

Respuesta de los autores



Sr. Director:

Agradecemos la carta en relación con nuestro artículo, carta cuyo sentido general compartimos plenamente. También nosotros, con alguna facultad de medicina también joven y que no ha graduado todavía ninguna promoción entre las universidades de filiación de los autores, esperamos que una orientación hacia la medicina de familia en los planes de estudios, junto con otras medidas, contribuirá a aumentar el atractivo de la especialidad. A la espera del efecto que estas nuevas incorporaciones de MFyC a la enseñanza de la medicina puedan tener, nuestra conclusión —de no poder afirmar una mayor proclividad a elegir MFyC por parte de los licenciados de las 3 universidades con curriculum con MFyC— se mantiene.

Para hacer viable la esperanza de un mayor atractivo de la especialidad de MFyC ante una realidad que en este 2014 nos deja 108 plazas MIR de medicina de familia sin residente, pues ni siquiera los extranjeros fuera de cupo quisieron las plazas¹, conviene varias medidas tal como los autores de la carta recuerdan. Por nuestra parte, y tratando de favorecer la *evidence-based policy*, hemos publicado muy recientemente en un medio de amplia difusión mundial² un trabajo que concluye que las políticas destinadas a aumentar el prestigio y la remuneración de los profesionales de MFyC tienen el potencial de ser más eficientes y equitativas que otras alternativas.

Para lo anterior se desarrolla un modelo que busca compensar consideraciones de eficiencia y equidad; se aplica el

modelo a los datos reales de España, con un análisis empírico basado en un modelo *logit multinomial* con coeficientes aleatorios para, finalmente, utilizar las estimaciones de los parámetros para simular diferentes políticas públicas alternativas.

Bibliografía

- 108 plazas MIR de familia se quedan sin residente. Redacción Médica n.º 2309, 6 de mayo 2014; [consultado 16 May 2014]. Disponible en: <http://www.redaccionmedica.com/secciones/formacion/108-plazas-mir-de-familia-se-quedan-sin-residente-4513>
- Harris J, López-Valcárcel B, Barber P, Ortún V. Efficiency versus equity in the allocation of medical specialty training positions in Spain: A health policy simulation based on a discrete choice model. NBER working paper # 19896. Cambridge, Massachusetts: National Bureau of Economic Research; 2014.

Beatriz G. Lopez-Valcarcel^a, Vicente Ortún^{b,*}, Patricia Barber^a y Jeffrey E. Harris^{c,d}

^a Departamento de Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España

^b Departamento de Economía y Empresa, Universidad Pompeu Fabra, Barcelona, España

^c Departamento de Economía, Massachusetts Institute of Technology, Cambridge, Massachusetts, Estados Unidos

^d Medicina Interna, Providence Community Health Centers, Providence, Rhode Island, Estados Unidos

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: vicente.ortun@upf.edu (V. Ortún).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.05.017>

¿La mitad de la población con diagnóstico de depresión?



Half of the population diagnosed with depression?

Sr. Director:

Como miembros del Grup de Treball en Salut Mental de CAM-FiC nos ha preocupado la publicación en su revista de una cifras de prevalencia de depresión en la población de un Área Básica de Salud del Sur de Cataluña del 46,7% (un 53% en las mujeres y un 40% en los varones)¹. Según eso casi la mitad de la población sería merecedora del diagnóstico de depresión. Un resultado tan amplio obliga a revisar la existencia de posibles problemas metodológicos del estudio y/o problemas de definición de lo que entendemos por depresión.

Los problemas metodológicos parecen concretarse posiblemente en el hecho de escoger el sistema de encuesta

telefónica, sin confirmar el diagnóstico posteriormente a través de una entrevista, error ya comunicado en otros casos². También como resultado de atribuir al test de ansiedad-depresión de Goldberg et al.³ características de diagnóstico definitivo cuando tan solo es una herramienta de detección y cribado.

Los problemas relacionados con la in/definición de depresión tienen que ver con considerar el estado de ánimo deprimido como patológico cuando no siempre es así. Una persona que declara un estado de ánimo deprimido puede estar totalmente sana desde el punto de vista mental, pero estar bajo los efectos de un duelo normal por la pérdida de un ser querido, puede sentirse triste por los malestares que comporta el vivir y tener que afrontar situaciones difíciles, crisis vitales, los llamados códigos Z relacionados con un malestar, aunque detrás de este no existe una enfermedad psiquiátrica, o puede padecer un trastorno adaptativo que no llegue a cumplir los criterios de trastorno depresivo. La imprecisión diagnóstica del término depresión, que prescinde del contexto en que aparece el ánimo deprimido, comporta importantes consecuencias en la práctica clínica².

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 NICE⁴.

En el 2001 se publicó un estudio de prevalencia⁵ 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 trabajo¹ 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 depresión⁶, 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 primaria¹, 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 ello¹.

Recientemente hemos publicado un trabajo, también centrado en las actividades PPS², 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.¹, 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 trabajo², 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 autores³. 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^{4,5}.

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