

## ORIGINALES

# Prevalencia y características de la depresión mayor y la distimia en atención primaria

E. Aragonès Benaiges, M.A. Gutiérrez Pérez, M. Pino Fortuny, C. Lucena Luque, J. Cervera Virgili e I. Garreta Estrada

Centre d'Atenció Primària de Constantí. Institut Català de la Salut. Tarragona.

**Objetivo.** Conocer la prevalencia y características de los trastornos depresivos en pacientes que consultan en atención primaria.

**Diseño.** Estudio descriptivo, transversal. Dos fases, en la primera cribado y en la segunda entrevista psiquiátrica estructurada.

**Emplazamiento.** Ocho consultas en 4 centros de atención primaria.

**Pacientes y métodos.** Una muestra de 350 pacientes consecutivos de 18-70 años cumplimentó el Zung's Self-Rating Depression Scale (SDS). En los 138 con resultado positivo y en 67 con resultado negativo se investigaron los diagnósticos de «episodio depresivo mayor» y «distimia» mediante la Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders.

**Mediciones y resultados principales.** Hallamos una prevalencia ponderada del 14,7% (IC del 95%, 10,7-18,7%) para depresión mayor y del 4,6% (IC del 95%, 2,4-6,8%) para distimia.

La puntuación media en el SDS fue 65,6 (DE, 11,6) en el grupo con depresión mayor y de 63,3 (DE, 8,7) en el grupo con distimia. La puntuación media en los no deprimidos fue de 44,2 (DE, 8,7), menor a las de ambos grupos de deprimidos ( $p < 0,0001$ ).

El género femenino distinguió a los grupos de deprimidos del grupo no deprimido. El menor nivel educativo y la proporción de hiperfrecuentadores distinguieron al grupo con depresión mayor del no deprimido.

Los perfiles sintomáticos fueron virtualmente idénticos entre los 2 grupos deprimidos, mientras que en la mayoría de los síntomas explorados la frecuencia de presentación difería significativamente entre los deprimidos y los no deprimidos.

**Conclusiones.** Depresión mayor y distimia presentan una alta prevalencia en los pacientes de atención primaria en nuestro medio. Ambos trastornos presentan características comunes en variables demográficas y perfil sintomático.

**Palabras clave:** Trastorno depresivo. Trastorno distímico. Atención primaria de salud. Prevalencia.

## PREVALENCE AND CHARACTERISTICS OF MAJOR DEPRESSION AND DYSTHYMIA IN PRIMARY CARE

**Objective.** To find the prevalence and characteristics of depressive disorders in patients consulting in primary care.

**Design.** Cross-sectional descriptive study. Two stages: screening, then structured psychiatric interview.

**Setting.** Eight clinics at four primary care centres.

**Patients and methods.** A sample of 350 consecutive patients aged between 18 and 70 filled out Zung's Self-Rating Depression Scale (SDS). The diagnoses of major depressive episode and dysthymia for the 138 with positive result and the 67 with negative result were investigated through the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders.

**Measurements and main results.** We found a weighted prevalence of 14.7% (95% CI: 10.7-18.7) for major depression and 4.6% (95% CI: 2.4-6.8) for dysthymia. Mean score on the SDS was 65.6 (SD 11.6) in the group with major depression and 63.3 (SD 8.7) in the group with dysthymia. Mean score in the not-depressed group was 44.2 (SD 8.7), lower than the scores for both groups with depression ( $p < 0.0001$ ). Being female distinguished the depressed groups from the not-depressed group. Lower educational level and the amount of over-users distinguished the group with major depression from the not-depressed group. The symptom profiles were virtually identical for the two depressed groups, whereas the frequency of occurrence of most of the symptoms explored differed significantly between those with and without depression.

**Conclusions.** Prevalence of major depression and dysthymia are high in primary care patients in our area. Both disorders have common characteristics of demographic variables and symptom profile.

**Key words:** Depressive disorder. Dysthymic disorder. Primary health care. Prevalence.

(Aten Primaria 2001; 27: 623-628)

Correspondencia: Enric Aragonès Benaiges.  
CAP de Constantí. C/ Dels Horts, 6. 43120 Constantí (Tarragona).

Correo electrónico: earagones@ptarragona.scs.es  
Manuscrito aceptado para su publicación el 12-II-2001.

## Introducción

La atención primaria de salud constituye un ámbito fundamental en el manejo de los problemas de salud mental de la población. Es en este nivel donde reciben atención la mayor parte de los pacientes con trastornos mentales<sup>1</sup> e incluso quienes finalmente son atendidos en el nivel especializado son canalizados hacia éste por el médico general, fenómeno especialmente significativo en los pacientes con trastornos afectivos<sup>2</sup>. La depresión es el problema de salud mental más frecuente y relevante en atención primaria. En nuestro país varios estudios epidemiológicos han analizado la presencia de problemas de salud mental en este nivel asistencial utilizando criterios diagnósticos normalizados y han hallado unas prevalencias que se sitúan en un rango del 6-15% para la depresión mayor y del 2-5% para la distimia<sup>3-5</sup>. La importancia clínica de los trastornos depresivos se manifiesta en el elevado grado de incapacidad y repercusión funcional que ocasionan<sup>6,7</sup>. Existen datos que sugieren que, en virtud de los diferentes mecanismos que dirigen a un paciente deprimido hacia el nivel especializado o bien hacia el nivel primario, la depresión en atención primaria tendría una expresión y una naturaleza diferente a los cuadros clínicos de los pacientes atendidos en el ámbito psiquiátrico de los que, precisamente, se derivan las descripciones clínicas, las clasificaciones

diagnósticas o las pautas terapéuticas, que luego se generalizan, quizá inadecuadamente, a los pacientes del primer nivel<sup>8,9</sup>. Con la intención de aproximarnos a la comprensión del fenómeno de la depresión en atención primaria, en este estudio pretendemos obtener una estimación de la prevalencia y una descripción de cómo se expresan sintomáticamente los trastornos depresivos, concretamente la depresión mayor y la distimia, en los pacientes que acuden a este nivel asistencial y de cómo se relaciona la presencia de estos trastornos con diversas variables.

## Pacientes y métodos

### *Obtención de la muestra y recogida de datos*

El estudio se llevó a cabo entre el 8 y el 19 de mayo de 2000 en 8 consultas médicas de 4 centros de atención primaria del área de Tarragona, tres de ellos urbanos y uno rural, elegidos por conveniencia. Los médicos de familia que atendían cada una de las consultas solicitaban la participación en el estudio a los pacientes consecutivos que visitaban por cualquier motivo previa comprobación de los criterios de inclusión y exclusión hasta completar la cuota asignada al centro. Para la inclusión se exigía: a) estar adscrito al centro; b) edad de 18-70 años; c) no ser una consulta exclusivamente burocrática, y d) presencia del paciente objeto de la consulta. Los límites de edad se establecieron por las peculiaridades de la depresión tanto en la adolescencia como en la edad senil, que habitualmente obligan a una metodología específica para su estudio, así como para facilitar la comparabilidad de nuestros resultados con otros estudios que aplican el mismo o similar rango de edad. Las consultas por motivos administrativos, estrictamente sin ningún contenido clínico, aunque forman parte de la labor habitual del médico de familia, no se incluyeron porque no constituyen un acto médico asistencial. Se consideró motivo de exclusión la existencia de limitación física, psíquica, cultural o por enfermedad que no permitiese la aplicación de las pruebas del estudio. También debían excluirse los

pacientes afectados de trastorno psicótico conocido.

Los pacientes seleccionados y que accedían a la participación eran cribados en una primera fase con el cuestionario Self-Rating Depression Scale (SDS) de Zung, que cumplimentaban inmediatamente después de la visita médica. En esta fase se recogían mediante un cuestionario específico los datos correspondientes a las variables demográficas de los pacientes: edad, sexo, nivel educativo (sin alfabetizar, sabe leer y escribir, estudios primarios/EGB, estudios secundarios/BUP/FP1-2, FP3 o diplomaturas, licenciaturas), estado civil (soltero, casado/vive en pareja, separado/divorciado, viudo), así como el número de visitas realizadas a su médico de familia, en cualquier modalidad, en los 3 meses anteriores. El SDS se puntuaba en el momento y, a continuación, todos los pacientes con resultado positivo («probables casos») y un tercio de los negativos («probables no casos»), seleccionados aleatoriamente, eran evaluados en una segunda fase con una entrevista psiquiátrica estructurada.

La sobrerrepresentación de los «probables casos» en la submuestra de la segunda fase tiene como finalidad detectar el mayor número posible de casos para evaluar de una manera más fidedigna la relación entre las distintas variables y la morbilidad. La proporción de «probables no casos» que pasaban a la segunda fase permite corregir las estimaciones teniendo en cuenta los falsos negativos del test de cribado<sup>10</sup>.

Con una muestra de 350 pacientes, si se hubiese tratado de un muestreo aleatorio simple, para una proporción esperada de trastorno depresivo mayor o distimia no superior al 18%<sup>11</sup>, resultaría un intervalo de precisión (i) de 0,04 con una confianza del 95%. Como se utilizó un muestreo en dos fases, en que no todos los individuos de la muestra inicial eran evaluados en la segunda fase, había que esperar una disminución en la precisión difícil de establecer de antemano, dado que no se disponía de información para prever con seguridad las características operativas del SDS en pacientes de atención primaria en nuestro medio. En varias simulaciones combinando diferentes posibilidades, se constató que probablemente (i) no excedería a 0,05, lo que se consideró adecuado. Se asignaron cuotas de un cuarto del total de la muestra para cada uno de los 4 centros objeto del estudio. La sustitución de las pérdidas de pacientes se rea-

lizó automáticamente hasta llegar a la cuota estipulada.

### *El Self-Rating Depression Scale (SDS) de Zung*

El SDS<sup>12</sup> es un cuestionario autoaplicado para la detección y medida de la gravedad de la depresión que consta de 20 ítems que exploran síntomas depresivos y que están redactados en forma negativa o positiva, y exploran si la característica está presente en el momento actual o recientemente, raramente, a veces, frecuentemente o siempre. Cada ítem puntúa de 1 a 4 puntos. La puntuación bruta (p), obtenida de la suma de las puntuaciones de cada ítem, se convierte a un índice porcentual (índice SDS =  $p \times 100/80$ ). Los puntos de corte usuales son:  $\geq 50\%$  para la depresión leve,  $\geq 60\%$  para la depresión moderada y  $\geq 70\%$  para la depresión grave. Utilizamos una versión del SDS en español de Conde<sup>13</sup> con el punto de corte en  $\geq 50\%$ . Para el análisis de los patrones sintomáticos según la presencia o ausencia de trastornos depresivos, utilizamos los ítems autovalorados del test de Zung dicotomizando las posibles respuestas: si el ítem puntuaba 1 o 2, se consideraba como ausencia del síntoma, y si puntuaba 3 o 4, se consideraba la presencia de éste.

### *La Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I [DSM-IV])*

Para evaluar la presencia de los criterios diagnósticos según el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV (DSM-IV), se utilizó el módulo de trastornos afectivos de la entrevista psiquiátrica normalizada SCID-I en versión española<sup>14</sup>. Se consideraron los diagnósticos de episodio depresivo mayor actual (F32.x) y trastorno distímico actual (F34.1), observando la norma jerárquica según la cual si existe episodio depresivo mayor actual no se explora el diagnóstico de trastorno distímico. La entrevista fue aplicada por 4 médicos de familia que habían recibido formación y entrenamiento específico en el uso de los criterios diagnósticos del DSM-IV y de la SCID-I siguiendo la metodología propuesta en el Manual del usuario de la SCID-I. Los investigadores que realizaban las entrevistas no intervenían en la fase de cribado e ignoraban los resultados previos de los pacientes en el SDS.

## Análisis

Para obtener estimaciones no sesgadas de las prevalencias y sus variancias, se aplicaron las fórmulas propuestas por Pickles et al<sup>15</sup>, que tienen en cuenta las distintas probabilidades de selección de los individuos para la verificación diagnóstica derivadas del diseño en dos fases utilizado.

En los grupos diagnósticos que se someten a análisis comparativos (depresión mayor y distimia), las proporciones en las distintas variables se ponderaron por las probabilidades de selección de cada individuo para la segunda fase según su clasificación con el SDS. Luego se ajustó el tamaño de la muestra expandida por las ponderaciones al número de casos verificado realmente, multiplicando las mediciones ponderadas por la razón donde el numerador es el número de casos verificados en cada grupo diagnóstico y el denominador el número de casos en la muestra expandida en cada grupo<sup>10</sup>. Para el grupo de los no deprimidos se utilizaron directamente los datos obtenidos de la muestra original de la primera fase.

Se agregaron las categorías en la variable «nivel educativo» en 2 grupos: hasta estudios primarios/EGB y superior a este nivel. En la variable «estado civil» se conservó la categoría «casado/vive en pareja» y se agregó el resto. La categoría de hiperfrecuentadores fue definida arbitrariamente como los pacientes con un número de visitas en los últimos 3 meses a partir del percentil 85 (4 o más).

En las comparaciones entre las medias de edad y de puntuación en el SDS, hemos utilizado la prueba t de Student, comprobando para ambas variables el ajuste a una distribución normal en la muestra de 16 pacientes con distimia con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Para las comparaciones entre proporciones hemos usado la prueba de ji-cuadrado o, alternativamente, la prueba exacta de Fisher cuando alguna de las frecuencias esperadas era menor de 5. Los cálculos se han realizado con los programas Analyse-It® (Analyse-It Software Ltd., Leeds, Reino Unido) y Confidence Interval Analysis (CIA)<sup>16</sup>. Consideramos estadísticamente significativas las diferencias con una  $p < 0,05$ .

## Resultados

De 394 pacientes consecutivos, 14 fueron excluidos: 5 por enferme-

TABLA 1. Análisis de las características demográficas según la presencia de trastornos depresivos

Variable	A. Depresión mayor (n = 49)	B. Distimia (n = 16)	C. No deprimidos (n = 282)
Edad (media y DE)	46,55 (13,7)	52,6 (12,8)	45,5 (14,7)
Sexo femenino	43 (88%) <sup>a</sup>	14 (88%) <sup>b</sup>	168 (60%)
Nivel educativo: hasta estudios primarios	44 (90%) <sup>a</sup>	14 (88%)	197 (70%)
Estado civil: casado o vive en pareja	41 (84%)	13 (81%)	215 (76%)

Los valores expuestos en los grupos A y B corresponden a las muestras ponderadas.

Los niveles de significación siguientes se refieren a las comparaciones entre los grupos A frente a C y B frente a C:

<sup>a</sup> $p < 0,01$ ; <sup>b</sup> $p = 0,05$ . El resto de las comparaciones no tiene significación estadística.

dad que impedía la aplicación de las pruebas (un cuadro febril, un enfermo neoplásico, un vértigo agudo, 2 crisis psicógenas agudas), 6 por limitación cultural (3 extranjeros y 3 analfabetos), 2 por limitación física (un laringuectomizado y un ciego), uno por limitación psíquica (trastorno cognitivo) y uno por trastorno psicótico activo (esquizofrenia).

Se solicitó la participación en el estudio a 380 pacientes que cumplían las condiciones de inclusión y no tenían motivo de exclusión, de los que 30 rechazaron la invitación (7,9%). Cumplimentaron el SDS 350 pacientes, de los que 141 (40,3%; IC del 95%, 35,1-45,4%) dieron un resultado positivo. Tres pacientes: un varón de 56 años y 2 mujeres de 61 y 53 años, con SDS positivo (59, 59 y 50%, respectivamente) rechazaron participar en la segunda fase. Se aplicó la SCID a 138 pacientes con SDS positivo y a 67 con SDS negativo.

Se diagnosticó episodio depresivo mayor en 48 pacientes con SDS positivo y en uno con SDS negativo, lo cual representa una prevalencia ponderada del 14,7% (IC del 95%, 10,7-18,7%). Dieciséis pacientes, todos con SDS positivo, cumplían los criterios para distimia, resultando en una prevalencia del 4,6% (IC del 95%, 2,4-6,8%). La prevalencia conjunta de ambos trastornos depresivos fue del 19,3% (IC del 95%, 14,9-23,7%).

Los pacientes con trastornos depresivos se distribuyeron según

las puntuaciones en el SDS en tres niveles de gravedad. De los 49 pacientes en el grupo ponderado con depresión mayor, 14 (29%) tenían depresión en grado leve (incluidos 3 con SDS negativo), 13 (27%) en grado moderado y 21 (43%) depresión intensa. Los 16 pacientes con distimia se distribuyeron en 4 (25%) de grado leve, 8 (50%) moderado y 4 (25%) grave. Comprobamos que no existe diferencia significativa entre ambos grupos ( $\chi^2$ , 3,07; gl, 2;  $p = 0,215$ ).

La prevalencia de depresión mayor de al menos intensidad moderada fue del 10,4% (IC del 95%, 7,2-13,6%).

En la tabla 1 se exponen las características demográficas de los pacientes deprimidos según el diagnóstico específico: depresión mayor, distimia y pacientes no deprimidos. Se halló una mayor proporción de mujeres en los 2 grupos de deprimidos que en la de pacientes no deprimidos, aunque en este grupo la proporción de mujeres también es superior a la de varones. Los grupos deprimidos tenían una mayor proporción de pacientes con menor nivel educativo, sin alcanzar el nivel de significación la diferencia entre el grupo de distimia y el de no deprimidos. No se demostraron diferencias entre el grupo de depresión mayor y el de distimia.

Hallamos 17 (35%) hiperfrecuentadores en el grupo de depresión mayor y 48 (17%) en el de no deprimidos, siendo la diferencia en-

tre ambos significativa ( $p < 0,004$ ). En el grupo de distimia hubo 3 (19%), sin hallar diferencia significativa en este aspecto entre el grupo de distimia y el de no depresión. Entre el grupo con depresión mayor y el de distimia no se halló diferencia significativa.

### Síntomas depresivos

La media de las puntuaciones en el índice SDS fue del 65,6% (DE, 11,6) en el grupo con depresión mayor y del 63,3% (DE, 8,7) en el grupo con distimia; la diferencia entre estas dos medias no es significativa. La puntuación media en el grupo de los no deprimidos fue del 44,2% (DE, 8,7), significativamente menor a la de cada uno de ambos grupos de pacientes deprimidos ( $p < 0,0001$ ).

Como se expone en la tabla 2, se halló que en la mayoría de los síntomas explorados la frecuencia de presentación difería entre los deprimidos, con cualquiera de los 2 diagnósticos, y los no deprimidos. Sólo en uno de los ítems (irritabilidad) la diferencia entre el grupo con depresión mayor y el grupo con distimia alcanzó el nivel de significación.

### Discusión

Se ha referido que en estudios epidemiológicos sobre trastornos mentales entre los pacientes que declinan la participación habría una mayor proporción de individuos con problemas de salud mental<sup>17</sup>, por lo que el sesgo originaría una infravaloración en la prevalencia. Sin embargo, la alta participación lograda (92,1% en la primera y 97,9% en la segunda fase) nos hace confiar en la validez de nuestra muestra.

Cabe hacer algunas apreciaciones sobre la obtención de la muestra y sobre su representatividad. Primero, la elección de los centros y las consultas en las que se llevó a cabo el estudio fue por las posibi-

TABLA 2. Análisis de los síntomas depresivos explorados con el *Self-Rating Depression Scale* de Zung según la presencia de trastornos depresivos

Síntoma (n.º de ítem)	A. Depresión mayor (n = 49)	B. Distimia (n = 16)	C. No deprimidos (n = 282)
Ánimo deprimido (1)	31 (63%) <sup>a</sup>	8 (50%) <sup>a</sup>	24 (9%)
Variación diurna (2)	32 (65%)	10 (63%)	187 (66%)
Llanto (3)	25 (51%) <sup>a</sup>	7 (44%) <sup>a</sup>	19 (7%)
Insomnio (4)	31 (63%) <sup>a</sup>	9 (56%) <sup>b</sup>	77 (27%)
Menor apetito (5)	29 (59%) <sup>a</sup>	8 (50%)	100 (35%)
Pérdida de libido (6)	32 (65%) <sup>a</sup>	10 (63%) <sup>a</sup>	88 (31%)
Pérdida de peso (7)	12 (27%) <sup>a</sup>	2 (13%)	14 (5%)
Estreñimiento (8)	21 (43%) <sup>a</sup>	4 (25%)	44 (16%)
Palpitaciones (9)	18 (37%) <sup>a</sup>	7 (44%) <sup>a</sup>	20 (7%)
Fatigabilidad (10)	38 (78%) <sup>a</sup>	11 (69%) <sup>a</sup>	52 (18%)
Confusión (11)	43 (88%) <sup>a</sup>	15 (94%) <sup>a</sup>	124 (44%)
Inhibición psicomotriz (12)	41 (84%) <sup>a</sup>	15 (94%) <sup>a</sup>	126 (45%)
Agitación psicomotriz (13)	36 (72%) <sup>a</sup>	9 (56%) <sup>b</sup>	78 (28%)
Desesperanza (14)	24 (49%) <sup>a</sup>	9 (56%) <sup>a</sup>	54 (19%)
Irritabilidad (15)	32 (65%) <sup>a</sup>	6 (38%)	50 (18%)
Indecisión (16)	33 (67%) <sup>a</sup>	12 (75%) <sup>b</sup>	119 (42%)
Desvaloración (17)	15 (31%) <sup>b</sup>	5 (31%)	52 (18%)
Vacuidad vital (18)	26 (53%) <sup>a</sup>	10 (63%) <sup>a</sup>	39 (14%)
Rumiación suicida (19)	5 (10%) <sup>a</sup>	1 (6%)	1 (0%)
Anhedonia (20)	23 (47%) <sup>a</sup>	7 (44%) <sup>a</sup>	31 (11%)

Los valores expuestos en los grupos A y B corresponden a muestras ponderadas.

Los niveles de significación siguientes se refieren a las comparaciones entre los grupos A frente a C y B frente a C:

<sup>a</sup> $p < 0,01$ ; <sup>b</sup> $p < 0,05$ . En A frente a B se diferencian las proporciones en el síntoma 15:  $p < 0,05$ . El resto de las comparaciones sin significación estadística.

lidades de colaboración y ubicación del equipo investigador. Se intentó que el conjunto tuviese una cierta representatividad «facial» de la realidad de la zona y se evitaron centros o consultas con características «extremas», pero esto no deja de ser una apreciación cualitativa difícil de objetivar.

Segundo, el universo muestral no es el conjunto de los pacientes consultantes de atención primaria, sino que son las visitas; por tanto, como advierten Gérvas et al<sup>18</sup>, cualquier generalización debe hacerse al conjunto de visitas, no a la población consultante y, mucho menos, a la población general. Asimismo, García Olmos et al<sup>19</sup> demuestran que muestras de visitas consecutivas obtenidas en períodos cortos, como la nuestra, son equiparables a muestras ob-

tenidas en períodos más largos en los aspectos demográficos y de morbilidad, aunque cabe esperar una mayor representación de los pacientes más frecuentadores. Hemos hallado una alta frecuencia de depresión mayor (14,7%) y distimia (4,6%) en nuestros pacientes. Chocron et al<sup>3</sup> refieren un 6% de depresión mayor y un 4,3% de distimia en un estudio en dos fases usando la Clinical Interview Schedule (CIS) con criterios del DSM-III-R. Coyne et al<sup>11</sup>, con un diseño en dos fases y usando la SCID en la segunda fase, hallan como nosotros una elevada proporción de pacientes con distimia (2,1%) y depresión mayor (13,5%), hecho que parece ser atribuible a la alta sensibilidad del instrumento diagnóstico para detectar formas leves con poca repercusión funcional, frecuentes en pacientes

de atención primaria, y cuyo significado clínico puede ser cuestionable. Baca et al<sup>5</sup>, utilizando el cuestionario PRIME-MD (DSM-IV), señalan también unas altas prevalencias para la depresión mayor (15,4%) y para la distimia (5,1%). Cabe citar el estudio Psychological Problems in General Health Care<sup>20</sup> que, usando los criterios diagnósticos de la International Classification of Mental and Behavioral Disorders, 10th version (ICD-10) en centros de atención primaria de 14 países, entre los que no se encuentra el nuestro, detecta una prevalencia global de depresión mayor del 10,4% y de distimia del 2,1% en pacientes consecutivos. Aunque las comparaciones estrictas entre los estudios revisados no son posibles por las diferencias en los instrumentos y criterios diagnósticos utilizados, hemos encontrado una prevalencia de depresión en nuestros pacientes en la franja más alta entre estos estudios.

No representa un hallazgo inesperado la mayor proporción de mujeres entre los pacientes deprimidos, ya que este es un fenómeno constante en los estudios epidemiológicos, tanto en la comunidad como en ámbitos asistenciales<sup>20-23</sup>. En este estudio encontramos una relación de casi 9 mujeres por cada varón deprimido, dibujando la depresión en atención primaria como un fenómeno eminentemente femenino. La mayor concentración de pacientes con menor nivel educativo entre los deprimidos concuerda asimismo con la mayoría de los estudios epidemiológicos<sup>20,22,23</sup>. De hecho, el relativamente bajo nivel educativo en la muestra estudiada puede ser uno de los factores que hayan contribuido a la elevada prevalencia que señalamos. No hemos podido replicar en nuestros datos un hallazgo frecuente que es el papel «protector» frente a la depresión que representa el estar casado<sup>23,24</sup>.

A partir de la información autorreferida mediante el SDS de

Zung, hemos dibujado un perfil sintomático de los trastornos depresivos considerados en este estudio. El síntoma clave para la definición del cuadro clínico de depresión, que es el ánimo deprimido, es referido por dos tercios de los pacientes con depresión mayor y sólo por la mitad de los distímicos; sin embargo, el humor disfórico puede manifestarse por irritabilidad, presente en dos tercios de los pacientes con depresión mayor, o por un síntoma de cariz más somático como el llanto, presente en alrededor de la mitad de los deprimidos de ambos grupos. La confusión, expresada en el SDS como no tener la cabeza despejada, o la inhibición psicomotriz, expresada como tener menos facilidad para hacer las cosas, se muestran como unos síntomas constantes en los 2 grupos deprimidos.

Leclubier y Weiller<sup>25</sup> hallan que los pacientes de atención primaria con distimia presentan un grado de repercusión funcional similar a los que tienen depresión mayor, pero encuentran perfiles sintomáticos diferentes; nosotros observamos que las frecuencias de presentación de los diferentes síntomas son indistinguibles entre el grupo con depresión mayor y el grupo con distimia (tabla 2). Las demás variables estudiadas y los niveles de gravedad tampoco distinguen claramente entre ambos grupos, a pesar de que los criterios diagnósticos definen a la distimia como más persistente pero menos severa sintomáticamente. Proponemos dos explicaciones a este fenómeno: la primera, de carácter metodológico, es que la presencia de un síntoma, usando el SDS, se constata según la frecuencia de presentación del mismo y no según su intensidad, por lo que el cuestionario puede carecer de poder discriminativo entre síntomas de mayor o menor intensidad si son igualmente frecuentes. La segunda apunta a que, en atención primaria, en la depresión mayor

abundan las formas leves o moderadas, así como formas de depresión subumbral, por lo que no habría una discontinuidad perceptible entre el espectro sintomático de ambos trastornos. Al ser éste un estudio transversal ignoramos las características evolutivas de ambos trastornos; sin embargo, sabemos que, a pesar de que el requisito de duración de la depresión mayor es de al menos 2 semanas, el curso habitual de este trastorno suele ser crónico o recurrente. Judd et al<sup>26</sup>, en un estudio prospectivo, encuentran que la depresión es cambiante a lo largo de su evolución, alternando estadios sintomáticos al nivel exigido para la depresión mayor con otros por debajo del umbral, superponibles en muchos casos al diagnóstico de distimia y sugieren que los diferentes niveles pueden constituir un continuo sintomático de la actividad de una única entidad clínica.

Nuestros hallazgos apoyan la sugerencia de que los modelos basados en la gravedad y el curso clínico, que algunos autores han propuesto para la caracterización de los trastornos depresivos<sup>27</sup>, podrían ser más adecuados en atención primaria que las clasificaciones diagnósticas basadas en múltiples categorías diagnósticas pretendidamente independientes.

Para obtener una descripción más precisa de los trastornos depresivos en los pacientes de atención primaria en nuestro medio, cabe plantear estudios que exploren otros aspectos importantes aquí no investigados, como la repercusión en la calidad de vida, la disfuncionalidad asociada, las relaciones de comorbilidad con otros trastornos mentales y somáticos, la significación clínica de cuadros depresivos sintomáticos que no pueden encuadrarse en las categorías diagnósticas vigentes y, mediante un seguimiento longitudinal, la evolución de los trastornos depresivos.

## Agradecimientos

Al Dr. Antonio Labad Alquézar, profesor titular de Psiquiatría de la Facultat de Medicina i Ciències de la Salut de la Universitat Rovira i Virgili, su dirección en el adiestramiento de los investigadores en los criterios del DSM-IV y la entrevista SCID. A Gisela Coll Borràs, diplomada en Estadística, del Departamento de Formación del Institut Pere Mata, su colaboración en el tratamiento estadístico de los datos. A la dirección y los médicos de familia de los Centros de Atención Primaria de La Granja, Bonavista, Sant Pere i Sant Pau y Constantí: Dra. N. Saún, Dra. C.M. Fuentes, Dra. G. Cando, Dra. P. Camós, Dr. R. Romagosa, Dr. F. Grifoll, Dr. I. Garreta y Dra. R.M. Masdéu, que han permitido nuestra intromisión en sus consultas y a quienes debemos la alta tasa de participación de sus pacientes en nuestro estudio.

## Bibliografía

1. Goldberg D, Huxley P, editores. Common mental disorders: a bio-social model. Londres: Tavistock/Routledge, 1992.
2. Vázquez-Barquero JL, Herrera Castanedo S, Artal JA, Gaité L, Cuesta Núñez MJ, Goldberg D et al. Factores implicados en las «rutas asistenciales» en salud mental. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1993; 21: 189-203.
3. Chocrón Bentata L, Vilalta Franch J, Legazpi Rodríguez I, Auquer K, Franch L. Prevalencia de psicopatología en un centro de atención primaria. *Aten Primaria* 1995; 16: 586-590 y 592-593.
4. Vázquez-Barquero JL, García J, Artal Simón J, Iglesias C, Montejo J, Herrán A et al. Mental health in primary care. An epidemiological study of morbidity and use of health resources. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 529-535.
5. Baca E, Sáiz J, Agüera LF, Caballero L, Fernández-Liria A, Ramos Brieva JA et al. Prevalencia de los trastornos psiquiátricos en atención primaria usando el cuestionario PRIME-MD. *Aten Primaria* 1999; 23: 275-279.
6. Wohlfarth TD, Van Den Brink W, Ormel J, Koeter MWJ, Oldehinkel AJ. The relationship between social dysfunctioning and psychopathology among primary care attenders. *Br J Psychiatry* 1993; 163: 37-44.
7. Ormel J, Von Korff M, Ustun TB, Pini S, Korten A, Oldehinkel T. Common mental disorders and disability across cultures. Results from the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *JAMA* 1994; 272: 1741-1748.
8. Ormel J, Tiemens B. Recognition and treatment of mental illness in primary care: towards a better understanding of a multifaceted problem. *Gen Hosp Psychiatry* 1995; 17: 160-164.
9. Schwenk TL, Coyne JC, Fechner-Bates S. Differences between detected and undetected patients in primary care and depressed psychiatric patients. *Gen Hosp Psychiatry* 1996; 18: 407-415.
10. Vázquez-Barquero JL. Los estudios comunitarios de salud mental: su diseño y ejecución. En: González de Rivera JL, Rodríguez F, Sierra A, editores. *El método epidemiológico en salud mental*. Barcelona: Masson, 1993.
11. Coyne JC, Fechner-Bates S, Schwenk TL. Prevalence, nature, and comorbidity of depressive disorders in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 1994; 16: 267-276.
12. Zung WWK. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry* 1965; 12: 63-70.
13. Conde V, Esteban Chamorro T. Revisión crítica de dos adaptaciones castellanas de la «Self-Rating Depression Scale» (SDS) de Zung. *Arch Neurobiol Madr* 1973; 36: 375-392.
14. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV (versión clínica) SCID-I. Barcelona: Masson, 1999.
15. Pickles A, Dunn G, Vázquez-Barquero JL. Screening for stratification in two-phase («two-stage») epidemiological surveys. *Stat Meth Med Res* 1995; 4: 73-89.
16. Gardner SB, Winter PB, Gardner MJ, editores. Confidence interval analysis. En: Gardner MJ, Altman DG, editores. *Statistics with confidence*. Londres: British Medical Journal, 1989.
17. Kessler RC, Little RJA, Groves RM. Advances in strategies for minimizing and adjusting for survey nonresponse. *Epidemiologic Rev* 1995; 17: 192-204.
18. Gérvas JJ, Pérez Fernández MM, García Sagredo P, Abreira V. Utilización de servicios sanitarios: pacientes y visitas. *Aten Primaria* 1990; 7: 346-348.
19. García Olmos LM, Pérez Fernández MM, Bassolo Abad A, Abreira V, Gérvas JJ. Estudios de morbilidad ambulatoria: ¿qué muestra elegir? *Aten Primaria* 1987; 4: 136-139.
20. Üstün TB, Sartorius N, editores. *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester: John Wiley, 1995.
21. Gater R, Tansella M, Korten A, Tiemens BG, Mavreas VG, Olatawura MO. Sex differences in the prevalence and detection of depressive and anxiety disorders in general health care settings. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 405-413.
22. Burvill PW. Recent progress in the epidemiology of major depression. *Epidemiologic Rev* 1995; 17: 21-31.
23. Zung WWK, Broadhead WE, Roth ME. Prevalence of depressive symptoms in primary care. *J Fam Pract* 1993; 37: 337-344.
24. Rowe MG, Fleming MF, Barry KL, Manwell LB, Kropp S. Correlates of depression in primary care. *J Fam Pract* 1995; 41: 551-558.
25. Lecrubier Y, Weiller E. Características, reconocimiento y tratamiento de los distímicos en la asistencia primaria [publicado originalmente en *Eur Psychiatry* 1998; 13: 198-202]. *Eur Psychiatry* (ed. esp.) 1999; 6: 49-54.
26. Judd LL, Akiskal HS, Maser JD, Zeller PJ, Endicott J, Coryell W et al. A prospective 12-year study of subsyndromal and syndromal depressive symptoms in unipolar major depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 694-700.
27. Angst J, Sellaro R, Merikangas KR. Depressive spectrum diagnoses. *Compr Psychiatry* 2000; 41 (Supl 1): 39-47.