

Síntomas depresivos y somáticos en mujeres de mediana edad atendidas en Atención Primaria

S. Ros Montalbán^a, Á. Comas Vives^b y M. García-García^c, en representación del Grupo de Investigadores del Estudio PRIMA-DONA

^aServicio de Psiquiatría. Hospital del Mar. Barcelona. España.

^bDepartamento Médico. Almirall. Barcelona. España.

^cBiométrica. Barcelona. España.

INTRODUCCIÓN. El objetivo de este trabajo es describir la prevalencia de síntomas de depresión y físicos y el posible impacto del ciclo menstrual en pacientes mujeres de mediana edad, atendidas en consultas de Atención Primaria en España.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio observacional y transversal, realizado entre marzo-julio de 2005. Un total de 1.019 médicos incluyeron 1.019 pacientes ambulatorias (863 fueron valorables para el estudio), mujeres, con edad comprendida entre 40 y 55 años, que acudían a consulta de Atención Primaria por cualquier motivo. Para la evaluación de síntomas de depresión y somáticos se emplearon la escala HDRS-6 y el cuestionario PHQ-15, respectivamente, estableciendo como puntos de corte HDRS-6 > 4 (depresión) y PHQ-15 > 4 (síntomas somáticos).

RESULTADOS. Un 75,6% de las pacientes presentaba síntomas de depresión (n = 625), y un 85,4% síntomas físicos (n = 656), por encima de los puntos de corte definidos. Un 68,6% de las pacientes (n = 514) presentaba simultáneamente síntomas de depresión y físicos. Se observó una mayor proporción de pacientes con síntomas físicos entre las pacientes con depresión (n = 514, 92,3%), que sin depresión (n = 126, 65,6%). Sin embargo, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la presencia de síntomas físicos entre pacientes con menstruación regular (n = 260, 83,1%), irregular (n = 141, 86,5%) y sin menstruación (n = 228, 86,0%).

Correspondencia: FL. García Martínez.

S. Ros Montalbán.

Servicio de Psiquiatría.

Hospital del Mar.

Passeig Marítim 25-29.

08003 Barcelona.

Correo electrónico: salvador.ros@wanadoo.es

Recibido el 14-05-08; aceptado para su publicación el 31-10-08.

Este estudio ha sido financiado por Laboratorios Almirall S.A. Barcelona. España.

CONCLUSIÓN. Los resultados muestran una elevada prevalencia de síntomas de depresión y físicos, y una clara asociación entre ellos en mujeres de mediana edad que acuden a Atención Primaria. No se confirma asociación entre ciclo menstrual y síntomas físicos, excepto entre estatus menstrual y los dolores menstruales en sí.

Palabras clave: depresión, ansiedad, somatización, menopausia, Atención Primaria.

INTRODUCTION. This study has aimed to describe the prevalence of depression and physical symptoms and the potential impact of the menstrual cycle in female middle-aged patients seen in Primary Care in Spain.

MATERIAL AND METHODS. An observational and cross-sectional study conducted in march-july 2005. A total of 1019 doctors included 1019 female outpatients (863 of whom were evaluable for the study) whose ages ranged from 40 to 55 years who came to Primary Care for any reason. HDRS-6 and PHQ-15 scales were used, respectively for the evaluation of depression and somatic symptoms. A cutoff was established at HDRS-6 > 4 (meaning presence of depression symptoms) and PHQ-15 > 4 (meaning presence of somatic symptoms).

RESULTS. It was found that 75.6% of the patients had depression symptoms (n = 625), and 85.4% physical symptoms (n = 656). A total of 68.6% of the patients (n = 514) simultaneously suffered depression and physical symptoms. A greater proportion of patients with physical symptoms was observed among the patients with depression (n = 514, 92.3%) than among the patients without depression (n = 126, 65.6%) (Chi-square test, p-value < 0.05). Nevertheless, no statistically significant differences in the presence of physical symptoms were found between the groups of patients with regular menstruation (n = 260, 83.1%), irregular (n = 141, 86.5%), and without menstruation (n = 228, 86.0%) (Chi-square test, p = 0.4933).

CONCLUSION. The results show a high prevalence of depression and physical symptoms and a clear association

among them in middle-aged women seen in Primary Care. No association between menstrual cycle and presence of physical symptoms was confirmed, except for an association between menstrual status and menstrual pain symptoms.

Key words: depression, anxiety, somatization, menopause, primary care.

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de los trastornos depresivos, cuyo relevante impacto socio-laboral se refleja en el mayor número de días en cama por culpa de la enfermedad, el mayor absentismo laboral, el peor rendimiento en el trabajo y el mayor coste sanitario, en general, que presentan estos pacientes^{1,2}, se ha estimado mayor en mujeres que en hombres³. Según datos de la Organización Mundial de la Salud del estudio GBD 2000 (*Global Burden of Disease 2000*) se estima que la prevalencia puntual de los episodios de depresión unipolar es del 1,9% en hombres y del 3,2% en mujeres, y que el 5,8% de los hombres y el 9,5% de las mujeres experimentarán un episodio depresivo en un periodo de 12 meses⁴. En nuestro ámbito de la Atención Primaria en España, la prevalencia de trastornos depresivos se ha estimado en un 20,2% de los pacientes que acuden a consulta, confirmándose que es mayor en mujeres (26,8%) que en hombres (8,1%)⁵.

Por otra parte, estudios previos han demostrado que tres de cada cuatro pacientes con depresión presentan síntomas físicos como dolor, dificultad para respirar, fatiga, náuseas y anorexia⁶. En particular, la prevalencia de depresión con síntomas físicos ha resultado ser mucho más elevada en mujeres, y se asocia a trastornos de ansiedad y disforia crónica⁷. Y además, la prevalencia de depresión con síntomas físicos parece tener especial interés en el periodo de edad comprendido entre los 40 y 55 años, por ser éste el periodo en el que habitualmente suele acontecer la menopausia, y por la asociación sugerida por diversos autores entre los síntomas de la depresión y físicos asociados y los síntomas propios del climaterio femenino⁸.

Dado que las cifras de prevalencia varían entre poblaciones y países, tanto por lo que se refiere a la prevalencia de la depresión⁹ como por lo que se refiere a la prevalencia de síntomas físicos asociados y de la somatización de la depresión en sí¹⁰, y dado que existen escasos estudios previos específicos acerca del perfil de síntomas de depresión y físicos asociados y su relación entre sí en mujeres de mediana edad¹¹⁻¹³, se planteó el presente estudio epidemiológico con el propósito de conocer la prevalencia de distintos síntomas de depresión y físicos y el posible impacto del ciclo menstrual, en una cohorte de pacientes mujeres de entre 40 y 55 años de edad, atendidas en consultas de Atención Primaria en España según la práctica clínica habitual.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Se trató de un estudio observacional, multicéntrico, transversal, con un solo grupo de pacientes, y con una única visita basal o de inclusión de las pacientes a efectos del estudio.

Investigadores y pacientes

El estudio fue realizado entre marzo y julio de 2005 en consultas de Atención Primaria. En total participaron en el reclutamiento 1.019 médicos de Atención Primaria distribuidos por toda la geografía española. Se seleccionaron para el estudio pacientes ambulatorias, mujeres, con edad comprendida entre 40 y 55 años que acudían a consultas de Atención Primaria por cualquier motivo de consulta. Con el objetivo de estimar la proporción de pacientes con síntomas de depresión y/o ansiedad y físicos asociados, inicialmente se estimó un tamaño de muestra de 3.904 individuos, para la estimación de una proporción esperada del 36% de pacientes con síntomas físicos detectados con el cuestionario *Patient Health Questionnaire* (PHQ-15) según un trabajo previo¹⁴, escogiendo como proporción de referencia el porcentaje de pacientes con síntomas físicos y no el porcentaje de pacientes con síntomas de depresión y/o ansiedad, por requerir un mayor tamaño muestral y así asegurar que fuese suficiente para cumplir con el objetivo principal del estudio. Esta estimación se realizó asumiendo una precisión de $\pm 1,5\%$ y con un intervalo de confianza del 95%. Finalmente, el tamaño de muestra real de 863 pacientes valorables fue inferior al inicialmente estimado, pero se mostró suficiente para obtener una precisión mínima de $\pm 3,0\%$ con un intervalo de confianza (IC) del 95% para la obtención de los porcentajes que se refieren a los objetivos del estudio acerca de prevalencia de síntomas depresivos y de síntomas físicos.

El estudio fue realizado en condiciones de práctica clínica habitual. Teniendo en cuenta los posibles tratamientos que los pacientes podían estar recibiendo, y aunque se trató de un estudio observacional no realizado con medicamentos y de diseño naturalístico y transversal, en consonancia con las recomendaciones de las autoridades sanitarias españolas sobre estudios post-autorización vigentes¹⁵ (Agencia Española del Medicamento) (AEM 2002), se estableció que cada investigador era libre de prescribir, cambiar o continuar cualquier tratamiento que según juicio clínico se requiriese. Durante el desarrollo del estudio se garantizó en todo momento el anonimato de los datos personales del paciente, por lo que los cuadernos de recogida de datos no contenían ningún dato que permitiera su identificación.

Definiciones y medida de las variables principales

Para evaluar los síntomas de depresión de las pacientes, se utilizó la escala de Hamilton para la depresión (*Hamilton Depression Rating Scale* [HDRS-6])¹⁶. Esta escala se compone de 6 ítems, mediante los cuales se valoró la presencia y gravedad de las siguientes 6 manifestaciones del trastorno depresivo de las pacientes: a) estado de ánimo; b) sentimiento de culpabilidad; c) impacto en el trabajo y activi-

dades; d) inhibición; e) ansiedad psíquica; y f) síntomas somáticos generales. El rango de puntuación de los cinco primeros ítems va de 0 (ausencia del síntoma depresivo) a 4 puntos (síntoma depresivo grave), y el rango del sexto ítem va de 0 (ausencia de síntomas somáticos) a 2 puntos (presencia de síntomas somáticos). Mediante el sumatorio de las puntuaciones de los 6 ítems se obtiene una puntuación global cuyo rango oscila entre 0 y 22 puntos, y a partir de la cual se clasificó a las pacientes en dos grupos: pacientes sin depresión (de 0 a 4 puntos) y pacientes con depresión (más de 4 puntos).

Esta clasificación, según la puntuación global de la escala HDRS-6, está basada en una publicación previa¹⁶, en la que se explica que las puntuaciones de la escala HDRS-17 equivalen al doble de las obtenidas con la escala HDRS-6, y por ello se asumió como punto de corte de con/sin depresión la mitad de la puntuación de corte asumida para la escala HDRS-17 (≤ 7 puntos), utilizada en trabajos previos¹⁷.

Para evaluar los síntomas físicos de las pacientes, se utilizó el cuestionario de salud PHQ-15¹⁸ (que fue autoadministrado) que consta de 15 ítems referentes a 15 posibles síntomas físicos que habían podido presentar las pacientes durante las 4 semanas previas: dolor de estómago; de espalda; en brazos, piernas o articulaciones; dolores menstruales; de cabeza; torácicos (del pecho); mareos; desmayos; palpitaciones o sensación de corazón acelerado; falta de respiración; dolor o problemas durante las relaciones sexuales; estreñimiento/diarrea; náuseas/gases o indigestión; sensación de cansancio o con pocas energías y alteraciones del sueño. Las posibles opciones de respuesta a cada uno de los 15 ítems son: “nada” o ausencia del problema físico (0 puntos), “un poco” o presencia del problema (1 punto), o “mucho” o mucha presencia del problema (2 puntos). Mediante el sumatorio de las puntuaciones de los 15 ítems se obtuvo una puntuación global cuyo rango oscila entre 0 y 30 puntos, y a partir de la cual se clasificó a las pacientes en dos grupos: pacientes sin síntomas físicos relevantes (de 0 a 4 puntos) y pacientes con síntomas físicos relevantes (> 4 puntos).

Entre las variables secundarias se recogieron además datos de distintas características biosociodemográficas, clínicas y del ciclo menstrual de las pacientes a fin de poder describir su perfil y estudiar su asociación con la presencia de síntomas de depresión y físicos.

Análisis estadístico

Una vez tabulados los datos del estudio y practicado el control de calidad, los resultados se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS versión 13.0.

Se analizó una única muestra, incluyendo todos los pacientes que cumplieran criterios de selección. En los análisis descriptivos para las variables cuantitativas se empleó la estimación de la media, desviación estándar y rango, y para las variables cualitativas se emplearon frecuencias y porcentajes. La comparación de variables categóricas se realizó mediante el test de ji cuadrado o pruebas exactas en caso de ser necesario. Adicionalmente, se emplearon modelos de regresión logística multivariable para estudiar

los posibles factores asociados a la presencia de síntomas de depresión y físicos, respectivamente, en los cuales se introdujeron inicialmente como posibles factores las siguientes variables: edad (entre 40 y 44 / 45 y 49 / y 50 y 55 años); índice de masa corporal (IMC) (bajo peso, $< 18,5$; normopeso, $\geq 18,5 - < 25$; sobrepeso, $\geq 25 - < 30$; obesidad leve, $\geq 30 - < 40$; obesidad mórbida, ≥ 40); vive (sola/acompañada); domicilio (zona rural/urbana); nivel de estudios (primarios incompletos o sin estudios, primarios completos, secundarios completos, universitarios completos); presencia de patologías concomitantes en general (con/sin patología concomitante); presencia de patologías del sistema nervioso, cardiovasculares, respiratorias, endocrinológicas, y del sistema hepático-digestivo, osteoarticular o urológico (con/sin patología, respectivamente); estatus menstrual (con menstruación regular, irregular, sin menstruación); presencia de síntomas físicos relevantes según cuestionario PHQ-15 (con / sin síntomas físicos relevantes), (sólo en el análisis de factores asociados a depresión); presencia de depresión según cuestionario HDRS-6 (con/sin depresión) (sólo en el análisis de factores asociados a síntomas físicos).

Los valores p referenciados en este manuscrito corresponden a la significación estadística de pruebas con dos colas. Valores inferiores o iguales a 0,05 fueron considerados estadísticamente significativos.

RESULTADOS

Pacientes valorables

Tal y como se describe en el esquema del estudio (fig. 1), del total de 1.019 pacientes que fueron reclutadas por los 1.019 médicos investigadores participantes en el estudio,

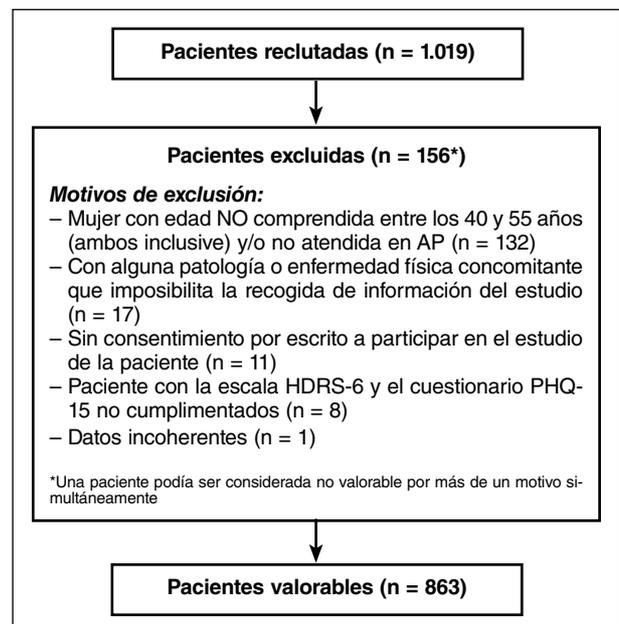


Figura 1. Esquema general del estudio. AP: Atención Primaria; HDRS: Hamilton Depression Rating Scale; PHQ: Patient Health Questionnaire.

Tabla 1. Características biosociodemográficas de las pacientes del estudio PRIMA-DONA

	Media	DT	Rango
Edad (años) (n = 829)	47,8	4,3	15,0
Peso (kg) (n = 801)	66,9	10,3	64,0
Talla (cm) (n = 800)	162,3	6,4	51,0
IMC (kg/m ²) (n = 798)	25,4	3,7	24,6
	n	% ¹	
Estado civil	861	100,0	
Soltera	87	10,1	
En pareja/casada	557	64,7	
Viuda	100	11,6	
Separada	83	9,6	
Divorciada	34	3,9	
Vive	816	100,0	
Acompañada	663	81,3	
Sola	153	18,8	
Sola hace menos de 1 año	69	45,1	
Sola hace más de 1 año	56	36,6	
Domicilio	821	100,0	
Zona rural	295	35,9	
Zona urbana	526	64,1	
Nivel de estudios	829	100,0	
Primarios incompletos (EGB o similar) o sin estudios	239	28,8	
Primarios completos (EGB o similar)	243	29,3	
Secundarios completos (FP/BUP o similar)	201	24,2	
Universitarios completos	146	17,6	
Ocupación	791	100,0	
En activo	389	49,2	
En paro	71	9,0	
Labores de casa ²	315	39,8	
Jubilada o pensionista	25	3,2	

IMC: índice de masa corporal; DT: desviación típica.

¹Porcentaje calculado respecto al total de pacientes para las cuales se dispuso del dato.

²Cuatro pacientes especificaron 'labores de casa' y 'en activo' simultáneamente, 3 pacientes especificaron 'labores de casa' y 'en paro' simultáneamente y 2 pacientes especificaron 'labores de casa' y 'jubilada o pensionista' simultáneamente.

restaron para el análisis un total de 863 pacientes valorables (84,7%), ya que tuvieron que ser excluidas 156 pacientes (15,3%) por los motivos que se detallan en la figura 1.

Perfil de las pacientes

En la tabla 1 se describen las características biosociodemográficas de las pacientes. La edad media de las pacientes fue de 47,8 años (desviación estándar [DE] = 4,3), un IMC medio de 25,4 kg/m² (DE = 3,7) dentro del rango normal, y predominantemente estaban en pareja o casadas (64,7%), residían acompañadas (81,3%) y en zona urbana (64,1%), tenían estudios primarios o superiores completos (71,2%) y aproximadamente la mitad se encontraba en activo (49,2%). En la tabla 2 se describen las características clínicas de las pacientes. Un 65,7% de éstas presentaba algún trastorno psiquiátrico depresivo (47,0%) y/o de ansiedad (45,7%), de las cuales la mayoría se encontraba recibiendo algún tratamiento sólo farmacológico (56,6%) o farmacológico combinado con otros tratamientos no farmacológicos (23,5%). En la tabla 2 también se describen las características del ciclo menstrual de las pacientes, que en su

mayoría tenían todavía la menstruación (64,4%), aunque tenían algún síntoma de menopausia (55,5%).

Presencia de síntomas de depresión y físicos

Un 75,6% (IC 95%: 77,7-78,9) de las pacientes presentaba síntomas de depresión (n = 625), y un 85,4% (IC 95%: 82,9-87,9) síntomas físicos (n = 656), por encima de los puntos de corte definitivos establecidos para la escala HDRS-6 y el cuestionario PHQ-15, respectivamente. Un

Tabla 2. Características clínicas de las pacientes del estudio PRIMA-DONA

	n	% ¹
Presencia de otras patologías concomitantes	863	100,0
Pacientes sin ninguna otra patología concomitante	420	48,7
Pacientes con alguna otra patología concomitante ³	443	51,3
	n	% ¹
Presencia de trastornos psiquiátricos	863	100,0
Pacientes sin ningún trastorno psiquiátrico	296	34,3
Pacientes con algún trastorno psiquiátrico ⁴	567	65,7
Trastornos depresivos	406	47,0
Trastornos de ansiedad	394	45,7
Otros trastornos	34	3,9
	n	% ²
Tratamiento (de las pacientes con algún trastorno psiquiátrico)	567	100,0
Sin tratamiento	84	14,8
Con tratamiento ⁴	483	85,2
Farmacológico	321	56,6
No farmacológico	29	5,1
Ambos	133	23,5
	n	%
Estatus menstrual	845	100,0
Con menstruación	544	64,4
Regular	340	40,2
Irregular	179	21,2
Sin regularidad especificada	25	3,0
Sin menstruación	301	35,6
Sintomatología de menopausia	863	100,0
Sin síntomas de menopausia	384	44,5
Con algún síntoma de menopausia ⁴	479	55,5
Con cambios bruscos de humor	306	35,5
Con insomnio	300	34,8
Con sofocos	270	31,3
Con sudores	232	26,9
Con hormigueos	154	17,8
Con pérdida de memoria/olvidos	150	17,4
	n	% ³
Tratamiento (de las pacientes con sintomatología de menopausia)	479	100
Sin tratamiento	278	58,0
Con tratamiento ³	201	42,0
Farmacológico	131	65,2
No farmacológico	43	21,4
Ambos	27	13,4

¹Porcentaje calculado respecto al total de pacientes valorables.

^{2,3}Porcentaje calculado respecto al total de pacientes con algún trastorno psiquiátrico actual (2) y respecto al total de pacientes con sintomatología de menopausia (3).

⁴Una paciente podía presentar más de un trastorno, tratamiento o síntoma simultáneamente

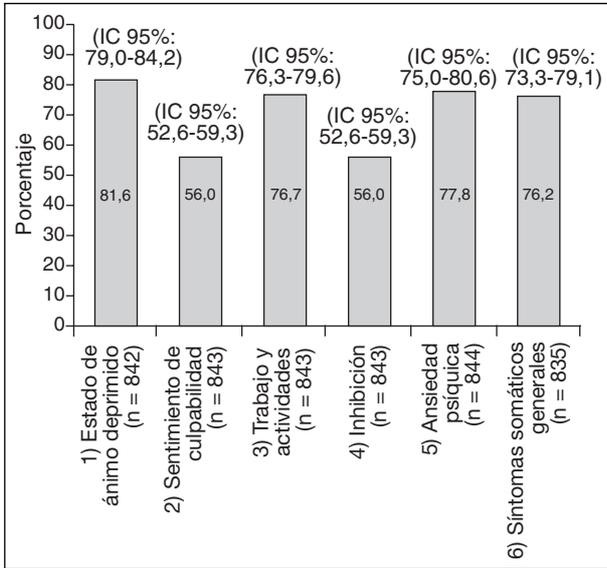


Figura 2. Prevalencia de síntomas de depresión (según la *Hamilton Depression Rating Scale*) en los pacientes del estudio PRIMA-DONA. IC: intervalo de confianza.

68,6% de las pacientes (n = 514) presentaba simultáneamente síntomas de depresión y físicos.

En la figura 2 se detalla la prevalencia de cada uno de los 6 síntomas de depresión evaluados mediante la escala HDRS-6. Los síntomas de depresión más frecuentes fueron estado de ánimo deprimido (81,6%, IC 95%: 79,0-84,2), ansiedad psíquica (77,8%, IC 95%: 75,0-80,6), impacto en trabajo y actividades (76,7%, IC:

73,9-79,6) y síntomas somáticos generales (76,2%, IC 95%: 73,3-79,1).

En la figura 3 se detalla el perfil de la prevalencia de los 15 problemas de salud físicos evaluados mediante el cuestionario PHQ-15. Los síntomas físicos con mayor prevalencia fueron sensación de cansancio (78,2%, IC 95%: 75,4-81,0), dolor de espalda (73,1%, IC 95%: 70,1-76,1), dolor en brazos, piernas o articulaciones (71,5%, IC 95%: 68,4-74,6), alteraciones del sueño (71,3%, IC 95%: 68,2-74,3), y dolor de cabeza (70,0%, IC 95%: 66,8-73,1).

Relación entre síntomas físicos y depresión

Comparando los grupos de pacientes con y sin depresión, se observó una mayor proporción de pacientes con síntomas físicos entre las pacientes con depresión (n = 514, 92,3%), que en el grupo sin depresión (n = 126, 65,6%) (prueba de ji cuadrado, p-valor < 0,05). Ítem a ítem, en la tabla 3 se puede observar que en las pacientes con depresión existía una mayor prevalencia de todos los síntomas físicos evaluados, excepto de los de dolores menstruales y de estreñimiento o diarrea, para los cuales no se observaron diferencias estadísticamente significativas (prueba de ji cuadrado, p-valor > 0,05). Los análisis de regresión realizados adicionalmente, cuyos resultados se describen en tabla 4, confirmaron nuevamente la asociación entre la presencia de síntomas físicos y la depresión.

Relación entre síntomas físicos y estatus menstrual

Por el contrario, comparando según estatus menstrual, y tal y como se describe también en la tabla 3, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la presencia de síntomas físicos, en general, entre los grupos de pacien-

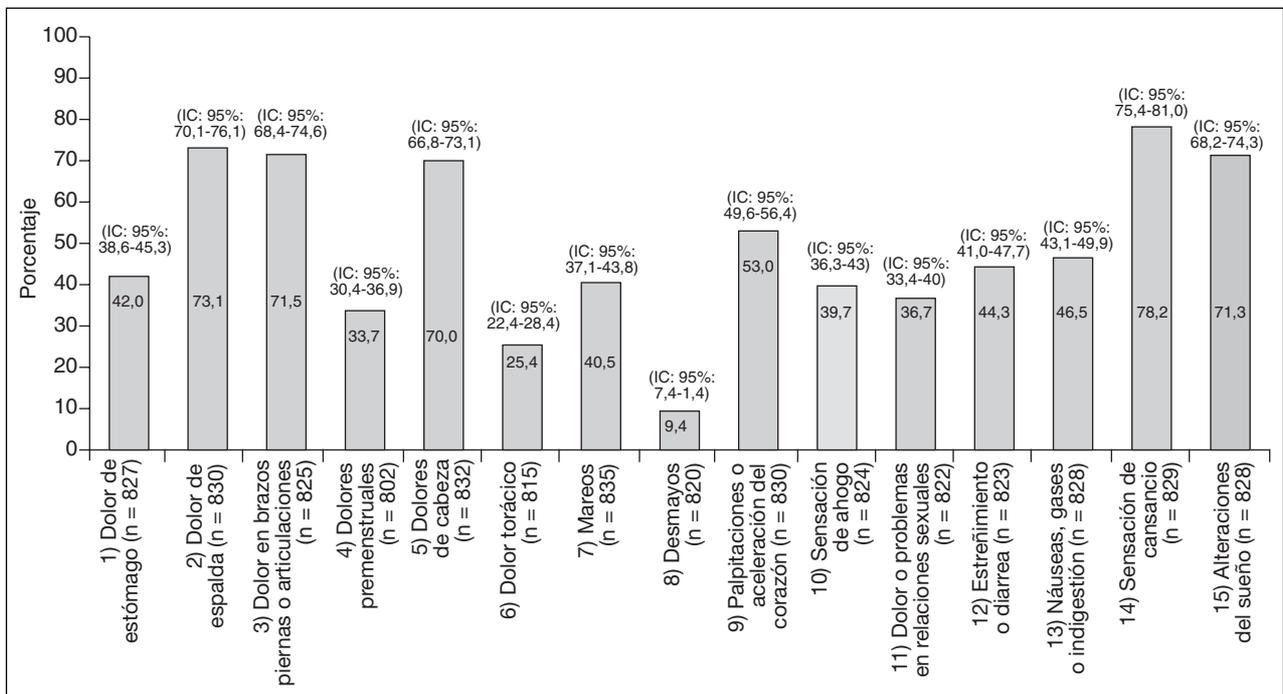


Figura 3. Prevalencia de síntomas somáticos (según el *Patient Health Questionnaire*) en las pacientes del estudio PRIMA-DONA.

Tabla 3. Prevalencia de síntomas somáticos (según cuestionario PHQ-15) según depresión y estatus menstrual en las pacientes del estudio PRIMA-DONA

Prevalencia de síntomas físicos	Pacientes sin depresión		Pacientes con depresión		p ²	Pacientes con menstruación regular		Pacientes con menstruación irregular		Pacientes sin menstruación		p ²
	n	% ¹	n	% ¹		n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹	
	1. Dolor de estómago	53	26,9	282		47,0	< 0,0001	131	40,1	72	41,6	
2. Dolor de espalda	122	61,6	467	76,8	< 0,0001	227	69,8	125	71,4	232	78,1	0,0548
3. Dolor en sus brazos, piernas o articulaciones (rodillas, caderas, etc.)	116	59,2	457	75,5	< 0,0001	221	68,2	123	70,3	222	75,5	0,1255
4. Dolores menstruales u otras molestias asociadas a la menstruación (sólo mujeres) ³	66	33,8	189	32,4	0,7023	134	41,4	92	53,5	27	9,8	< 0,0001
5. Dolores de cabeza	113	57,4	448	73,6	< 0,0001	232	70,5	118	67,8	206	69,4	0,8204
6. Dolor torácico (zona pecho)	21	10,8	172	28,8	< 0,0001	84	26,3	38	22,1	66	22,5	0,4535
7. Mareos	43	21,7	277	45,7	< 0,0001	127	38,4	63	36,6	124	42,2	0,4381
8. Desmayos	9	4,5	58	9,7	0,0220	18	5,6	13	7,6	32	10,9	0,0507
9. Palpitaciones o sentir el corazón acelerado	63	31,8	356	58,9	< 0,0001	174	53,0	80	46,0	157	53,4	0,2393
10. Falta de respiración	41	20,8	270	44,9	< 0,0001	111	34,2	60	34,5	130	44,7	0,0147
11. Dolor o problemas durante sus relaciones sexuales	38	19,1	248	41,8	< 0,0001	117	35,6	58	34,1	112	38,6	0,5769
12. Estreñimiento, ir suelto de vientre o diarrea	77	38,9	275	45,8	0,0913	134	41,1	78	45,3	136	46,6	0,3640
13. Náuseas, gases o indigestión	51	25,6	316	52,6	< 0,0001	136	41,2	79	46,2	148	50,7	0,0603
14. Sentirse cansado o con pocas energías	103	52,3	524	86,6	< 0,0001	255	77,7	130	75,1	237	80,3	0,4119
15. Problemas de sueño	88	44,7	480	79,6	< 0,0001	222	67,7	123	70,7	221	75,2	0,1195

PHQ: Patient Health Questionnaire.

¹Porcentaje calculado respecto al total de pacientes que indicaron la respuesta en cada ítem.²Prueba de ji cuadrado.³Hubo 27 mujeres que indicaron “no tener la menstruación” y sin embargo refirieron tener “dolores menstruales u otras molestias asociadas” en el cuestionario de salud PHQ-15.

tes con menstruación regular (n = 260, 83,1%), irregular (n = 141, 86,5%), y sin menstruación (n = 228, 86,0%) (prueba de ji cuadrado, p = 0,4933). Y tampoco se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de ninguno de los 15 síntomas físicos evaluados excepto en dolores menstruales (u otras molestias asociadas a la menstruación), que resultaron más frecuentes entre las pacientes con menstruación irregular (53,5%), y falta de respiración, que resultó más prevalente entre las

pacientes sin la menstruación (44,7%). Los análisis de regresión realizados adicionalmente, cuyos resultados se describen en tabla 5, descartaron nuevamente la asociación entre la presencia de síntomas físicos en general y el estatus menstrual.

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio era conocer la prevalencia de los distintos síntomas de depresión y físicos y el posible impacto del ciclo menstrual en la población de mujeres entre 40 y 55 años de edad que acuden a consultas de Atención Primaria en España. Los resultados muestran una elevada prevalencia de síntomas, tanto de depresión como físicos, y una clara asociación entre depresión y

Tabla 4. Factores asociados a la presencia de depresión (según escala HDRS-6) en las pacientes del estudio PRIMA-DONA

	OR	IC 95 %		p
		Inferior	Superior	
Estudios				
Primarios incompletos o sin estudios	1			
Primarios completos	0,5	0,3	0,9	0,0104
Secundarios completos	0,4	0,3	0,7	0,0015
Universitarios completos	0,3	0,2	0,5	< 0,0001
Patología cardiovascular				
Sin patología cardiovascular	1			
Con patología cardiovascular	0,6	0,4	1	0,0459
Síntomas físicos relevantes (según PHQ-15)				
Sin síntomas físicos relevante	1			
Con síntomas físicos relevantes	5,9	3,7	9,2	< 0,0001

HDRS: Hamilton Depression Rating Scale; IC: intervalo de confianza; OR: odds ratio, inferior a 1 indica asociación a un aumento en el porcentaje de casos con el factor de riesgo; PHQ: Patient Health Questionnaire.

Tabla 5. Factores asociados a la presencia de síntomas somáticos (según cuestionario PHQ-15) en las pacientes del estudio PRIMA-DONA

	OR	IC 95 %		p
		Inferior	Superior	
Patología física concomitante				
Sin patología física concomitante	1			
Con patología física concomitante	2	1,3	3,1	0,0021
Depresión (según HDRS-6)				
Sin depresión	1			
Con depresión	6,4	4,2	10	< 0,0001

HDRS: Hamilton Depression Rating Scale; IC: intervalo de confianza; OR: odds ratio, inferior a 1 indica asociación a un aumento en el porcentaje de casos con el factor de riesgo; PHQ: Patient Health Questionnaire.

síntomas físicos. Sin embargo, no confirman más asociación entre ciclo menstrual y síntomas físicos que la observada entre el estatus menstrual y los propios síntomas de los dolores menstruales en sí.

Las elevadas cifras de prevalencia de síntomas de depresión, en un 75,6% de las pacientes, y de síntomas físicos, en un 85,4%, por encima de los puntos de corte definitivos establecidos para la escala HDRS-6 y el cuestionario PHQ-15, respectivamente, que se encontraron en el presente estudio, son superiores a las tasas de estudios previos en que se observó un 26,8% de depresión también en España y en Atención Primaria⁵, o un 28,9% de depresión en una muestra de mujeres de población general en Estados Unidos¹⁹, y de un 65% de pacientes con síntomas somáticos, también en pacientes de los Estados Unidos¹⁸. Esta aparente discrepancia entre nuestro estudio y trabajos previos puede ser atribuida a diversas limitaciones que se deberían considerar. Una primera explicación es la diversidad existente entre estudios en cuanto a los instrumentos de medida y de puntos de corte empleados para evaluar depresión y síntomas somáticos, que limita poder comparar de forma fiable los resultados de nuestro estudio con otros previos y entre distintos estudios en general. En este sentido, la escala HDRS-6 y el cuestionario PHQ-15 y los puntos de corte empleados (HDRS-6 > 4 y PHQ-15 > 4) han podido contribuir a la detección de un mayor número de síntomas de depresión y somáticos. Por otra parte, nuestro estudio ha sido realizado en una subpoblación con un rango de edad, de 40 a 55 años, en el que se ha demostrado una mayor prevalencia de depresión³, y en el cual se puede estar reflejando el efecto de la edad, que se ha señalado como un factor asociado a una mayor prevalencia de somatización²⁰⁻²², además de a mayor hipocondría²³. Asimismo, se han descrito diferencias étnicas en la validez de los instrumentos de medida empleados entre diversas poblaciones, como por ejemplo en la validez del cuestionario PHQ-15, que además se debería considerar²⁴. Por último, debe considerarse como un posible sesgo de selección la forma de incluir a las pacientes en el estudio (pacientes ambulatorias, mujeres entre 45-55 años, que acudían a consultas de Atención Primaria por cualquier motivo), que al realizarse sin un muestreo probabilístico puede estar causando que si bien los resultados probablemente son representativos, no pueden ser generalizados.

Por lo que se refiere a la asociación entre síntomas somáticos y depresión, la mayor tasa de pacientes con síntomas somáticos obtenida entre los pacientes con depresión (92,3 frente a 65,6% en pacientes sin depresión), y los resultados del análisis de regresión realizado en nuestro estudio, apoyan la alta tasa de somatización asociada a depresión descrita en los escasos estudios previos disponibles al respecto, realizados en poblaciones psiquiátricas¹¹ o de otro tipo y específicas, tales como pacientes con migraña¹² o pacientes con enfermedades crónicas concomitantes¹³.

Por el contrario, los resultados obtenidos no apoyan la asociación entre la presencia de síntomas somáticos en general y el estatus menstrual, observándose tasas de pa-

cientes con síntomas somáticos similares entre los pacientes con menstruación regular (n = 260, 83,1%), irregular (n = 141, 86,5%), y sin menstruación (n = 228, 86,0%) (prueba de ji cuadrado, p = 0,4933). Asimismo, los resultados del análisis de regresión realizado tampoco apoyan la asociación entre síntomas somáticos y estatus menstrual. Esta falta de asociación es complementaria a los resultados descritos en otros trabajos en los que tampoco se observó asociación entre estatus menstrual y síntomas de depresión, pero sí entre los síntomas climatéricos y los síntomas de depresión¹⁹. En cualquier caso, la asociación entre el estatus menstrual y la presencia de menopausia es todavía objeto de controversia, tal y como señalan recientes trabajos como el estudio SWAN, en el cual, aparte de observarse depresión en una proporción de las pacientes mujeres de mediana edad también mucho menor a la observada en nuestro estudio (23 frente a 75,6%), se observó una mayor presencia de síntomas de depresión en las etapas de perimenopausia o postmenopausia que en la etapa de premenopausia, independientemente de diversos factores psicosociales, hallazgo que queda pendiente de que futuras investigaciones contribuyan a perfilar de forma más precisa la asociación entre climaterio y depresión²⁵.

En conclusión, el estudio PRIMA-DONA en global ha mostrado la alta prevalencia de síntomas somáticos y de depresión, y la alta comorbilidad existente entre ambos, presente en las mujeres de mediana edad que acuden a consulta en Atención Primaria en España, lo que debería considerarse un dato de alerta para este grupo poblacional, en el ámbito de la salud pública en la sociedad. Adicionalmente, los análisis de regresión cuyos resultados se presentan en este trabajo, muestran la fuerte asociación entre los síntomas somáticos y la presencia de depresión. Todo ello debería conducir a considerar seriamente la necesidad de un diagnóstico minucioso de los posibles trastornos de depresión y ansiedad que pueden presentar las pacientes de mediana edad que acuden a consultas de Atención Primaria, como un paso esencial para comprender la causa y optimizar el abordaje terapéutico de sus problemas de salud, valorando la puesta en marcha de programas preventivos y terapéuticos en esta población de más alto riesgo.

Conflictos de intereses

El Dr. Salvador Ros ha sido asesor para Almirall, S.A, la Sra. García-García es una empleada de Biométrica, una CRO contratada por Almirall, S.A y la Dra. Comas es una empleada de Laboratorios Almirall, S.A.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lecrubier Y. The burden of depression and anxiety in general medicine. *J Clin Psychiatry*. 2001;62Suppl8:4-9.
2. Lépine JP. Epidemiology, burden, and disability in depression and anxiety. *J Clin Psychiatry*. 2001;62Suppl13:4-10.
3. Kessler RC, McGonagle KA, Swartz M, Blazer DG, Nelson CB. Sex and depression in the National Comorbidity Survey. I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *J Affect Disord*. 1993;29(2-3):85-96.

4. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2001.
5. Gabarrón E, Vidal JM, Haro JM, Boix I, Jover A, Arenas M. Prevalencia y detección de los trastornos depresivos en atención primaria. *Aten Primaria*. 2002;29(6):329-36.
6. Corruble E, Guelfi JD. Pain complaints in depressed inpatients. *Psychopathology*. 2000;33(6):307-9.
7. Silverstein B. Gender differences in the prevalence of somatic versus pure depression: a replication. *Am J Psychiatry*. 2002;159(6):1051-2.
8. World Health Organization. Research on the menopause in the 1990s. WHO Tech Rep Ser No. 866. Geneva: WHO, 1996.
9. Ayuso-Mateos JL, Vázquez-Barquero JL, Dowrick C, Lehtinen V, Dalgard OS, Casey P, et al, ODIN Group. Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *Br J Psychiatr*. 2001;17:308-16.
10. Keyes CL, Ryff CD. Somatization and mental health: a comparative study of the idiom of distress hypothesis. *Soc Sci Med*. 2003;57(10):1833-45.
11. Silverstein B. Gender differences in the prevalence of somatic versus pure depression: a replication. *Am J Psychiatry*. 2002;159(6): 1051-2.
12. Tietjen GE, Brandes JL, Digre KB, Baggaley S, Martin V, Recober A, et al. High prevalence of somatic symptoms and depression in women with disabling chronic headache. *Neurology*. 2007;68(2):134-40.
13. Katon W, Lin EH, Kroenke K. The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *Gen Hosp Psychiatry*. 2007;29(2):147-55.
14. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosom Med*. 2002;64(2):258-66.
15. Agencia Española del Medicamento. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, España. Circular 15/2002.
16. Bobes J, Bulbena A, Luque A, Dal-Re R, Ballesteros J, Ibarra N; Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas (GVEE-PP). Evaluación psicométrica comparativa de las versiones en español de 6, 17 y 21 ítems de la Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión. *Med Clin (Barc)*. 2003;120(18):693-700.
17. O'Sullivan RL, Fava M, Agustin C, Baer L, Rosenbaum JF. Sensitivity of the six-item Hamilton Depression Rating Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1997;95(5):379-84.
18. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosom Med*. 2002;64(2):258-66.
19. Bosworth HB, Bastian LA, Kuchibhatla MN, Steffens DC, McBride CM, Skinner CS, et al. Depressive symptoms, menopausal status, and climacteric symptoms in women at midlife. *Psychosom Med*. 2001;63(4):603-8.
20. Rief W, Hessel A, Braehler E. Somatization symptoms and hypochondriacal features in the general population. *Psychosom Med*. 2001;63(4):595-602.
21. Escobar JI, Rubio-Stipec M, Canino G, Karno M. Somatic symptom index (SSI): a new and abridged somatization construct. Prevalence and epidemiological correlates in two large community samples. *J Nerv Ment Dis*. 1989;177(3):140-6.
22. Kroenke K, Price RK. Symptoms in the community. Prevalence, classification, and psychiatric comorbidity. *Arch Intern Med*. 1993;153(21):2474-80.
23. Noyes R Jr, Hartz AJ, Doebbeling CC, Malis RW, Happel RL, Werner LA, et al. Illness fears in the general population. *Psychosom Med*. 2000;62(3):318-25.
24. Interian A, Allen LA, Gara MA, Escobar JI, Díaz-Martínez AM. Somatic complaints in primary care: further examining the validity of the Patient Health Questionnaire (PHQ-15). *Psychosomatics*. 2006;47(5):392-8.
25. Bromberger JT, Matthews KA, Schott LL, Brockwell S, Avis NE, Kravitz HM, et al. Depressive symptoms during the menopausal transition: The Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *J Affect Disord*. 2007;103(1-3):267-72.