

Margalida Gili^{1,2}
Pau Riera-Serra^{1,2*}
Lorenzo Roldán-Espínola²
Adoración Castro^{1,2}
Victoria Coronado-Simsic²
Mauro García-Toro^{1,2}
Miquel Roca^{1,2}

Radiografía de la detección y el tratamiento del trastorno depresivo en el sistema de salud público español: una revisión crítica

¹ Instituto de Investigación Sanitaria Illes Balears (IdISBa).

² Instituto Universitario de Investigación en Ciencias de la Salud (IUNICS).
Universidad de las Islas Baleares (UIB).

RESUMEN

La atención sanitaria de la depresión constituye un reto de primer nivel. El objetivo de esta revisión es plasmar el estado de la detección, diagnóstico y tratamiento de la depresión en el sistema de salud público español. Se han analizado los datos de la última Encuesta Nacional de Salud (ENSE 2017) y se ha realizado una búsqueda no sistemática de publicaciones en las bases de datos PubMed y Scopus. Destacamos la alta especificidad y la baja sensibilidad en la detección de casos de depresión mayor por parte de los médicos de Atención Primaria (AP) en España. La detección de la depresión es superior en la Atención Especializada que en AP. Se revisan los nuevos sistemas asistenciales basados en el abordaje compartido y en el modelo jerárquico de cribado, diagnóstico y derivación, y planteamos propuestas de mejora a partir de diversos programas y modelos de atención sanitaria de la depresión.

Palabras Clave: Depresión, detección, diagnóstico, tratamiento.

Actas Esp Psiquiatr 2022;50(4): 187-95

DETECTION AND TREATMENT OF DEPRESSIVE DISORDER IN THE SPANISH HEALTH SYSTEM: A CRITICAL REVIEW

ABSTRACT

Health care for depression is a major challenge. The aim of this review is to capture the status of the detection, diagnosis and treatment of depression in the Spanish public health

system. The data from the latest National Health Survey (ENSE 2017) have been analyzed and a non-systematic search for publications has been carried out in the PubMed and Scopus databases. We highlight the high specificity and low sensitivity in the detection of cases of major depression by Primary Care (PC) physicians in Spain. The detection of depression is superior in specialized care compared to PC. The new healthcare systems based on the shared approach and the hierarchical model of screening, diagnosis and referral are reviewed and we present improvement proposals based on various programs and models of healthcare for depression.

Keywords: Depression, detection, diagnosis, treatment.

LA ATENCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN LA POBLACIÓN GENERAL: LOS ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS

La depresión es uno de los trastornos mentales más prevalentes en la población general, con más de 264 millones de afectados en todo el mundo¹. En una reciente revisión sistemática con datos procedentes de 30 países, se estimó que la prevalencia de la depresión en el último año oscilaba alrededor del 7,2%².

En Europa, el proyecto epidemiológico ESEMeD investigó el estado de la salud mental en la población general en diferentes países europeos, entre ellos España. Mediante la entrevista estandarizada "Composite International Diagnostic Interview" (WMH-CIDI) se encontró que la prevalencia de la depresión en el último año en Europa era de alrededor del 3,9%³. En el marco del citado proyecto, en España se entrevistó a 5500 personas adultas de diferentes provincias. Los resultados obtenidos indicaron también que 4 de cada 100 personas en España presentaron depresión en el último año⁴.

En el proyecto ESEMeD-España se recogieron datos relacionados con la utilización de servicios de salud por parte de los entrevistados⁵. Solo un 48,9% de las personas con

*Autor de correspondencia.

N.º de teléfono: (+34) 971 17 26 19

Dirección postal profesional: Instituto Universitario de Investigación en Ciencias de la Salud (IUNICS), Universidad de las Islas Baleares, Carretera de Valldemossa, km 7,5, 07122. Palma de Mallorca, España.

Correo electrónico: pau.riera@uib.es

depresión había sido atendida por un profesional sanitario; en concreto, el 26,4% de las personas con depresión en el último año había sido atendido por un médico de atención primaria, un 30,8% por un psiquiatra y un 7,8% por un psicólogo.

A partir de guías clínicas, protocolos y consensos científicos, el proyecto ESEMeD definió lo que podría considerarse un "tratamiento mínimamente adecuado"⁵. Para ello se debía cumplir al menos uno de los siguientes criterios: haber recibido un tratamiento antidepresivo durante un mínimo de 2 meses y al menos 4 visitas con un psiquiatra o un médico de atención primaria (o cualquier otro médico); o, al menos, haber recibido 8 sesiones de psicoterapia con un psicólogo o psiquiatra con una duración promedio de 30 minutos.

A partir de esta definición los datos del ESEMeD-España revelaron que solamente un 35,8% de los pacientes con diagnóstico de depresión recibía un "tratamiento mínimamente adecuado"⁵. Estos datos coinciden con los resultados encontrados en otros países^{6,7,8}. Los factores más influyentes para recibir un tratamiento óptimo para la depresión encontrados en el ESEMeD-España fueron: vivir en una gran ciudad, un alto nivel educativo y un alto nivel de salud percibida⁵.

De estos datos se infiere que a pesar de disponer en España de una asistencia sanitaria universal y gratuita, la detección, el diagnóstico y el tratamiento de la depresión aún presenta importantes carencias. La mitad de las personas con depresión no buscaría ayuda en el sistema sanitario español para paliar su sintomatología depresiva. Además, como se expondrá más adelante, la búsqueda de ayuda no siempre se traduce en su detección o diagnóstico ni en la recepción de un tratamiento adecuado.

Datos epidemiológicos en la Encuesta Nacional de Salud en España (ENSE)

Los datos recogidos por la Encuesta Nacional de Salud en España (ENSE)⁹, disponibles en la página web del Instituto Nacional de Estadística, nos permiten analizar datos más recientes sobre la búsqueda y la obtención de recursos sanitarios por parte de la población española con depresión. Esta encuesta, dirigida por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social en colaboración con el Instituto Nacional de Estadística (INE), se ha realizado hasta en nueve ocasiones entre el año 1987 y el 2017. Sus datos dan cuenta de la evolución de diferentes indicadores de salud de la población residente en España. Los datos de la última encuesta, la ENSE 2017, nos permiten investigar cuál es la utilización de los servicios sanitarios en personas con depresión en España. Para determinar la población con depresión en la ENSE 2017 hemos tenido en cuenta las preguntas relacio-

nadas con la depresión: "¿ha tenido usted una depresión a lo largo de la vida?"; "¿ha tenido usted una depresión en los últimos 12 meses?"; "¿ha recibido un diagnóstico médico de depresión en los últimos 12 meses?". La encuesta ENSE 2017 recoge también los ítems del cuestionario "General Health Questionnaire" (GHQ-12), una escala de 12 ítems que permite el cribado de trastornos psiquiátricos en contextos de atención primaria o de población general^{10, 11}. Se ha utilizado la escala GHQ-12 como forma adicional de valorar la depresión, en la medida en que puede ser utilizada como indicador del trastorno depresivo en encuestas de salud pública¹². La puntuación analizada mediante su puntuación dicotómica, "Puntuación GHQ", oscila entre 0 y 12. Habitualmente el punto de corte utilizado para considerar depresión es una puntuación GHQ igual o mayor de 3. Sin embargo, en el presente trabajo hemos optado por utilizar un punto de corte de 5 (GHQ igual o mayor a 5) priorizando así una mayor especificidad de la escala¹³.

En la última encuesta (ENSE 2017)⁹ participaron un total de 23.089 adultos. Un 8,1% respondió afirmativamente a las preguntas "¿ha tenido usted una depresión en los últimos 12 meses?" y "¿le ha dicho un médico que padece depresión en los últimos 12 meses?". Según el criterio GHQ para detectar la depresión utilizado en este estudio (GHQ-12 \geq 5), un 12% de la población general española encuestada superaría el punto de corte establecido. Las personas que cumplen este criterio GHQ y afirman además haber padecido una depresión diagnosticada en el último año representan un 4,5% de los encuestados. Este 4,5% concuerda con los datos de prevalencia puntual de la depresión que señalan la mayoría de estudios epidemiológicos de nuestro país^{4, 14}.

Respecto a la utilización de recursos médicos por las personas con depresión diagnosticada en el último año, un 97% contestó haber acudido al médico de atención primaria en los últimos 12 meses. Sin embargo, se desconoce si acudieron por problemas relacionados con la salud mental o por otros problemas médicos. Este porcentaje se reduce a un 33% cuando se pregunta por la última visita a un psiquiatra o a un psicólogo. De las personas con una puntuación GHQ mayor o igual a 5, únicamente el 52% contestó haber acudido al médico de atención primaria en las últimas 4 semanas, y solo un 21% de los encuestados habría visitado a un psiquiatra o a un psicólogo.

En relación al consumo de ansiolíticos y antidepresivos, los datos de la ENSE 2017 señalan que un 52% de las personas con puntuación GHQ de 5 o más puntos recibía ansiolíticos (tranquilizantes, hipnóticos) y un 32% antidepresivos en las últimas dos semanas. El 73% de las personas con un diagnóstico de depresión en los últimos 12 meses estaba tomando ansiolíticos y un 63% antidepresivos en las dos últimas

semanas. De estos datos se deduce que un 37% de pacientes diagnosticados con depresión no estaba consumiendo ningún tipo de medicación antidepresiva en las últimas semanas. A partir de los datos disponibles puede estimarse que un 29% de los encuestados con diagnóstico de depresión no habría recibido tratamiento antidepresivo en las últimas dos semanas ni asistencia psicológica en el último año. Sin embargo, con los datos de esta encuesta no es posible dilucidar si quienes están en tratamiento farmacológico son los pacientes con trastornos depresivos de mayor gravedad ni tampoco qué proporción de personas con depresión grave no estaba siendo tratada.

LA ATENCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA: PROBLEMAS EN LA DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO

La Atención Primaria (AP) constituye la puerta de entrada en la atención sanitaria a los pacientes con depresión^{15,16,17}. Se estima que aproximadamente el 80% de la población que busca ayuda por problemas emocionales acude y es finalmente tratada por los profesionales de AP^{18,19,20}.

En un análisis realizado por Pence *et al.*²¹ se sugieren cuáles serían los pasos recomendables para la detección y el tratamiento de la depresión en AP: que las personas que padecen una depresión (1) sean detectadas clínicamente, (2) inicien un tratamiento, (3) consigan un tratamiento adecuado para sus síntomas, (4) y alcancen la remisión de la sintomatología depresiva. Una simulación realizada por estos mismos autores²¹ a partir de datos publicados en diferentes estudios, señala que de 1000 pacientes que acuden por cualquier motivo a una consulta de AP, un 12,5% presentaría un trastorno depresivo en el último año (n=125). Según esta simulación, solo la mitad (47%) de los que presentaron un trastorno depresivo serían clínicamente detectados (n=59); una cuarta parte (24%) serían tratados (n=30); un 9,6% serían adecuadamente tratados (n=12); y solo un 6% conseguiría finalmente una remisión total o parcial de los síntomas (n=8).

Paralelamente, en un estudio realizado en AP en España que incluía a 3815 pacientes²², se observó que los médicos de Atención Primaria (MAP) consiguieron identificar solo al 20% de las personas a las que se había diagnosticado previamente con un episodio depresivo mayor mediante el SCID-I. Uno de los principales factores asociados a la mayor probabilidad de reconocimiento del diagnóstico era manifestar los problemas psicológicos como principal motivo de consulta. Los resultados de este estudio también indican que los MAP realizaban un tratamiento adecuado a la mayoría (63%) de los pacientes a los que ellos mismos habían diagnosticado de depresión. Este estudio enfatiza también la insuficiente

detección de los pacientes deprimidos por los médicos de atención primaria en comparación con un *gold standard* (p. ej. SCID-I) de diagnóstico psiquiátrico.

Respecto al diagnóstico de la depresión en AP, la literatura ha señalado dos principales dificultades: (a) el infradiagnóstico: no diagnosticar depresión en personas que realmente tienen depresión, lo que se conoce como "falsos negativos"; y (b) el sobrediagnóstico, diagnosticar depresión a personas que realmente no presentan el trastorno, dando lugar a "falsos positivos". En los últimos años, ha aparecido una considerable cantidad de bibliografía relativa al infradiagnóstico de la depresión en AP. Los datos apuntan a que entre el 35 y el 60% de los pacientes depresivos no serían detectados por los profesionales de AP^{23,24,25}. Por otro lado, aunque el porcentaje de sobrediagnóstico ha sido menos estudiado, se ha publicado que alrededor del 26,5% de las personas con diagnóstico de depresión en España fueron diagnosticadas erróneamente sin cumplir criterios para ello²⁶. Un importante factor asociado al sobrediagnóstico de la depresión fue la presencia de episodios depresivos previos por parte de los "falsos positivos"²⁶.

En un meta-análisis realizado por el grupo de Mitchell *et al.*²⁵ se constataba que los médicos de AP diagnosticaron correctamente solo a la mitad (47,3%) de los pacientes con depresión. Esta sensibilidad en el diagnóstico variaba de unos estudios a otros, con un rango de variación que oscilaba entre el 6,6% hasta el 78,8%. Estos datos, que se repiten en diferentes estudios^{27,28}, muestran que los diagnósticos de trastornos depresivos realizados por los médicos de AP son de alta especificidad (81,3% a 92%) pero de baja sensibilidad (47,3% a 50,1%). Los autores sugieren que esto podría deberse a la reticencia de algunos profesionales a considerar depresión en personas que cumplen con los criterios diagnósticos necesarios²⁵.

DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA: DIFERENCIAS RESPECTO A AP

Diferentes estudios señalan que alrededor de un 25% de los pacientes con depresión se derivan hacia dispositivos de atención de la salud pública^{29,30,31}. En 2011 se analizaron los motivos de derivación y la procedencia de los pacientes con depresión³². El 81% de los pacientes valorables fueron remitidos a consulta de psiquiatría por otro médico y el 19% acudió por voluntad propia. Del total de pacientes remitidos a consulta de psiquiatría por otro médico, un 62,7% fueron remitidos por un MAP, un 7,3% por médicos de urgencias, un 6,4% por un médico de otra especialidad, un 3% fueron remitidos tras alta hospitalaria y un 1,7% por médicos per-

tenecientes a alguna categoría distinta de las mencionadas. Los principales motivos de derivación a consulta especializada fueron el empeoramiento de los síntomas (72,3%), la falta de respuesta al tratamiento (69,7%) y la petición del propio paciente (38,4%).

Otro estudio en el que se comparó la detección de la depresión en Atención Especializada y en AP mostró resultados muy reveladores³³. Una vez ajustados los modelos de regresión logística en función de variables sociodemográficas y clínicas, la probabilidad de un diagnóstico válido de depresión en atención especializada fue 17 veces superior respecto a AP. Según estos datos, un paciente depresivo tiene 17 veces más posibilidades de ser detectado en los dispositivos de salud mental especializada que en AP. Respecto a la adecuación del tratamiento, este mismo estudio reveló que un paciente con depresión tiene 8 veces más probabilidad de ser tratado adecuadamente en los dispositivos especializados que en AP. Así pues, se han señalado diferencias significativas entre AP y Atención Especializada en cuanto al manejo correcto de la depresión, tanto a nivel de detección como de adecuación del tratamiento.

Ante los retos que plantea la situación descrita, en las últimas décadas han surgido algunas propuestas con el fin de avanzar hacia nuevos modelos de atención y tratamiento. Destacan especialmente los modelos de atención colaborativos surgidos en Estados Unidos, y los modelos de atención escalonados propuestos desde el "National Institute for Health and Care Excellence" (NICE) a nivel europeo.

En España se ha propuesto recientemente el modelo basado en el abordaje compartido³⁴. Desde este modelo se pretende establecer en AP un sistema de atención estructurado que integre las actuaciones de los distintos profesionales sanitarios involucrados en la atención de la depresión: médicos de atención primaria, psiquiatras, psicólogos clínicos y enfermeros de atención primaria. La colaboración y la actuación coordinada de los distintos profesionales sanitarios facilita a los pacientes el manejo integrado de la comorbilidad, la accesibilidad y la continuidad de la atención; es decir, acoge elementos propios de la atención primaria manteniendo los beneficios derivados de la atención especializada.

El elemento central de este modelo es el diseño de un plan de manejo clínico compartido que contemple la atención integral de la salud del paciente (incluyendo aspectos psicológicos y biomédicos), las preferencias y valores del paciente, y la toma de decisiones compartida entre los profesionales implicados. El modelo de abordaje colaborativo no se reduce a la mera coordinación de los profesionales sanitarios, sino que establece además

la necesidad de implicar al paciente *empoderado* (y por extensión a su familia y allegados) como parte activa del equipo terapéutico y del manejo compartido.

Los sistemas de atención a la depresión basados en el abordaje compartido requieren un alto nivel de coordinación entre los profesionales implicados. Para optimizar los esfuerzos en materia de coordinación de los profesionales sanitarios es esencial contar con protocolos y procedimientos comunes, así como con definiciones claras de las actividades compartidas y de los niveles de responsabilidad asumidos por cada estamento. Se sugiere contar con procedimientos para comunicar o compartir información que sean ágiles, fiables y accesibles.

Otro modelo que también ha sido propuesto en nuestro país, es un modelo de tipo jerárquico basado en el cribado, el diagnóstico y la derivación³⁵. Se trata de un modelo escalonado en tres etapas en el que recae un mayor protagonismo sobre la figura del psicólogo clínico en AP. El modelo consta de una primera etapa de detección rápida mediante la administración de una versión informatizada del *Patient Health Questionnaire* (PHQ-4)³⁶. Aquellos pacientes con un resultado positivo en la detección, pasarían a una segunda etapa de cribado consistente en la administración del PHQ informatizado por un psicólogo clínico. Por último, se lleva a cabo una entrevista clínica confirmatoria del diagnóstico desarrollada por el psicólogo clínico en el centro de AP y posteriormente se deriva al paciente a los dispositivos de atención adecuados (tanto del centro de AP como del centro de atención especializada).

Existen muchos otros modelos colaborativos de coordinación entre atención primaria y atención especializada con el objetivo de proporcionar una mejor atención al paciente con depresión. En la meta-revisión sistemática de Calderón-Gómez *et al.* (2014)³⁷ se analizan y comparan diferentes modelos colaborativos entre AP y Atención Especializada (Salud Mental) propuestos dentro y fuera de España. Sus resultados indican que la eficacia de estos modelos es generalmente baja o dudosa, aunque destacan la gran variabilidad y dificultad comparativa de estos modelos. No obstante, señalan que la eficacia de estos modelos aumentaría con el rediseño en los planes de gestión, la responsabilización en el seguimiento por parte de los profesionales y la optimización en la comunicación interprofesional. Se indica también que la aplicabilidad de estos modelos mejora cuando se analizan previamente los componentes, los procesos y las circunstancias implicadas.

Consideramos que la implantación generalizada de este tipo de modelos de atención puede facilitar una más adecuada derivación hacia el tratamiento eficaz de los trastornos mentales más comunes en AP.

VARIABLES IMPLICADAS EN EL MANEJO DE LA DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Existen determinadas variables que influyen en los procesos de detección, diagnóstico y tratamiento de la depresión. Atender a estos factores y en la medida de lo posible tenerlos en cuenta en la práctica clínica diaria, debería situarse como una prioridad de cara a mejorar la atención del trastorno depresivo. De acuerdo a una revisión realizada en 2015²³, estas variables o factores pueden ser clasificados en cuatro categorías:

Factores relacionados con el paciente o con el propio trastorno

Dos de los principales factores asociados a un menor índice de detección de la depresión son la falta de referencia de síntomas psicológicos por parte de los pacientes y la muestra de sintomatología física como queja principal^{18,38}. La presencia de estos factores podría deberse a la dificultad de los pacientes para expresar su malestar psicológico con el MAP, especialmente en caso de creer que la sintomatología depresiva no sea un motivo de peso para consultar al médico³⁹. También podemos encontrarnos con pacientes que no crean que el MAP sea la persona adecuada para hablar de estos síntomas, o que las molestias referidas no deberían ser discutidas. Entre los grupos de personas con menor tendencia a comentar sus síntomas psicológicos con su MAP destacan los pacientes más jóvenes, los que acuden a consulta frecuentemente y los que presentan un mayor grado de discapacidad psiquiátrica⁴⁰. Cabe destacar que las expectativas del paciente sobre la ayuda que puede recibir en AP pueden determinar el grado en que este comunicará sus síntomas y su nivel de satisfacción por la atención recibida. Cuanto menor sea dicha expectativa menor será la probabilidad de que la sintomatología sea referida al MAP²³.

También se asocian con un menor índice de detección y diagnóstico del trastorno depresivo la falta de antecedentes de patología mental, la menor gravedad del cuadro psicopatológico, pertenecer a población de mayor edad y la ausencia de relación previa con el MAP. Por el contrario, referir síntomas psicológicos, presentar mayor deterioro funcional o realizar seguimiento a largo plazo de los pacientes son factores asociados a una mejor detección. Contar con historial previo de depresión, si bien se asocia a una mayor detección de los casos, también se asocia a un mayor número de falsos positivos^{18,22,38}.

Entre los factores relativos al paciente cabe subrayar la cuestión del género. El trastorno depresivo se caracteriza por presentar diferencias marcadas entre sexos. La incidencia de la depresión es aproximadamente el doble en mujeres

que en hombres, y las mujeres presentan un mayor riesgo de prevalencia y morbilidad del trastorno depresivo a lo largo de su vida^{42,43}. En España, las diferencias en prevalencia de depresión entre mujeres y hombres están especialmente acentuadas respecto a otros países de nuestro entorno, sin embargo, no parece haber diferencias de género en términos de búsqueda de tratamiento⁴⁴. Además de todo ello, las mujeres suelen presentar con más frecuencia síntomas severos atípicos⁴⁵. Ante este escenario, el género debería ser un aspecto a valorar de cara a mejorar los modelos de atención.

Factores relacionados con el médico

Los problemas formativos del MAP en materia de salud mental y habilidades de comunicación pueden afectar negativamente al manejo de la depresión. La falta de conocimientos sobre el trastorno y su manejo adecuado, así como la baja satisfacción con los tratamientos que pueden ser ofrecidos (especialmente debido a la falta de disponibilidad de intervenciones psicológicas), pueden reducir la capacidad y la confianza del médico para diagnosticar y tratar la depresión con éxito⁴⁶. En la misma línea, aquellos profesionales con perfiles formativos carentes de cierta orientación psico-social en la práctica profesional, pueden tender a restar importancia a la valoración de un posible trastorno depresivo⁴⁷. De forma similar, el miedo de los MAP a posibles conflictos legales derivados del infradiagnóstico de enfermedad física puede llevar a que dejen en segundo plano la valoración de un posible trastorno depresivo.

La construcción de la depresión como condición clínica puede llegar a ser controvertida entre los MAP⁴⁸, pudiendo existir cierta tendencia a no considerarla como categoría diagnóstica objetiva⁴⁹, especialmente entre pacientes de edad avanzada. En estos casos el MAP puede llegar a ver la depresión como un espectro donde se incluye la soledad, la falta de red social y la pérdida de funcionamiento, contemplándola por tanto como algo "comprensible" y "justificable". Este hecho podría llevarles a mostrarse reacios a valorarla en condiciones de consulta con tiempo limitado. En su lugar, en ocasiones pueden recurrir al "nihilismo terapéutico", la percepción de que nada puede hacerse con estos pacientes. De forma similar, en áreas socialmente deprimidas el MAP puede llegar a ver la depresión como una respuesta *normal* a las circunstancias adversas, las enfermedades o los eventos vitales, lo que se traduciría en un infradiagnóstico de la depresión⁵⁰.

Factores asistenciales

En cuanto a los factores derivados del propio sistema de salud que dificultan la detección de la patología depresiva, destaca especialmente la falta de tiempo en

consulta²⁵. La falta de tiempo material para explorar y atender en profundidad las demandas del paciente, la discontinuidad de la relación médico-paciente y la falta de acceso a recursos de salud mental, llevan a agravar aún más las resistencias de los profesionales para alentar a los pacientes a manifestar su malestar, dificultando así todavía más la detección y el manejo de la depresión⁵¹. De forma similar, la ausencia de tiempo en consulta podría generar que los pacientes se sintieran presionados por la falta de tiempo y que ello les inhibiera a manifestar la sintomatología depresiva⁵².

En cuanto a las intervenciones sobre el modelo asistencial destinadas a mejorar la atención a la depresión, se ha observado que las intervenciones que incluyen la implementación de práctica clínica con la participación y apoyo de equipos de salud mental a nivel primario son más efectivas que el cuidado primario de rutina y que las intervenciones orientadas a educar al MAP, sin embargo, resultan más costosas⁵³. También se ha sugerido avanzar hacia modelos de abordaje compartido que fomenten la integración de las actuaciones de los profesionales de la salud mental con el fin de mejorar la atención del trastorno depresivo³⁴.

Factores socioeconómicos

El conjunto de barreras descritas suele ser todavía más significativo al centrarnos en los estratos socioeconómicos más desfavorecidos y las poblaciones minoritarias, poblaciones que a su vez tienden a presentar más problemas de salud y mayor nivel de discapacidad. Estos sectores de la población frecuentemente son estigmatizados, lo que dificulta aún más el manejo de la depresión entre estas personas. En España hay estudios que señalan al desempleo como factor de riesgo para la depresión^{19,54}, y al bajo nivel educativo como factor asociado a una menor probabilidad de detección del trastorno¹⁸. De forma similar, en un análisis realizado a partir de los datos del ESEMeD⁴⁴ se observó que en nuestro país las personas con ingresos medios-bajos son menos proclives a usar los servicios sanitarios para problemas emocionales que aquellas con ingresos altos.

Para los sectores con menores recursos socioeconómicos, en ocasiones la sanidad pública es la única posibilidad de acceder a atención psicológica, por lo que tener en cuenta las condiciones de estas personas debería ser una prioridad a la hora de mejorar los modelos de atención a la depresión en AP.

A modo de resumen de este apartado, a continuación se presenta una tabla donde se recogen las principales variables

de riesgo asociadas a un menor índice de éxito en la detección, el diagnóstico y el tratamiento de la depresión:

| Tabla 1 | VARIABLES DE RIESGO IMPLICADAS EN EL MANEJO DE LA DEPRESIÓN |
|--|---|
| Factores relacionados con el paciente o el trastorno | |
| Falta de referencia de síntomas psicológicos. | |
| Referencia de síntomas físicos como queja principal. | |
| Baja expectativas sobre la posibilidad de recibir ayuda. | |
| Antecedentes de patología mental. | |
| Pacientes de mayor edad. | |
| Menor gravedad del cuadro psicopatológico. | |
| Ausencia de relación previa con el MAP. | |
| Pertenencia al sexo femenino. | |
| Factores relacionados con el MAP | |
| Problemas formativos en materia de salud mental. | |
| Escasa habilidad comunicativa. | |
| Baja satisfacción con los tratamientos disponibles. | |
| Perfil profesional con baja orientación psicosocial. | |
| Miedo a litigios por infradiagnóstico de enfermedad física. | |
| Visión de la depresión como respuesta normal ante situaciones adversas. | |
| Nihilismo Terapéutico. | |
| Factores asistenciales | |
| Tiempo escaso en consulta. | |
| Ausencia de participación y apoyo de equipos de salud mental. | |
| Falta de comunicación y coordinación entre las distintas figuras profesionales implicadas. | |
| Factores Socioeconómicos | |
| Pertenencia a estratos socioeconómicos desfavorecidos y poblaciones minoritarias. | |
| Desempleo. | |
| Bajo nivel socioeducativo. | |
| Bajo nivel de ingresos. | |

Fortalezas y limitaciones de esta revisión

La perspectiva radiográfica del presente trabajo proporciona una visión de conjunto sobre la realidad de la depresión en el sistema de salud pública de nuestro país y facilita su uso como documento de consulta. Se proveen datos actualizados sobre la epidemiología, la atención y el tratamiento de la depresión y se describen algunas propuestas

novedosas de atención sanitaria de la depresión. Para ello se ha realizado una búsqueda no sistemática de publicaciones en las bases de datos PubMed y Scopus, incluyendo todos los artículos encontrados que tratasen sobre la atención y el tratamiento de la depresión en el sistema de salud pública español publicados en los últimos 20 años. Sin embargo, la falta de criterios específicos para la búsqueda y selección de artículos es un importante sesgo de esta revisión. La ausencia de sistematicidad nos impide, por ejemplo, poder descartar la existencia de otras publicaciones relevantes que no hayan sido encontradas o seleccionadas para la composición de esta revisión. Consideramos que esta revisión subraya algunas de las debilidades que presenta actualmente la atención a la depresión en el sistema de salud público español y encuadra aquellos factores que se vinculan con un mejor manejo de la depresión en AP. Sin embargo, por motivos de brevedad no se han descrito exhaustivamente los modelos de colaboración propuestos para AP y Atención Especializada que existen en la actualidad. Remitimos a los lectores interesados a la revisión de Calderón-Gómez *et al.* (2014)³⁷ para una descripción más detallada del tema.

Nuevos horizontes para la mejora de la atención a la depresión: consideraciones finales

Una vez analizada la situación de la atención a la depresión en la AP de nuestro país y planteados los principales retos y debilidades que presenta a día de hoy, resulta necesario abordar algunas propuestas de solución a los distintos problemas enumerados a lo largo de este trabajo:

1. Dedicar mayor esfuerzo a la detección de necesidades no cubiertas⁵⁵.
2. Apostar y tender cada vez más hacia la implementación de modelos colaborativos de atención a la depresión⁵⁶.
3. Establecer estrategias tanto de tipo universal como de tipo selectivo para el cribado de la depresión en AP³⁴.
4. Dedicar los recursos necesarios para la mejora de la adherencia de los pacientes a los diferentes tratamientos, farmacológicos y psicoterapéuticos⁵⁷.
5. Incorporar y difundir entre los MAP las recomendaciones de la guía NICE relativas a la implantación de programas de actividad física como tratamiento alternativo en caso de depresión leve-moderada⁵⁸.
6. Aprovechar y explorar en profundidad las nuevas posibilidades que brinda el uso de las tecnologías E-health⁵⁹.
7. Insistir de forma decidida en la aplicación de programas de prevención de la depresión⁶⁰.

8. Fomentar estudios de implementación de programas para la mejora de la detección, el diagnóstico y el tratamiento de la depresión⁶¹.

Agradecimientos

Adoración Castro cuenta con un contrato en el Programa Folium para Investigadores Postdoctorales (FOLIUM 19/03) del Institut d'Investigació Sanitària de les Illes Balears (IdiSBa).

Bibliografía

1. James SL, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, *et al.* Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*. 2018 Nov;392(10159):1789–858.
2. Lim GY, Tam WW, Lu Y, Ho CS, Zhang MW, Ho RC. Prevalence of Depression in the Community from 30 Countries between 1994 and 2014. *Sci Rep*. 2018 Dec;8(1)
3. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, *et al.* Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand*. 2004 Jun;109(s420):21–7.
4. Haro JM, Palacin C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, *et al.* Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*. 2006 Apr;126(12):445–51.
5. Fernández A, Haro JM, Codony M, Vilagut G, Martínez-Alonso M, Autonell J, *et al.* Treatment adequacy of anxiety and depressive disorders: Primary versus specialised care in Spain. *Journal of Affective Disorders*. 2006 Nov;96(1–2):9–20.
6. Kessler RC, De Jonge P, Shahly V, Van Loo HM, Wang PSE, Wilcox, MA. Epidemiology of depression. In: Gotlib IH, Hammen CL, editors. *Handbook of depression: The Guilford Press*; 2014. p. 7–24.
7. Lee S, Tsang A, Huang YQ, He YL, Liu ZR, Zhang MY, *et al.* The epidemiology of depression in metropolitan China. *Psychol Med*. 2009 May;39(5):735–47.
8. Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Borges G, Bromet EJ, *et al.* Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *The Lancet*. 2007 Sep;370(9590):841–50.
9. Encuesta nacional de salud. Madrid, España: Instituto Nacional de Estadística; 2017. Available from: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176783&menu=resultados&tidp=1254735573175
10. Goldberg D, Williams P. A user's guide to the General Health Questionnaire. Windsor, UK: NFER-Nelson; 1988.

11. Lobo A, Pérez-Echeverría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*. Cambridge University Press; 1986;16(1):135-40.
12. Lundin A, Hallgren M, Theobald H, Hellgren C, Torgén M. Validity of the 12-item version of the General Health Questionnaire in detecting depression in the general population. *Public Health*. 2016 Jul;136:66-74.
13. MaGPIe Research Group. The effectiveness of case-finding for mental health problems in primary care. *Br J Gen Pract*. 2005 Sep;55(518):665-9.
14. Gabilondo A, Rojas-Farreras S, Vilagut G, Haro JM, Fernández A, Pinto-Meza A, *et al.* Epidemiology of major depressive episode in a southern European country: results from the ESEMeD-Spain project. *J Affect Disord*. 2010 Jan;120(1-3):76-85.
15. Gili M, Luciano JV, Serrano MJ, Jiménez R, Bauza N, Roca M. Mental Disorders Among Frequent Attenders in Primary Care. *Journal of Nervous & Mental Disease*. 2011 Oct;199(10):744-9.
16. Robles R, Gili M, Gelabert J, Lull M, Bestard F, Vicens C, *et al.* Sociodemographic and psychopathological features of frequent attenders in Primary Care. *Actas Esp Psiquiatr*. 2009 Nov-Dec;37(6):320-5.
17. Roca M, Gili M, García-García M, Salva J, Vives M, García Campayo J, *et al.* Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *J Affect Disord*. 2009 Dec;119(1-3):52-8.
18. Aragonès E, Piñol JL, Labad A, Folch S, Mèlich N. Detection and Management of Depressive Disorders in Primary Care in Spain. *Int J Psychiatry Med*. 2004 Dec;34(4):331-43.
19. Darbà J, Marsà A. Characteristics, management and medical costs of patients with depressive disorders admitted in primary and specialised care centres in Spain between 2011 and 2016. *PLoS ONE*. 2020 Feb 5;15(2):e0228749.
20. Grandes G, Montoya I, Arieteleanizbeaskoa M, Arce V, Sanchez A. The burden of mental disorders in primary care. *Eur psychiatr*. 2011 Oct;26(7):428-35.
21. Pence BW, O'Donnell JK, Gaynes BN. The Depression Treatment Cascade in Primary Care: A Public Health Perspective. *Curr Psychiatry Rep*. 2012 Aug;14(4):328-35.
22. Fernández A, Pinto-Meza A, Bellón JA, Roura-Poch P, Haro JM, Autonell J, *et al.* Is major depression adequately diagnosed and treated by general practitioners? Results from an epidemiological study. *General Hospital Psychiatry*. 2010 Mar;32(2):201-9.
23. Calvo Gómez JM, Jaramillo González LE. Detección del trastorno depresivo mayor en atención primaria. Una revisión. *Rev Fac Med*. 2015 Aug 25;63(3):471-82.
24. Lecrubier Y. Widespread underrecognition and undertreatment of anxiety and mood disorders: results from 3 European studies. *J Clin Psychiatry*. 2007;68 Suppl 2:36-41.
25. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *The Lancet*. 2009 Aug;374(9690):609-19.
26. Aragonés E. The overdiagnosis of depression in non-depressed patients in primary care. *Family Practice*. 2006 Feb 3;23(3):363-8.
27. Adán-Manes J, Ayuso-Mateos JL. Sobrediagnóstico y sobretratamiento del trastorno depresivo mayor en atención primaria: un fenómeno en auge. *Atención Primaria*. 2010 Jan;42(1):47-9.
28. Cepoiu M, McCusker J, Cole MG, Sewitch M, Belzile E, Ciampi A. Recognition of Depression by Non-psychiatric Physicians—A Systematic Literature Review and Meta-analysis. *J GEN INTERN MED*. 2008 Jan;23(1):25-36.
29. Espinosa Sabina Luisa, Castilla Pérez M.ª del Pilar. Estudio descriptivo de las derivaciones urgentes a una unidad de salud mental. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [Internet]. 2002 Sep [citado 2021 Mayo 12] ; (83): 111-123. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352002000300007&lng=es.
30. Villalva Quintana E, Caballero Martínez L. Estudio sobre el uso y seguimiento del tratamiento con antidepresivos realizado por los médicos de Atención Primaria. *SEMERGEN - Medicina de Familia*. 2006 Nov;32(9):427-32.
31. Sicras-Mainar A, Maurino J, Cordero L, Blanca-Tamayo M, Navarro-Artieda R. Assessment of pharmacological strategies for management of major depressive disorder and their costs after an inadequate response to first-line antidepressant treatment in primary care. *Ann Gen Psychiatry*. 2012;11(1):22.
32. Roca M, Gili M. Referral criteria for depressive patients. En: 15th World Congress of Psychiatry; 2011 Sep 18-22; Buenos Aires, Argentina.
33. Castro-Rodríguez JI, Olariu E, Garnier-Lacueva C, Martín-López LM, Pérez-Solà V, Alonso J, *et al.* Diagnostic accuracy and adequacy of treatment of depressive and anxiety disorders: A comparison of primary care and specialized care patients. *Journal of Affective Disorders*. 2015 Feb;172:462-71.
34. Roca M, Aragonès E. Abordaje compartido de la depresión. Consenso multidisciplinar. Badalona (España): EUROMEDICE; 2018.
35. Muñoz-Navarro R, Cano-Vindel A, Ruiz-Rodríguez P, Adrián Medrano L, González-Blanch C, Moriana JA, *et al.* Modelo jerárquico de diagnóstico y derivación de los trastornos mentales comunes en centros de atención primaria. Una propuesta a partir del ensayo clínico PsicAP. *Ansiedad y Estrés*. 2017 Jul;23(2-3):124-9.
36. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Löwe B. An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. *Psychosomatics*. 2009 Nov-Dec;50(6):613-21.
37. Calderón Gómez C, Mosquera Metcalfe I, Balagué Gea L, Retolaza Balsategui A, Bacigalupe de la Hera A, Belaunzarán Mendizabal J, *et al.* Modelos de colaboración entre atención primaria y salud mental en la asistencia sanitaria a las personas con depresión: resultados principales y retos

- metodológicos de una meta-revisión sistemática. *Rev Esp Salud Publica*. 2014 Jan-Feb;88(1):113-33
38. Cano Vindel, Antonio, Salguero, José Martín, Mae Wood, Cristina, Dongil, Esperanza, Latorre, José Miguel, La depresión en atención primaria: prevalencia, diagnóstico y tratamiento. *Papeles del Psicólogo* [Internet]. 2012;33(1):2-11. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77823404001>
 39. Gask L, Rogers A, Oliver D, May C, Roland M. Qualitative study of patients' perceptions of the quality of care for depression in general practice. *Br J Gen Pract*. 2003 Apr;53(489):278-83.
 40. Bushnell J, McLeod D, Dowell A, Salmond C, Ramage S, Collings S, et al. Do patients want to disclose psychological problems to GPs?. *Family Practice*. 2005 Dec 1;22(6):631-7.
 41. Ma L, Xu Y, Wang G, Li R. What do we know about sex differences in depression: A review of animal models and potential mechanisms. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2019 Mar;89:48-56.
 42. Kessler R. Sex and depression in the National Comorbidity Survey I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *Journal of Affective Disorders*. 1993 Nov;29(2-3):85-96.
 43. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA*. 1996 Jul 24-31;276(4):293-9.
 44. Gabilondo A, Rojas-Farreras S, Rodríguez A, Fernández A, Pinto-Meza A, Vilagut G, et al. Use of Primary and Specialized Mental Health Care for a Major Depressive Episode in Spain by ESEMeD Respondents. *PS*. 2011 Feb;62(2):152-61.
 45. Angst J, Gamma A, Gastpar M, Lépine J, Mendlewicz J, Tylee A. Gender differences in depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2002 Oct 1;252(5):201-9.
 46. Docherty JP. Barriers to the diagnosis of depression in primary care. *Journal of clinical psychiatry*. 1997; 58(1): 5-10.
 47. Gask L, Dixon C, May C, Dowrick C. Qualitative study of an educational intervention for GPs in the assessment and management of depression. *Br J Gen Pract*. 2005 Nov;55(520):854-9.
 48. Pilgrim D, Dowrick C. From a diagnostic-therapeutic to a social-existential response to 'depression'. *J of Public Mental Health*. 2006 Jun;5(2):6-12.
 49. Burroughs H, Lovell K, Morley M, Baldwin R, Burns A, Chew-Graham C. 'Justifiable depression': how primary care professionals and patients view late-life depression? A qualitative study. *Fam Pract*. 2006 Jun;23(3):369-77.
 50. May C, Allison G, Chapple A, Chew-Graham C, Dixon C, Gask L, et al. Framing the doctor-patient relationship in chronic illness: a comparative study of general practitioners' accounts. *Sociol Health & Illness*. 2004 Mar;26(2):135-58
 51. Popay J, Kowarzik U, Mallinson S, Mackian S, Barker J. Social problems, primary care and pathways to help and support: addressing health inequalities at the individual level. Part II: lay perspectives. *J Epidemiol Community Health*. 2007 Nov;61(11):972-7.
 52. Pollock K, Grime J. Patients' perceptions of entitlement to time in general practice consultations for depression: qualitative study. *BMJ*. 2002 Sep 28;325(7366):687.
 53. Thompson C, Kinmonth A, Stevens L, Pevele R, Stevens A, Ostler K, et al. Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial. *The Lancet*. 2000 Jan;355(9199):185-91.
 54. Gili M, García Campayo J, Roca M. Crisis económica y salud mental. *Informe SESPAS 2014*. *Gaceta Sanitaria*. 2014 Jun;28:104-8.
 55. Svenningsson I, Hange D, Udo C, Törnbohm K, Björkelund C, Petersson E. The care manager meeting the patients' unique needs using the care manager model—A qualitative study of experienced care managers. *BMC Fam Pract*. 2021 Dec;22(1)
 56. Aragonès E, Rambla C, López-Cortacans G, Tomé-Pires C, Sánchez-Rodríguez E, Caballero A, et al. Effectiveness of a collaborative care intervention for managing major depression and chronic musculoskeletal pain in primary care: A cluster-randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders*. 2019 Jun;252:221-9
 57. Castro A, Gili M, Ricci-Cabello I, Roca M, Gilbody S, Perez-Ara MÁ, et al. Effectiveness and adherence of telephone-administered psychotherapy for depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2020 Jan;260:514-26.
 58. Aguilar-Latorre A, Navarro C, Oliván-Blázquez B, Gervilla E, Magallón Botaya R, Calafat-Villalonga C, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of a lifestyle modification programme in the prevention and treatment of subclinical, mild and moderate depression in primary care: a randomised clinical trial protocol. *BMJ Open*. 2020 Dec;10(12):e038457.
 59. Gili M, Castro A, García-Palacios A, García-Campayo J, Mayoral-Cleries F, Botella C, et al. Efficacy of Three Low-Intensity, Internet-Based Psychological Interventions for the Treatment of Depression in Primary Care: Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*. 2020 Jun 5;22(6):e15845.
 60. Gladstone T, Buchholz KR, Fitzgibbon M, Schiffer L, Lee M, Voorhees BW. Randomized Clinical Trial of an Internet-Based Adolescent Depression Prevention Intervention in Primary Care: Internalizing Symptom Outcomes. *IJERPH*. 2020 Oct 22;17(21):7736.
 61. Aragonès E, Palao D, López-Cortacans G, Caballero A, Cardoner N, Casaus P, et al. Development and assessment of an active strategy for the implementation of a collaborative care approach for depression in primary care (the INDI-i project). *BMC Health Serv Res*. 2017 Dec;17(1).