

Jesús Magdalena Belío [Buscar autor en Medline]



Alternativas de abordaje de la depresión en atención primaria: capacidad de resolución de los diferentes niveles de salud.

[Ver resumen y puntos clave](#)

[Ver texto completo](#)

[Volver al sumario](#)

Texto completo

INTRODUCCIÓN

La población ha aumentado sus expectativas respecto a la capacidad de resolución de sus problemas por parte de los Servicios Sanitarios y espera de éstos que sean capaces de conservar el mayor tiempo posible sus capacidades físicas, psíquicas y sociales. Pide y casi exige del sistema sanitario que utilice sus herramientas preventivas, diagnósticas y terapéuticas de forma efectiva y rápida para mantenerla sana el mayor tiempo posible¹.

Los servicios sanitarios son un elemento importante para este fin pero no el único ya que entran en juego otros determinantes ajenos a los mismos. Es preciso planificar actuaciones conjuntas intersectoriales orientadas a mejorar la calidad de vida de la población².

Actualmente la oferta de servicios de la atención primaria de salud (AP) es aun demasiado limitada e impide que alcance su poder resolutivo máximo debiendo de derivar al nivel secundario la solución de muchos problemas de salud y también la capacidad diagnóstica de los mismos o la aplicación de medidas terapéuticas que en ocasiones podrían sin duda ser atendidos y aplicados en atención primaria.

LA DEPRESIÓN Y LAS CARACTERÍSTICAS DE LA AP

La características propias de la AP como son su accesibilidad, cuidados personalizados de forma continuada y a lo largo de la vida del paciente, un mayor conocimiento del entorno y de los problemas con los que viven nuestros pacientes, hace que se de por hecho que más del 85% de los problemas puedan resolverse en AP, que entre el 10 al 12 % precisan una consulta compartida con la atención especializada y solamente necesiten de la atención especializada (AE) el 3-5 % de los problemas, siendo necesaria la intervención de la AP para su seguimiento y control posterior³.

La depresión presenta unas características que constituye todo un reto para la capacidad resolutiva del sistema sanitario y en particular de la AP. Una alta prevalencia, un diagnóstico aparentemente fácil pero con una carga oculta importante, riesgos potencialmente graves, necesidad de un abordaje interdisciplinar que de forma poliédrica atienda todas sus facetas, alta carga de incapacidad y de influencia sobre la calidad de vida, grandes costes indirectos, baja mortalidad y alta cronicidad, afectando con preferencia a los grupos menos favorecidos, siendo las medidas terapéuticas diversas necesitando de una coordinación y de una implementación accesible en AP de terapias que han mostrado su eficacia como las de corte psicoterapéutico.

EL DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN EN AP

Una proporción no despreciable de pacientes con depresión no reciben un tratamiento adecuado. Aunque se estima que un 10% de los pacientes que acuden por primera vez a la consulta de AP pueden tener un trastorno depresivo y escasamente la mitad son diagnosticados. La depresión se puede manifestar de forma clara o bien de manera insidiosa, como un síntoma dentro de un contexto patológico, como por ejemplo tras un infarto de miocardio, como un síndrome que engloba una serie de síntomas tales como fatiga, síntomas digestivos, parestesias o bien como una enfermedad con carácter propio motivo de consulta del paciente⁴.

bibliografía

1. Caminal J, Martín Zurro A, et al. Sobre la contribución de la atención primaria a la capacidad resolutiva del sistema de salud y su medición. *Aten Primaria*. 2005; 36 (8): 456-61

2. World Health Organization. The World Health Report 2003. Shaping de future. Geneva: WHO; 2003. Disponible en : <http://www.who.int/whr/2003/en/index.html>

3. Starfield B. Is primary care essential?. *Lancet*. 1994;344 (8930):1129-33. Disponible en: <http://search.epnet.com/login.aspx?direct=true&db=pbh&an=9411072746&lang=es>

4. De la Gándara jj. Manejo de la depresión y ansiedad en atención primaria. *Aten Primaria* 1997; 20(7):389-94.

5. World Health Organization. International Classification of Diseases. Mental and Behavioral Disorders. 10th ed. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1994.

[Ver más](#)

enlaces

No hay enlaces de interés



El diagnóstico de la depresión es fundamentalmente clínico, sin requerir de técnicas diagnósticas específicas.^{5,6} Si bien los instrumentos diagnósticos, los tests psicométricos precisan de una experiencia o entrenamiento previo que en ocasiones su aplicación e interpretación presenta alguna dificultad al médico de AP, condicionado fundamentalmente por una falta de tiempo. Sin olvidar los numerosos tests disponibles y la disparidad de criterios y opiniones sobre su validación e indicación de los mismos^{7,8,9}.

Siendo una vez más las limitaciones estructurales del sistema las que pueden disminuir considerablemente la capacidad resolutoria del mismo, al condicionar por falta de tiempo el marco adecuado para un diagnóstico y el establecimiento de la alianza con el paciente, piedra fundamental del tratamiento. Es preciso disponer del tiempo suficiente para hacer una anamnesis adecuada, una valoración diagnóstica y un abordaje terapéutico adecuado a las circunstancias de cada caso.

La mayor parte de las pruebas complementarias y análisis orientados a descartar una depresión secundaria están al alcance de la AP, siendo en ocasiones preciso derivar para hacer diagnóstico diferencial, en particular con las enfermedades degenerativas del sistema nervioso central donde los síntomas se solapan a menudo en las fases iniciales o en caso de patología psiquiátrica añadida.

Los grupos sociales menos favorecidos tienen un mayor riesgo para la depresión y un peor pronóstico ya que se pueden ver afectados por un mayor número de acontecimientos desencadenantes y contar con apoyos menos sólidos y definidos. Pero para su abordaje es preciso contar con unos servicios sociales que trabajen conjuntamente con los sanitarios para aumentar la capacidad de respuesta a los condicionantes de su situación.

Una vez más, el abordaje de los problemas sociales que pueden precipitar o cronificar situaciones de depresión se escapa a la capacidad resolutoria de los servicios sanitarios siendo preciso una voluntad y decisión política que facilite la coordinación eficaz de las actuaciones socio-sanitarias y facilite la adaptación a la realidad social actual.

TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN AP

Los costes generados por la depresión son cuantiosos, estimándose unos costes anuales en EE.UU. en torno a los 43 billones de dólares, siendo una de las diez enfermedades más costosas¹⁰. Y según la Organización Mundial de la Salud la depresión es la cuarta enfermedad en importancia causante de discapacidad en el mundo, estimándose que el año 2020 pasará a ser la segunda, tan solo detrás de la cardiopatía isquémica^{11,12}. Así mismo se ha demostrado que las intervenciones terapéuticas, de tratamiento proactivo y de mantenimiento para evitar nuevas recaídas son altamente rentables económicamente, en términos de DALY (años de vida ajustados por discapacidad)¹³

Estos argumentos serían suficientes para despertar en los responsables de los servicios sanitarios la necesidad de adaptar sus estructuras y funcionamiento para lograr una mayor capacidad resolutoria. Facilitando los medios para mejorar su capacidad diagnóstica y a su vez aumentando los recursos necesarios para una mejor eficiencia terapéutica, en el ámbito de la atención primaria de salud.

A pesar de la alta prevalencia de depresión en las consultas de atención primaria, no figura entre las causas más comunes de derivación al segundo nivel¹⁴, estimándose una tasa de derivación en torno al 2 %⁴ lo que viene a afirmar que el manejo de la depresión se realiza desde el nivel de la atención primaria. Situación que no garantiza que su manejo sea el más eficiente o que éste no sea mejorable si aumentásemos el tiempo, las habilidades y la oferta psicoterapéutica en este nivel.

La resolución del problema en muchas ocasiones no se ha de considerar únicamente como la curación y el restablecimiento a la normalidad, en ocasiones lo debemos de considerar como el alivio de una sintomatología o el desbloqueo de una situación que le permita al paciente sobrellevar su vida con un mínimo de dignidad y de capacidad funcional física, afectiva y social.

Esto va a depender no solo del tratamiento prescrito, sino que es necesario crear un clima de confianza en la relación con el paciente y la colaboración activa de este. Es en el ámbito de la APS donde es más fácil conseguir este clima, ya sea por la confianza en su médico habitual, la accesibilidad de acudir ante cambio en su evolución, como la posibilidad del control de la adherencia al tratamiento.

Otro dato importante a considerar es el que se refiera a la historia natural de la enfermedad. Siendo el curso de la depresión dependiente del subtipo considerado (depresión mayor o distimia) y de su cronicidad. El 75 % de los pacientes con depresión mayor al cabo de 10 años sufren un nuevo episodio y un 10 % de ellos presentarán depresión crónica. El 80% de los pacientes con distimia acabará presentando un episodio de depresión mayor. Más de tres episodios de depresión aumenta la probabilidad de recaída, aconsejándose tratamientos de larga duración o de forma indefinida¹⁵.

Esto nos lleva a considerar que los objetivos terapéuticos ante un paciente depresivo serán diferentes y esto definirá nuestra capacidad de resolución. En ocasiones ante pacientes con factores de riesgo deberemos de aplicar las estrategias oportunas para evitar que el paciente entre en un episodio depresivo agudo, en una distimia o bien reducir la probabilidad de cronificaron.

Aunque el abordaje terapéutico de la depresión debería de hacerse teniendo en cuenta las múltiples características individuales y socio-familiares del paciente y en muchos casos debe de ser multidisciplinar o intervenir diferentes estrategias terapéuticas no excluyentes entre sí, en el nivel de la AP, tras crear la alianza terapéutica necesaria para tratar con la confianza del paciente disponemos como primera medida el tratamiento farmacológico con antidepresivos.

La tasa de respuesta, medida como una disminución significativa de sus síntomas se sitúa en torno al 60 – 75 % siendo la tasa de remisión o desaparición de los síntomas en torno al 25 %¹⁶. Muchas son las razones para justificar esta baja efectividad de los antidepresivos. Una de las más importantes es la de la mala adherencia al tratamiento, observándose que el 25% lo incumple antes del mes, el 44% antes de los tres meses y un 60% antes de los seis meses. Se comprueba que las intervenciones dirigidas a aumentar la adherencia del tratamiento y la comprensión y aceptación de la enfermedad por parte del paciente, aumentan considerablemente la efectividad de los tratamientos antidepresivos¹⁷. Otros argumentos se dirigen a una prescripción no individualizada tanto del paciente como del estadio en el que se encuentra.

El tratamiento psicoterapéutico de la depresión ha demostrado su eficacia en la mayor parte de los trastornos depresivos, resultando en algún caso de una eficacia superior a los tratamientos farmacológicos. Para ello se debe de conocer sus indicaciones específicas. Aunque la psicoterapia estructurada esta solo esté al alcance de los especialistas, la psicoterapia no estructurada puede realizarse en el entorno de la AP por personal capacitado para tal fin.

El tratamiento de la depresión en el ámbito de la AP debe de contemplar tanto el tratamiento farmacológico como el psicoterapéutico, ya que ambos presentan un efecto sinérgico en la mayoría de las situaciones.

Desde la AP podemos actuar sobre la depresión en todos los momentos de la historia natural de la enfermedad, antes que se produzca valorando e interviniendo sobre los factores de riesgo, realizando un diagnóstico precoz, actuando con medidas terapéuticas de forma precoz y finalmente evitando las recaídas o bien identificándolas y tratándolas, a diferencia de la atención especializada donde debería de abordar el problema en situaciones más complejas.

ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

Podemos definir dos marcos de actuación diferente entre la AP y la AE. La AP tiene capacidad de abordar el problema antes de su presentación, en fases iniciales, en fases instauradas y en las recurrencias o depresiones crónicas. Tanto en estadios leves a moderados e incluso con cierto grado de gravedad. La AE tendrá acceso a la enfermedad en fases más avanzadas o cuando la depresión se manifieste más severa o resistente a tratamiento convencional. También aquella depresión comorbide con enfermedades de terapias más compleja como pueda ser en el transcurso de tratamientos oncológicos, acompañando a otra patología mental o ingresos hospitalarios.

El marco de actuación propio de cada nivel es diferente y por tanto las comparaciones de capacidad resolutoria son difíciles de hacer. Bien es verdad que un número de pacientes han de ser tratados y seguidos por ambos niveles, aquellos derivados desde AP y aquellos derivados para control por AE.

Aunque la AP atiende la mayor parte de los procesos depresivos, un porcentaje debe ser derivado a la AE para su diagnóstico y tratamiento específico, sin olvidar que han de ser devueltos al seno de la APSy llevar un seguimiento conjunto de la evolución de su enfermedad.

Se han de derivar y por tanto desbordará la capacidad de resolución de la APS aquellos pacientes que presenten depresión grave con ideas o intentos de suicidio. Esta situación no es infrecuente ya que se estima que un 15% de los pacientes deprimidos pueden llegar a fallecer por suicidio y que el 30 – 45 % de los suicidios consumados presentaban antecedentes de depresión¹⁹. La depresión con síntomas psicóticos, la que no responde al tratamiento, la que se encuentra en el contexto de un trastorno bipolar, la recurrente o aquella que presente dudas diagnósticas serán tributarias de ser remitidas a la AE.

La depresión ocupa una parte importante de la carga de enfermedad en nuestro medio y se dispone hoy en día de medidas con eficacia probada, pero insuficientes resolver completamente el problema.

EL PROBLEMA DE LA EFICIENCIA EN AP

Una parte importante de la depresión es abordada con las estrategias de intervención actualmente utilizadas. Pero esta parte podría ser mayor si se aumentase la eficiencia del sistema. Es decir, aun nos queda un margen importante con los medios actuales para mejorar la efectividad en el abordaje de la depresión. Una parte importante de los trastornos depresivos queda sin diagnosticar en el seno de la AP, debido a que no acuden todos los pacientes con estos trastornos, a la dificultad diagnóstica al presentarse esta en muchas ocasiones enmascarada en el seno de problemas somáticos y al mal uso o dificultad del uso adecuado de instrumentos con la sensibilidad y especificidad adecuada, lo que produce falsos negativos escapándose depresiones un tanto enmascaradas y falsos positivos al diagnosticar como depresión problemas calificados de infelicidad más que depresivos. La masificación y la falta de tiempo adecuado en las consultas es un fenómeno que agrava los anteriores.

Otra merma de la capacidad resolutoria se produce cuando al prescribir un tratamiento adecuado no se produce al efecto terapéutico esperado por falta de adherencia, que como hemos señalado es un fenómeno muy frecuente.

Las estrategias para aumentar la efectividad de las medidas lógicamente han de ir encaminadas a aumentar las habilidades diagnósticas y terapéuticas de los médicos de APS, aumentar la disponibilidad del tiempo necesario para la implementación de dichas habilidades y en el desarrollo de estrategias que aumenten la adherencia al tratamiento.

Otro tipo de medidas deberá ir encaminado a ser más coste efectivas, es decir, más eficientes. Para ello se deberán de seleccionar muy bien los pacientes que se deben de derivar al nivel secundario para recibir un tratamiento más complejo. Deberá de facilitarse el acceso de técnicas psicoterapéuticas, hasta el momento sólo accesibles en la consulta de psiquiatra al medio de la atención primaria para complementar el tratamiento farmacológico o bien como único tratamiento.

Hay pues una carga importante de la depresión que no es abordable con las estrategias de tratamiento que se disponen actualmente, estimándose que solo el 22 % de la carga de enfermedad que produce la depresión medida en AVAD (años de vida ajustados por discapacidad) es evitable con las técnicas actuales^{20,21}.

Es por ello prioritario ajustar los sistemas aumentando su eficiencia e investigar procedimientos, estructuras asistenciales y métodos de abordaje interdisciplinar que mejoren estos resultados.

