

B. Martín-Agueda<sup>1</sup>  
F. López-Muñoz<sup>1</sup>  
A. Silva<sup>2</sup>  
P. García-García<sup>1</sup>  
G. Rubio<sup>3</sup>  
C. Álamo<sup>1</sup>

# Aspectos diferenciales del manejo de la depresión en España entre la atención psiquiátrica especializada y la atención primaria

<sup>1</sup> Departamento de Farmacología  
Facultad de Medicina  
Universidad de Alcalá  
Madrid

<sup>2</sup> Departamento de Ciencias Sanitarias y Medicosociales  
Universidad de Alcalá  
Madrid

<sup>3</sup> Servicio de Salud Mental de Retiro  
Madrid

**Introducción.** Dado que la depresión constituye el trastorno psiquiátrico más prevalente en nuestra sociedad, se ha estudiado en qué situación se encuentra la asistencia sanitaria a la depresión en España merced a la opinión de los facultativos encargados de la misma, médicos psiquiatras y médicos de atención primaria (AP).

**Método.** Se realizaron 339 entrevistas estructuradas a dos muestras diferenciadas de médicos (238 médicos de AP y 101 psiquiatras) de diferentes ciudades de España. La distribución, aplicación y recogida de los cuestionarios se realizó a lo largo del año 2002.

**Resultados.** Los instrumentos diagnósticos utilizados por más del 90 % de médicos de ambos colectivos son la valoración de la sintomatología y la entrevista con el paciente, siendo el principal problema diagnóstico el enmascaramiento de la depresión con otra sintomatología. La mayoría de los médicos de AP (95 %) y de psiquiatras (99 %) instauran un tratamiento farmacológico en todos sus pacientes depresivos. Ambos colectivos coinciden en la utilización mayoritaria de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) como fármacos de primera elección (93 % de ambas muestras). Los agentes farmacológicos más utilizados por el psiquiatra son los ISRS (98,3 %), seguidos de la venlafaxina (84,4 %), ansiolíticos (68,4 %), mirtazapina (58,9 %) y reboxetina (55,8 %). En AP los grupos farmacológicos más empleados son los ISRS (98,3 %) y los ansiolíticos (73,4 %). Los ISRS son considerados el grupo antidepressivo más eficaz en AP y los antidepressivos tricíclicos para los psiquiatras.

**Conclusiones.** La valoración que hacen los médicos de la asistencia sanitaria actual al paciente deprimido es buena, aunque se ponen de manifiesto una serie de carencias y aspectos que necesitan ser claramente mejorados, tales como el tiempo de consulta, la coordinación entre AP y psiquiatría, las listas de espera y la dotación de medios a los centros de salud mental.

**Palabras clave:**  
Depresión. Calidad asistencial. Psiquiatría. Atención primaria. España.

*Actas Esp Psiquiatr* 2007;35(2):89-98

Correspondencia:  
Cecilio Álamo González  
Departamento de Farmacología  
Universidad de Alcalá  
Jesús Aprendiz, 10 C  
28007 Madrid  
Correo electrónico: cealamo@readysoft.es

## Differences in management of depression in Spain from psychiatric and primary care physician point of view

**Introduction.** Given that depression is the most prevalent psychiatric disorder in our society, the current situation in pharmacotherapy of depression in Spain has been studied from the point of view of psychiatrists and general practitioners (GP).

**Method.** A total of 339 interviews were carried out with two groups of physician (238 primary care physicians and 101 psychiatrists) from different Spanish cities. Distribution, application and questionnaires collection were made throughout 2002.

**Results.** The diagnostic instruments most commonly used by more than 90 % of both medical groups to detect a depressive disorder in a consultation are the evaluation of symptoms and the interview with the patient. However the main diagnostic problem was «masking» of depression with other symptoms/disorders. Most GP (95 %) and psychiatrists (99 %) establish a pharmacological treatment in all their depressive patients. Both groups coincide in most community use of serotonin selective reuptake inhibitors (SSRI) as drugs of first choice (93 % from both samples). The pharmacological agents most used by the psychiatrist are the SSRI (98.3 %), followed by venlafaxine (84.4 %), anxiolytics (68.4 %), mirtazapine (58.9 %) and reboxetine (55.8 %). In the case of GP, the most commonly used pharmacological groups are SSRI (98.3 %) and anxiolytics (73.4 %). In primary care, the SSRI are considered the most effective antidepressant group. However, the tricyclic antidepressives (TCA) would be the most effective for the psychiatrists.

**Conclusions.** For psychiatrists and GP, the quality of care of depression in Spain is rated positively. However, there is a group of deficiencies and some aspects that need to be clearly improved, such as the time of consultations, coordination between GP and psychiatrists, waiting lists and available resources for mental health units.

**Key words:**  
Depression. Quality of care. Psychiatry. Primary care. Spain.

## INTRODUCCIÓN

Los trastornos depresivos representan un problema importante de salud pública que afecta tanto a los pacientes como al conjunto de la sociedad, ya que junto a la incapacidad funcional que supone para el paciente (impacto mantenido sobre la salud, funcionamiento social y calidad de vida de los pacientes) implica un enorme coste social, tanto en términos de costes directos como indirectos<sup>1</sup>.

La depresión afecta a la calidad de vida del paciente de forma más intensa que otras patologías crónicas<sup>2</sup> y supone una utilización de los servicios de salud en atención primaria (AP) tres veces superior a la media del resto de pacientes<sup>3</sup>. Estudios realizados en nuestro medio apuntan que aproximadamente un 20% de los pacientes atendidos en las consultas de AP presenta un trastorno depresivo<sup>4,5</sup>, mientras que en las consultas del especialista en psiquiatría los pacientes depresivos constituyen alrededor del 80% de todas las consultas<sup>6</sup>.

La mayoría de los pacientes depresivos solicitan inicialmente la asistencia de los médicos a nivel de AP<sup>1</sup>, y se estima que solamente un tercio de los pacientes depresivos acuden inicialmente a un especialista de salud mental<sup>7</sup>. Recientemente, en nuestro medio, se ha publicado un estudio que aporta datos sobre la percepción que tiene la población española de la depresión. Los resultados pusieron de manifiesto que la depresión podría afectar a más del 25% de la población y que su incidencia iría en aumento, según el 42% de los encuestados. Además se consideró la depresión entre las tres enfermedades generales de mayor incidencia, superando a las enfermedades coronarias. Con respecto al tratamiento farmacológico, la mayoría de los encuestados no aceptaría una terapia de al menos 1 año de duración<sup>8</sup>.

En relación con la asistencia psiquiátrica, en la década de 1980 se inició en España un proceso de reforma que ha contribuido a la mejora en la atención de los problemas de salud mental experimentada en los últimos años. Durante estas dos últimas décadas se han realizado una serie de cambios que han supuesto una ampliación de las prestaciones en salud mental fuera del hospital, de modo que el número de hospitales psiquiátricos y de camas hospitalarias psiquiátricas ha disminuido. Además, se ha intentado modificar el eje asistencial a favor de las unidades de salud mental situadas en el territorio y constituidas por equipos multidisciplinares especializados, capaces de dar apoyo eficaz a la AP y atender los problemas de salud mental de un sector de la población en estrecha relación con dichos equipos y el resto del nivel especializado<sup>9,10</sup>. A su vez, a nivel de AP, el número de establecimientos sanitarios se ha incrementado de forma notoria con la implementación de los centros de salud. Estos hechos confirman el papel creciente de la asistencia ambulatoria y, por ende, de la AP en el cuidado de los pacientes con trastor-

nos mentales, en general, y trastornos afectivos, en particular.

Por otro lado, los cambios habidos en las herramientas farmacológicas disponibles para el tratamiento de la depresión han sido considerables, sobre todo desde la introducción clínica de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) a finales de la década de 1980. Estos agentes, y otros introducidos posteriormente, gracias a su más fácil manejo y a su mejorado perfil de seguridad, han contribuido a mejorar la calidad de vida de los pacientes depresivos y a que el tratamiento de la depresión sea más satisfactorio<sup>1,11-12</sup>.

El objetivo de este estudio fue analizar en qué situación se encuentra la asistencia sanitaria a la depresión en España, merced a la opinión de los facultativos encargados de la misma, médicos psiquiatras y médicos de AP.

## MATERIAL Y MÉTODOS

En el presente estudio se han realizado 339 encuestas de opinión en dos muestras diferenciadas de médicos (238 médicos de AP y 101 especialistas en psiquiatría) (tabla 1) mediante la autocumplimentación de unos cuestionarios estructurados, donde se recogían aspectos de tipo asistencial, clínico, terapéuticos y también relacionados con la calidad asistencial. Al final del cuestionario también se incluía un apartado con el fin de obtener información sobre datos sociodemográficos y laborales, como la edad, sexo, años de ejercicio profesional, centro de trabajo, tipo de trabajo y el número medio de pacientes atendidos en consulta por día. La distribución, asistencia en la aplicación y recogida de los cuestionarios se realizó a lo largo del año 2002 entre facultativos de diferentes ciudades con el fin de garantizar la máxima representatividad de los resultados. Los cuestionarios utilizados en nuestro estudio se diseñaron de acuerdo con los empleados en estudios previos realizados por nuestro grupo<sup>6</sup>.

## Análisis estadístico

Los datos han sido tratados fundamentalmente con el programa estadístico SPSS, versión 11.5, y en ocasiones con el programa Statistix, versión 2.0.

Las variables cualitativas se han presentado en forma de porcentajes y las variables cuantitativas se describen mediante la media y desviación típica. En el caso de variables cualitativas, se ha determinado la chi cuadrado ( $\chi^2$ ), y si las tablas eran de  $2 \times 2$  con corrección de Yates, o mediante el test exacto de Fisher. Si las proporciones eran apareadas se ha empleado la prueba de McNemar, o la prueba no paramétrica para muestras relacionadas Q de Cochran, según la situación. Cuando las variables eran cuantitativas se utilizó la prueba *t* de Student o el test no paramétrico de Friedman, según los casos.

Tabla 1

## Datos sociodemográficos de los profesionales de atención primaria y psiquiatría

|                                                 | Atención primaria | Psiquiatría    |
|-------------------------------------------------|-------------------|----------------|
| Número de médicos                               | 238               | 101            |
| Sexo (%)                                        |                   |                |
| Hombre                                          | 48,9              | 51,1           |
| Mujer                                           | 51,1              | 48,9           |
| Años de ejercicio (%)                           |                   |                |
| < 6                                             | 13,5              | 27,3           |
| 6-15                                            | 39,2              | 30,3           |
| 16-30                                           | 45,6              | 34,3           |
| > 30                                            | 1,7               | 8,1            |
| Centro de trabajo (%)                           |                   |                |
| Ambulatorio/centro de salud                     | 93,2              | 68,0           |
| Hospital                                        | 1,3               | 16,0           |
| Centro salud y hospital                         | 2,1               | 9,0            |
| Otros                                           | 3,4               | 7,0            |
| Tipo de trabajo (%)                             |                   |                |
| Público                                         | 86,5              | 81,0           |
| Privado                                         | 3,4               | 6,0            |
| Ambos                                           | 9,7               | 13,0           |
| Otros                                           | 0,4               | 0,0            |
| Edad (media $\pm$ desviación estándar)          | 42,1 $\pm$ 7,2    | 41,1 $\pm$ 9,6 |
| Pacientes/día (media $\pm$ desviación estándar) | 42,5 $\pm$ 15,1   | 12,5 $\pm$ 4,9 |

(7,5 %) o desde otras vías, como las interconsultas (14,5 %). En el caso del psiquiatra, la mayoría de los pacientes atendidos en su consulta han sido derivados por el médico de AP (58,0 %), siendo un 14,2 % los que acuden directamente, un 10,9 % los que proceden de urgencias hospitalarias, un 10,6 % de interconsultas y un 7,7 % de otras vías.

La cantidad de tiempo que dedica el psiquiatra en la consulta a sus pacientes depresivos difiere mucho de la del médico de AP. En la primera visita del enfermo los especialistas invierten como media el triple de tiempo que el médico de AP ( $45,6 \pm 12$  frente a  $14,5 \pm 9,8$  min;  $p < 0,001$ ), siendo siempre superior a 15 min en el caso de los psiquiatras, mientras que el 70 % de los médicos de AP dedican menos de 15 min. En el caso de las consultas de revisión, en psiquiatría se dedica el doble de tiempo que en AP ( $23,7 \pm 8,6$  frente a  $11 \pm 7,7$  min;  $p < 0,001$ ), aunque las diferencias de tiempo entre ambos grupos médicos se reducen con respecto a la primera visita. Por otro lado, el 86,4 % de los médicos de AP consideran que necesitan más tiempo para diagnosticar a un paciente depresivo que a otro tipo de enfermos.

Las principales causas de derivación del paciente depresivo al psiquiatra por parte del médico de AP, según la opinión de ambos colectivos, son el riesgo de suicidio, la falta de respuesta al tratamiento y en caso de depresión severa. Además, un 40,2 % de los psiquiatras considera que el médico de AP remite al paciente a su consulta en la mayoría de los casos frente a sólo un 3,8 % de los médicos de AP que opinan así. Por otro lado, los principales motivos que aluden los médicos de AP para no derivar a los pacientes depresivos al psiquiatra son las listas de espera y el rechazo de los pacientes a acudir al psiquiatra (tabla 2). Aunque como se puede observar en la tabla 2 la actitud de paciente puede influir en el médico de AP para derivarle a la consulta del psiquiatra, un 85,8 % de los médicos de AP afirman que el paciente suele adoptar una actitud positiva cuando es remitido al psiquiatra.

## RESULTADOS

### Aspectos asistenciales

Del total de trastornos depresivos reales que existen en la población, los psiquiatras consideran que un 51,6 % acuden a consulta, frente a un 40 % según la opinión de los médicos de AP ( $p < 0,001$ ).

Los pacientes depresivos suponen un 75,6 % de los que acuden a consulta del psiquiatra y un 31,8 % en el caso de las consultas de AP, según la opinión de ambos grupos de facultativos. Además, en psiquiatría la depresión constituye el motivo principal de consulta en la mayoría de los casos (81,2 %) frente a sólo un 27,5 % en AP, ya que en este ámbito la mayor parte de las ocasiones se detecta de forma secundaria.

A la consulta de AP los pacientes llegan generalmente de forma directa, fundamentalmente por decisión propia (53,6 %) o llevados por familiares (24,4 %), y en menor frecuencia son remitidos desde las urgencias hospitalarias

Tabla 2

## Motivos del médico de atención primaria para no derivar pacientes depresivos al psiquiatra

|                                                               | AP (%) |
|---------------------------------------------------------------|--------|
| Listas de espera                                              | 51,1   |
| Rechazo de los pacientes al psiquiatra                        | 42,9   |
| Falta de comunicación AP-especialista                         | 28,7   |
| Sentir que los enfermos depresivos son competencia de AP      | 24,1   |
| Insatisfacción de trato que recibe el paciente en psiquiatría | 21,0   |
| Evitar que se les etiquete como enfermos mentales             | 17,9   |
| Consideración hacia los psiquiatras por lo ocupados que están | 6,5    |

En el proceso de derivación desde la AP a la especializada, un aspecto importante a considerar es el soporte informativo con que se documenta esa derivación y cómo se valora la calidad de ese soporte. A pesar de que el 85% de los médicos de AP manifiestan que remiten al paciente adjuntando un informe y un 45% con petición de interconsulta, la información con que se documenta la derivación del paciente deprimido por parte del médico de AP es considerada regular por el psiquiatra.

Con respecto a la relación y colaboración entre AP y especializada, el 60,7 % de los psiquiatras y el 58,1 % de los médicos de AP estiman que el aspecto que más debería mejorarse de estas relaciones sería la comunicación entre ambos colectivos. A continuación, los aspectos más citados por el psiquiatra son la coordinación entre ambos grupos (22,6 %) y la formación del médico de AP (15,5 %). Para los médicos de AP otros aspectos a mejorar serían aumentar la realización de actividades conjuntas, como sesiones clínicas (30,2 %) y los informes de seguimiento del paciente (13,4 %). Comparando esta relación con la que mantienen AP y psiquiatría con otros especialistas se obtienen resultados positivos, tanto en opinión de los médicos de AP como de los psiquiatras (media de 1,89 AP y 1,72 psiquiatría en una escala de 1 [peores que con otros especialistas] a 3 [mejores que con otros especialistas]).

En la tabla 3 se describe la influencia que tienen distintos acontecimientos vitales y algunas categorías o grupos de individuos en el desarrollo de la depresión, siendo el colectivo

de mujeres el más relevante según los médicos de AP (89 %) y psiquiatras (79 %) junto, en el caso de este último colectivo, con la de ser divorciado/separado (74 %).

## Aspectos clínicos

La entrevista con el paciente y la valoración de la sintomatología son los instrumentos que, según más del 90% de los médicos de ambos grupos, siempre se utilizan para diagnosticar la depresión (fig. 1). La sintomatología que principalmente dirige al médico hacia el diagnóstico de depresión, según la opinión del psiquiatra y del médico de AP, es fundamentalmente el estado de ánimo deprimido (84,4 frente a 75,6 %; NS), la anhedonia (70,8 frente a 36,1 %;  $p < 0,001$ ), la disminución de la vitalidad (65,6 frente a 48,7 %;  $p < 0,001$ ) y los trastornos del sueño (45,8 frente a 39,1 %;  $p$  no significativa [NS]). La sintomatología somática se recoge con más frecuencia en la consulta de AP (34 % AP frente a 15 % psiquiatría;  $p < 0,001$ ), y los cuadros de ansiedad se relatan más en la consulta de psiquiatría (38 % psiquiatría frente a 26,9 % AP;  $p < 0,05$ ).

Por otro lado, el problema más habitual para detectar un cuadro de depresión en la consulta, según la opinión de los dos grupos de facultativos, es el enmascaramiento con otra sintomatología o enfermedad (76,3 % psiquiatría frente a 85,7 % AP;  $p$  NS). La falta de tiempo en la consulta sería otro problema importante en el ámbito de la AP (67,4 %).

## Aspectos terapéuticos

Una vez realizado el diagnóstico de depresión, casi la totalidad de facultativos, tanto de AP como psiquiatras (94,8 frente a 99 %;  $p$  NS), afirman instaurar un tratamiento farmacológico en todos sus pacientes depresivos. Además, por encima del 70% de psiquiatras utilizan otras medidas terapéuticas como psicoterapia, asesoramiento (*counselling*) o recomendación de hábitos de vida saludable, mientras que tan sólo alrededor del 50 % de los médicos de AP las aplican (tabla 4).

Aunque el 93 % de los médicos de ambos colectivos considera los ISRS como el grupo antidepressivo de primera elección y coinciden en su utilización mayoritaria como grupo antidepressivo más frecuente, así como en la utilización de ansiolíticos, existen diferencias en la frecuencia de empleo del resto de fármacos antidepressivos (fig. 2). Además, la percepción de la eficacia de los distintos grupos de antidepressivos es diferente en AP y psiquiatría (fig. 3).

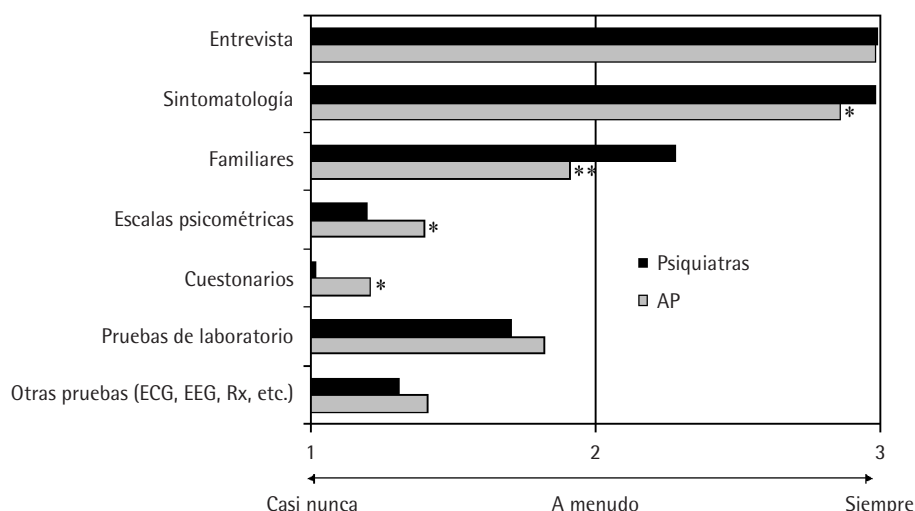
La valoración que dan ambos grupos de médicos al cumplimiento del tratamiento, considerado de forma global (farmacológico y no farmacológico), es muy satisfactoria. Por encima del 80 % de los psiquiatras y los médicos de AP consideran que el cumplimiento del tratamiento farmacológico es bueno o muy bueno. Sin embargo, la calificación sobre el cumplimiento de los tratamientos no farmacológicos es mucho más desfavorable, ya que sólo es considerado bueno o muy bueno por el 29,3 % de facultativos de AP y por el 46,3 % de psiquiatras ( $p < 0,05$ ).

Tabla 3

Importancia de distintos acontecimientos vitales y categorías de individuos en el desarrollo de la depresión, según la consideración de ambos grupos de facultativos

| Respuesta múltiple            | AP (%) | Psiquiatría (%) | p         |
|-------------------------------|--------|-----------------|-----------|
| Mujeres                       | 89,0   | 79,0            | $< 0,05$  |
| Ancianos                      | 67,9   | 48,0            | $< 0,001$ |
| Fallecimiento de familiares   | 64,3   | 61,2            | NS        |
| Divorcios/separaciones        | 63,9   | 74,5            | $< 0,05$  |
| Problemas de salud            | 42,6   | 45,9            | NS        |
| Baja condición socioeconómica | 30,8   | 29,6            | NS        |
| Alcohólicos                   | 29,8   | 40,8            | $< 0,05$  |
| Emigrantes/marginados         | 16,8   | 23,5            | NS        |
| Drogadictos                   | 15,5   | 17,3            | NS        |
| Adolescentes                  | 13,1   | 10,2            | NS        |
| Hombres                       | 7,2    | 10,2            | NS        |
| Conflictos laborales          | 6,0    | 6,5             | NS        |
| Niños                         | 0,4    | 1,0             | NS        |

NS: no significativa; AP: atención primaria.



**Figura 1** Utilización de diferentes herramientas diagnósticas en la depresión. \* $p < 0,01$ . \*\* $p < 0,001$ . AP: atención primaria.

Las razones a las que se atribuye el incumplimiento del tratamiento varían ostensiblemente según el tipo de facultativo, siendo las más frecuentes los efectos adversos en el caso del psiquiatra (79,8 %), y la larga duración del tratamiento en AP (66,8 %) (tabla 5).

## DISCUSIÓN

El peso específico de los trastornos depresivos en la asistencia sanitaria es muy elevado y, sobre todo a nivel de AP, a pesar de la posible existencia de unas cifras importantes

de epidemiología oculta. En nuestro medio uno de cada cinco pacientes atendidos en una consulta de AP presentaría un trastorno depresivo<sup>4,5,13</sup>. En el estudio Depression Research in European Society (DEPRES)<sup>14</sup> se recogió que un 43 % de los pacientes deprimidos no buscan ayuda en el tratamiento de la depresión, y del 57 % que sí acude a consulta, la mayoría lo hace en el escalón de la AP. Además se observó que la gravedad de la depresión se relacionaba con un mayor número de consultas.

El tiempo de consulta ha sido considerado por los facultativos encuestados como el principal aspecto a mejorar en la asistencia sanitaria a la depresión. Además, supone uno de los principales problemas de diagnóstico de la depresión para los médicos de AP, los cuales estiman en más de un 80 % que necesitan más tiempo para diagnosticar a un paciente depresivo que a otro tipo de enfermos. Los resultados aportados en nuestro estudio sobre el tiempo medio empleado en las consultas coinciden con los aportados por Pingitore et al.<sup>15</sup> en Estados Unidos, en el que la duración de la primera visita del paciente depresivo en la consulta de AP era 32 min inferior a la del psiquiatra.

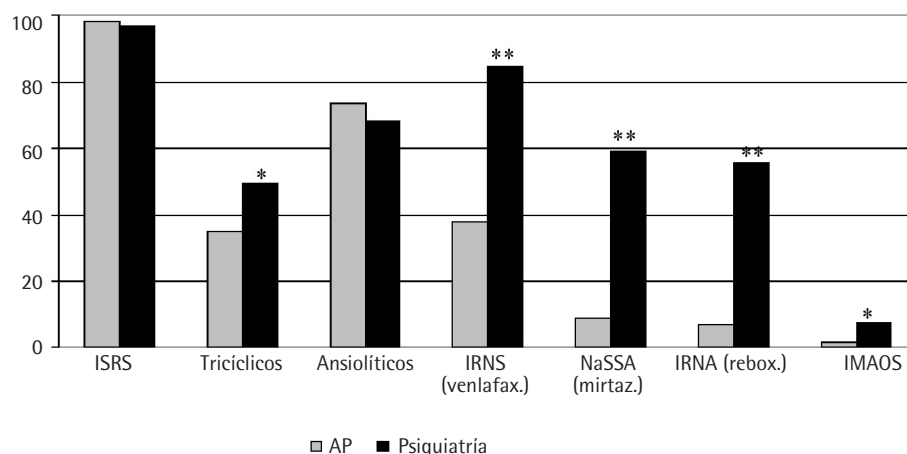
Con respecto al nivel de comunicación y colaboración entre AP y especializada, aunque actualmente es considerado positivo, un 60 % tanto de psiquiatras como de médicos de AP consideran este aspecto como el principal que se debería mejorar en la relación entre atención primaria y psiquiatría. No obstante, ambos colectivos consideran esta relación igual o mejor que la que mantienen con otros especialistas. En este marco, un aspecto importante en el proceso de derivación desde la AP a la especializada es el soporte informativo con que se documenta esa derivación y cómo se valora la calidad de ese soporte. Éste es considerado «regular» por el psiquiatra a pesar de que un 85 % de médicos de AP afirman remitir al paciente adjuntando un informe.

**Tabla 4**

Actuaciones terapéuticas más frecuentes en atención primaria (AP) y psiquiatría tras el diagnóstico de depresión

|                             | 2002   |                 |        |
|-----------------------------|--------|-----------------|--------|
|                             | AP (%) | Psiquiatría (%) | p      |
| Tratamiento con fármacos    | 94,8   | 99,0            | —      |
| Asesoramiento               | 53,6   | 84,2            | <0,001 |
| Pautas de vida e higiene    | 52,8   | 71,9            | <0,01  |
| Remisión al psiquiatra      | 50,1   | —               | —      |
| Psicoterapia                | 44,6   | 80,6            | <0,001 |
| Hablar con familiares       | 39,1   | 91,9            | <0,001 |
| Interconsulta especialistas | 3,4    | —               | —      |
| Envío a urgencias           | 3,4    | —               | —      |
| Otros                       | 2,4    | 33,3            | NS     |
| Hospitalización             | —      | 14,5            | —      |
| Terapia electroconvulsiva   | —      | 3,3             | —      |



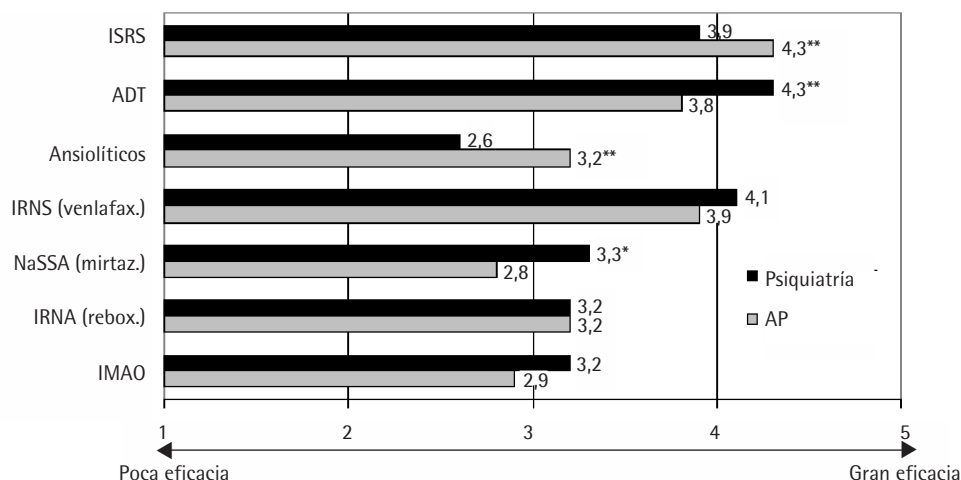


**Figura 2** Frecuencia de uso de los fármacos antidepresivos por el psiquiatra y el médico de atención primaria. \* $p < 0,05$ . \*\* $p < 0,001$ . ISRS: inhibidores selectivos de recaptación de serotonina; IRNS: inhibidores de la recaptación de noradrenalina y serotonina (venlafaxina); NaSSA: antidepresivos noradrenérgicos y serotoninérgicos específicos (mirtazapina); IRNA: inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (reboxetina); IMAO: inhibidores de la monoaminoxidasa.

Una formación médica más actualizada explicaría el hecho de que los médicos de familia incluyan datos de la exploración y realicen una petición concreta con más frecuencia que los médicos generalistas, según opinan Herrán et al.<sup>16</sup>. Estos autores observaron que en los impresos, las solicitudes de derivación desde AP a psiquiatría, un 34 % incluían datos sobre la exploración psiquiátrica y un 70 % juicio diagnóstico; en cambio, en opinión de la mayoría de los médicos remitentes se especificaban habitualmente datos sobre la exploración

psiquiátrica e impresión diagnóstica en los impresos, las solicitudes de derivación. Tanto en este estudio como en otros estudios de derivación realizados en nuestro medio<sup>17,18</sup> se concluye que es necesaria una mejora de los informes de derivación, y esto conllevaría una mejora en la comunicación entre AP y psiquiatría.

El rechazo de los pacientes a acudir al psiquiatra puede influir en el médico de AP a la hora de remitirle al especia-



**Figura 3** Valoración de la eficacia de los fármacos antidepresivos por psiquiatras y médicos de atención primaria. \* $p < 0,01$ . \*\* $p < 0,001$ . ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; IRNS: inhibidores de la recaptación de noradrenalina y serotonina (venlafaxina); NaSSA: antidepresivos noradrenérgicos y serotoninérgicos específicos (mirtazapina); IRNA: inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (reboxetina); IMAO: inhibidores de la monoaminoxidasa.

Tabla 5

## Razones de incumplimiento del tratamiento

|                                | AP (%) | Psiquiatría (%) | p      |
|--------------------------------|--------|-----------------|--------|
| Larga duración del tratamiento | 66,8   | 46,5            | <0,001 |
| Creen que no lo necesitan      | 48,3   | 40,4            | NS     |
| Efectos secundarios            | 47,9   | 79,8            | <0,001 |
| No remisión de síntomas        | 23,1   | 28,3            | NS     |
| Dejadez, falta de interés      | 5,1    | 7,1             | NS     |
| Otras razones                  | 4,2    | 8,2             | NS     |

NS: no significativa; AP: atención primaria.

lista, siendo el segundo motivo más frecuente de no derivación por parte del médico de AP, por detrás de las listas de espera. No obstante, la actitud que suele adoptar un paciente depresivo cuando le derivan al psiquiatra suele ser positiva, según la opinión del 85,8 % de los médicos de AP de nuestro estudio. En una encuesta realizada por Williams<sup>19</sup> en Estados Unidos a médicos de AP, éstos afirmaban que más del 25 % de sus pacientes rechazaban el diagnóstico y más de la mitad dudaban en acudir al psiquiatra cuando eran remitidos al especialista. En nuestro medio, García-Testal et al.<sup>18</sup>, en un estudio de derivaciones de AP a salud mental, observaron que un 17 % de los pacientes derivados desde AP no acudieron a la primera consulta con el psiquiatra.

Diversos estudios han puesto de manifiesto que la categoría vital más relevante a la hora de padecer un trastorno depresivo es el sexo femenino<sup>4,5</sup>. Este hecho se observa también en nuestro estudio, aunque según la opinión de los psiquiatras encuestados este primer lugar es compartido actualmente por la condición «divorcios-separaciones» (74 %). En este sentido, otros autores<sup>20</sup> han constatado que ser divorciado se asocia a un mayor consumo de antidepressivos. Ser anciano se asocia a una categoría vital para padecer depresión más trascendente para el médico de AP que para el psiquiatra. Esta diferencia de percepción tal vez se justifique por el hecho de que en la consulta del médico de AP se vean muchos más ancianos que en la consulta especializada<sup>15</sup>. Desde la perspectiva sociosanitaria hay que tener presente también la mayor atención que en la actualidad se presta a la asistencia geriátrica, que se ha posicionado como el colectivo que más recursos asistenciales consume<sup>21</sup>. Otros factores que predisponen a padecer trastornos depresivos están muy relacionados con la vejez, como la pérdida de salud propia, la muerte de familiares, la jubilación laboral y la consiguiente disminución de los ingresos económicos y del prestigio social, cambios del lugar de residencia y pérdida de relaciones sociales, etc. Todos estos factores están recogidos en los estudios de Murphy<sup>22</sup> y Emerson et al.<sup>23</sup>, que confirman el nexo entre acontecimientos vitales graves y la depresión en el anciano.

Existe una gran coincidencia entre los médicos de AP y los psiquiatras sobre la sintomatología en que se fundamenta el diagnóstico de depresión, siendo la más valorada por ambos colectivos, aunque en diferente orden, el estado de ánimo deprimido, la disminución de la vitalidad, los trastornos del sueño y la anhedonia. No obstante, respecto a esta última, existe una gran discrepancia entre los dos colectivos, ya que es mucho más valorada por el psiquiatra (70,8 %) que por el médico de AP (36,1 %). Por otro lado, existe una mayor constancia de trastornos físicos en AP, que tal vez se explique porque el médico de AP necesita realizar un interrogatorio más amplio para descartar otras patologías, mientras que el psiquiatra enfoca directamente la consulta hacia el trastorno afectivo.

La valoración de la sintomatología y la entrevista con el paciente son los instrumentos diagnósticos más utilizados, tanto por el psiquiatra como por el médico de AP. Llama la atención el hecho de que los psiquiatras consultan a los familiares de los pacientes en el doble de casos que los médicos de AP (33 frente a 14,3 %;  $p < 0,001$ ), a los que, sin embargo, se les presupone más próximos al entorno del paciente depresivo. La utilización rutinaria de herramientas diagnósticas y de evolución, incluyendo cuestionarios de diagnóstico y escalas psicométricas, por parte de ambos grupos de médicos es muy escasa, así como la realización de otras pruebas diagnósticas. Nuestros resultados están en la línea del estudio realizado por Depont et al.<sup>24</sup> en una muestra de psiquiatras franceses en el que el 79,3 % afirmaba realizar el diagnóstico según «juicio clínico» y muy pocos reconocían el empleo de escalas o instrumentos de diagnóstico.

En el prólogo de la edición de 1982 del Estudio sociológico Libro Blanco «La depresión en España» titulado «La era de la depresión»<sup>25</sup>, López-Ibor comentaba que a principios de la década de 1980 no existían «criterios clínicos suficientemente precisos como para que cualquier médico pueda diagnosticar correctamente a los enfermos depresivos, establecer un plan terapéutico adecuado y evaluar los resultados y, sobre todo, identificar a aquellos casos que puede tratar él de aquellos otros más graves o más resistentes a los tratamientos simples que debe remitir al psiquiatra». De hecho, en el estudio de 1982 la «falta de formación especializada» era el principal problema para el diagnóstico de la depresión, tanto en psiquiatría como en AP, pasando a ser «el enmascaramiento con otra sintomatología» el principal problema de diagnóstico en el momento actual para ambos colectivos de médicos. Para López-Ibor los equivalentes depresivos son aquellas manifestaciones de los trastornos depresivos en las que los síntomas somáticos se presentan en un primer plano<sup>26</sup>. Estas formas de manifestarse la depresión continúan siendo las más frecuentes en la práctica clínica, y en particular en las consultas de AP, donde llegan a constituir cerca del 50 % de los trastornos depresivos<sup>27</sup>.

En líneas generales, las barreras de diagnóstico referidas por los médicos de AP en nuestro estudio son coincidentes con las apuntadas por otros estudios realizados sobre este tipo de

profesionales, tanto en nuestro medio<sup>28</sup> como en otros países de nuestro entorno<sup>29-31</sup>. En una revisión realizada por Tylee<sup>32</sup> se analizaron las características que posibilitarían una mayor probabilidad de detección de problemas psiquiátricos en AP, siendo las más relevantes un mayor conocimiento de la sintomatología y las herramientas terapéuticas, unas actitudes más positivas ante la patología mental y una mejora de las habilidades de la entrevista clínica.

Una vez establecido el diagnóstico de depresión, el 80 % de los médicos de AP eligieron «el tratamiento con fármacos» como la pauta de actuación más común. Este hecho tal vez se explique por una mejora en la formación del médico de AP, con un mejor manejo de los fármacos antidepresivos y con un arsenal terapéutico más amplio donde poder escoger fármacos mejor tolerados y de más fácil empleo. Por el contrario llama la atención, al igual que sucedía desde el punto de vista diagnóstico, que los psiquiatras hablan más con los familiares que los médicos de AP. En el estudio realizado en Estados Unidos por Stafford et al.<sup>33</sup> los psiquiatras utilizaban el asesoramiento en el 88,4 % de sus pacientes depresivos frente a un 27,8 % de los médicos de AP.

Prácticamente la totalidad de facultativos, tanto de AP como psiquiatras, afirman instaurar un tratamiento farmacológico en todos sus pacientes depresivos. Nuestros resultados coinciden con los datos obtenidos en estudios recientes, como el realizado por Tarricone et al.<sup>34</sup> en Italia, en el que al 98 % de los pacientes se les prescribió un agente antidepresivo. En Estados Unidos se pasó de un 37,3 % de individuos tratados con antidepresivos en 1987 a un 74 % en 1997<sup>35</sup> y a un 89 % en el año 2001<sup>36</sup>. Por tanto puede observarse cómo paralelamente a la introducción clínica de nuevos fármacos en el mercado de más fácil manejo ha ido aumentando el porcentaje de pacientes tratados farmacológicamente.

Aunque no hemos encontrado diferencias entre ambos grupos de facultativos en cuanto al porcentaje de empleo de ansiolíticos (73,4 % en AP y 68,4 % en psiquiatría), en AP es el segundo grupo farmacológico más empleado. En el estudio de Ruiz Doblado et al.<sup>37</sup> se observó un uso excesivo de ansiolíticos por parte del médico de AP, llegándose a constatar hasta un empleo seis veces superior de benzodiazepinas que de antidepresivos. Por su parte, Tarricone et al.<sup>34</sup> refieren la prescripción de benzodiazepinas a un 84 % de los pacientes depresivos. Por encima del 90 % de los médicos de ambos colectivos afirman escoger un ISRS como fármaco antidepresivo de primera elección. Diversos autores de nuestro medio<sup>38,39</sup> proponen a los ISRS como la familia de fármacos de primera elección en AP.

El cumplimiento terapéutico es un factor decisivo en el éxito del tratamiento. En nuestro estudio, el nivel de cumplimiento del tratamiento farmacológico ha sido valorado muy favorablemente por encima del 80 % de los facultativos, tanto psiquiatras como médicos de AP. Esta opinión con respecto al cumplimiento terapéutico es más optimista que

la obtenida en otras encuestas realizadas en España a médicos de AP en los años 2001 y 2003<sup>40</sup>, en las que se estima que el 40 % de los pacientes suspendían la terapia en las fases iniciales y un 60 % la abandonaban en la fase de mantenimiento, siendo la principal causa de abandono «creer que no necesitan la medicación» o «sentirse curado». En el ámbito internacional, un grupo belga, liderado por Demyttenaere, ha publicado varios artículos al respecto<sup>41-43</sup>, en los que indican que entre un 30 a un 60 % de los pacientes no toman la medicación según la prescripción del facultativo y que la primera causa de falta de adherencia al tratamiento, con un 55 %, obedece a la mejoría experimentada por los pacientes, seguido por los efectos adversos (23 %). Según Khunti<sup>44</sup>, de un 20 a un 59 % de los pacientes abandonan el tratamiento en las primeras 3 semanas y hasta un 68 % en los primeros 3 meses, dependiendo del tipo de tratamiento antidepresivo instaurado<sup>45,46</sup>. Peveler et al.<sup>47</sup> evaluaron una amplia población de pacientes tratados con antidepresivos tricíclicos en AP y observaron que el 40 % lo abandonaba en las primeras 12 semanas.

A pesar de que en términos generales la calidad de la asistencia sanitaria a la depresión en España se considera buena, es claramente susceptible de mejora. La valoración de los psiquiatras es más crítica que la de los médicos de AP en cuanto a los medios de diagnóstico y tratamiento de la depresión disponibles en AP, siendo considerados insuficientes aproximadamente por el 50 % de los especialistas. En cambio, se ha producido una evolución muy positiva en la opinión de los facultativos sobre la asistencia psiquiátrica pública española desde 1982, basada en la capacidad de los centros de salud mental para atender a los pacientes depresivos<sup>6,21</sup>. El cambio de actitud del médico de AP ante la depresión, junto con la evolución de los tratamientos farmacológicos, son los dos factores que, según los médicos de AP, influyen de forma más positiva en la mejora de la calidad asistencial a la depresión, siendo este último aspecto el más valorado por el psiquiatra. Además éste considera que la realización de un buen diagnóstico es el principal aspecto con el que el médico de AP puede contribuir mejor al tratamiento del enfermo depresivo. De hecho, hasta 1997 lo más urgente para los psiquiatras era mejorar la formación de los médicos de AP<sup>6</sup>.

En el momento actual es un hecho reconocido que hay otros aspectos que preocupan más y son considerados más susceptibles de mejora que la formación. Así, en opinión del médico de AP, el tiempo de consulta es el aspecto más importante, seguido de la coordinación entre AP y psiquiatría, las listas de espera y la asistencia social y psicológica a la familia. Desde el punto de vista del psiquiatra, la coordinación entre AP y psiquiatría, la dotación de medios de los centros de salud mental y el tiempo de consulta son considerados como los principales aspectos a mejorar en la asistencia sanitaria a la depresión en España. Por su parte, para López-Ibor et al.<sup>21</sup>, una formación continuada de los médicos de AP junto con una mayor dotación de recursos que permitan ampliar los tiempos de consulta y promover un flujo de comunicación ágil entre ambos niveles asistenciales, son los



principales aspectos a mejorar de la calidad asistencial a la depresión en España.

## CONCLUSIONES

El peso específico de los trastornos depresivos en la asistencia sanitaria es muy elevado y, sobre todo a nivel de AP, a pesar de la posible existencia de unas cifras importantes de epidemiología oculta.

La colaboración entre los niveles de AP y especializada es considerada tan sólo como discretamente positiva, lo que revela una falta de satisfacción mutua en las relaciones. Los psiquiatras consideran que desde AP se debe mejorar la calidad en la cumplimentación del informe que acompaña a la derivación del paciente depresivo.

Los instrumentos diagnósticos más utilizados en la detección de los trastornos depresivos son la valoración de la sintomatología y la entrevista con el paciente, siendo el enmascaramiento con otra sintomatología la dificultad diagnóstica más importante.

Cada vez son más similares los tratamientos antidepressivos utilizados por ambos colectivos, de modo que actualmente los ISRS son considerados como los fármacos de elección tanto por los psiquiatras como por los médicos de AP. Los ISRS son los fármacos más empleados en España por los médicos de AP y los ISRS y la venlafaxina por los psiquiatras.

La valoración que hacen los médicos de la asistencia sanitaria actual al paciente deprimido es buena, aunque se ponen de manifiesto una serie de carencias y aspectos que necesitan ser claramente mejorados, tales como el tiempo de consulta, la coordinación entre AP y psiquiatría, las listas de espera y la dotación de medios a los centros de salud mental.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ayuso JL. Concepto y clasificación. Aspectos epidemiológicos y significado socioeconómico de la depresión. *Salud Rural* 1999; 3:107-9.
2. Girolamo G. Diferencias transculturales en la depresión. *Focus Depression* 1993;3:28-40.
3. Blazer DG, Kessler RC, McGonagle KA, Swartz MS. The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry* 1994;151:979-86.
4. Aragonés E, Gutiérrez M, Pino M, Lucena C, Cervera J, Garreta I. Prevalencia y características de la depresión mayor y la distimia en atención primaria. *Aten Primaria* 2001;27:623-8.
5. Gabarrón E, Vidal JM, Haro JM, Boix I, Jover A, Arenas M. Prevalencia y detección de los trastornos depresivos en atención primaria. *Aten Primaria* 2002;29:329-37.
6. López-Ibor JJ, Álamo C, López-Muñoz F, Cuenca E, Rubio G, Otero FJ. Evolution of the management of depression in Spain from the psychiatrist's perspective. A comparative analysis: 1997 versus 1982. *Eur Psychiatry* 2000;15:362-9.
7. Arrillaga M, Sarasqueta C, Ruiz M, Sánchez A. Actitudes del personal sanitario de atención primaria hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de salud mental. *Aten Primaria* 2004;33:491-5.
8. Comas A, Álvarez H. Conocimiento y percepción de la depresión entre la población española. *Actas Esp Psiquiatr* 2004;32:371-6.
9. Informe Sespas 2002. Invertir para la salud. Prioridades en salud pública. En: Cabasés JM, Villalbí JR, Aibar C, editores. Disponible en: [www.sespas.aragob.es/informe.html](http://www.sespas.aragob.es/informe.html), 2002.
10. Giner J. La reforma psiquiátrica permanente. En: López-Ibor J, Gómez Pérez J, Gutiérrez Fuentes JA, editores. Retos para la psiquiatría y la salud mental en España. Barcelona: Psiquiatría Editores, 2003; p. 3-11.
11. Álamo C, López-Muñoz F, Cuenca E. Gli SSRI nella pratica clinica a la loro validità rispetto agli antidepressivi triciclici. *Psichiatr Med* 1997;1:2.
12. Pirraglia PA, Stafford RS, Singer DE. Trends in prescribing of selective serotonin reuptake inhibitors and other newer antidepressant agents in adult primary care. *Prim Care Comp J Clin Psychiatry* 2003;5:153-7.
13. Baca E, Sáiz J, Agüera LF, Caballero ML, Fernández-Liria A, Ramos JA, et al. Prevalencia de los trastornos psiquiátricos en atención primaria usando el cuestionario PRIME-MD. *Aten Primaria* 1999;23:275-9.
14. Lepine JP, Gastpar M, Mendlewicz J, Tylee A. Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *Int Clin Psychopharmacol* 1997; 12:19-29.
15. Pingitore D, Snowden L, Sansone R, Klinkman M. Persons with depressive symptoms and the treatments they receive: a comparison of primary care physicians and psychiatrists. *Int J Psychiatry Med* 2001;31:41-60.
16. Herrán A, López-Lanza J, Ganzo H, Cadinanos A, Díez-Manrique JF, Vazquez-Barquero J. Derivación de los pacientes con enfermedad mental desde atención primaria a salud mental. *Actas Esp Psiquiatr* 2000;28:13-21.
17. García-Campayo J, Sanz-Carillo C, Jimeno A. Interconsulta atención primaria/psiquiatría: utilización de la consulta única. *Aten Primaria* 1993;13:136-8.
18. García-Testal A, Sancho F, Julve R, Puche E, Rabanque G. Estudio de las derivaciones de atención primaria a salud mental: ¿qué coincidencia existe entre los motivos de derivación y el diagnóstico del especialista? *Aten Primaria* 1998;22:233-8.
19. Williams JW Jr, Rost KM, Dietrich AJ, Ciotti MC, Zyzanski SJ, Cornell J. Primary care physicians' approach to depressive disorders. *Arch Fam Med* 1999;8:58-67.
20. Rispau A, Soler M, García I, Caramés E, Espín A, García C. Factores de riesgo asociados al consumo de antidepressivos. *Aten Primaria* 1998;22:440-3.
21. López-Ibor JJ, Álamo C, López-Muñoz F, Cuenca E, Rubio G, Otero FJ. A comparative analysis of depression management in primary care practice in Spain: 1997 versus 1982. *Prim Care Psychiatry* 1999;5:133-45.
22. Murphy E. Social origins of depression in old age. *Br J Psychiatry* 1982;141:135-42.
23. Emerson JP, Burvill PW, Finlay-Jones R, Hall W. Life events, life difficulties and confiding relationships in the depressed elderly. *Br J Psychiatry* 1989;155:787-92.

24. Depont F, Rambelomanana S, Le Puil S, Begaud B, Verdoux H, Moore N. Antidepressants: psychiatrists' opinions and clinical practice. *Acta Psychiatr Scand* 2003;108:24-31.
25. Gabinete de estudios sociológicos Bernard Krief. Estudio sociológico Libro Blanco «La depresión en España». Madrid, 1982.
26. López Ibor JJ. Los equivalentes depresivos. Madrid: Editorial Paz Montalvo, 1976.
27. Sáiz J, Ibáñez A. Diagnóstico de equivalentes depresivos. *Rev Clin Esp* 2002;202:88-90.
28. Revuelta Lucas I, Kassem Vargas S. Los trastornos depresivos en atención primaria (I): epidemiología, clasificación y diagnóstico. *MEDIFAM* 1996;6:150-7.
29. Sartorius N, Ustun TB, Costa e Silva JA, Goldberg D, Lecrubier Y, Ormel J, et al. An international study of psychological problems in primary care: preliminary report from the World Health Organization Collaborative project on «psychological problems in general health care». *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:819-24.
30. Docherty JP. Barriers to the diagnosis of depression in primary care. *J Clin Psychiatry* 1997;58(Suppl. 1):5-10.
31. Pincus H, Pechura C, Elinson L, Pettit AR. Depression in primary care: linking clinical and systems strategies. *Gen Hosp Psychiatry* 2001;23:311-8.
32. Tylee A. The secondary prevention of depresión. En: Kendrick, Tylee, Freeling, editores. *The prevention of mental illness in primary care*. Cambridge: University Press, 1996.
33. Stafford RS, Ausiello JC, Misra B, Saglam D. National Patterns of Depression Treatment in Primary Care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2000;2:211-6.
34. Tarricone R, Fattore G, Gerzeli S, Serra G, Taddei C, Percudani M. The Costs of Pharmacological Treatment for Major Depression. *Pharmacoeconomics* 2000;17:167-74.
35. Olfson M, Marcus S, Druss B, Elinson L, Tanielian T, Pincus HA. National trends in the outpatient treatment of depression. *J Am Med Assoc* 2002;287:203-9.
36. Stafford Rs, MacDonald E, Finkelstein SN. National Patterns of Medication Treatment for Depression, 1987 to 2001. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2001;3:232-5.
37. Ruiz Doblado S. Depresión en atención primaria: influencia de variables clínica y sociodemográficas en la prescripción de psicofármacos. *Rev Psiquiatr Fac Med Barna* 1997;25:119-25.
38. De La Gándara Martín. Manejo de depresión y ansiedad en atención primaria. *Aten Primaria* 1997;20:389-94.
39. De La Gándara JJ, Montejo AL, Majadas, S. Tratamiento de mantenimiento: la clave del éxito en la terapia de las depresiones. *Psiquiatr Biol* 2004;11:22-7.
40. Otero Pérez FJ. Tratamiento farmacoterapéutico de la depresión en atención primaria. *Farmacoterapia XV*, 1998;XV: 13-23.
41. Demyttenaere K, Haddad P. Compliance with antidepressant therapy and antidepressant discontinuation symptoms. *Acta Psychiatr Scand* 2000;101(Suppl. 403):50-6.
42. Demyttenaere K, Enzlin P, Dewe W, Boulanger B, de Bie J, de Troyer W, et al. Compliance with antidepressants in a primary care setting, 1: Beyond lack of efficacy and adverse events. *J Clin Psychiatry* 2001;62(Suppl. 22):30-3.
43. Demyttenaere K, Enzlin P, Dewe W, Boulanger B, de Bie J, de Troyer W, et al. Compliance with antidepressants in a primary care setting, 2: the influence of gender and type of impairment. *J Clin Psychiatry* 2001;62(Suppl. 22):34-7.
44. Khunti K, Baker R, Robertson N. Development of evidence based review criteria for the management of patients with depression in primary care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 1998;4: 29-33.
45. Bull SA, Hu XH, Hunkeler EM. Discontinuation of use and switching of antidepressants: influence of patient-physician communication. *J Am Med Assoc* 2002;288:1403-9.
46. Pampallona S, Bollini P, Tibaldi G, Kupelnick B, Munizza C. Patient adherence in the treatment of depression. *Br J Psychiatry*, 2002;180:104-9.
47. Peveler R, George C, Kinmonth AL, Campbell M, Thompson C. Effect of antidepressant drug counselling and information leaflets on adherence to drug treatment in primary care: randomised controlled trial. *Br Med J* 1999;319:612-5.