

# LA DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA: PREVALENCIA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

## DEPRESSION IN PRIMARY CARE: PREVALENCE, DIAGNOSIS AND TREATMENT

Antonio Cano Vindel<sup>1</sup>, José Martín Salguero<sup>2</sup>, Cristina Mae Wood<sup>1</sup>, Esperanza Dongil<sup>3</sup> y José Miguel Latorre<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Universidad Complutense de Madrid. <sup>2</sup>Universidad de Málaga. <sup>3</sup>Universidad Católica de Valencia.

<sup>4</sup>Universidad de Castilla la Mancha

La depresión mayor es uno de los trastornos psicológicos más prevalentes y que más problemas de discapacidad genera en la actualidad. Una gran parte de las personas deprimidas acude a los servicios de atención primaria (AP) para buscar tratamiento. En este trabajo se presenta una revisión crítica de la literatura centrada en analizar la prevalencia, el diagnóstico y el tratamiento de la depresión en AP, haciendo especial hincapié en los estudios realizados en nuestro país. Los resultados indican que en España la prevalencia año de depresión en AP se encuentra en un rango entre el 9.6% y el 20.2%. Además, la depresión posee una alta comorbilidad cursando con otros problemas tanto físicos como psicológicos. Pese a su alta prevalencia, este trastorno no se diagnostica correctamente en un importante porcentaje de los casos y pocas veces recibe un tratamiento mínimamente adecuado, lo que a la larga produce más abandonos y recaídas, así como elevados costes. Se discute acerca de la necesidad de incluir tratamientos basados en la evidencia científica en AP, los cuales han demostrado ser más eficaces que la práctica habitual y que pueden reducir los costes sociales y sanitarios.

**Palabras clave:** Atención primaria, Depresión, Prevalencia, Diagnóstico, Tratamiento.

Major depression is currently one of the most prevalent and most disabling mental disorders. A large number of people with depression seek treatment from primary care (PC) providers. We present a critical review of the literature focused on the prevalence, diagnosis and treatment of depression in PC, giving special emphasis to studies carried out in Spain. Results indicate that Spain's 12-month prevalence for depression in PC is between 9.6% and 20.2%. In addition, depression is highly comorbid with other physical and psychological conditions. In spite of its elevated prevalence, patients suffering from depression are often misdiagnosed and rarely receive minimally adequate treatment. This leads to higher drop-out and relapse rates together with an elevated cost burden. The need for scientifically-based treatments in PC is discussed, given the fact that they have shown higher efficacy rates when compared to treatment as usual and may help to reduce social and health-care costs.

**Key words:** Primary care, Depression, Prevalence, Diagnosis, Treatment.

La depresión mayor ha llegado a situarse en los últimos años entre los trastornos psicológicos más prevalentes en la población general y uno de los más incapacitantes (Paykel, Brugha, & Fryers, 2005). Tanto es así, que la OMS estima que se convertirá en una de las tres principales causas de discapacidad en todo el mundo en el año 2030 (Mathers & Loncar, 2006).

Según datos del estudio ESEMeD, un estudio epidemiológico llevado a cabo en diferentes países europeos entre los que se encuentra España, la prevalencia de depresión en el último año se situó en el 4.0% en nuestro país, siendo la prevalencia vida de un 10.5% (Haro et al., 2006). Resultados similares fueron encontrados en este mismo estudio para el conjunto de la población eu-

ropea (Alonso et al., 2004a), donde la prevalencia en los últimos 12 meses fue de un 3.9% y la prevalencia vida de un 12.8%. Estos datos indican que la probabilidad de sufrir depresión es superior a la de otros trastornos mentales, como los diferentes trastornos de ansiedad o los trastornos relacionados con el consumo de sustancias.

Junto a los datos sobre prevalencia, la investigación sobre depresión ha tratado también de determinar el alcance que ésta supone en términos de incapacidad para la persona que la padece, costes económicos, comorbilidad con otros trastornos, así como riesgo de muerte. A este respecto, diferentes autores han llamado la atención sobre el desajuste que la depresión puede ocasionar en áreas como el trabajo, las relaciones sociales, las actividades cotidianas o las relaciones íntimas (Kessler et al., 2003). Los resultados del estudio ESEMeD-España mostraron que los trastornos mentales, entre ellos la depresión, ocasionaron el mayor impacto negativo sobre la

Correspondencia: Antonio Cano Vindel. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Psicología, Campus de Somosaguas s/n. 28223 Madrid. España. E-mail: [canovindel@psi.ucm.es](mailto:canovindel@psi.ucm.es)



calidad de vida relacionada con la salud y la discapacidad funcional (más días de trabajo perdidos), superando incluso el impacto de enfermedades físicas crónicas. Así por ejemplo, en los casos de trastorno moderado, aproximadamente un 13.4% de personas afectadas habrá perdido algún día (entre 1 y 4) en el último año (Codony et al., 2007). Trasladando estos datos a cifras económicas, se estima que en España el gasto anual por depresión es de 5.005 millones de euros (Valladares, Dilla, & Sacristán, 2008), lo que representa un coste medio por paciente deprimido de 3.042,45 euros al año. Un coste bastante alto, pues casi duplica el gasto medio sanitario por habitante en España, que según cifras de la OCDE es de 2.099 \$ (unos 1.713,5 €) (Casajuana & Romea, 2009).

Además, la depresión no siempre aparece de forma aislada, sino que posee una alta comorbilidad con otros problemas psicológicos y físicos (Hasin, Goodwin, Stinson, & Grant, 2005; Kessler, Merikangas, & Wang, 2007). Por ejemplo, el 41.7% de las personas con un trastorno depresivo sufre un trastorno de ansiedad o un trastorno por consumo de alcohol (Alonso et al., 2004b) mientras que la prevalencia de pacientes con enfermedad física crónica que presenta un trastorno depresivo se ha llegado a situar entre un 9.3% y un 23.0% (Moussavi et al., 2007). En cuanto al riesgo de muerte, una de las características más preocupantes con respecto a la depresión es su relación con el suicidio. Según datos recientes (Bernal et al., 2007), la depresión se muestra como el trastorno mental más relacionado con la existencia de ideas e intentos de suicidio, siendo el porcentaje de personas con depresión que muestran riesgo de suicidio de un 28%.

Todos estos datos han llevado a considerar a la depresión como un importante problema de salud pública que requiere de un adecuado diagnóstico y tratamiento. En este sentido, aunque no todas las personas deprimidas buscan ayuda profesional para solucionar su problema, de aquellas que sí deciden acudir a algún servicio de salud, cerca de un 60% lo hará a los servicios de AP (Atención Primaria) (Fernández et al., 2006). Por tanto, la realización de un adecuado diagnóstico y abordaje terapéutico de la depresión desde los servicios de AP se ha convertido en un aspecto fundamental, no sólo para la mejora de la salud y el bienestar de los propios pacientes, sino también de cara a reducir el impacto tanto social como económico que este problema psicológico puede llegar a acarrear.

Con el objetivo de examinar la implicación de la depresión en las consultas de AP, en este trabajo se presenta una revisión crítica de la literatura que, en los últimos años, se ha centrado en analizar la prevalencia, diagnóstico y la adecuación del tratamiento de la depresión en AP, haciendo especial hincapié en aquellos estudios llevados a cabo en nuestro país.

### LA PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN AP

En un reciente meta-análisis llevado a cabo con 41 estudios (N = 50371) realizados en diferentes países, la prevalencia general de depresión en AP fue de 19.5% (Mitchell, Vaze, & Rao, 2009). Sin embargo, un resultado desatacar en este trabajo fue la existencia de importantes diferencias entre las prevalencias de los países evaluados. En Europa, los resultados del estudio PREDICT, realizado en 6 países diferentes (Reino Unido, España, Portugal, Eslovenia, Estonia y Holanda) utilizando entrevista diagnóstica y criterios DSM-IV, mostraron una prevalencia de depresión en las consultas de AP de un 12.2% (8.5% para varones y 13.9% para mujeres) (King et al., 2008). De nuevo, en este estudio se encontraron grandes diferencias entre los países evaluados, siendo la mayor prevalencia para varones en Reino Unido (12.7%) y para mujeres en España (18.4%), mientras que las más bajas fueron de 4.4% para varones y 6.5% para mujeres, ambas en Eslovenia (King et al., 2008).

Si nos centramos de forma específica en estudios llevados a cabo en España y realizados con población adulta, la prevalencia de depresión se ha situado en un rango entre el 9.6% y el 20.2% (ver Tabla 1). Las diferencias en estas cifras responden principalmente a cuestiones metodológicas, como el método de evaluación utilizado (por ejemplo, si se utilizan medidas de autoinforme o entrevistas), el tipo de trastorno evaluado (por

TABLA 1  
PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN AP EN ESPAÑA

Estudio	Medida	N	Prevalencia
Gabarrón et al., 2002	BDI+MINI	400	20.2%
Aragonés et al., 2004	SDS+SCID	906	14.3%
Caballero et al., 2008	GADS+MINI	1150	14.0%
King et al., 2008	CIDI	1270	16.3%
Serrano-Blanco et al., 2010	SCID	3815	9.6%

BDI: Beck Depression Inventory; MINI: Mini International Neuropsychiatric Interview; SDS: Zung's Self-Rating Depression Scale; SCID: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders; GADS: Goldberg Anxiety and Depression Scale; Composite International Diagnostic Interview



ejemplo, si se evalúan otros trastornos junto a la depresión mayor, como la distimia) o el tipo de diseño (por ejemplo, si se realiza la evaluación en dos fases –una primera fase de cribado y otra de evaluación diagnóstica– o en una sola fase). Quizás, uno de los trabajos que mayores garantías metodológicas presenta, y también el más reciente, es el realizado por Serrano-Blanco et al. (2010). En él, se utilizó una amplia muestra de población adulta que fue evaluada “cara a cara” (en una sola fase) por diferentes psicólogos previamente entrenados en el uso de la versión española de la SCID, una entrevista diagnóstica basada en criterios DSM-IV. Los resultados mostraron una prevalencia de depresión en el último año del 9.6%. Por otra parte, la prevalencia en el último año para cualquier trastorno del estado de ánimo fue de 13.4%, y para cualquier trastorno mental fue de 31.2%. Sin embargo, este estudio se realizó sólo en consultas de AP de Cataluña, algo que dificulta la generalización de sus resultados al conjunto de España.

De las variables asociadas a una mayor prevalencia de depresión en AP, el género es la que más consistencia ha mostrado a lo largo de la literatura, teniendo las mujeres una mayor prevalencia en comparación con los hombres (Aragonés, Piñol, Labad, Folch, & Melich, 2004; Serrano-Blanco et al., 2010). Este resultado es similar al encontrado en la población general (Alonso et al., 2004b) y ha sido replicado en estudios realizados en diferentes países. Así por ejemplo, no se encontraron diferencias sobre esta proporción entre los 15 países de cuatro continentes en los que se llevó a cabo el estudio "Psychological Problems in General Health Care" (Sartorius et al., 1993) de la OMS, por lo que es probable que la mayor prevalencia de las mujeres frente a los hombres esté más influida por factores de tipo biológico y/o psicológico que cultural. Otra de las variables comúnmente asociada a la depresión ha sido la presencia de otros problemas psicológicos, principalmente trastornos de ansiedad (Ansseau et al., 2004; Aragonés et al., 2004) y trastornos relacionados con el consumo de sustancias (Serrano-Blanco et al., 2010), así como de otros problemas físicos y/o somáticos (Caballero et al., 2008; Mergl et al., 2007). A este respecto, la probabilidad de padecer un problema de dolor crónico o un problema gastrointestinal fue 2.6 y 2.1 veces mayor (respectivamente) en personas con depresión en el estudio de Serrano-Blanco et al. (2010). Por último, es también de destacar que el número de visitas a los servicios de AP es significativamente mayor en aquellas personas que padecen

una depresión (Aragonés et al., 2004), un resultado consistente con otros estudios que han mostrado cómo la probabilidad de convertirse en visitantes frecuentes de los servicios de AP es mayor en aquellos pacientes con más sintomatología depresiva (Dowrick, Bellón & Gómez, 2000).

En conjunto, estos resultados nos muestran que la prevalencia de depresión en las consultas de AP es muy superior a la esperada en el conjunto de la población general. Además, la depresión no siempre aparecerá como un problema aislado, sino que comúnmente las personas deprimidas presentarán otros problemas psicológicos y/o físicos y, con mayor probabilidad, habrán visitado los servicios de AP con anterioridad.

Ante esto, parece de gran importancia la precisión con que los profesionales de AP detecten y diagnostiquen la depresión en sus pacientes, pues de ello dependerá en gran parte que éstos reciban el tratamiento que más les pueda ayudar. En el siguiente apartado analizaremos las dificultades principales que se han examinado en la literatura en lo que respecta al diagnóstico de la depresión en AP.

#### EL DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN EN AP

Los pacientes con depresión no siempre acuden a la consulta de AP demandando atención sobre sus síntomas psicológicos o presentando sus problemas afectivos como su principal queja. Como hemos señalado anteriormente, la depresión y los problemas físicos guardan una estrecha relación y, en ocasiones, estos pacientes presentarán como quejas principales otras dolencias, principalmente de carácter somático, sin hacer una atribución directa a sus problemas emocionales. En este sentido, algunos autores han mostrado cómo la probabilidad de presentar síntomas de dolor muscular, de cabeza o de estómago es entre 4 y 7 veces mayor en aquellos pacientes diagnosticados de depresión (Means-Christensen, Roy-Byrne, Sherbourne, Craske, & Stein, 2008). Por tanto, la realización de un correcto diagnóstico no siempre es sencilla.

La literatura ha señalado dos dificultades principales en el diagnóstico de la depresión: el infradiagnóstico, es decir, el no diagnosticar depresión en personas que realmente sufren depresión, dando lugar por tanto a falsos negativos, y el sobrediagnóstico, es decir, el diagnosticar depresión en personas que realmente no sufren depresión, dando lugar a falsos positivos. En el meta-análisis de Mitchell et al. (2009) anteriormente citado, se encon-



tró que los médicos de AP identificaron correctamente la depresión sólo en el 47.3% de los casos y registraron la depresión en sus notas tan sólo en el 33.6%. Además, en este estudio la incidencia de falsos positivos fue mayor a la de falsos negativos. Al igual que lo comentado con las cifras de prevalencia, también la precisión en el diagnóstico varió de forma importante de unos estudios a otros, con un amplio rango desde el 6.6% hasta el 78.8%. En lo que respecta a España, son pocos los estudios publicados que se han centrado en analizar esta cuestión. Aragonés et al. (2004), en un trabajo llevado a cabo en Tarragona, encontraron que el 72% de los pacientes fueron correctamente detectados, siendo este porcentaje mucho menor en el caso de depresión moderada (45%). Utilizando la misma muestra, Aragonés, Piñol y Labad (2006) encontraron además un porcentaje de sobrediagnóstico del 26.5%, asociado principalmente a la presencia de episodios depresivos previos. No obstante, un sesgo a tener en cuenta en estos estudios fue el hecho de que los médicos de AP que participaron conocían de antemano que sus pacientes recibirían una evaluación psiquiátrica, algo que pudo haber aumentado su sensibilidad en el diagnóstico y, por tanto, haber inflado el porcentaje de aciertos. Más recientemente, Fernández et al. (2010), utilizando la misma muestra que en el trabajo de Serrano-Blanco et al. (2009), encontraron que el porcentaje de personas con depresión correctamente diagnosticadas en AP fue tan sólo del 22% y que únicamente un cuarto de los casos diagnosticados como depresivos fueron "casos reales". Por otra parte, el porcentaje de aciertos se incrementó en este estudio hasta un 40% cuando se tuvieron en cuenta no sólo el diagnóstico de depresión mayor, sino también la presencia de otros trastornos depresivos como la distimia. Este dato llevó a los autores a sugerir que, si bien los médicos de AP son más capaces de detectar los trastornos depresivos en general, quizás muestran dificultades a la hora de discriminar entre unos y otros (Fernández et al., 2010).

Un objetivo común entre los estudios dirigidos a examinar el diagnóstico de depresión en AP ha sido el de conocer qué variables se asocian con una mayor o menor precisión en el mismo. De forma general, entre las variables asociadas con una menor precisión, cabe destacar el hecho de que la depresión sea de menor intensidad (leve o moderada), que los pacientes muestren como queja principal la sintomatología física, que el diagnóstico se haga en población de mayor edad, o que las personas diagnosticadas tengan una historia previa de

problemas de depresión (lo cual tiende a aumentar la posibilidad de falsos positivos) (Aragonés et al., 2004; Fernández et al., 2010; Mitchel, Rao, & Vaze, 2010, 2011). Por otra parte, se ha asociado con una mayor precisión en el diagnóstico el hecho de que los pacientes muestren mayores problemas de funcionalidad, que presenten como queja principal síntomas psicológicos y/o emocionales, o que se realice un seguimiento de los pacientes a largo plazo (Aragonés et al., 2004, 2006; Fernández et al., 2010; Mitchell et al., 2009).

Han sido varias las explicaciones sugeridas para dar cuenta de estas dificultades en el diagnóstico. Entre ellas, la presión temporal se ha identificado sistemáticamente como un importante obstáculo a la hora de ofrecer un diagnóstico adecuado (Mitchel et al., 2009), haciéndolo más difícil en casos complejos e impidiendo una adecuada expresión de los problemas por parte de los pacientes. Otras variables pueden responder más a aspectos de carácter metodológico. En este sentido, es importante tener en cuenta que el diagnóstico con fines de investigación (llevado a cabo en la mayoría de los estudios revisados) puede ser diferente del diagnóstico con fines clínicos (Fernández et al., 2010). Así, mientras que las medidas utilizadas en los estudios suelen basarse en una clasificación categórica, determinando la presencia o no de diferentes síntomas, es posible que los médicos de AP utilicen más una perspectiva dimensional a la hora de evaluar dichos síntomas, otorgando una mayor importancia a la severidad de los mismos. Por último, diferentes estudios han mostrado que las actitudes de los médicos de AP hacia la depresión pueden influir en su reconocimiento; así, por ejemplo, actitudes relacionadas con la posibilidad de tratar con éxito la depresión o con la efectividad de la psicoterapia han mostrado estar relacionadas con un mayor acierto en el diagnóstico (Gask, Dixon, May, & Dowrick, 2005).

De forma general, los resultados de los estudios revisados indican que la precisión a la hora de diagnosticar a personas que sufren depresión en AP dista mucho de lo que sería deseable. Un correcto diagnóstico es el punto de partida para un tratamiento adecuado. En este sentido, mientras que el infradiagnóstico puede llevar a que los pacientes deprimidos no reciban ningún tratamiento, el sobrediagnóstico puede dar lugar a un tratamiento innecesario además de costoso (Mitchel et al., 2009). Por otra parte, aunque la depresión no siempre sea el problema principal de muchos de los pacientes que acuden a AP, pudiendo aparecer como un problema secundario



a otras condiciones médicas, el hecho de padecerla es un factor de riesgo para el empeoramiento de otros problemas físicos (Moussavi et al., 2007; Scott et al., 2007) y su correcta identificación será de gran importancia a la hora de tomar decisiones acertadas sobre el tratamiento. En el siguiente apartado nos centraremos en analizar los resultados de diferentes estudios que han examinado la adecuación del tratamiento que reciben las personas deprimidas en AP.

### EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN AP

Identificar el tratamiento más efectivo para la depresión ha sido el objetivo de un importante cuerpo de trabajos científicos llevados a cabo principalmente en las últimas tres décadas. La mayor parte de estos trabajos se ha centrado en analizar los efectos de los fármacos antidepresivos, de los tratamientos psicológicos, o bien de la combinación de ambos. Una buena parte de ellos han sido recogidos en diferentes meta-análisis en los que se compara el efecto de tratamientos psicológicos con tratamientos farmacológicos y en los cuales coinciden en señalar que, si bien ambos tratamientos muestran resultados similares a corto plazo, los tratamientos psicológicos presentan mejores resultados a largo plazo, con una menor tasa de abandonos y recaídas (De Maat et al., 2006; Imel, Malterer, McKay, & Wampold, 2008). Este dato es consistente en estudios que comparan el tratamiento psicológico tanto con antidepresivos tricíclicos o IMAO, como con antidepresivos de segunda generación (ISRS) (Spielmans, Berman, & Usitalo, 2011). Por otra parte, existe evidencia de que el tratamiento combinado (que incluye el tratamiento psicológico junto al tratamiento farmacológico) es más efectivo que el tratamiento psicológico por sí solo únicamente a corto plazo, pero no a largo plazo (Cuijpers, van Straten, Warmerdam, & Andersson, 2009). De los diferentes tratamientos psicológicos analizados, han mostrado ser más efectivos aquellos denominados "bona fide", los cuales reúnen los siguientes criterios (Spielmans et al., 2011; Spielmans, Pasek, & McFall, 2007): que el terapeuta haya sido entrenado para proveer la psicoterapia y tenga formación específica, que exista una relación terapéutica cara a cara e individualizada (no sólo una aplicación estandarizada de los procedimientos), y que los tratamientos cuenten con un manual como guía y se dirijan a modificar componentes psicológicos específicos. En esta línea, los tratamientos psicológicos que han mostrado mayor efectividad para la depresión incluyen la terapia cogniti-

vo-conductual, la activación conductual, la terapia interpersonal o la terapia de solución de problemas (Cuijpers et al., 2009).

En lo que se refiere al ámbito de la AP, el tratamiento psicológico también ha demostrado ser más efectivo que el tratamiento convencional (Bortolloni, Menchetti, Bellini, Montagui, & Berardi, 2008), incluso cuando se trata de intervenciones breves (Cape, Whittington, Buszewicz, Wallace, & Underwood, 2010). En esta línea, Cuijpers, van Straten, van Schaik y Andersson (2009), en un reciente meta-análisis de 15 estudios controlados (con 1505 pacientes) en los que se comparó el tratamiento psicológico con grupos control o con el tratamiento convencional, encontraron que aquél fue el más efectivo para la depresión, principalmente cuando los pacientes eran remitidos por su médico de AP. Algunos trabajos en nuestro país apuntan en esta misma dirección, mostrando la eficacia de intervenciones psicológicas grupales tanto a corto como a largo plazo (González, Fernández, Pérez, & Amigo, 2006), y tanto en el caso de la depresión como de otros problemas emocionales (Segarra, Fariols, Palma, Segura, & Castell, 2011). Asimismo, los tratamientos psicológicos son preferidos a los farmacológicos por los pacientes de AP (van Schaik et al., 2004) y no adolecen de los problemas de los psicofármacos en lo que se refiere a efectos secundarios.

Todos estos datos han llevado a considerar al tratamiento psicológico como un elemento principal en la intervención de la depresión en general, y en AP en particular. Tanto es así, que diferentes guías internacionales recomiendan la aplicación de terapias cognitivo-conductuales computerizadas, programas de autoayuda y/o ejercicio físico en la intervención inicial para la depresión (indicando la no prescripción de antidepresivos en esta fase), la elección entre tratamientos psicológicos o farmacológicos en los casos moderados, y la aplicación de tratamientos combinados o el acceso a servicios especializados cuando no se encuentra mejoría (NICE, 2010). Sin embargo, la adherencia a estas guías clínicas basadas en la evidencia científica es en general muy baja, siendo consistentes los estudios a nivel internacional que informan de importantes deficiencias en cuanto a la adecuación de los tratamientos en salud mental (Wang, Demler, & Kessler, 2002; Wang et al., 2005). Por ejemplo, en EEUU, el porcentaje de adecuación del tratamiento para la depresión osciló entre el 14.9% en servicios de medicina general y el 52% en el sector especializado (Wang et al., 2005) y en Europa, en un estu-





dio llevado a cabo en Holanda, tan sólo el 31% de los pacientes con depresión recibió un tratamiento consistente con las guías clínicas (Tiemeier et al., 2002).

En España, los resultados de un estudio realizado con 333 pacientes diagnosticados de un trastorno depresivo, que fueron seguidos durante un período de 6 meses (Pinto-Meza, Fernández, Serrano-Blanco, & Haro, 2008), mostraron que el 65% de la muestra no recibió un tratamiento adecuado para su problema. Así, tan sólo entre un 27% y un 32% de los pacientes recibió un tratamiento adecuado durante la fase aguda, siendo estos porcentajes menores en la fase de continuación (entre un 21% y un 25%). Aunque el 99% de los médicos hicieron una prescripción adecuada de los antidepresivos, en cuanto al tipo de fármaco y la dosis recomendada, la mayor parte de ellos no completó el número de sesiones de seguimiento necesarias. Además, el tratamiento farmacológico fue utilizado incluso en aquellos casos en los que las guías clínicas no lo recomiendan (como en el caso de las depresiones más leves). Otro resultado a destacar en este estudio fue el porcentaje de abandono del tratamiento, que se situó entre un 30% y un 33% a los tres meses de seguimiento, y entre un 41% y un 44% a los seis meses. Resultados similares fueron encontrados por Fernández et al. (2006) utilizando datos del estudio ESE-MeD-España. En este caso, el porcentaje de personas deprimidas que recibió un tratamiento adecuado en AP fue del 31.3%. En este estudio también se analizaron datos de adecuación del tratamiento en los servicios de atención especializada, pero los resultados no fueron mejores (sólo el 31% recibió un tratamiento adecuado para su depresión).

En conjunto, los resultados de estos trabajos nos muestran que, si bien en la actualidad contamos con tratamientos que han demostrado ser efectivos para la depresión (la mayor parte de ellos recogidos en guías clínicas internacionales), estos tratamientos no están siendo utilizados de forma adecuada en los servicios de AP. Esta distancia entre la investigación y la práctica clínica en AP puede responder a muchos y diferentes factores, desde las actitudes o formación de los profesionales hasta dificultades organizativas y/o logísticas (Freeman & Sweeny, 2001). Pese a ello, algunos países han apostado por la implantación de intervenciones basadas en la evidencia científica. Éste es el caso de Reino Unido, donde desde 2007 el sistema nacional de salud trabaja siguiendo el programa Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) (Turpin, Richards, Hope, & Duffy,

2008), destinado a proporcionar tratamiento psicológico en AP a adultos con trastornos emocionales, especialmente depresión y ansiedad, y que está obteniendo resultados positivos en cuanto a su efectividad (Richards & Suckling, 2009). En esta línea, son diferentes los autores que han sugerido que la implantación de intervenciones psicológicas en AP puede reducir de forma considerable los costes médicos y sociales de la depresión (Blount et al., 2007; Pastor, 2008). De este modo, por ejemplo, aunque los tratamientos psicológicos puedan resultar caros, la terapia cognitivo-conductual en grupo ha mostrado una mejor relación coste/efectividad a largo plazo comparada con los antidepresivos (Hollingshurst, Kessler, Peters, & Gunnell, 2005).

## CONCLUSIONES

La depresión ha llegado a convertirse en la actualidad en uno de los problemas psicológicos más prevalentes en la población general y que más carga supone en términos de discapacidad. La mayor parte de las personas que sufren depresión buscan ayuda en las consultas de AP, sin embargo, no siempre son diagnosticadas y tratadas de la forma adecuada. El hecho de que las personas deprimidas no reciban el tratamiento necesario puede dar lugar a importantes consecuencias negativas, tales como la reducción de su calidad de vida (Spitzer et al., 1995), la cronificación de sus problemas emocionales (Kessler et al., 2011), el incremento del uso de los servicios de salud (Greenberg, Stiglin, Finkelstein, & Berndt, 1993), o el aumento del riesgo de suicidio (Oquendo et al., 2002). Por tanto, la aplicación de una intervención adecuada para los problemas de depresión debe ser un objetivo principal para la asistencia sanitaria en el nivel primario y para ello son necesarios importantes esfuerzos en esta dirección.

Algunos de estos esfuerzos deben pasar por mejorar la educación de la población acerca de los problemas de salud mental. El hecho de que las personas deprimidas presenten sus problemas psicológicos y/o emocionales como su principal queja se ha mostrado relacionado con una mayor precisión en el diagnóstico. En este sentido, mejorar la educación sobre cómo funcionan los problemas emocionales, cuáles son sus principales síntomas y posibilidades de tratamiento, y reducir la estigmatización en torno a los mismos, puede ser de gran ayuda a la hora de incrementar la probabilidad de que sean expresados y reconocidos en las consultas de AP (Fernández et al., 2010). Por otra parte, mejorar la formación



en salud mental de los profesionales de AP, así como reducir la presencia de posibles actitudes negativas de éstos hacia la depresión, se ha propuesto como una estrategia eficaz a la hora de aumentar la precisión en el diagnóstico (Gask et al., 2005). Realizar el diagnóstico correcto es un paso clave a la hora de proveer el tratamiento más adecuado. Sin embargo, los médicos de AP suelen prescribir antidepresivos sin realizar diagnósticos específicos ni distinguir entre los casos más o menos severos de depresión (Pinto-Meza et al., 2008), cometiendo frecuentemente errores que dan lugar tanto a falsos positivos como negativos. De este modo, el disponer de herramientas diagnósticas validadas puede servir de gran ayuda en las consultas de AP. Son varios los estudios que han mostrado evidencias de la utilidad de instrumentos breves a la hora de identificar problemas psicológicos en AP (Mitchell & Coyne, 2007). Tal es el caso del PHQ-2 (Kroenke, Spitzer, & Williams, 2003), una escala de tan sólo 2 ítems que ha demostrado altos índices de sensibilidad y especificidad a la hora de detectar la depresión mayor.

Mejorar el diagnóstico de la depresión es el primer paso para proveer un tratamiento adecuado pero, además, son necesarios otros esfuerzos en cuanto a adecuación del tratamiento en AP que deben ir en la línea de implementar tratamientos basados en la evidencia. En este sentido, los tratamientos psicológicos se presentan como una herramienta esencial (Cano-Vindel, 2011a; Cano-Vindel, Dongil-Collado, Salguero, & Wood, en prensa). No sólo se han mostrado en general más eficaces que los psicofármacos, sino que han demostrado esta efectividad en el ámbito de la AP, mejorando los resultados de los tratamientos convencionales tanto en términos de eficacia, como de eficiencia y efectividad. Además, la investigación en torno a los tratamientos psicológicos goza de muy buena salud, habiendo permitido el desarrollo de programas de intervención eficaces mediante intervenciones grupales, con enfoque transdiagnóstico, incorporando herramientas computerizadas y *on-line* (por ejemplo, para realizar evaluaciones, incluir materiales de apoyo a las sesiones, o sesiones de seguimiento) que liberan a los profesionales de horas de trabajo, o incluso reduciendo sesiones de tratamiento (para una revisión ver Cano-Vindel, 2011b). Por tanto, la inclusión de los servicios de atención psicológica en AP parece un paso necesario en nuestro país (Pastor, 2008). Son diversos los modelos de colaboración entre los servicios psicológicos y médicos que están dando buenos resultados en

otros países y que revelan una mejora en la calidad y la sostenibilidad del servicio (Turpin et al., 2008). Por otra parte, se daría un paso necesario hacia una atención integral de los problemas de salud mental, pasando del marco fundamentalmente biomédico que impera en la actualidad, excesivamente apoyado en los tratamientos farmacológicos, a un marco biopsicosocial.

Los servicios de AP suponen un recurso fundamental en la intervención en los problemas de salud mental. En este trabajo hemos tratado de mostrar el estado de la cuestión en cuanto al diagnóstico y el tratamiento de la depresión en AP, haciendo especial hincapié en aquellos trabajos realizados en nuestro país. En este sentido, hemos analizado algunos de los problemas principales expuestos en la literatura pero también algunas vías de solución que esperamos puedan servir de ayuda a la hora de planificar una estrategia adecuada en salud mental. Sin duda, el hecho de contar con una atención eficaz en la asistencia primaria para los problemas emocionales, en general, y para la depresión, en particular, supondrá un gran avance para nuestra salud pública.

## REFERENCIAS

- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., . . . Vollebergh, W. A. (2004a). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Suppl 109 (420)*, 21-27.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., . . . Vollebergh, W. A. (2004b). 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Suppl 109 (420)*, 28-37.
- Ansseau, M., Dierick, M., Buntinx, F., Cnockaert, P., De Smedt, J., Van Den Haute, M., & Vander Mijnsbrugge, D. (2004). High prevalence of mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders, 78*, 49-55.
- Aragonés, E., Piñol, J. L. & Labad, A. (2006). The overdiagnosis of depression in non-depressed patients in primary care. *Family Practice, 23*, 363-368.
- Aragonés, E., Pinol, J. L., Labad, A., Masdeu, R. M., Pino, M., & Cervera, J. (2004). Prevalence and determinants of depressive disorders in primary care practice



- in Spain. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 34, 21-35.
- Bernal, M., Haro, J. M., Bernert, S., Brugha T., de Graaf, R., Bruffaerts, R., . . ., Alonso, J. (2007). Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMeD study. *Journal of Affective Disorders*, 101, 27-34.
- Blount, A., Schoenbaum, M., Kathol, R., Rollman, B. L., Thomas, M., O'Donohue, W., & Peek, C. J. (2007). The economics of behavioral health services in medical settings: Summary of the evidence. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, 290-297.
- Bortolloni, B., Menchetti, M., Bellini, F., Montagui M. B., & Berardi, D. (2008). Psychological interventions for major depression in primary care: a meta-analytic review of randomized controlled trials. *General Hospital Psychiatry*, 30, 293-302.
- Caballero, L., Aragones, E., Garcia-Campayo, J., Rodriguez-Artalejo, F., Ayuso-Mateos, J. L., Polavieja, P., . . . Gilaberte, I. (2008). Prevalence, characteristics, and attribution of somatic symptoms in Spanish patients with major depressive disorder seeking primary health care. *Psychosomatics*, 49, 520-529.
- Cano-Vindel, A. (2011a). Los desórdenes emocionales en Atención Primaria. *Ansiedad y Estrés*, 17, 73-95.
- Cano-Vindel, A. (2011b). Bases teóricas y apoyo empírico de la intervención psicológica sobre los desórdenes emocionales en Atención Primaria. Una actualización. *Ansiedad y Estrés*, 17, 157-184.
- Cano-Vindel, A., Dongil-Collado, E., Salguero, J. M., & Wood, C. M. (en prensa). Intervención cognitivo-conductual en los trastornos de ansiedad: una actualización. *Informació Psicològica*.
- Cape, J., Whittington, C., Buszewicz, M., Wallace, P. & Underwood, L. (2010). Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: Meta-analysis and meta-regression. *BMC Medicine*, 8, 38.
- Casajuana, J., & Romea, S. (2009). Resultados clínicos de la Atención Primaria. En V. Navarro López, A. Martín-Zurro & C. Violán Fors (Eds.), *La Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas* (pp. 11-45). Barcelona: Semfyc Ediciones.
- Codony, M., Alonso, J., Almansa, J., Vilagut, G., Domingo, A., Pinto-Meza, A., . . . Haro, J. M. (2007). Utilización de los servicios de salud mental en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD-España. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35, Suppl 2, 21-28.
- Cuijpers, P., van Straten, A., van Shaick, A. & Andersson, G. (2009). Psychological treatment of depression in primary care: A meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 59, 120-127.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Warmerdam, L., & Andersson, G. (2009). Psychological treatment versus combined treatment of depression: A meta-analysis. *Depression & Anxiety*, 26, 279-288.
- De Maat, S., Dekker, J., Schoevers, R., & De Jonghe, F. (2006). Relative efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: A meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 16, 566-578.
- Dowrick, C. F., Bellón, J. A. & Gómez, M. J. (2000). GP frequent attendance in Liverpool and Granada: The impact of depressive symptoms. *British Journal of General Practice*, 50, 361-365.
- Fernandez, A., Haro, J. M., Codony, M., Vilagut, G., Martinez-Alonso, M., Autonell, J., . . . Alonso, J. (2006). Treatment adequacy of anxiety and depressive disorders: Primary versus specialised care in Spain. *Journal of Affective Disorders*, 96, 9-20.
- Fernández, A., Pinto-Meza, A., Bellón, J. A., Roura-Poch, P., Haro, J. M., Autonell, J., . . . Serrano-Blanco A. (2010). Is major depression adequately diagnosed and treated by general practitioners? Results from an epidemiological study. *General Hospital Psychiatry*, 32, 201-209.
- Freeman, A. C., & Sweeney, K., (2001). Why general practitioners do not implement evidence: qualitative study. *British Medical Journal*, 323, 1000-1002.
- Gabarrón, E., Vidal, J. M., Haro, J. M., Boix, I., Jover, A., & Arenas, M. (2002). Prevalence and detection of depressive disorders in primary care. *Atención Primaria*, 29, 329-337.
- Gask, L., Dixon, C., May, C., & Dowrick, C. (2005). Qualitative study of an educational intervention for GPs in the assessment and management of depression. *British Journal of General Practice*, 55, 854-859.
- González, S., Fernández, C., Pérez, J., & Amigo, I. (2006). Prevención secundaria de la depresión en atención primaria. *Psicothema*, 18, 471-477.
- Greenberg, P. E., Stiglin, L. E., Finkelstein, S. N., & Berndt, E. R. (1993). Depression: a neglected major illness. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54, 419-24.
- Haro, J. M., Palacin, C., Vilagut, G., Martinez, M., Bernal, M., Luque, I., . . . Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126, 445-451.





- Hasin, D. S., Goodwin, R. D., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2005). Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, *62*, 1097-1106.
- Hollinghurst, S., Kessler, D., Peters, T. J., & Gunnell, D. (2005). Opportunity cost of antidepressant prescribing in England: analysis of routine data. *British Journal of Psychiatry*, *330*, 999-1000.
- Imel, Z. E., Malterer, M. B., McKay, K. M., & Wampold, B. E. (2008). A meta-analysis of psychotherapy and medication in unipolar depression and dysthymia. *Journal of Affective Disorders*, *110*, 197-206.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., . . . Wang, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Journal of the American Medical Association*, *289*, 3095-3105.
- Kessler, R. C., Merikangas, K. R. & Wang, P.S. (2007). Prevalence, comorbidity and service utilization for mood disorders in the United States at the beginning of the twenty-first century. *Annual Review of Clinical Psychology*, *3*, 137-158.
- Kessler, R. C., Ormel, J., Petukhova, M., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Russo, L. J., . . . Ustun, T. B. (2011). Development of lifetime comorbidity in the World Health Organization world mental health surveys. *Archives of General Psychiatry*, *68*, 90-100.
- King, M., Nazareth, I., Levy, G., Walker, C., Morris, R., Weich, S., . . . Torres-Gonzalez, F. (2008). Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. *British Journal of Psychiatry*, *192*, 362-367.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J.B. (2003). The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Medical Care*, *41*, 1284-1292.
- Mathers, C. D., & Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, *e442*, 3.
- Means-Christensen, A. J., Roy-Byrne, P. P., Sherbourne, C. D., Craske, M. G., & Stein, M. B. (2008). Relationships among pain, anxiety, and depression in primary care. *Depression & Anxiety*, *25*, 593-600.
- Mergl, R., Seidscheck, I., Allgaier, A. K., Moller, H. J., Hegerl, U., & Henkel, V. (2007). Depressive, anxiety, and somatoform disorders in primary care: Prevalence and recognition. *Depression & Anxiety*, *24*, 185-195.
- Mitchell, A. J., & Coyne, J. C. (2007). Do ultra-short screening instruments accurately detect depression in primary care? A pooled analysis and meta-analysis of 22 studies. *British Journal of General Practice*, *57*, 144-151.
- Mitchel, A. J., Rao, S., & Vaze, A. (2010). Do primary care physicians have particular difficulty identifying late-life depression? A meta-analysis stratified by age. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *79*, 285-294.
- Mitchel, A. J., Rao, S., & Vaze, A. (2011). Can general practitioners identify people with distress and mild depression? A meta-analysis of clinical accuracy. *Journal of Affective Disorders*, *130*, 26-36.
- Mitchell, A. J., Vaze, A., & Rao, S. (2009). Clinical diagnosis of depression in primary care: A meta-analysis. *Lancet*, *374*, 609-619.
- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., & Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: Results from the World Health Surveys. *Lancet*, *370*, 851-858.
- NICE. (2010). Depression: the NICE guideline on the treatment and management of depression in adults (update). Retrieved April 22, 2011, from <http://guidance.nice.org.uk/CG90>
- Oquendo, M. A., Kamali, M., Ellis, S. P., Grunebaum, M. F., Malone, K. M., Brodsky, B. S., . . . Mann, J. J. (2002). Adequacy of antidepressant treatment after discharge and the occurrence of suicidal acts in major depression: A prospective study. *American Journal of Psychiatry*, *159*, 1746-1751.
- Pastor, J. (2008). El psicólogo en atención primaria: Un debate necesario en el sistema nacional de salud. *Papeles del Psicólogo*, *29*, 271-290.
- Paykel, E.S., Brugha, T., & Fryers, T. (2005). Size and burden of depressive disorders in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, *5*, 411-23.
- Pinto-Meza, A., Fernandez, A., Bruffaerts, R., Alonso, J., Kovess, V., De Graaf, R., . . . Haro, J. M. (2010). Dropping out of mental health treatment among patients with depression and anxiety by type of provider: Results of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, *46*, 273-280.
- Richards, D. A., & Suckling, R. (2009). Improving access to psychological therapies: Phase IV prospective cohort study. *British Journal of Clinical Psychology*, *48*, 377-396.
- Sartorius, N., Ustun, T. B., Costa e Silva, J. A., Gold-



- berg, D., Lecrubier, Y., Ormel, J., . . . Wittchen, H. U. (1993). An international study of psychological problems in primary care. Preliminary report from the World Health Organization Collaborative Project on 'Psychological Problems in General Health Care'. *Archives of General Psychiatry*, *50*, 819-824.
- Scott, K.M., Bruffaerts, R., Tsang, A., Ormel, J., Alonso, J., Angermeyer, M.C., . . . Von Korff, M. (2007). Depression-anxiety relationships with chronic physical conditions: results from the world mental health surveys. *Journal of Affective Disorders*, *103*, 113-120.
- Segarra, G., Farriols, N., Palma, S., Segura, J., & Castell, R. (2011). Tratamiento psicológico grupal para los trastornos de ansiedad en el ámbito de la salud pública. *Ansiedad & Estrés*, *17*, 185-197.
- Serrano-Blanco, A., Palao, D. J., Luciano, J. V., Pinto-Meza, A., Lujan, L., Fernández, A., . . . Haro, J. M. (2010). Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, *45*, 201-210.
- Spielmanns, G. I., Berman, M.I., & Usitalo, A. N. (2011). Psychotherapy versus second-generation antidepressants in the treatment of depression: A meta-analysis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *199*, 142-149.
- Spielmanns, G. I., Pasek, L. F., & McFall, J. P. (2007). What are the active ingredients in cognitive and behavioral psychotherapy for anxious and depressed children? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, *27*, 642- 654.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Linzer, M., Hahn, S. R., Williams, J. B., deGruy, F. V., 3rd, . . . Davies, M. (1995). Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. Results from the PRIME-MEMD 1000 Study. *JAMA*, *274*, 1511-1517.
- Tiemeier, H., De Vries, W. J., van het Loo, M., Kahan, J. P., Klazinga, N., Grol, R., . . . Rigter, H. (2002). Guideline adherence rates and interprofessional variation in a vignette study of depression. *Quality and Safety Health Care*, *11*, 214-218.
- Turpin, G., Richards, D., Hope, R., & Duffy, R., (2008). Delivering the IAPT programme. *Health Care and Psychotherapy Journal*, *8* (2), 2-7.
- Valladares, A., Dilla, T., & Sacristán, J. A. (2008). La depresión: una hipoteca social. Últimos avances en el conocimiento del coste de la enfermedad. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *36*.
- van Schaik, D., Klijn, A., van Hout, H., van Marwijk, H. W., Beekman, A. T., de Haan, M., . . . van Dyck, R. (2004). Patients' preferences in the treatment of depressive disorder in primary care. *General Hospital Psychiatry*, *26*(3), 184-189.
- Wang, P. S., Demler, O., & Kessler, R. C. (2002). Adequacy of treatment for serious mental illness in the United States. *American Journal of Public Health*, *92*, 92-98.
- Wang, P. S., Lane, M., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B., & Kessler, R. C. (2005). Twelve month use of mental health services in the U.S.: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCSR). *Archives of General Psychiatry*, *62*, 629-640.

