

# Screening de Depresión en Atención Primaria

**Dra. Maritza Rojas y Dr. Rodrigo Silva**  
*Residentes Programa de Medicina Familiar y Comunitaria, P. Universidad Católica de Chile*

## INTRODUCCIÓN:

La depresión constituye un importante problema de salud pública mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que será la segunda causa de invalidez en el 2020 (1). La gran mayoría de los pacientes con esta patología consultan a la atención primaria, situación que ocurre tanto en el extranjero como en Chile.

## MAGNITUD DEL PROBLEMA

En 1992, la OMS realizó un estudio multicéntrico(2-3) que evaluó la prevalencia de depresión en la atención primaria en 15 ciudades del mundo, incluyendo 3 consultorios de Santiago (Tabla 1 y 2).

**Tabla 1: Prevalencia comparativa de depresión en distintas ciudades del mundo**

Centro	Prevalencia (%)
Santiago	29,5
Río de Janeiro	15,8
París	13,7
Berlín	6,1
Seattle	6,3
Verona	4,7
Nagasaki	2,6
Total	10,4

Fuente: Modificado de "Trastornos emocionales en el nivel primario". Florenzano et al. Rev Med Ch. 1998

**Tabla 2: Prevalencia en el último mes de trastornos psiquiátricos en la APS stgo-orientado (Florenzano,1993)**

TRAST. PSIQUIÁTRICO	% TOTAL	% HOMBRES	% MUJERES
Algún trastorno psiquiátrico	53,5	54,6	53,0
Depresión	29,5	11,2	36,8
Ansiedad generalizada	18,7	11,0	21,8
Neurastenia	10,5	6,4	12,2
Abuso de alcohol	10,0	33,8	0,4
Dependencia de alcohol	2,5	5,6	1,2
Trastorno por somatización	17,7	33,8	11,2

Fuente: Modificado de "Trastornos emocionales en el nivel primario". Florenzano et al. Rev

Este estudio, demostró que:

- Uno de cada 2 pacientes consultantes a la APS presenta algún trastorno mental emocional clínicamente significativo.
- Las tasas de prevalencia de nuestro país están dentro de las más altas del mundo.
- La depresión corresponde al trastorno anímico más frecuente.

## HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

Dentro de la evolución natural de la enfermedad, se describe que la remisión espontánea puede ocurrir a los 6 a 12 meses en un 50% de los casos; sin embargo, el otro 50% tiende a la cronicidad (2). Una vez diagnosticada, la depresión puede ser tratada efectivamente con medicamentos antidepressivos y/o psicoterapia. Este tratamiento es de alta costo-efectividad, lo que permite la mejoría en el 80 a 85% de los casos(4).

## FACTORES DE RIESGO

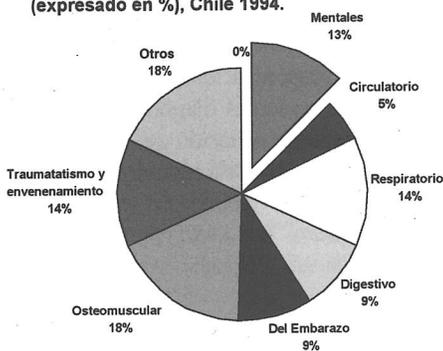
Araya, R. y colaboradores (5) describen, a partir de un análisis de los datos obtenidos en más de 20 consultorios de atención primaria de Santiago, que el perfil de los pacientes con mayor riesgo de trastorno anímico corresponde a: ser de sexo femenino, tener bajo nivel educacional, estar desempleado, ser dueña de casa, tener bajos ingresos económicos. Cada una de estas

variables fue ajustada por las otras; por lo tanto, se descartaron como variables confundentes.

**IMPACTO Y CONSECUENCIAS DE LA DEPRESIÓN MAYOR**

Otro punto importante de considerar en la patología depresiva es su impacto en la calidad de vida los pacientes que la padecen, el grado de discapacidad (figura 1, 2 y 3) y la tasa de suicidio asociada (2). Las personas con depresión tienen un riesgo mayor de suicidio respecto a la población general. Se describe que un 30 a 70% de las personas que han atentado contra su vida tienen el antecedente de esta enfermedad (1-2).

Figura 1: Distribución del total de días de licencias médicas por año en Isapres según Diagnóstico (expresado en %), Chile 1994.

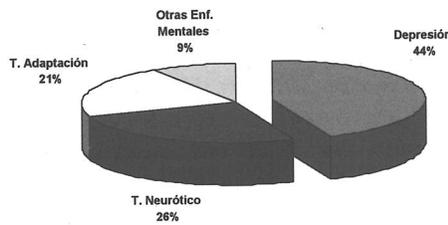


Diagnóstico	Porcentaje
Mentales	13
Circulatorio	5
Respiratorio	14
Digestivo	9
Del Embarazo	9
Osteomuscular	18
Traumatismo y envenenamiento	14
Otros	18

**DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS**

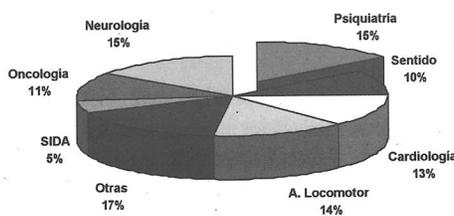
La gran mayoría (80%) de los pacientes que consultan por síntomas psicológicos efectivamente tiene algún trastorno de la esfera psiquiátrica. Sin embargo, solo 1 de cada 20 pacientes con trastorno del ánimo consulta por este tipo de síntomas. La gran parte acude a un centro de Atención Primaria por síntomas múltiples y vagos, (2).

Figura 2: Diagnóstico en Licencias por Trastornos Mentales en Isapres Chile 1994



Diagnósticos	Porcentaje
Depresión	44
T. Neurótico	26
T Adaptación	21
Otras Enfermedades Mentales	9

Figura 3: Distribución Diagnóstica de las Pensiones de Invalidez. Chile 1997



Esto hace que el diagnóstico de un cuadro depresivo sea más difícil y lleve necesariamente a una búsqueda activa por parte del médico.

**VARIABILIDAD EN LAS TASAS DE DETECCIÓN POR PARTE DE LOS MÉDICOS GENERALES**

En el mismo estudio de la OMS (2), Santiago es una de las ciudades que posee la más alta tasa de detección de trastornos mentales comunes, por parte de los médicos generales (58%). Sin embargo, no se informa sobre el porcentaje de falsos positivos, sólo se describe la baja concordancia con la medición de la escala de CIDI (instrumento psiquiátrico utilizado en el estudio como «gold standard»).

En el estudio de Araya, R. (5), se observó que, al comparar los registros hechos por médicos generales con la exploración realizada por psiquiatras a los mismos consultantes, la detección de casos de salud mental alcanzó un 74,1% respecto a los realizados por psiquia-

tras. Dentro de estos diagnósticos, los más frecuentemente identificados fueron: somatización (88,6), depresión (74%) y ansiedad generalizada (61,4%).

La detección no se asoció necesariamente a la prescripción de algún medicamento o a la correcta selección de un fármaco. En el caso de la depresión, un 58,8% se asoció a la prescripción de medicamentos, de los cuales sólo un 18,8% correspondió a antidepresivos.

Dada la variabilidad en el poder de detección de un trastorno mental en general y de la depresión en particular, por parte de los médicos de atención primaria, cabe plantear la siguiente pregunta:

**¿UN SCREENING POBLACIONAL MEJORARÍA EL DIAGNÓSTICO DE LOS PACIENTES CON DEPRESIÓN?**

Existen varios test de screening para síntomas emocionales. Entre los más conocidos tenemos:

- Depression Scale (CES-D)
- Zung Self-Rating Depression Scale (ZSRDS)
- Beck Depression Inventory (BDI)
- General Health Questionnaire (GHQ)

De éstos, el más estudiado y validado para la atención primaria en Chile es el GHQ-12, razón por la que nos referiremos en este artículo sólo a este último.

El GHQ-12 es un cuestionario de salud general, desarrollado por Golberg, consta de 12 preguntas acerca de la percepción de salud general y síntomas anímicos asociados. Corresponde a un test autoaplicado y de rápida aplicación (ver inserto del test).

**VALIDACIÓN DEL GHQ-12 EN LA ATENCIÓN PRIMARIA (AP) CHILENA**

En 1992, Araya R, Winn R et al.(6) validaron una versión del GHQ-12 en Santiago. El Gold standard fue el CIS-R, (entrevista clínica estructurada, para trastornos emocionales) aplicada por psiquiatras. Dentro de los resultados obtenidos destaca:

- Sensibilidad: 73%
- Especificidad: 76%
- Porcentaje de Falsos Positivos: 26%
- Punto de corte: > 4 puntos.
- Área Curva Roc: 0,81 (0,03)

Es así que, considerando una prevalencia de depresión en AP de un 29,5%, tenemos que:

	DEPRESIÓN (+)	DEPRESIÓN (-)	
GHQ-12 (+)	22	17	39
GHQ-12 (-)	8	53	61
Total	30	70	100

Valor Predictivo Positivo: 56,4%  
 Valor Predictivo Negativo: 86,8%  
 Likelihood ratio+: 3,04

En 1976, Golberg et al.(7) reportaron que, utilizando el GHQ-12, mejoraba la detección de pacientes con cuadros depresivos en un 11%. Posteriormente, un estudio norteamericano (8) con 1469 pacientes de atención primaria, dividido en grupo experimental y control (en el primero, se le informaba al médico general el resultado del test y, en

el segundo, no); demostró que el porcentaje de detección en ambos grupos no tuvo diferencias estadísticamente significativas.

The Canadian Task Force (9) y The United States Preventive Services Task Force (10), realizaron un análisis de este tema, a través de 5 ensayos clínicos randomizados, utilizándose en 3 de ellos el GHQ-12 para el screening de síntomas depresivos. Los resultados demostraron que la aplicación de estos test en forma masiva (a cualquier paciente que acudía a médico en la atención primaria), no mejora el impacto en el nivel de detección de cuadros depresivos.

Por esta razón, estas organizaciones no recomiendan su aplicación (nivel de evidencia tipo I, recomendación de tipo D).

### COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Como se ha descrito, en la actualidad se dispone de un test de screening para síntomas depresivos, validado en Chile. Aunque no se cuenta con datos nacionales, la evidencia recopilada en estudios de otros países, apunta hacia no recomendar el uso de este método de

screening en toda la población consultante en la atención primaria. Sin embargo, los valores predictivos del GHQ-12 sí son conocidos para la prevalencia chilena de esta enfermedad, lo que permite concluir que un paciente con un test positivo tiene un 56,4% de probabilidad de tener un trastorno anímico y, si el test sale negativo, su probabilidad de no tener la enfermedad corresponde a un 86,8%.

Por lo tanto, utilizar el test sirve para descartar patología depresiva, pero no mejora el índice de sospecha; no obstante y debido a que estos resultados se obtienen para una población general, resultaría conveniente estudiar este test aplicándolo en una población de alto riesgo (con una prevalencia mayor).

A partir de este análisis y de la realidad de salud nacional, parecen pertinentes preguntas como: ¿Existe capacidad para absorber un aumento de pacientes diagnosticados?, ¿Se requiere mayor capacitación y es siempre esta capacitación efectiva, es decir, mejora los resultados?

### CUESTIONARIO DE SALUD DE GOLBERG (GHQ-12)

Identificación del paciente:

- 1.- ¿Recientemente, ha sido capaz de concentrarse en lo que hace?  
 0 más que de costumbre  
 0 igual que de costumbre  
 1 menos que de costumbre  
 1 mucho menos que de costumbre
- 2.- ¿Recientemente, ha perdido mucho sueño por sus preocupaciones?  
 1 más que de costumbre  
 1 igual que de costumbre  
 0 menos que de costumbre  
 0 mucho menos que de costumbre
- 3.- ¿Últimamente, se ha sentido una persona útil para los demás?  
 0 más que de costumbre

- 0 igual que de costumbre  
 1 menos que de costumbre  
 1 mucho menos que de costumbre

- 4.- ¿Recientemente, se siente capaz de tomar decisiones?  
 0 más que de costumbre  
 0 igual que de costumbre  
 1 menos que de costumbre  
 1 mucho menos que de costumbre

- 5.- ¿En el último tiempo, se ha sentido constantemente bajo tensión?  
 1 más que de costumbre  
 1 igual que de costumbre  
 0 menos que de costumbre  
 0 mucho menos que de costumbre

- 6.- ¿En el último tiempo, ha sentido que no puede solucionar problemas?  
 1 más que de costumbre  
 1 igual que de costumbre  
 0 menos que de costumbre  
 0 mucho menos que de costumbre

- 7.- ¿En el último tiempo, ha podido disfrutar de la vida diaria?  
 0 más que de costumbre  
 0 igual que de costumbre  
 1 menos que de costumbre  
 1 mucho menos que de costumbre

8.- ¿Recientemente, se ha sentido capaz de enfrentar los problemas?

- 0 mejor que de costumbre
- 0 igual que de costumbre
- 1 menos que de costumbre
- 1 mucho menos que de costumbre

9.- ¿ Recientemente, se ha sentido triste y deprimido?

- 1 más que de costumbre
- 1 igual que de costumbre
- 0 menos que de costumbre
- 0 mucho menos que de costumbre

10.- ¿Recientemente, ha perdido la confianza en sí mismo?

- 1 más que de costumbre
- 1 igual que de costumbre
- 0 menos que de costumbre
- 0 mucho menos que de costumbre

11.- ¿En el último tiempo, ha sentido que no vale nada?

- 1 más que de costumbre
- 1 igual que de costumbre
- 0 menos que de costumbre
- 0 mucho menos que de costumbre

12.- ¿En el último tiempo, se ha sentido feliz, considerando todas las cosas?

- 0 mejor que de costumbre
- 0 igual que de costumbre
- 1 menos que de costumbre
- 1 mucho menos que de costumbre

## Referencias

1. [www.WHO.net](http://www.WHO.net)
2. "Las Enfermedades Mentales en Chile: Magnitud y Consecuencias": MINSAL. 1999.
3. Florenzano R, Acuña J. et al "Trastornos emocionales en el nivel primario".. Rev Med Ch: 1998; 126:397-405.
4. National Advisory Mental Health Council, 1993
5. Araya R. "Trastornos Mentales en la Práctica Médica General".. 2000.
6. Araya R, Wynn R. et al. "Comparison of two self administered psychiatric questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in primary care in Chile". Psych Epid: 1992
7. Golberg, D., Hay, C; Thompson, L. "Psychiatric morbidity in general practice and the community". Psychol Med 1976; 6:565-70.
8. Hoepfer, E; Kessler, L et al. "The usefulness of screening for mental illness". The Lancet, January, 1984. 33-35.
9. Feightner JW. "Early detection of depression". Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Ottawa: Health Canada: 1994; 450-4.
10. Williams & Williams "Screening for depression". United States Preventive Services Task Force: 1996; 541-6