos

Agradecemos a la Dra. Neus Parellada, técnica de salud de la DAP Baix Llobregat Litoral, así como a los Dres. Emilia Caramés, Àngel Espín, Inma García y Maria Soler, médicos de familia del Área Básica de Salud Gavà II, su inestimable colaboración en este trabajo.

Bibliografía

- Katon W, Schulberg H. Epidemiology of depression in primary care. *Gen Hosp Psych* 1992;14:237-47.
- Ferrer E, Rodríguez A. Estudio descriptivo de la patología depresiva en la atención primaria gallega. *An Psiquiatría* 1999;15:68-75.
- Lasa L, Ayuso-Mateos JL, Vázquez-Barquero JL, Díez-Manrique FJ, Dowrick CF. The use of the Beck Depression Inventory to screen for depression in the general population: a preliminary analysis. *J Affect Disord* 2000;57:261-5.
- Ayuso, JL. Concepto y clasificación. Aspectos epidemiológicos y significado socioeconómico de la depresión. *Salud Rural* 1999;3:1-6.
- Carmin CN, Klocek JW. To screen or not to screen: symptoms identifying primary care medical patients in need of screening for depression. *Int J Psych Med* 1998;28:293-302.
- Ruiz-Doblado S. Depresión en atención primaria: influencia de variables clínicas y sociodemográficas en la prescripción de psicofármacos. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 1997;24:119-25.
- Schulberg HC, Madonia MJ, Block MR, Coulehan JL, Scott CP, Rodríguez E, et al. Major depression in primary care practice. *Psychosomatics* 1995;36:129-37.
- Dowrick C, Buchan I. Twelve month outcome of depression in general practice: does detection or disclosure make a difference? *BMJ* 1995;311:1274-6.
- Coyne JC, Klinkman MS, Gallo JJ, Schwenk TL. Short-term outcomes of detected and undetected depressed primary care patients and depressed psychiatric patients. *Gen Hosp Psych* 1997;19:333-43.
- Klinkman MS, Coyne JC, Gallo S, Schwenk TL. False positives, false negatives, and the validity of the diagnosis of major depression in primary care. *Arch Fam Med* 1998;7:451-61.
- Klinkman MS, Coyne JC, Gallo S, Schwenk TL. Can case-finding instruments be used to improve physician detection of depression in primary care? *Arch Fam Med* 1997;6:567-73.
- Bijl RV, Ravelli A, Van Zessen G. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33:587-95.
- Rispau-Falgàs A, Soler-Vila M, García-Bayo I, Caramés-Durán E, Espín-Martínez A, García-Pulido C. Factores de riesgo asociados al consumo de antidepresivos. *Aten Primaria* 1998;22:440-3.
- Leung KK, Lue BH, Lee MB, Tang LY. Screening of depression in patients with chronic medical diseases in a primary care setting. *Family Practice* 1998;15:67-75.
- Gater R, Tansella, Korten A, Tiemens GB, Mavreas VG, Olatuwura MO. Sex differences in the prevalence and detection of depressive and anxiety disorders in general health care settings. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:405-13.
- Simon GE, Goldberg D, Tiemens BG, Ustun B. Outcomes of recognized and unrecognized depression in an international primary care study. *Gen Hosp Psych* 1999;21:97-105.
- Goldberg D, Privett M, Ustun B, Simon G, Linden M. The effects of detection and treatment on the outcome of major depression in primary care: a naturalistic study in 15 cities. *Br J Gen Pract* 1998;48:1840-4.
- Barreto P, Corral ME, Muñoz J, Boncompte MP, Sebastián R, Sola M. Percepción de malestar psíquico por el médico en una área básica de salud. *Aten Primaria* 1998;22:491-6.
- Rost K, Zhang M, Fortney J, Smith J, Coyne JC, Smith R. Persistently poor outcomes of undetected major depression in primary care. *Gen Hosp Psych* 1998;20:12-20.
- Otero AA. Subdiagnóstico de la depresión por el médico generalista (una experiencia cubana). *Psicopatología* 1999;19:63-6.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psych* 1961;4:53-63.
- Conde V, Esteban T. Rangos cuantitativos de depresión con el inventario de Beck. *Med Clin (Barc)* 1976;67:46-60.
- Conde V, Esteban T, Useros E. Estudio crítico de la fiabilidad y validez de la EEC de Beck para la medida de la depresión. *Archivos Neurobiol* 1976;39:313-38.
- Sanz J, Vázquez C. Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema* 1998;10:303-18.
- Ramos-Brieva JA. La validez predictiva del inventario para la depresión de Beck en castellano. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1986;14:47-50.
- Ruiz JA, Bermúdez J. Consideraciones en torno al Beck Depression Inventory como instrumento de identificación de sujetos depresivos en muestras subclínicas. *Eval Psicolog/Psycholog Assess* 1989;3:255-72.
- Aragón N, Bragado MC, Carrasco I. Análisis factorial del BDI (Beck Depression Inventory) en padres de niños con trastornos psicopatológicos. *Anal Mod Conduct* 1999;25:81-102.
- Sheehan DV, Lecubrier Y, Sheehan H, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59(Suppl 20):22-33.
- Tenenbein A. A double sampling scheme for estimating from binomial data with misclassifications. *J Am Statist Assoc* 1970;65:1350-61.

COMENTARIO EDITORIAL

Detectar la depresión: el primer paso hacia un tratamiento más eficaz

R. Ciurana Misol

CAP La Mina. Sant Adrià de Besòs (Barcelona).

La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes. Su repercusión fundamental sobre la salud es evidente: produce una importante discapacidad y sufrimiento en las personas que la presentan, está asociada en un alto porcentaje de casos al suicidio (en un 15-20% de los casos de depresión mayor, según algunas estimaciones¹) y genera importantes gastos sanitarios y sociales.

El análisis del *Global Burden of Disease* del año 2000² muestra que los trastornos depresivos unipolares contribuyen de una forma extraordinaria a la carga de enfermedad de la sociedad: son la primera causa de años vividos con incapacidad *—years of live lived with disability (YLD)—*, representando el 11,9% del total de YLD en la población de 15-44 años (9,7% en los varones; 14,0% en las mujeres). Pero todavía más preocupante es el dato de que la tendencia de la enfermedad se prevé creciente para los próximos 20 años, sobre todo en los países desarrollados.

No obstante, existe una reiterada evidencia de que los trastornos depresivos son infradiagnosticados por el sistema sanitario. Se calcula que aproximadamente un 50% de los pacientes con depresión no son detectados en el ámbito de la atención primaria.

El trabajo de Gabarrón et al observa este infradiagnóstico y delimita aquellas características personales que hacen más probable que el trastorno depresivo pase «desapercibido», entre las que destacan: sexo femenino, viudedad, jubilación, antecedentes recientes de acontecimientos vitales estresantes y mayor frecuentación a las consultas de atención primaria.

En su estudio detectan un 20,2% de las personas de la muestra con el diagnóstico de depresión, destacando la frecuencia mucho mayor en el sexo femenino (8,1% en varones; 26,8% en mujeres). Tal vez esta alta prevalencia de depresión, algo mayor que en otras prospecciones realizadas en el ámbito de la atención primaria en España^{3,4}, sea debida a que incluya, tal como ya indican los autores, también los casos de distimia.

A pesar de esta elevada prevalencia del trastorno, la mayoría de recomendaciones de los grupos de expertos no encuentran motivos razonables para realizar pruebas de cribado o entrevistas estructuradas sistemáticas de toda la

Cuadro puntos clave

- Los pacientes con trastornos depresivos en atención primaria son muy habituales, pero muy a menudo los médicos de atención primaria no los diagnostican. Ello puede deberse a causas relacionadas con su formación o motivación, pero también a las características del paciente o a la infraestructura y disponibilidad de medios en el sistema sanitario.
- Es importante diferenciar la depresión mayor de otros trastornos del estado de ánimo y planificar el tratamiento que mejor pueda ayudar al paciente.
- El tratamiento farmacológico puede ser muy útil, pero su uso no es necesariamente indispensable en todos los trastornos del estado de ánimo. Algunos tratamientos no farmacológicos se han mostrado útiles, particularmente en atención primaria. Es muy deseable invertir esfuerzos para que los profesionales de atención primaria dispongan de los medios para llevar a cabo estos tratamientos.

población consultante. Sin embargo, sí recomiendan una especial atención de las subpoblaciones con factores de riesgo de depresión, entre los que se incluyen los sujetos más frecuentadores, los que han experimentado acontecimientos vitales estresantes y los viudos. La alta prevalencia de mujeres hace que este grupo deba ser considerado también con especial atención.

El primer paso para mejorar la situación actual de este importante problema de salud es detectar correctamente los casos y es a esta parte del proceso a lo que se dedica este trabajo de Gabarrón et al.

Una vez detectado el trastorno, la siguiente cuestión relevante es preguntarse: ¿cómo tratar adecuadamente los casos detectados? Si se acepta que una de cada 4 mujeres y uno de cada 12 varones presenta una depresión (por los datos que se desprenden del trabajo de Gabarrón et al), es evidente que se debe racionalizar una estrategia de tratamiento adecuada a los medios disponibles, tanto en aten-

ción primaria general como en atención primaria en salud mental. Recordemos que estos medios son limitados y que, tal vez, en muchos casos no se podrá ofrecer un tratamiento óptimo de los casos detectados.

La segunda pregunta que se suscita es: ¿con qué tratar a los pacientes que presentan una depresión? En los últimos años se han publicado numerosas guías de práctica clínica o recomendaciones de grupos de expertos, muchas de ellas basadas en la evidencia⁵, para proporcionar elementos técnicos a los profesionales y mejorar así el tratamiento de los pacientes afectados de depresión. Los elementos técnicos son necesarios, pero no suficientes. Los medicamentos antidepressivos se han mostrado eficaces y en los últimos años han surgido fármacos que producen menos efectos secundarios y hacen más fácil su manejo por parte del médico de atención primaria. En la mayor parte de estudios, independientemente del grupo farmacológico, se ha podido objetivar una eficacia del 50-60%, frente a un 30-40% del placebo. Pero hay otras estrategias, como la terapia por resolución de problemas o los grupos terapéuticos, cuya necesidad requeriría una reflexión por parte del sistema sanitario, ya que son útiles bien usados en determinados pacientes. Antes de escoger una estrategia u otra, o complementarlas, es decisivo categorizar el trastorno. No es lo mismo la distimia que la depresión mayor, ni la depresión denominada menor debe tratarse inexcusablemente con fármacos. Las estrategias terapéuticas son distintas. Una cuestión parece clara: el uso de fármacos antidepressivos debe ir acompañado de un seguimiento asistencial adecuado en un proyecto terapéutico global, que incluye el acompañamiento y el tratamiento psicológico de soporte en la medida en que lo permita el tiempo disponible por el médico.

Si lo que se avecina es una epidemia, como parecen indicar los datos a nuestro alcance, la opción del tratamiento farmacológico exclusivo podría convertir en consumidores

de antidepressivos a un elevado porcentaje de la población, tantos como los que utilizan antihipertensivos o hipolipemiantes. Otras estrategias no farmacológicas, como la terapia por resolución de problemas, que se ha mostrado efectiva en un 70% de los casos de depresiones en atención primaria, si lo llevan a cabo profesionales adecuadamente formados, pueden mejorar la situación en el futuro, pero para ello se requiere más formación y más tiempo disponible. Mientras tanto, y con los medios disponibles a nuestro alcance, los profesionales de atención primaria deberán conformarse con mejorar sus capacidades y precisión diagnóstica, delimitar a los pacientes que por sus características pueden ser tratados por los propios médicos de familia y derivar a los centros de salud mental los casos más graves o en los que se detecta riesgo de suicidio. Una adecuada relación asistencial con estos pacientes, el uso juicioso de los antidepressivos, cuando se consideren indicados y un adecuado seguimiento de aquellos puede representar un paso hacia delante e incentivar la exploración de nuevas vías de tratamiento de los individuos afectados.

Bibliografía

1. The World Health Report: 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization, 2001.
2. Murray CJL, López AD, Mathers CD, Stein C. The global burden of disease 2000 project: aims, methods and data sources. Geneva: World Health Organization (GPE Discussion Paper n.º 36), 2001.
3. Ferrer E, Rodríguez A. Estudio descriptivo de la patología depresiva en la atención primaria gallega. *An Psiquiatría* 1999;15:68-75.
4. Lobo A, Montón C, Campos R, García-Campayo J, Pérez Echevarría MJ y el GZEMPP. Detección de morbilidad psíquica en la práctica médica «Estudio Zaragoza 1993». Zaragoza: Luzán-5, 1993.
5. Centre for Evidence-Based Mental Health. Asystematic guide for the management of depression in primary care. Oxford: Centre for Evidence-Based Mental Health. [en línea] 1999. [consultado 5/03/2002]. Disponible en URL: <http://cebmh.warne.ox.ac.uk/cembh/guidelines/depression/depression1.html>.