



# 09

# artículo

Javier García Campayo [[Buscar autor en Medline](#)]



## Algunas cuestiones pendientes respecto al manejo de la depresión en atención primaria

[Ver resumen y puntos clave](#)

[Ver texto completo](#)

[Volver al sumario](#)

### Texto completo

En los capítulos anteriores hemos resumido algunos de los puntos más importantes sobre el manejo de la depresión en atención primaria. No obstante, restan muchas cuestiones clave no resueltas sobre esta patología que darán origen a líneas futuras de investigación que quedan pendientes. Algunas de las más importantes son las siguientes:

#### 1.- DESARROLLAR ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS MAS PRECISOS PARA CONFIRMAR ALGUNAS TENDENCIAS:

En este momento, los grandes estudios internacionales de la Organización Mundial de la Salud <sup>(1)</sup> confirman que los datos de prevalencia de la depresión en la comunidad se sitúan alrededor del 10%. Esto confirmaría la no existencia de grandes diferencias transculturales en este sentido, negando también posibles diferencias entre países en cuanto a la prevalencia del fenómeno de la presentación somatizada de la depresión. Sin embargo, se ha hablado del denominado "efecto cohorte", por el que se piensa que la prevalencia de la patología psiquiátrica en general, y la de la depresión en particular, es mayor en las generaciones actuales que en las anteriores. Este fenómeno se cree que no depende de causas metodológicas, como los actuales instrumentos de medida o mejores métodos de diagnóstico. No obstante, sería necesario desarrollar estudios específicos para comparar estas tasas de prevalencia y confirmar la existencia de este fenómeno.

#### 2.- MEJORAR LA CAPACIDAD DE DETECCION DE LA DEPRESION DE LOS MEDICOS DE FAMILIA:

Actualmente se acepta que la detección de la depresión en atención primaria es todavía baja, de alrededor del 50% <sup>(2)</sup>. La propuesta más utilizada para mejorar estas cifras, tradicionalmente, ha sido emplear cuestionarios de screening en atención primaria como el General Health Questionnaire o las escalas de depresión y ansiedad de Goldberg (EADG), pero hay meta-análisis que demuestran que estos instrumentos no mejoran la eficacia de la detección en este entorno <sup>(3)</sup>. Actualmente, las guías de práctica clínica no recomiendan el screening de la depresión en población general, ni en población consultante, sino sólo en población de riesgo: pacientes con dolor crónico, con enfermedades físicas importantes, que presentan antecedentes familiares de depresión, en los que existe padecimiento de otras enfermedades mentales, trauma psicológico reciente y puerperio. Por lo tanto, en la actualidad, no existen alternativas claras sobre cómo resolver este problema: ¿diseñando nuevos tests de screening más eficaces? ¿modificando los hábitos de entrevista del médico mejorando sus habilidades de comunicación? O, simplemente, habrá que resignarse a que estas cifras de detección de la depresión, aunque bajas, son las mejores esperables en este primer nivel sanitario.

#### 3.- SELECCIONAR LOS PACIENTES CANDIDATOS A TRATAMIENTO:

Se ha observado que la administración de placebo, acompañada de un seguimiento clínico que no incluye ni siquiera una psicoterapia formal, proporciona alivio sintomático duradero a alrededor del 50% de los pacientes con depresión leve <sup>(4)</sup>. De ahí que en estos casos sea recomendable un periodo de al menos 2 semanas de control evolutivo antes de introducir un tratamiento farmacológico.

Se sabe que los pacientes con problemas psicosociales, comorbilidad médica o antecedentes de episodios previos de depresión moderada / severa presentan mayor riesgo de presentar una depresión y, por tanto, de ser susceptibles de tratamiento <sup>(5)</sup>.

### bibliografía

1. Goldberg DP, Lecrubier Y. Form and frequency of mental disorder across centres. En: Üstun TB, Sartorius N, eds. Mental illness in general health care. An international study. Chichester, GB: Wiley, 1995.

2. Williams JW, Kerber CA, Mulrow CD, et al. Depressive disorders in primary care: prevalence, functional disability, and identification. *J Gen Intern Med* 1995;10:7-12.

3. Gilbody SM, House AO, Sheldon TA. Screening and case finding instruments for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;4:CD002792.

4. Shea MT, Elkin I, Imber SD, Sotsky SM, Watkins JT, Collins JF, et al. Course of depressive symptoms over follow-up: findings from the NIMH treatment of depression collaborative research. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 782-787.

5. National Institute for Clinical Excellence: Depression: management of depression in primary and secondary care. *Clinical Guideline 23* London: NICE, 2004.

[Ver más](#)

### enlaces

No hay enlaces de interés



Pero pese a todo, no existen sistemas de identificación de los pacientes que van a remitir espontáneamente frente a aquellos que se cronificarán y requerirán tratamiento farmacológico. Por ello, sería necesario poder identificar aquellos pacientes que van a evolucionar espontáneamente a la remisión y que no son candidatos a tratamiento de ningún tipo.



#### **4.- INCREMENTAR LA CALIDAD DE LA INVESTIGACION FARMACOLOGICA EN ESTE CAMPO:**

En general, la calidad de la investigación psicofarmacológica en general, y concretamente la realizada sobre la depresión en atención primaria, es baja por las diferentes razones que resumimos en la ( **tabla 1** ).

#### **5.- MEJORAR LA EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS FARMACOLOGICOS:**

La eficacia de los tratamientos farmacológicos se mide de forma poco selectiva. La mayoría de los ensayos valoran la eficacia del tratamiento simplemente como mejoría (es decir, como reducción del 50% de la puntuación inicial del paciente en los tests de depresión, por ejemplo, el de Hamilton), por lo que en la mayoría permanecen síntomas residuales. No se valora, como debiera ser obligatorio, como remisión, es decir, como puntuaciones por debajo de unos ciertos niveles en los tests de depresión, en los que se considera que no existe depresión. Si se valorara la eficacia de la intervención de los antidepresivos como remisión, los resultados terapéuticos de los fármacos serían aún más pobres.

#### **6.- DESARROLLAR TRATAMIENTOS PSICOLOGICOS FACTIBLES Y EFICACES EN ATENCION PRIMARIA:**

En la única revisión sistemática <sup>(11)</sup> que evalúa las intervenciones psicosociales administradas por médicos de familia, se concluye que hay pruebas convincentes de que la terapia de resolución de problemas es efectiva para la depresión mayor. Del resto de intervenciones psicológicas regladas (cuando son administradas por médicos de familia) o no hay pruebas de su efectividad, o las que hay son insuficientes. Por eso resulta imprescindible que otras psicoterapias (cognitivo-conductuales, interpersonales, etc) que se han demostrado efectivas en el entorno de salud mental, sean utilizadas por médicos de familia en su entorno. La biblioterapia, cuya eficacia está fuera de duda <sup>(12)</sup>, debería ser generalizada y aplicada de forma más amplia.

#### **7.- DESARROLLAR NUEVOS METODOS DE COLABORACION E INTERCONSULTA ENTRE ATENCION PRIMARIA Y SALUD MENTAL:**

No está claro cuáles son los mejores sistemas de colaboración entre médicos de familia y psicólogos-psiquiatras que trabajan en salud mental. Actualmente el porcentaje de derivaciones es del 1-7% en la mayoría de los países occidentales y no parece que estas cifras puedan incrementarse sin colapsar el segundo nivel. El método para incrementar la accesibilidad del segundo nivel y las habilidades de los médicos de familia en salud mental sin disparar los costes <sup>(13)</sup>.

Como se ve, todos estos aspectos constituyen un amplio catálogo, no exhaustivo, de los muchos aspectos de investigación y de manejo clínico que pueden ser mejorados en el tratamiento de la depresión en los próximos años.

