

Por otra parte, el diagnóstico de trastorno depresivo es amplio y heterogéneo, y los criterios diagnósticos no se basan en pruebas objetivas sino en acuerdos de expertos. Su característica principal es un ánimo deprimido y/o la pérdida del placer al realizar la mayoría de las actividades. La severidad está determinada por el número e intensidad de los síntomas así como por el grado de afectación funcional. La depresión severa representa solo un 10% de los casos, mientras que la depresión leve y moderada representan el 70 y el 20%, respectivamente de los casos de depresión, según la guía NICE<sup>4</sup>.

En el 2001 se publicó un estudio de prevalencia<sup>5</sup> realizado en población consultante también del sur de Catalunya con un diseño descriptivo, transversal en 2 fases, una primera cribado y otra segunda a base de una entrevista psiquiátrica estructurada y la prevalencia ponderada era del 14,7% (IC del 95%: 10,7-18,7%) para depresión mayor (leve, moderada y severa) y del 4,6% (IC del 95%: 2,4-6,8%) para distimia. Ambas prevalencias sumadas representan el 19,3% de la población consultante, porcentaje considerable pero que es menos de la mitad del comunicado en el trabajo<sup>1</sup> que ha motivado nuestra respuesta el cual está realizado en población general, en principio más sana que la que acude a la consulta.

Con esta carta queremos subrayar el peligro que representa el sobrediagnóstico de depresión<sup>6</sup>, al que debemos estar muy atentos por sus graves consecuencias consistentes en un empobrecimiento del pensamiento humanístico y un reduccionismo del sufrimiento humano a cambio de una mayor medicalización de la vida, de la estigmatización de las personas, del sobretratamiento farmacológico y de un aumento del gasto sanitario inútil.

## Bibliografía

1. Montesó-Curto P, Aguilar-Martín C. Depresión según la edad y el género: análisis en una comunidad. *Aten Primaria*. 2014;46:167-72.
2. Ezquiaga E, García A, Díaz M, García MJ. «Depresión». Imprecisión diagnóstica y terapéutica. Importantes consecuencias en la práctica clínica. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2011;31:457-75.
3. Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, Grayson D. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *Br Med J*. 1988;297:897-9.
4. NICE. Depression in adults quality standard. *Quality Standards*. 2011;8.
5. Aragonés E, Gutiérrez MA, Pino M, Lucena C, Cervera J, Garreta I. Prevalencia y características de la depresión mayor y la distimia en atención primaria. *Aten Primaria*. 2001;27:623-8.
6. Adán-Manes J, Ayuso JL. Sobrediagnóstico y sobretratamiento del trastorno depresivo mayor en Atención Primaria: un fenómeno en auge. *Aten Primaria*. 2010;42:47-9.

Maria Leon-Sanromà\*,  
 María José Fernández de Sanmamed Santos,  
 Albert Grau Ruvireta y Josep Gomà Sellart

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria,  
 Miembro del Grup de Treball en Salut Mental-CAMFiC,  
 EAP La Gavarra, Cornellà de Llobregat Institut Català de la Salut, España*

\* Autor para correspondencia.  
 Correo electrónico: 10761mls@comb.cat  
 (M. Leon-Sanromà).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.04.015>

## Estilos de vida de los médicos de familia y actividades preventivas



### Lifestyles of family doctors and preventive activities

Sr. Director:

Hemos leído el interesante trabajo de Ramos-Morcillo et al., publicado recientemente en su revista, sobre las actividades preventivas en atención primaria<sup>1</sup>, donde analizan la actitud de los médicos y enfermeras del sistema sanitario público andaluz ante las intervenciones preventivas y de promoción de la salud (PPS), y estudian su relación con distintas variables sociolaborales y con las competencias autodeclaradas en materia preventiva.

Los autores encuentran que los profesionales encuestados, en general, consideran importantes las actividades PPS y tienen una actitud favorable hacia ellas. También perciben la existencia de barreras y obstáculos para la realización de las intervenciones preventivas y una moderada necesidad de mejorarlas, detectando oportunidades para ello<sup>1</sup>.

Recientemente hemos publicado un trabajo, también centrado en las actividades PPS<sup>2</sup>, donde se recogían, entre otros aspectos, la posible relación de los estilos de vida de una muestra representativa de los médicos de atención primaria de Mallorca (n=185) y su influencia en la práctica de actividades PPS efectuadas a sus pacientes. Este aspecto, que no ha sido objeto de estudio en el trabajo de Ramos-Morcillo et al.<sup>1</sup>, consideramos que tiene un alto interés por sus repercusiones potenciales sobre la salud de los pacientes, y puede complementar la comprensión de las actuaciones preventivas de los profesionales de atención primaria.

En nuestro trabajo<sup>2</sup>, los médicos de familia que fumaban o que consumían alcohol efectuaban menos actividades preventivas sobre el tabaquismo e intervenían menos sobre el consumo de alcohol de sus pacientes ( $p < 0,05$ ) (tabla 1), hecho confirmado por otros autores<sup>3</sup>. Es más, la influencia de los hábitos de vida de los profesionales sobre las tareas preventivas que aconsejan a sus pacientes también se ha demostrado de forma clara y consistente para otros factores de riesgo distintos del tabaco y del alcohol<sup>4,5</sup>.

En este sentido, existe evidencia empírica de que los hábitos de salud y los estilos de vida de los médicos, junto a sus creencias y nivel de conocimientos, representan un papel esencial a la hora de aconsejar a

**Tabla 1** Asociación entre hábito tabáquico y consumo de alcohol del profesional, y actividades preventivas sobre tabaquismo y sobre alcohol realizadas a los pacientes<sup>a</sup>

	Porcentaje de realización de consejo antitabaco o sobre alcohol proporcionado a los pacientes visitados				Odds ratio ajustado* (IC 95%)
	0-25% n/N (%)	26-50% n/N (%)	51-75% n/N (%)	> 75% n/N (%)	
<i>Hábito tabáquico del profesional</i>					
Fumador diario	2/3 (66,7)	4/16 (25)	3/39 (7,7)	8/86 (9,3)	0,3 (0,12-0,99)
Fumador ocasional	0/3 (0)	0/16 (0)	5/39 (12,8)	5/86 (5,8)	0,8 (0,22-2,77)
Exfumador	0/3 (0)	6/16 (37,5)	11/39 (28,2)	25/86 (29,1)	0,7 (0,32-1,56)
No fumador	1/3 (33,3)	6/16 (37,5)	20/39 (51,3)	48/86 (55,8)	—
<i>Consumo de alcohol por el profesional. Media de UBE por semana (DE)</i>	4,7 (7,2) n = 18	4,3 (7,5) n = 37	4,1 (4,4) n = 53	1,9 (6,9) n = 37	0,9 (0,89-0,99)

DE: desviación estándar; IC: intervalo de confianza; UBE: unidades de bebida estándar.

<sup>a</sup> Ajustado por edad, sexo y años de experiencia del profesional.

\*  $p < 0,05$ .

sus pacientes sobre conductas de riesgo, como comentan Ramos-Morcillo et al. en su artículo<sup>1</sup>. Además, estos profesionales constituyen un referente y modelo para las personas con quienes interaccionan<sup>6</sup>. Así, el estudio de los hábitos cotidianos de los médicos cobra importancia no solo por las implicaciones para su propia salud, sino también por su gran influencia sobre la salud de sus pacientes<sup>4</sup>. Este fenómeno es trascendente ya que el profesional de la salud consumidor de tabaco o alcohol no estará en la situación ideal para movilizar cambios de conducta en sus pacientes<sup>5</sup>.

Teniendo en cuenta que las actitudes de los profesionales sanitarios de atención primaria son uno de los factores determinantes que pueden facilitar u obstaculizar la realización de actividades PPS, coincidimos con Ramos-Morcillo et al.<sup>1</sup>, cuando concluyen que se debe trabajar en las actitudes de los profesionales orientadas al mantenimiento y mejora de las actividades PPS, y que las organizaciones sanitarias deberían implementar intervenciones adaptadas a los distintos perfiles profesionales. Sería oportuno añadir a estas conclusiones, la conveniencia de no olvidar los hábitos de vida del médico, ya que pueden condicionar de forma trascendente sus intervenciones preventivas. Sería conveniente diseñar programas específicos orientados a la modificación de los comportamientos de riesgo de la población médica, no solo por los beneficios sobre su propia salud, sino también por la repercusión sobre la salud de sus pacientes.

## Bibliografía

1. Ramos-Morcillo AJ, Ruzafa-Martínez M, Fernández-Salazar S, del Pino-Casado R, Armero Barranco D. Actitudes de

médicos y enfermeras ante las actividades preventivas y de promoción en atención primaria. *Aten Primaria*. 2014; <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.02.002>.

2. Fonseca M, Fleitas G, Tamborero G, Benejam M, Leiva A. Estilos de vida de los médicos de atención primaria: percepción e implicaciones sobre la prevención cardiovascular. *Semergen*. 2013;39:421-32.
3. Kaner E, Rapley T, May C. Seeing through the glass darkly? A qualitative exploration of GPs' drinking and their alcohol intervention practices. *Fam Pract*. 2006;23:481-7.
4. Oberg EB, Frank E. Physicians' health practices strongly influence patient health practices. *J R Coll Physicians Edinb*. 2009;39:290-1.
5. Brotons C, Björkelund C, Bulc M, Ciurana R, Godycki-Cwirko M, Jurgova E, et al. Prevention and health promotion in clinical practice: The views of general practitioners in Europe. *Prev Med*. 2005;40:595-601.
6. Frank E. Physician health and patient care. *JAMA*. 2004;291:637.

Gaspar Tamborero<sup>a,\*</sup>, Montserrat Fonseca<sup>a,b</sup>, Gabriela Adelina Fleitas<sup>a</sup> y María Benejam<sup>a</sup>

<sup>a</sup> *Gerencia de Atención Primaria de Mallorca, Centro de Salud del Coll d'en Rebassa, Ib-Salut, Palma de Mallorca, España*

<sup>b</sup> *Departamento de Neurociencias, Facultad de Medicina y Odontología, Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea, Leioa, Vizcaya, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [gtamborero@ibsalut.caib.es](mailto:gtamborero@ibsalut.caib.es) (G. Tamborero).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.05.015>