

Subdiagnóstico de depresión en atención primaria, en pacientes del área sur-oriente de Santiago, 2006

GILDA VALDÉS⁽¹⁾, XIMENA CONTRERAS⁽¹⁾, WILLIAM ROMERO⁽²⁾, MARIANA MEDINA⁽²⁾, BLANCA NORERO⁽²⁾, CATALINA DUSSAILLANT⁽²⁾, MA VICTORIA PÉREZ⁽²⁾ y ANDRÉS FRANZANI⁽³⁾

RESUMEN

La depresión es altamente prevalente en Chile, sin embargo, muchos pacientes no son pesquisados por los médicos de atención primaria (MAP). El objetivo de este estudio es analizar la concordancia entre el diagnóstico de depresión hecho por MAP, respecto a una entrevista clínica estructurada basada en criterios DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) para depresión, realizada en un centro de atención secundaria (CAS). Se estudiaron 174 pacientes (edad 57.6 ± 15.1 años, 131 mujeres), derivados por diversas patologías distintas a la depresión, a un CAS, atendidos durante el último mes por MAP. Todos los pacientes fueron evaluados con la escala de ansiedad y depresión de Goldberg (E.A.D.G) y a los "probables casos" según el instrumento (puntaje ≥ 3 , subescala depresión) se les realizó una entrevista clínica estructurada basada en criterios DSM-IV para depresión. Treinta y tres pacientes tenían diagnóstico de depresión hecho por MAP. Sin embargo, 103 pacientes (59.2%) tuvieron puntajes ≥ 3 en la E.A.D.G y 59 (33.9%) cumplieron criterios DSM-IV para depresión. La concordancia entre el diagnóstico de depresión hecho por MAP, respecto al diagnóstico según criterios DSM-IV, mediante el índice Kappa, fue 0.39 (acuerdo débil), existiendo coincidencia positiva sólo en 25 casos. Se observó baja concordancia entre el diagnóstico de depresión hecho por MAP y el realizado a través de una entrevista clínica estructurada, con importante subdiagnóstico, cercano al 60%. En forma adicional, la aplicación de un test de tamizaje, fue de utilidad para detectar casos previamente no diagnosticados.

Palabras claves: depresión, atención primaria, diagnóstico.

ABSTRACT

DEPRESSION UNDERDIAGNOSIS IN THE PRIMARY HEALTHCARE: A STUDY OF PATIENTS FROM THE SOUTH-WESTERN AREA OF SANTIAGO, DURING 2006.

Depression is highly prevalent in Chile. However, many patients are not detected by primary healthcare physicians (PHCP). The purpose of the present study is to analyze the consistency between the diagnosis of depression performed by PHCP, and diagnosis resulting from a structured clinical interview based on DSM-IV criteria (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, IVth Edition) for depression, taking place at a secondary healthcare center (SHCC).

(1) Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

(2) Internos de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

(3) Interno de Medicina. Universidad de los Andes.

(4) Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

A total of 174 patients were studied (mean age 57.6 ± 15.1 years, 131 female), referred for various pathologies different from depression to one SHCC, and who had been assessed during the last month by a PHCP. All patients were assessed with the Goldberg's Anxiety and Depression Scale (GADS) and the probable cases determined to be so by the instrument used (a score ≥ 3 in depression scale subset) underwent a structured clinical interview based on the DSM-IV criteria for depression.

Thirty three patients had a diagnosis of depression made by the PHCP. However, 103 (59.2%) had scores ≥ 3 in the GADS and 59, (33.9%) met the DSM-IV criteria for depression. The consistency between the diagnosis made by a PHCP and that made through the DSM-IV diagnostic criteria, assessed through Kappa index, was 0.39 (weakly consistent), with a positive consistency only in 25 cases.

A low consistency was observed between the diagnosis of depression made by PHCP and the diagnosis reached through a structured clinical interview, with underdiagnosis being as relevant as nearly 60%. Additionally, the use of a screening test allowed the identification of cases not diagnosed previously.

Key Words: depression, primary healthcare, diagnosis.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos del ánimo son altamente prevalentes y representan un importante problema de salud pública. La prevalencia de depresión en Chile en mayores de 15 años se ha reportado mayor que en muchos países de Latinoamérica^{1,2}, con una tasa de prevalencia de vida para la población de Santiago de 11.3%³.

La Encuesta Nacional de Salud del año 2003, que estudió una muestra representativa de la población nacional, encontró que 17.5% de los encuestados tuvo síntomas depresivos en el último año y 5.1% en el último mes⁴. □

El trastorno depresivo mayor es uno de los diagnósticos específicos más frecuentes en atención primaria y el médico debe ser capaz de diagnosticar y tratar inicialmente a la mayoría de estos pacientes^{5,6}.

El manejo adecuado de esta patología requiere de diagnóstico oportuno para iniciar tratamiento o derivar al especialista según corresponda. Sin embargo, esto no siempre es sencillo y se ha reportado que hasta 50% de los casos no es detectado por el médico de atención primaria (MAP)^{7,8}.

Muchos de los pacientes que consultan en un servicio de atención primaria tienen enfermedades atribuibles a desórdenes mentales⁹.

La capacidad del médico para reconocer y diagnosticar patologías de salud mental parece estar en estrecha relación con la creencia del

paciente de atribuir o no sus síntomas a la esfera psicológica. Se ha observado que el médico es capaz de reconocer hasta el doble de patologías psiquiátricas si el paciente le atribuye un origen psicológico a sus síntomas⁹.

Un estudio chileno, que evaluó 3870 adultos en la ciudad de Santiago, mostró que el episodio depresivo y la ansiedad generalizada, son los trastornos psiquiátricos más frecuentes, siendo factores de riesgo: sexo femenino, edad productiva (25 a 39 años), y bajo nivel educacional y socioeconómico¹⁰.

El objetivo del presente estudio es determinar qué proporción de los pacientes con depresión que consulta en un centro de atención secundaria por otras patologías ha sido pesquisado por la atención primaria. Para ello se analizará la concordancia entre el diagnóstico de depresión hecho en consultorios con la pesquisa y diagnóstico de esta patología a través de un test de tamizaje y de una entrevista clínica estructurada.

MATERIAL Y MÉTODO

La investigación se realizó en la Unidad de Medicina Interna del Centro de Referencia de Salud (CRS) San Rafael, La Florida, que recibe pacientes derivados de cinco consultorios de atención primaria del sector sur-oriente de Santiago.

En forma prospectiva se entrevistaron 174

pacientes adultos, durante enero de 2006, que consultaban derivados desde sus consultorios por diversas patologías de resolución secundaria, diferentes a depresión. Se incluyó en el estudio sólo a pacientes que hubiesen sido atendidos por un MAP, al menos una vez, durante el mes previo.

Los pacientes fueron interrogados dirigidamente para conocer si tenían diagnóstico de depresión hecho por MAP y sobre consumo de psicofármacos. Todos fueron evaluados con la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (E. A. D. G.)^{11,12}, y a los “probables casos” de depresión según el instrumento, se les realizó una entrevista clínica estructurada basada en los criterios DSM-IV (4° edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) de depresión, para confirmar el diagnóstico¹³.

Para tamizaje de depresión se utilizó la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg en su versión española validada¹². El instrumento consta de dos subescalas, una de ansiedad y otra de depresión, con 9 ítems cada una, otorgando un punto a cada respuesta afirmativa, con puntuación independiente para cada subescala.

El punto de corte en la escala de depresión para determinar “probable caso” es de 2, sin embargo, en este estudio se utilizó 3, para mejorar la especificidad y capacidad discriminante del test, sin alterar significativamente la sensibilidad (sensibilidad 74%, especificidad 93%)^{11,12}.

Se calcularon medias y desviaciones estándar para las variables continuas y porcentaje para las variables discretas. Se utilizó el test Chi-cuadrado para determinar la asociación de variables cualitativas e índice Kappa, propuesto por Cohen¹⁴, con la escala de valoración de Landis y Koch¹⁴, para estudiar la concordancia entre el diagnóstico de depresión por el MAP vs. diagnóstico según criterios DSM-IV. Se calcularon correlaciones de Pearson para estudiar la relación de los puntajes de depresión de la E. A. D. G. con las variables, número de fármacos y número de patologías. Se estableció un nivel de significación de $p=0.05$. Los datos fueron analizados utilizando el programa estadístico SPSS¹³.

RESULTADOS

Se estudiaron 174 pacientes, 75% mujeres (131) y 25% hombres (43), con edad promedio de 57.6 ± 15.1 años.

De los pacientes evaluados, 19.0% (33 pacientes) tenían diagnóstico de depresión hecho por el MAP y 17.2% (30 pacientes) estaban en tratamiento.

El puntaje promedio en la escala de depresión de Goldberg fue 3.8 ± 3.0 (4.1 ± 3.0 en mujeres y 2.8 ± 2.9 en hombres, $p=0.005$). Al analizar según el punto de corte para definir “probable caso”, se encontró que 103 pacientes (59.2%) tenían puntajes de 3 o más (62.6% de las mujeres y 48.8% de los hombres, $p=0.11$).

En aquellos pacientes definidos como “probables casos” según el test de Goldberg, se realizó una entrevista clínica estructurada para trastorno depresivo mayor según criterios DSM-IV, observándose tasa global de depresión de 33.9% (59 pacientes), con tasas de 36.6% en mujeres y 25.6% en hombres ($p=0.18$).

De los pacientes diagnosticados con depresión según nuestro estudio sólo el 42.4% había sido diagnosticado por el MAP. Al valorar la concordancia entre el diagnóstico de depresión hecho por el MAP, respecto al nuestro, el índice Kappa fue de sólo 0.39, que según la escala de Landis y Koch corresponde a un grado de acuerdo débil, existiendo coincidencia positiva sólo en 25 casos (Tabla 1). De manera adicional se estimó el índice Kappa para ambos sexo, resultando de 0.40 para mujeres y 0.29 para hombres.

Tabla 1. Concordancia entre el diagnóstico de depresión hecho por médicos de atención primaria (MAP), respecto al diagnóstico según criterios DSM-IV.

Diagnóstico de Depresión por MAP				
		Sin diagnóstico	Con diagnóstico	Total
Diagnóstico de Depresión según criterios DSM-IV	Sin diagnóstico □	107	8	115
	Con diagnóstico □	34	25	59
Total		141	33	174

Índice Kappa: 0.392

Se investigó la presencia de ideación suicida durante el último mes, encontrándose en 17 pacientes (9.8%), 11.5% de las mujeres y 4.7% de los hombres ($p=0.19$). De estos 17 pacientes, sólo 6 sujetos (35.3%) habían sido detectados por el MAP y 3 estaban con tratamiento. Los restantes sólo fueron detectados por nuestro estudio.

El 62.1% de los pacientes estudiados tenía alguna comorbilidad médica considerada como factor de riesgo para depresión (Tabla 2). Este grupo presentó una tasa de depresión de 38.9%, respecto a 25.8% en el grupo sin patologías predisponentes ($p=0.07$).

Tabla 2. Prevalencia de patologías médicas asociadas a depresión en los pacientes estudiados

COMORBILIDAD □	%
Endocrinas	
Diabetes Mellitus □□	20.7 %
Hipotiroidismo □□	19.5 %
Cardiovascular	
Enf Coronaria □□	10.3 %
IC* □□□	6.9 %
Digestivas □	
SII** □□	5.2 %
Neurológicas	
Cefaleas □□□	2.9 %
AVE*** □□□	1.7 %
Reumatológicas □	
AR**** □□□	2.3 %
Otras □	
Dolor crónico □□	15.5 % □
Cáncer □□□	5.2 % □
IRC ***** □□	3.5 %
TOTAL □□□□	62.1 %

*Insuficiencia cardiaca, **Síndrome de intestino irritable
 Accidente vascular encefálico, *Artritis reumatoidea
 *****Insuficiencia renal crónica.

Se evaluó la posible asociación entre número de patologías de base y número de fármacos que recibía cada paciente, con la presencia de síntomas depresivos en relación al puntaje de la escala E. A. D. G., sin embargo, no se observó correlación significativa.

DISCUSIÓN

La prevalencia de depresión encontrada en este estudio (33.9%), es similar a la descrita

previamente en consultorios de atención primaria, con cifras cercanas al 30%^{16,19}. Sin embargo, resulta alarmante la baja concordancia observada entre nuestros resultados y los casos diagnosticados por el MAP, existiendo una tasa de subdiagnóstico de depresión cercana al 60%.

Este subdiagnóstico es particularmente severo en los casos con ideación suicida activa, donde el MAP sólo pesquisó 6 de 17 casos. □

Estos resultados no son aislados, y a pesar de la alta prevalencia de depresión, numerosos estudios demuestran las limitaciones del médico no especialista para reconocer esta patología^{20,21}.

Si bien estas observaciones representan una realidad local, son compatibles con otros reportes que han descrito problemas con el diagnóstico de depresión en atención primaria^{7,8,17,18}. Un estudio reportó que el MAP sólo fue capaz de reconocer 25.5% de los casos de trastornos psiquiátricos, respecto a la evaluación hecha por psiquiatras²².

Los “probables casos” y casos confirmados de depresión fueron mayores en mujeres, sin embargo, esto no fue estadísticamente significativo. Al analizar la concordancia de diagnóstico según sexo, está fue peor para hombres (0.29) respecto a mujeres (0.40), es decir, hubo mayor subdiagnóstico en hombres.

Esto puede deberse a un sesgo del MAP para buscar en forma más dirigida trastornos del ánimo en mujeres, lo que concuerda con reportes que describen que el MAP estaría más dado a hacer el diagnóstico de depresión en mujeres²³.

La mayoría de las depresiones en el nivel primario es leve y, en general, los pacientes consultan por otros motivos, que pueden o no estar relacionados con su patología psiquiátrica²⁴⁻²⁶.

En este contexto, es interesante mencionar que los síntomas somáticos de la depresión, son comunes a múltiples patologías médicas, por lo que pueden ser erróneamente atribuidos a patologías orgánicas, lo que sería un factor predisponente al subdiagnóstico.

En esta investigación, se consideraron para el diagnóstico de depresión tanto síntomas somáticos como cognitivos, lo que puede ser un factor confundente y una limitación del estudio.

El MAP muchas veces tiene una enorme carga asistencial y las condiciones no son las

mejores para el reconocimiento y manejo de patologías psiquiátricas. La existencia de herramientas simples de tamizaje para el reconocimiento de enfermedad mental, parece ser de suma importancia. Existe un gran número de instrumentos de tamizaje con sensibilidad y especificidad comparables como: E.A.D.G, Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD), Mini International Neuropsychiatric Interview (GHQ-28), escala de depresión de Hamilton (HRSD), Beck depression inventory (BDI) y General Health Questionnaire (GHQ-12) por nombrar algunos^{12, 25, 27}. Durante este estudio, se utilizó la E. A. D. G. por lo sencillo de su aplicación y la alta sensibilidad y especificidad que alcanza.

Estas consideraciones fueron tomadas dado la presión asistencial y tiempos limitados que dispone el MAP en su práctica diaria. Durante el desarrollo de este estudio, la aplicación del instrumento, no demoró la atención de los pacientes, ni tampoco aumentó el tiempo de espera.

No todos los pacientes diagnosticados con depresión por el MAP estaban en tratamiento. El médico debe recordar que el tratamiento de la depresión, incluso los casos leves, mejora la calidad de vida del paciente²⁸. No existe evidencia que favorezca el uso de un antidepresivo sobre otro, y la selección dependerá de las características del paciente, los efectos adversos y el costo²⁹⁻³¹.

Por otro lado, el suicidio es la principal causa de mortalidad de los pacientes psiquiátricos, pero menos del 40% con ideación suicida activa fueron detectados por el MAP. Se sabe que la mayoría de los suicidas ha visitado al médico en el mes previo a su muerte, probablemente en busca de ayuda.

Existen instrumentos como la Escala de Intención Suicida de Pierce³² y la Escala de Desesperanza de Beck³³, que permiten evaluar en forma objetiva la suicidabilidad, son de fácil aplicación, y pueden ayudar al MAP en el enfrentamiento de estos pacientes.

Este estudio presenta limitaciones en relación a la selección de la muestra y a la metodología para hacer el diagnóstico de depresión, sin embargo, igualmente muestra una realidad

preocupante de nuestros centros de salud. El MAP debe ser capaz de tratar una depresión y derivar cuando sea necesario, sin embargo, la habilidad más importante para el manejo de esta patología es aprender a reconocerla. □

AGRADECIMIENTOS

A todos los pacientes que generosamente aceptaron participar en este estudio.

REFERENCIAS

1. VICENTE B, VIELMA M, RIOSECO P. Un programa de epidemiología psiquiátrica para Chile. *Rev Psiquiatría* 1994; 4: 160-71.
2. MINISTERIO DE SALUD, 1999. Manual. Las enfermedades mentales en Chile. Magnitud y consecuencias.
3. RIOSECO P, ESCOBAR B, VICENTE B, VIELMA M, SALDIVIA S, CRUZAT et al. Prevalencia de vida de algunos trastornos psiquiátricos en la provincia de Santiago. *Rev Psiquiatría* 1994; 4: 186-93.
4. ENCUESTA NACIONAL DE SALUD, 2003, MINSAL. Disponible en: . Revisado el 20 de abril de 2005.
5. SHEPHERD M, COOPER B, BROWN AC, KALTON GW. *Psychiatric illness in general practice*. London: Oxford University Press, 1966.
6. DOCHERTY JP. Barriers to the diagnosis of depression in primary care. *J Clin Psychiatry* 1997; 58 (suppl 1): 5-10.
7. USTUN B, SARTORIUS N. *Mental illness in general health care: an international study*. London: Wiley, 1995.
8. GOLDBERG D, HUXLEY P. *Common mental disorders: a bio psychosocial approach*. London: Routledge, 1992.
9. ARAYA R, LEWIS G, ROJAS G, MANN A. "Patients knows best"-detection of common mental disorders in Santiago, Chile: cross sectional study. *BMJ* 2001; 332: 79-81.
10. ARAYA R, ROJAS G, FRITSCH R, ACUÑA J, LEWIS G. Common mental disorders in Santiago, Chile: Prevalence and socio-demographic correlates. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 228-33.
11. GOLDBERG D, BRIDGES K, DUNCAN-JONES P, GRAYSON D. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *BMJ* 1988; 297 (6653): 897-9.
12. MONTON C, PEREZ-ECHEVERRIA MJ, CAMPOS, GARCIA-CAMPOYO J, LOBO A. Escalas de depresión y ansiedad de Goldberg: una

- guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Aten Primaria* 1993; 12: 345-349. □
13. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-IV: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona, 1995.
 14. COHEN J. A coefficient of agreement for nominal scales. *Educ Psychol Meas* 1960; 20: 37 - 46. □
 15. LANDIS JR, KOCH GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977; 33: 159 - 174.
 16. ESTUDIO MULTICÉNTRICO OMS, 1990.
 17. GOIC A, PEREDA E, FLORENZANO R. Características de la morbilidad en un consultorio externo de adultos. Importancia relativa de las enfermedades "funcionales". *Rev Méd Chile* 1971, 9: 782-90.
 18. FLORENZANO R, DURRUTY JE, JIMÉNEZ K, HEERLEIN A, LAVADOS M, JADRESIC E. Estudio de la confiabilidad del diagnóstico de neurosis realizado por médicos generales urbanos en consultorio periférico. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 1978;16:33-35.
 19. BLACKER CV, CLARE AW. Depressive disorder in primary care. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 737-751.
 20. VON KORFF M, SHAPIRO S, BURKE JD, TEITLEBAUM M, SKINNER EA, GERMAN P, et al. Anxiety and depression in a primary care clinic. Comparison of Diagnostic Interview Schedule, General Health Questionnaire, and practitioner assessments. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44(2): 152-6.
 21. SCHULBERG HC, SAUL M, MCCLELLAND M, GANGULI M, CHRISTY W, FRANK R. ASSESSING depression in primary medical and psychiatric practices. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42(12): 1164-70.
 22. RUIZ A, SILVA H. Prevalence of psychiatric disorders in an outpatient service of general medicine. *Rev Med Chil* 1990; 118(3): 339-45.
 23. SIRELING LI, FREELING P, PAYKEL ES, RAO BM. Depression in general practice: clinical features and comparison with out-patients. *Br J Psychiatry* 1985; 147: 119-26.
 24. HOTOPF M, SHARP D, LEWIS G. What's in a name? *Soc Psychiat Psychist Epidemiol* 1998; 33: 27-31.
 25. BROADHEAD WE, BLAZER D, GEORGE L. Depression disability days and days lost from work. *JAMA* 1990; 264: 2524-8.
 26. KEARNS NP, CRUICKSHANK CA, MCGUIGAN KJ, RILEY SA, SHAW SP. A comparison of depression rating scales. *Br J Psychiatry* 1982; 141: 45-49.
 27. CALLAHAN EJ, BERTAKIS KD, AZARI R, HELMS LJ, ROBBINS J, MILLER J. Depression in primary care: patient factors that influence recognition. *Fam Med* 1997; 29(3): 172-6. □
 28. JAFFE A, FROOM J, GALAMBOS N. Minor depression and functional impairment. *Arch Fam Med* 1994; 3 (12): 1081-6.
 29. WULF A, VALDIVIESO S. Depresión. En: Montero J, ed. *Medicina ambulatoria del adulto. Medicina ambulatoria del adulto*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile, 2001: 141-9.
 30. AILLACH E, SANTANDER J. Manejo del episodio depresivo mayor. Intervención farmacológica en consultorio general. *Revista Chilena de Medicina Familiar* 1999; 8: 319-25.
 31. SIMON G, VON CORP M, HEILIGENSTEIN J. Inicial antidepressant choice in primary care. *JAMA* 1996; 275: 1897-902.
 32. PIERCE DW. Suicidal intent in self-injury. *Br J Psychiatry*. 1977; 130: 377-85.
 33. BECK AT, WEISSMAN A, LESTER D, TREXLER L. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *J Consult Clin Psychol*. 1974; 42(6): 861-5.