



REFLEXIONES EN MEDICINA DE FAMILIA

Sobrediagnóstico y sobretratamiento del trastorno depresivo mayor en atención primaria: un fenómeno en auge

Over-diagnosis and Over-treatment of Major Depressive Disorder in Primary Care. An increasing phenomenon

Jaime Adán-Manes^{a,*} y José Luis Ayuso-Mateos^{a,b}

^aServicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

^bDepartamento de Psiquiatría, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

Disponible en Internet el 6 de noviembre de 2009

Auge de la depresión

En los últimos años hemos sido testigos del aumento que ha presentado el diagnóstico de depresión, tanto en los servicios de salud mental como en atención primaria¹. Reflejo de este auge es el incremento en el número de bajas laborales por causa psiquiátrica (en el Área 2 de la Comunidad de Madrid se produjo un incremento de 1,76 bajas/1.000 habitantes-año en 1996 a 3,3 bajas/1.000 habitantes-año en 2001), así como el creciente gasto sanitario derivado de la prescripción de fármacos anti-depresivos (el incremento del gasto en estos fármacos aumentó un 160% en atención primaria del Área 2 de la Comunidad de Madrid en el período comprendido entre 1996 y 2001)².

A este respecto, diferentes trabajos evidencian tanto un sobrediagnóstico de enfermedad depresiva en atención primaria³ como una elevada incidencia de derivaciones desde este nivel asistencial a las consultas de salud mental ante la presencia de malestar psíquico motivado por problemas cotidianos⁴.

Importancia del diagnóstico

Un estudio llevado a cabo en 1996 expuso la importancia relativa de las enfermedades neuropsiquiátricas, previa-

mente infravaloradas, en el campo de la salud pública. A pesar de su bajo índice de mortalidad, estos trastornos son capaces de ocasionar un considerable impacto socioeconómico secundario a la discapacidad que generan⁵. El gasto sanitario de los pacientes deprimidos es muy superior al del resto de la población, incluso sin tener en cuenta los gastos derivados de la atención psiquiátrica especializada⁶. Por otra parte, la depresión se considera como uno de los principales factores capaces de afectar negativamente a la capacidad de trabajo de los individuos⁷.

La depresión es una enfermedad tratable. La mejoría de la clínica depresiva implica una reducción significativa de la discapacidad asociada⁸, con la consiguiente reducción del impacto socioeconómico asociado. Los dispositivos de atención primaria mantienen un estrecho contacto con la población general y resultan idóneos para detectar la presencia de sintomatología depresiva. Asimismo, el desarrollo de los métodos de cribado y la aparición de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, de fácil manejo y gran seguridad, han propiciado que los médicos de familia se encuentren en primera línea en el tratamiento de la depresión.

En los últimos años ha aparecido una considerable cantidad de bibliografía relativa al infradiagnóstico de la depresión en atención primaria⁹. Dadas sus potenciales implicaciones (carga global de enfermedad, impacto económico, etc.), parece haberse sensibilizado en exceso a los médicos de atención primaria, que han desarrollado capacidades para detectar casos de depresión con una gran sensibilidad, a costa de una baja especificidad.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jaumeson@yahoo.com (J. Adán-Manes).

Medicalización del malestar psíquico

El British Medical Journal dedicó en el año 2002 un artículo editorial a la medicalización de la vida con el objeto de “atraer la atención sobre la tendencia a clasificar como enfermedades los problemas de la gente”¹⁰.

La cultura occidental tiende a observar las experiencias emocionales negativas como algo aberrante. Así, la actitud que nos lleva a considerar el malestar emocional como una enfermedad susceptible de medicalización no deriva tanto de nuestro conocimiento científico como de nuestro sistema de valores⁹. Por otra parte, la industria farmacéutica promueve la difusión de diferentes trastornos con el objeto de comercializar nuevos productos¹¹.

Ortiz et al han identificado una serie de hechos que han favorecido la concepción de la psiquiatría como un dispositivo destinado a garantizar la felicidad del público general⁴:

- El acercamiento de la salud mental a la población general a raíz de la reforma psiquiátrica.
- La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de enfermedad o dolencia, que persigue la erradicación del sufrimiento, tanto físico como moral, y que pretende el derecho a la felicidad como posibilidad por la vía del perfeccionamiento científico-técnico.
- Los continuos avances de la medicina y de la psicofarmacología, que ofrecen la falsa creencia de que todos los problemas pueden tener soluciones técnicas.

Dowrick⁹ ha puesto en duda la validez de la depresión como un concepto médico, y considera que sus criterios definitorios no están claramente establecidos. En el ámbito de la atención primaria, la depresión se solapa con una amplia gama de trastornos somáticos y de síntomas no explicados médicamente. Asimismo, desde la perspectiva del paciente, la depresión no puede disociarse de la problemática psicosocial. Finalmente, argumenta que las bases biológicas de la depresión, imprescindibles a la hora de medicalizar este fenómeno, carecen de una adecuada consistencia.

Implicaciones del sobrediagnóstico de depresión

Los principales riesgos derivados del sobretratamiento de la depresión se resumen en los siguientes puntos:

- *Impacto médico.* Riesgo de iatrogenia (tabla 1).
- *Impacto psicológico y social.* Al catalogar a un individuo como “deprimido” se potencia el carácter de enfermedad, se le desresponsabiliza de su situación emocional y se fomenta una actitud de pasividad sobre la base de la cual esperará una solución técnica ante conflictos personales. Esta expectativa coartará la iniciativa individual destinada a resolver problemas a través del desarrollo de estrategias más adaptativas⁴. Así, se considera patológica “una situación emocional normal que puede ser más o menos desagradable, pero en todo

Tabla 1 Principales efectos secundarios de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

- Insomnio
- Disfunción sexual (impotencia y anorgasmia)
- Disminución de la libido
- Náuseas y vómitos
- Diarrea
- Inquietud psicomotriz
- Aumento o pérdida de peso
- Precipitación de episodios maníacos
- Cefalea

caso legítima, adaptativa y necesaria para afrontar los avatares de la vida”².

- *Impacto económico.* El coste total derivado de la depresión supondría en nuestro país hasta un total de 745 millones de euros anuales, de los que 535 corresponderían a los costes sanitarios; el componente más importante es el vinculado al seguimiento ambulatorio. El resto correspondería a las pérdidas derivadas de la disminución en la productividad de los pacientes deprimidos¹². Estos datos permiten intuir unas considerables pérdidas económicas derivadas del sobrediagnóstico de depresión, secundarias principalmente al gasto farmacéutico y a la asignación de bajas laborales injustificadas (hecho que genera una considerable frustración en los propios médicos).

Conclusión

Parece existir un sobrediagnóstico de depresión en atención primaria. De entre sus causas, destacarían los cuadros inespecíficos de ansiedad, equiparables al padecimiento de un malestar emocional reactivo a circunstancias vitales estresantes que, sin embargo, pueden considerarse como una faceta normal y legítima de la naturaleza humana. El sobrediagnóstico de depresión conlleva una serie de riesgos en absoluto desdeñables, tanto en el ámbito médico como en el ámbito social y económico.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. 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 Psychiatry*. 2001;179:308–16.
2. Ortiz Lobo A, Lozano Serrano C, Fernández Jiménez G. La evaluación de la prescripción y los costes de los antidepresivos en un área de Atención Primaria (1996–2001). *Semergen*. 2005;31:456–61.
3. Aragonès E, Piñol JL, Labad A. The overdiagnosis of depression in non-depressed primary care. *Fam Pract*. 2006;23:363–8.

4. Ortiz Lobo A. Consultas sin patología en un centro de salud mental. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2004. Tesis Doctoral.
5. Murray CJL, López A. The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge: Harvard School of Public Health; 1996.
6. Kamlet M, Paul N, Greenhouse J, Kupfer D, Frank E, Wade M. Cost utility analysis of maintenance treatment for recurrent depression. *Control Clin Trials*. 1995;16:17–40.
7. Stewart WF, Ricci JA, Chee E, Hahn SR, Morganstein D. Cost of lost productive work time among US workers with depression. *JAMA*. 2003;289:3135–44.
8. Spijker J, De Graaf R, Bijl RV, Beekman AT, Ormel J, Nolen WA. Determinants of persistence of major depressive episodes in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *J Affect Disord*. 2004;81: 231–40.
9. Dowrick C. Beyond depression. Oxford: Oxford University Press; 2005.
10. Smith R. In search of non disease. *BMJ*. 2002;324:883–5.
11. De la Mata Ruiz I, Ortiz Lobo A. Industria farmacéutica y psiquiatría. *Debates*. 2002;2117–239.
12. Consultores para Europa Bernard Krief. Gabinete de Estudios Sociológicos. El coste social de los trastornos de salud mental en España. Madrid: Bernard Krief; 1998.