

## Introducción

J. Á. Arbesú Prieto

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Sama de Langreo. Asturias.

### **PAPEL ACTUAL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN EL ABORDAJE DE LA DEPRESIÓN. NUEVAS PERSPECTIVAS**

Los médicos de Atención Primaria somos conscientes del progresivo aumento de la incidencia y prevalencia de los trastornos relacionados con la salud mental, y dentro de ellos, la depresión en todas sus manifestaciones clínicas constituye la patología de mayor importancia atendida en nuestras consultas, debido al sufrimiento que genera en el paciente y su familia y a las limitaciones en el funcionamiento laboral y social de las personas que la padecen con la consiguiente merma en la calidad y proyección de vida.

Detectar la depresión de los pacientes que acuden a la consulta de Atención Primaria masificada, con formas de presentación heterogéneas y sintomatología diversa, en ocasiones de intensidad subumbral, es un desafío para la práctica clínica habitual del médico de Atención Primaria, y tanto es así que se estima que sólo detectamos la mitad de los casos en la primera consulta y al cabo de seis meses un veinte por ciento de los pacientes siguen sin diagnosticar.

Las dificultades más importantes para detectar la depresión serían:

1) El paciente y/o la familia atribuyen sus síntomas a una reacción normal ante circunstancias adversas y admiten el sufrimiento como lógico.

2) Persistencia del "estigma mental", por lo que los pacientes pueden ser reacios a admitir ante sí mismos y los demás que padecen una enfermedad por la que están sufriendo con diversos grados de discapacidad vital.

3) La comorbilidad con alguna enfermedad física puede hacer pensar al propio paciente, a su familia e incluso al médico que los síntomas se derivan de su proceso en curso y por tanto no se debe abordar su sintomatología con terapias psicofarmacológicas.

4) La cada vez más frecuente presentación somática de la depresión puede retrasar el diagnóstico por la realización de pruebas complementarias, cronificando la depresión con el retardo en la instauración de las terapias adecuadas.

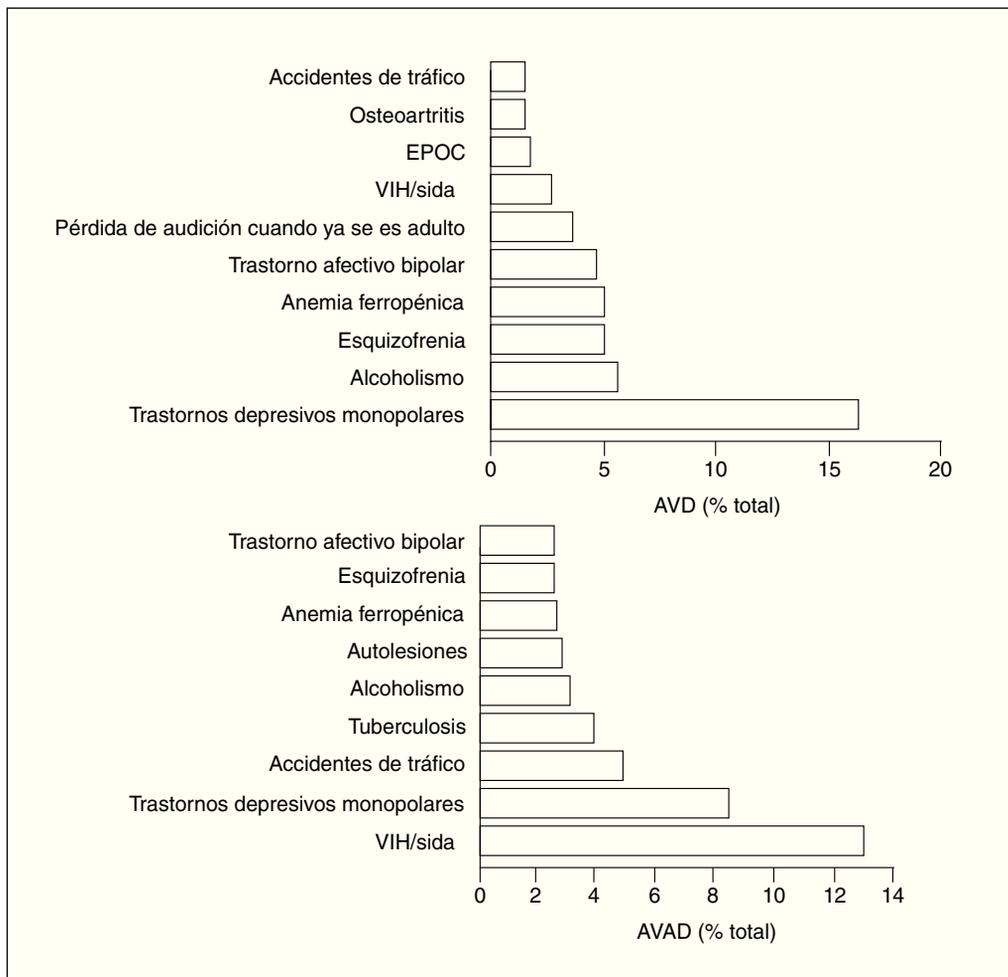
5) El miedo a los efectos secundarios de los psicofármacos hace que algunos pacientes no consulten al médico, aun sabiendo que padecen un cuadro depresivo. Abordar su padecimiento cuando acuden por otro motivo a consulta es todo un reto para el médico que debe informar al paciente acerca de su enfermedad, tanto del curso clínico como de los posibles tratamientos, sus posibles efectos secundarios y del tiempo adecuado de toma de la medicación para evitar recidivas.

Se estima que el 80-90% de las depresiones tienen una intensidad leve o moderada, pudiendo ser asumidas por el primer nivel asistencial que dispone de una serie de ventajas profesionales como son la fácil accesibilidad, continuidad en el tratamiento y visión psicosocial global del entorno del paciente, fortalezas que unidas a la disponibilidad de herramientas bien estructuradas como la entrevista clínica, el consejo terapéutico y psicofármacos seguros, bien tolerados y de asequible manejo por el médico de Atención Primaria, hacen del primer nivel asistencial el eje de la detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la mayoría de las depresiones.

La depresión es un trastorno de la afectividad con alteración primaria del estado de ánimo que se acompaña de unos síntomas emocionales (tristeza, desinterés, pérdida de autoestima, llanto, etc.), síntomas de ansiedad (preocupación, falta de concentración, angustia, etc.) y síntomas somáticos (anorexia, astenia, pérdida de peso, trastornos del sueño, algias, etc.) acompañados de cambios conductuales como una disminución general de la actividad del individuo en sus funciones escolares, laborales y sociales.

La tristeza es una emoción básica del ser humano y no implica necesariamente un diagnóstico de depresión, en cambio la depresión sí suele implicar tristeza en suficiente grado (incontrolable, irrazonable y de larga duración) para alterar la esfera afectiva y conductual del sujeto.

Correspondencia: J. Á. Arbesú Prieto  
Centro de Salud de Sama de Langreo  
C/ Alejandro Ballesteros, 1.  
33900 Sama de Langreo, Asturias.  
Correo electrónico: jarbesuprieto@hotmail.com



**Figura 1.** Los trastornos depresivos son una de las principales causas de discapacidad, tanto en términos de años vividos con discapacidad (AVD) como de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

La depresión conlleva una disminución del tono vital con una falta de interés por todo lo que nos rodea, y lo que en estado normal nos proporcionaba ilusión ahora nos cuesta un gran esfuerzo realizar, apareciendo la abulia e inhibición psicomotriz.

En niños y adolescentes la depresión no siempre se presenta con tristeza, pudiendo detectarlas por la disminución del rendimiento escolar, el aislamiento social o la irritabilidad.

En los pacientes ancianos pueden predominar quejas somáticas, irritabilidad e hipocondría, refiriendo ideas de culpa y ruina.

Además de hacerse cargo de la mayoría de los procesos depresivos, el médico de Atención Primaria realiza el seguimiento del paciente con cuadros depresivos graves (trastornos bipolares, depresiones psicóticas, depresiones dobles, trastornos de personalidad, etc.) que pueden tener recaídas por la aparición de múltiples factores de riesgo (síntomas de enfermedades médicas generales, acontecimientos vitales adversos, etc.) y que en un primer momento deben ser evaluadas por el primer nivel

asistencial, ya sea en el manejo farmacológico (cambios de dosis, asociación de nueva medicación, etc.) o en la necesidad de derivación a otros niveles asistenciales.

## EPIDEMIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN

Los trastornos depresivos son los trastornos mentales más frecuentes, aunque las cifras de incidencia y prevalencia halladas en los diferentes estudios realizados varían en función de la metodología empleada.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la depresión es una enfermedad de alta prevalencia y una de las causas principales de discapacidad, tanto en términos de años vividos con discapacidad como en años de vida ajustados por discapacidad (fig. 1).

La OMS advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, y este número aumentará si concurren otros factores como enfermedades médicas o situaciones de estrés. A nivel mundial, la incidencia de esta enfermedad es hasta dos veces más alta en las mujeres que en los hombres. Tam-

**Tabla 1. Prevalencia de patología depresiva en la población general**

	Depresión mayor	Distimia	Trastorno bipolar	Cualquier trastorno depresivo
Prevalencia anual	2,4-6,2%	1,3-2,8%	0,5-1%	7,5 (5,7-9,7%)
Mujeres	10%	2,4%	1,1%	9,5% (5,5-14,2%)
Hombres	4,9%	1,7%	1,1%	5,5% (3,3-8,6%)
Prevalencia a lo largo de la vida	4,2-10%	2,5-5%	0,5-1,1%	14,1% (10,2-18,7%)
Mujeres	7,5%	4,3%	0,78%	17,0% (12-23,1%)
Hombres	3,8%	2,1%	0,96%	9,0% (6,1-12,7%)

Tomada de: Waraich et al, 2004.

bién se observa que la depresión afecta cada vez más a los jóvenes.

A pesar de la gran prevalencia de la depresión, parece que la mitad de los casos no se comunican y de los que sí lo hacen, la mitad de ellos no se reconoce y en los que se reconoce muchos de ellos están mal tratados, como refleja un estudio paneuropeo con 78.463 adultos a los que se les pidió que completaran la sección de la depresión del mini cuestionario neuropsiquiátrico en cuyos resultados se refleja además que sólo a un 25% se les había recetado un antidepresivo del total de pacientes deprimidos. En España la depresión es un problema de salud pública, ya que es el trastorno mental más frecuente debido a la persistencia de síntomas residuales en algunos pacientes, y junto con la falta de respuesta y las recidivas hacen que la depresión sea una enfermedad crónica.

Las formas de presentación leves (52%) y moderadas (36%) son las más frecuentes, aunque las depresiones graves, más discapacitantes y difíciles de tratar, afectan a un 11% de todos los pacientes con depresión. El 1% restante tendría depresión no clasificada por nivel de gravedad.

En Atención Primaria se detectan muchas presentaciones somáticas, comorbilidad con otras enfermedades mentales y presentaciones subumbrales en depresiones menores que no llegan a cumplir criterios de trastorno depresivo mayor.

Además, la depresión es uno de los problemas concomitantes más frecuentes en los enfermos que padecen otros trastornos, como demencias y alcoholismo y otras dependencias.

La prevalencia anual y a lo largo de toda la vida en España se muestran en la tabla 1.

Las cifras de prevalencia son superiores en la Atención Primaria, globalmente la prevalencia-mes es del 20-30% incluidos el trastorno depresivo menor y la distimia. La depresión mayor y sus estados de remisión parcial suelen ser los cuadros depresivos más frecuentes (tabla 2).

El mayor y más reciente estudio epidemiológico sobre trastornos mentales realizado en Europa es el ESEMED (*European Study of the Epidemiology of Mental Disorders*) llevado a cabo en seis países (Alemania, Bélgica, España, Francia, Holanda e Italia).

Se realizó una encuesta personal domiciliaria con una muestra representativa de la población española mayor de 18 años e incluyó a 5.473 individuos. La evaluación de los participantes se hizo utilizando la versión de la *Composite International Diagnostic Interview* (WMH-CIDI; Robins et al, 1998) desarrollada para la iniciativa Encuestas de Salud Mental de la OMS.

La tasa de respuesta de la población española fue del 78,6%, la más alta de los países participantes, siendo la edad media de la muestra de 45,64 años (DE = 18,60), la tasa de personas casadas en el momento de la entrevista del 66,6%, la tasa de empleo remunerado del 43,8% y uno de cada cuatro entrevistados estaba jubilado. Las principales conclusiones fueron:

- 1) Los trastornos mentales en España son frecuentes.
- 2) La prevalencia-vida para los trastornos mentales era del 20% y una prevalencia-año del 8,4%.
- 3) El trastorno mental más frecuente fue el episodio depresivo mayor con un 3,9% de prevalencia-año y un 10,5% de prevalencia-vida.
- 4) Los trastornos de ansiedad tenían una prevalencia-año del 5,1% y del 9,3% de prevalencia-vida.

**Tabla 2. Prevalencia de trastornos depresivos en Atención Primaria: estudios españoles**

Autor y año	Lugar	n	Instrumento	Prevalencia
Aragónés et al, 2004	Tarragona	906	SCIC/DSM-IV	14,3% depresión mayor 4,8% distimia
Gabarrón et al, 2002	Gavá	400	BDI MINI/DSM-IV	20,2% algún trastorno depresivo 66,7% depresión mayor 26,7% distimia
Baca et al, 1999	Madrid	350	Prime-MD SCAN/CIE-10	12% depresión mayor 10,9% distimia
Chocrón et al, 1996	Girona	400	GHQ-28 CIS/DSM-III-R	7,7% depresión menor 6% depresión mayor 4,3% distimia 2% trastorno adaptativo depresivo

5) La prevalencia de los trastornos de ansiedad (excluyendo la fobia social) y de los del ánimo fueron el doble en las mujeres que en los hombres.

6) Los trastornos de ansiedad aparecen en edades más tempranas (veintena) que los del estado de ánimo (cuarentena), al existir mucha asociación parece indicar que el no abordaje de los primeros en edades tempranas pueda desencadenar la aparición de los segundos.

7) La comorbilidad entre trastornos del ánimo y los de ansiedad estaba cercana al 40%, siendo los más comórbidos la distimia y el trastorno de ansiedad generalizada.

8) Estas cifras son similares a las encontradas en Italia, pero inferiores a las encontradas en los países del norte de Europa y EE.UU.

9) Las cifras encontradas son superiores a las encontradas en países menos desarrollados económicamente que España, quizás debido a mayor nivel de tensión y autoexigencia en las sociedades desarrolladas, su menor nivel de tolerancia al malestar o un menor prejuicio al reconocimiento de los trastornos mentales.

10) Las personas más jóvenes tienen mayor prevalencia de trastornos mentales, lo que puede significar un aumento de los mismos en los próximos años.

11) Los varones con trastorno de ansiedad, además de poder padecer un trastorno depresivo, tienen riesgo de padecer un trastorno por abuso de alcohol.

## **BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA**

Alonso J, Angermeyer MC, Bernet S, Bruffaerts R, Bruga TS, Bryson H, et al. Sampling and methods of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand* 2004;420:8-20.

DRUGS in CONTEXT. Edit. Board. Richard Clark, Eleanor Bull. 2004. Director de la edición española Profesor Juan L. Tamargo. Departamento de Farmacología de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. Págs. 3-5.

García-Parajuá P, Caballero Martínez L, Caballero Martínez F. Guía para el diagnóstico y tratamiento psiquiátrico en Atención Primaria. En: *Guías clínicas de Psiquiatría en Atención Primaria*. Madrid: Ediciones Luzán S.A.; Vol. 1 p. 56-8.