

DEPRESIÓN

JUSTIFICACIÓN

Los trastornos depresivos son muy frecuentes en la población general y discapacitantes. Los datos de prevalencia de depresión y distimia en población consultante de medicina general, en un estudio multicéntrico realizado en 15 países correspondientes a diferentes culturas de todo el mundo, son del 10,4 % y 2,1 % respectivamente¹, y los datos de prevalencia de depresión mayor y distimia en población general de Europa occidental según el estudio ESEMeD son del 12,8 % y 4,1 % respectivamente, más frecuentes en las mujeres (16,5 % y 5,6 %)².

El Plan de salud 2002-2005 destaca, entre los trastornos mentales en que hay que mejorar la detección precoz y el tratamiento, especialmente la depresión, el suicidio y los intentos de autolisis.

El suicidio es un problema de salud que afecta especialmente a las sociedades desarrolladas y se considera que es una causa de muerte prevenible³. En la prevención del suicidio es importante el reconocimiento y tratamiento precoz del trastorno mental de base. El mismo Plan de salud insiste en el hecho de que los profesionales sanitarios, especialmente pediatras y médicos de familia, deben detectar los síntomas de depresión y otros factores de riesgo de suicidio especialmente en adolescentes, sobre todo entre los que hacen uso de sustancias como el alcohol y otras drogas, interrogar sobre estos durante la visita y derivar el caso, si procede, a los servicios especializados.

En cuanto a la depresión, se acepta que, a menudo, buena parte de los pacientes que la sufren y consultan a los servicios sanitarios no son correctamente diagnosticados y tratados. Esto es especialmente importante en los hombres a causa de una sintomatología diferente y una menor demanda de atención médica.

La depresión puede ser diagnosticada y tratada en la atención primaria. Actualmente, se dispone de un amplio abanico de tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos.

El Plan de salud 2002-2005 propone, entre otras, la formación de los profesionales para favorecer la detección precoz y el tratamiento adecuado de los trastornos mentales, especialmente en la atención primaria de salud.

En cuanto al cribado de la depresión en pacientes asintomáticos atendidos en la atención primaria, las últimas evidencias disponibles muestran resultados controvertidos que comentaremos en el apartado de eficacia y efectividad.

MAGNITUD DEL PROBLEMA

Con respecto a los suicidios y autolesiones, el año 2000 la tasa bruta de mortalidad por suicidio y autolesiones según el Registro de mortalidad del Departamento de Sanidad y Seguridad Social fue de 7,3 por 100.000 habitantes (11 en hombres y 3,9 en mujeres). En general se observa un aumento progresivo de las tasas de suicidio a medida que los grupos son de mayor edad. Las tasas más altas de suicidio se observan en los mayores de 75 años y en los jóvenes.

Con respecto a los trastornos mentales con estado de ánimo deprimido, recientemente en Cataluña se ha llevado cabo el estudio SAMCAT, que forma parte del estudio ESEMeD – Spain, sobre epidemiología de los trastornos mentales. Se han entrevistado 1.647 personas mayores de 18 años no institucionalizadas, y los resultados muestran una mayor prevalencia de depresión del 14,5 % a lo largo de la vida (el 18,1 % en el caso de las mujeres), y del 6,2 % en los últimos doce meses (el 8,5 % en el caso de las mujeres). Las mujeres de 35 a 49 años tienen la prevalencia más alta de depresión mayor a lo largo de la vida (23,1 %) y las mujeres entre 50 y 64 años tienen la más alta en los últimos doce meses (10,7 %)⁴. Según el mismo estudio, entre las personas que durante los últimos doce meses han presentado depresión mayor, el 55,4 % ha consultado a un profesional sanitario por este motivo y entre los que han consultado y han sido diagnosticados de depresión mayor, el 8,1 % no han recibido ningún tratamiento.

Según otros estudios, entre el 30 % y el 50 % de los pacientes con depresión, no son diagnosticados como tal en la atención primaria^{5,6}. Por todos estos datos es importante hacer un diagnóstico precoz y, sobre todo, diferencial respecto a otras enfermedades o condicionantes que podrían dar lugar a un diagnóstico y, por lo tanto, a un tratamiento erróneo. Un síntoma aislado no es necesariamente patológico. Por ejemplo, la tristeza no es sinónimo de depresión, antes al contrario, periodos de tristeza son inherentes a la experiencia humana. Los trastornos de la afectividad o del estado de ánimo son síndromes que se deben diagnosticar solamente cuando se cumplen un número mínimo de criterios. La clasificación DSM-IV-TR⁷ explica extensamente los algoritmos de diagnóstico del estado de ánimo deprimido.

EFICACIA Y EFECTIVIDAD DE LAS PRUEBAS Y/O INTERVENCIONES PROPUESTAS

El diagnóstico es fundamentalmente clínico a través de la entrevista. La entrevista clínica semiestructurada se establece como el procedimiento más efectivo que utiliza el profesional en la atención primaria para detectar el problema y establecer un tratamiento adecuado. Con finalidades investigadoras pueden utilizarse instrumentos de detección de posibles casos, algunos diseñados específicamente para la atención primaria.

Hay numerosos cuestionarios que se utilizan como instrumentos de detección de posibles casos de depresión. Las características de estas herramientas para que sean útiles en la atención primaria son: la sencillez, la brevedad, la sensibilidad y la especificidad para el problema a detectar. Williams y col.⁸ evaluaron once cuestionarios utilizados en la atención primaria y encontraron que no hay diferencias significativas entre ellos. Los posibles casos detectados posteriormente se deben confirmar por entrevista clínica.

Destacaremos, entre otros, la escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EADG)⁹, y la escala de depresión en geriatría (GDS) de Yesavage¹⁰ en la versión reducida de 15 ítems.

La escala de ansiedad y depresión de Golberg (EADG) ha sido validada en España por Montón y col.¹¹. Es una escala sencilla, con una buena sensibilidad (83,1 %), una especificidad del 81,2 % , un índice de mal clasificados del 17,2 % y un valor predictivo positivo del 95,3 %.

La escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS) está especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los ancianos, puesto que las escalas ordinarias de detección de la depresión tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos, de menor valor en los pacientes mayores. En casos de demencia establecida los resultados no son fiables. Hay una versión completa de 30 ítems y una abreviada de 15 ítems de aplicación más rápida y fácil en la atención primaria. De la versión abreviada, Martínez de la Iglesia y col.¹² han publicado el 2002 la versión traducida al castellano y validada. La sensibilidad obtenida ha sido del 81,1 % y la especificidad del 76,7 % para una

puntuación de corte de 5 o más puntos para considerar la posible existencia de depresión.

Con respecto al cribado, las recomendaciones para 2002 de las OS Preventive Services Task Force¹³ actualizan sus recomendaciones de 1996¹⁴. En 1996 la USPSTF concluyó que la evidencia para recomendar o contraindicar el cribado rutinario por depresión con cuestionarios estandarizados a pacientes de atención primaria era insuficiente. En cambio, en las recomendaciones de 2002 recomiendan el cribado por depresión de los adultos en los servicios clínicos suficientemente dotados para asegurar un diagnóstico esmerado, tratamiento y seguimiento efectivo en el mismo servicio. La recomendación es de tipo B. Es decir, no recomiendan hacer cribado a los pacientes que después hayan de ser diagnosticados y seguidos por otros clínicos de otros servicios. A la vez, la USPSTF también concluyó en las recomendaciones de 2002 que la evidencia para recomendar o contraindicar el cribado rutinario por depresión con cuestionarios estandarizados a niños o adolescentes era insuficiente.

La Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC) encontró evidencia para excluir el cribado rutinario de depresión de las personas a sintomáticas el 1994, pero sugerían que los clínicos debían mantener un grado de alerta alto para diagnosticar esta patología entre sus pacientes¹⁵. La CTFPHC actualmente está elaborando nuevas recomendaciones. La American College of Obstetricians and Gynecologists¹⁶ recomienda que los profesionales deben estar atentos para detectar los síntomas de depresión y preguntar a los pacientes sobre posibles estresores psicosociales y sobre antecedentes familiares de depresión. La American Academy of Pediatrics¹⁷ recomienda que los pediatras indaguen sobre la depresión en la rutina diaria de la atención al adolescente, y la American Medical Association¹⁸ recomienda el cribado de depresión entre los adolescentes con riesgo, por ejemplo con problemas familiares, uso de drogas y/o alcohol, u otros factores de riesgo.

La Health Care Guideline de 2003 del Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI)¹⁹ considera que hay insuficiente evidencia directa para recomendar hacer cribado de depresión a la población general.

Pignone y col.⁶ hacen el metaanálisis de 7 estudios independientes con el objetivo de evaluar el efecto del cribado rutinario de depresión en la población adulta y concluyen que el riesgo relativo para seguir deprimido después de la intervención es del 0,87 (

IC, 0,79 a 0 ,95). Dicho de otro modo, este resultado indica que el cribado de la depresión resulta en una reducción del 13 % del riesgo. El estudio también señala que los grupos que se diagnosticaron y posteriormente recibieron algún tipo de tratamiento por el mismo servicio que hacía el cribado mostraron una efectividad mayor en los resultados. Aun cuando estas reducciones pueden parecer pequeñas, el mismo trabajo analiza los datos de coste-efectividad y concluyen que el cribado de depresión tiene el potencial de producir ratios de coste-efectividad similares a las del cribado del cáncer de mama. Sin embargo, estos mismos autores reconocen la necesidad de investigar más para determinar cuáles son los componentes de estos programas de prevención que son los más efectivos.

Algunos estudios como el de Dowrick ²⁰ sugieren que un retraso de la información obtenida por el cribado conducirá a una reducción de la efectividad. Contrariamente, una identificación integral e intensiva así como el abordaje terapéutico adecuado ha demostrado una efectividad clínica en la atención primària²¹.

Con respecto al Estado español, el Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud (PAPPS) de la semFYC²² no recomienda el cribado en población general pero sí en población o situaciones de riesgo: en las transiciones psicosociales y si hay síntomas y/o conductas que lo sugieran. La guía de actuación en mayores por atención primaria del Servicio Canario de Salud²³ recomienda el cribado del trastorno de ánimo deprimido en todas las personas de 65 años o más.

RECOMENDACIONES

Pese a que hay buenos instrumentos de cribado disponibles en la atención primaria, no hay suficiente evidencia científica que demuestre un potencial beneficio de ser utilizados rutinariamente en la población general.

La actitud activa de búsqueda de casos en la consulta de atención primaria, así como el hecho de que la entrevista clínica se desarrolle en un ambiente tranquilo, es importante para poder establecer de forma efectiva el diagnóstico. La detección, seguida de un abordaje terapéutico, es el primer paso para una mejora del problema.

No hay la suficiente evidencia para recomendar el cribado del trastorno de ánimo deprimido en la población general pero sí en población o situaciones de riesgo. Así pues, la población que se puede beneficiar directamente del cribado de depresión son los pacientes de la tabla 1^{5,24}. Aparte de utilizar la entrevista semiestructurada como

herramienta principal para el diagnóstico y para el abordaje terapéutico, en estos casos los posibles instrumentos de cribado serían la escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EADG)⁹ y la escala de depresión en geriatría (GDS) de Yesavage¹⁰ en la versión reducida de 15 ítems.

Tabla 1. Población diana susceptible al cribado de depresión

<p><u>Antecedentes de manifestaciones o conductas</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Historia anterior de trastornos depresivos• Antecedentes familiares de trastornos mentales graves (esquizofrenia, depresión mayor, trastorno bipolar)• Antecedentes familiares o personales de intento de suicidio• Enfermedad física crónica o severa• Pacientes con manifestaciones psicopatológicas.• Pacientes con síntomas somáticos inespecíficos (mareo, cefaleas, parestesias, dolor torácico)• Pacientes consumidores habituales de psicofármacos o sustancias psicoactivas• Pacientes pluriconsultantes.
<p><u>Factores psicosociales</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Niñez: pérdida o separación de los padres, pérdida de contacto con el hogar• Adolescencia: separación de los padres, del hogar y de la escuela, fracaso escolar• Adultos jóvenes: ruptura matrimonial, embarazo, nacimiento de un hijo disminuido, pérdida de trabajo, pérdida de progenitor, emigración y carencia de recursos sociales• Adultos y ancianos: jubilación, pérdida de funciones físicas, luto, pérdida de un familiar, enfermedad en la familia.• Responsabilidades de cuidar de otros, ex: cuidado de un familiar anciano• Otras transiciones psicosociales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Üstün TB, Sartorius N (eds). Mental illness in general health care: an international study. Chichester, England: John Wiley & Son, 1995
2. The ESEMeD/MHEDEA 2000 investigators. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109 (Suppl. 420): 21-27
3. Rhimer Z. Strategies on suicide prevention: Focus on health care. *Journal of affective disorders* 1996; 39: 83-91
4. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Romera B, Codony M, Autonell J, Ferrer M, Ramos J, Kessler R, Alonso J. La epidemiología de los trastornos mentales en España: métodos y participación en el proyecto ESEMeD-España. *Actas Españolas de Psiquiatría* 2003; 31:182-191.
5. Agüera LF, Henríquez R, Llorente D. Introducción conceptual. En: Manejo de la depresión en Atención Primaria. IM&C, SA. Madrid, 2001
6. Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, et. al. Screening for Depression in Adults: A Summary of the Evidence. *Ann Intern Med.* 2002;136(10):765-776
7. Bauer MS, Suppes P, Thase ME. Trastornos del estado de ánimo. En: López-Ibor JJ, Valdés M (ed.) DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson SA, 2002; 387-476
8. Williams JW Jr, Noel PH, Cuerdas YA, Ramírez G, Pignone M. Is this patient clinically depressed? *JAMA* 2002 Mar 6; 287: 1160-70.
9. Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, Grayson D. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *Br Med J* 1988;297:897-899
10. Yesavage YA, Brink TL, Rose TL. Development and validation of geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatry Res* 1983; 173:37-49
11. Montón C, Pérez Echeverría MJ, Campos R, García Campayo J, Lobo A. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Aten Primaria.* 1993; 12: 345-9
12. Martínez J, Onís MC, Dueñas R, Albert C, Aguado C, Luque R. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *MEDIFAM* 2002; 12:620-630
13. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Depression. Recommendations and Rationale. *Ann Intern Med* 2002;136(10): 760-764.

14. U.S . Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services. 2nd ed. Baltimore: Williams &Wilkins; 1996:541-546.
15. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. The Canadian Guide to Clínical Health Care. Ottawa, Ontario: Health Canada; 1994:450-454.
16. American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for Women's Health Care. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists; 2002:126-133, 235-236, 279.
17. Suicide and suicide attempts in adolescents. Committee on Adolescents. American Academy of Pediatrics. Pediatrics 2000; 105:871-874.
18. American Medical Association. En: Guidelines for Adolescent Preventive Services (GAPS):Recommendations Monograph. Chicago: American Medical Association; 1997.
19. Institute for Clínical Systems Improvement. Health Care Guideline. Preventive Services for Adults. 2003. Disponible en : <http://www.icsi.org>.
20. Dowrick C. Does testing for depression influence diagnosis or management by general practitioners? Fam Pract 1995;12:461-465.
21. Wells KB, Sherbourne C, Schoenbaum M, et. al. Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial. JAMA 2000;283:212-220.
22. Ciurana R, Buitrago F Chocron L, García J, Fernández MC, Montón C , Redondo MJ, Tizón JL. En: Guía de salud mental en atención primaria. Grupo de trabajo de salud mental PAPPS. SemFYC. Barcelona 2001.
23. Servicio Canario de Salud. Guía de actuación en las personas mayores en atención primaria. Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias, 2002.
24. Professionals National Health Committee (NHC) : Guidelines for the Treatment and Management of Depression by Primary Healthcare. Wellington, 1996.