

El subdiagnóstico de la depresión en una unidad de primer nivel de atención médica

Victor Manuel Mendoza Núñez,
Escuela Nacional de Estudios Profesionales Zaragoza

Resumen

Se realizó un estudio descriptivo transversal en el centro de salud comunitario "Ramon Millán" de la Ciudad de México, con el fin de detectar los trastornos depresivos y cuantificar el subdiagnóstico de esta patología. Para tal efecto se aplicó la prueba de Zung a 765 pacientes mayores de 16 años que acudieron a la consulta médica habitual durante el mes de octubre de 1986. Se detectó un 36% de positividad a la prueba en su aplicación general, y un 51.9% de subdiagnóstico de los pacientes diagnosticados como sanos.

Summary

A descriptive cross-sectional study was carried out at a health community center located in Mexico City, to detect depressive symptoms and to evaluate a subdiagnosis of this pathology. Zung Depression scale was administered to a sample of 765 outpatients older than 16 years which came to the center for regular consultation during the month of October, 1986. Results showed 36% positivity to the test in its general application, and a 51.9% subdiagnosis in normal patients.

Introducción

En el primer nivel de atención médica, se tiene planeado la solución del 85% de los problemas de salud, los cuales en su mayoría son de alta frecuencia y poca complejidad, sin embargo, si estos problemas no son detectados a tiempo para su manejo oportuno, la historia natural de dichos padecimientos puede propiciar graves secuelas o bien llegar hasta la muerte^{6, 28, 16}. Entre la morbilidad más frecuente que se atiende en dicho nivel, se encuentran los trastornos de índole psiquiátrico y de estos últimos la depresión es el predominante, no obstante, este padecimiento no siempre se diagnostica como se ha reportado en algunos estudios^{13, 14}.

La depresión es un padecimiento que causa controversia en cuanto a su definición y clasificación¹², hay autores

que la dividen en endógena y exógena, a su vez la primera se subdivide en psicótica monofásica y difásica, la segunda en la abúlica (apática) y neurótica con componente ansioso. Por otro lado, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Sociedad Americana de Psiquiatría mejor conocido como DSM III¹, los clasifica como trastornos afectivos mayores (episodio maniaco, episodio depresivo y trastornos bipolares) y trastornos distímicos (neurosis depresivas).

Sin embargo, la clasificación oficialmente aceptada en nuestro país, es la de la novena revisión de la clasificación internacional de enfermedades de la OMS (ICD IX), la cual contempla en la categoría 300.4 a la depresión neurótica, que es la que nos ocupa en nuestro estudio, y se describe como un trastorno caracterizado por depresión generalmente consecutiva a una experiencia aflictiva, es

frecuente que se manifieste también ansiedad, y se subdivide en depresión ansiosa, depresión reactiva, estado neurótico depresivo y reacción depresiva³.

Respecto a la fisiopatogenia de este padecimiento se han identificado niveles bajos de catecolaminas e indolaminas (principalmente noradrenalina y serotonina), además de presentar aumento en la excreción de esteroides, sin embargo, este último factor se considera como concomitante al síndrome depresivo y no como algo etiológico. También se ha relacionado con el metabolismo del sodio y la glucosa, lo cual tiene relación directa con la producción de esteroides^{3,19}.

El cuadro clínico de la depresión neurótica incluye trastornos afectivos persistentes, equivalentes fisiológicos y psicológicos^{4,5}. Entre las alteraciones afectivas se encuentran principalmente la indiferencia, tristezas, inseguridad, pesimismo, miedo, ansiedad e irritabilidad. Por otro lado, los equivalentes fisiológicos y psicológicos que se presentan con mayor frecuencia son los trastornos del sueño (insomnio e hipersomnia), disminución de la libido (en el hombre puede llegar hasta la impotencia y en la mujer hasta la frigidez), cefálea tensional, trastornos digestivos, alteraciones cardiovasculares, sensopercepción disminuida, alteraciones de la memoria, disminución de la atención y la comprensión, ideas de culpa o fracaso, pensamientos obsesivos, impulso a la ingestión de alcohol o drogas e ideación suicida. (cuadro I).

CUADRO I

CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA DEPRESION NEUROTICA*

1. Trastornos afectivos persistentes.
 - Indiferencia
 - Tristeza
 - Inseguridad
 - Pesimismo
 - Miedo
 - Ansiedad
 - Irritabilidad
2. Equivalentes fisiológicos.
 - Trastornos del sueño
 - Disminución de la libido
 - Cefálea tensional
 - Trastornos digestivos
 - Alteraciones cardiovasculares
 - Senso percepción disminuida
3. Equivalentes psicológicos.
 - Alteraciones de la memoria
 - Disminución de la atención
 - Disminución de la comprensión
 - Ideas de culpa o fracaso
 - Pensamientos obsesivos
 - Impulso a la ingestión de alcohol o drogas
 - Ideación suicida

* En la depresión psicótica además de la sintomatología anterior se presentan ideas delirantes, alucinaciones o episodios maniacos.

El tratamiento de la depresión sin ideación o intentos suicidas es sencillo y puede ser manejado por el Médico General, mediante psicoterapia de apoyo y la administración de timoanalépticos (tricíclicos, tetracíclicos e inhibidores de la monoamino-oxidasa)².

Aunque existen criterios establecidos para la clasificación, diagnóstico y tratamiento de los trastornos depresivos, dicha patología no siempre es diagnosticada en el primer nivel de atención médica, como lo han sugerido los estudios de Padilla^{13,14}.

El subdiagnóstico de la depresión, entendido como la omisión del diagnóstico por impericia, negligencia o descuido, es un problema importante en el primer nivel de atención médica, considerando que algunos estudios de detección sugieren una prevalencia de los trastornos depresivos entre el 35% y el 50%^{13,14}, sin embargo, dicho padecimiento no figura entre las primeras 10 causas de morbilidad^{5,10}. Por lo anterior es conveniente determinar la frecuencia real y evidenciar el subdiagnóstico de este padecimiento, con el fin de alertar al médico general sobre la importancia de este trastorno que si no es diagnosticado y manejado oportunamente puede generar serias alteraciones físicas, sociales y familiares e incluso llegar hasta la muerte a causa de suicidio¹⁶.

Material y Métodos

Con el fin de cumplir con el objetivo de determinar la frecuencia del subdiagnóstico de la depresión en una unidad del primer nivel de atención médica, se eligió el Centro de Salud Comunitario T III "Ramos Millán", ubicado en la Delegación Iztacalco de la Ciudad de México, el cual es representativo de la atención médica que brinda en dicho nivel la Secretaría de Salud.

Se incluyeron en el estudio a los pacientes mayores de 16 años que acudieron a la consulta externa habitual durante el mes de octubre de 1986, sin importar sexo ni motivo de consulta. Se consideró suficiente realizarlo durante un solo mes debido a que la morbilidad registrada en 1985 en dicho centro en cuanto a las 10 primeras causas fueron las mismas durante todos los meses en los cuales no figuraron los problemas depresivos.

El instrumento utilizado para detectar los problemas depresivos y cuantificar el subdiagnóstico fue la prueba de Zung, la cual tiene una sensibilidad y especificidad del 90%^{20,21}, además de ser de fácil aplicación e interpretación. Esta prueba integra 20 variables de tipo cualitativo nominal, explora las alteraciones afectivas persistentes, equivalentes fisiológicos y psicológicos. De las primeras

se investiga la disminución del estado de ánimo y la labilidad emocional; de los equivalentes fisiológicos, las alteraciones del sueño, del apetito, sexuales, gastrointestinales, cardiovasculares y musculoesqueléticas; finalmente de los psicológicos, la agitación psicomotora, retardo psicomotor, confusión, desesperanza, indecisión, irritabilidad, insatisfacción, devaluación personal e ideación suicida.

Las declaraciones de la prueba están redactadas en un lenguaje común y de uso diario para la mayoría de pacientes, la mitad de las preguntas están redactadas de manera positiva y la otra mitad de forma negativa, como medida de protección para la prueba. A un lado de las declaraciones aparecen cuatro columnas, cuyos encabezados plantean las respuestas de muy pocas veces, algunas veces, la mayor parte del tiempo y continuamente, el paciente podrá elegir solamente una de las cuatro respuestas para cada variable, las cuales tienen un valor numeral de uno a cuatro. La forma de calificar la prueba es mediante la colocación de una cubierta transparente que contiene el valor de cada una de las respuestas, se coloca sobre la prueba resuelta y se realiza la suma de puntaje, del cual se considera como prueba de Zung positiva cuando es mayor de 40 puntos. (Cuadro II).

Para la aplicación del instrumento se adiestraron a 8 médicos generales del Centro de Salud "Ramos Millán", con el fin de que conocieran los fundamentos y validez de la prueba, para tal fin se organizaron 4 sesiones de 2 horas cada una. Así mismo, se realizó un estudio piloto que consistió en la aplicación de la prueba a 10 pacientes por cada médico, con lo que se logró estandarizar la aplicación y la calificación del instrumento.

Posteriormente se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y de corte transversal en el que se aplicó la prueba de Zung a 765 pacientes mayores de 16 años al finalizar la consulta, cuando el médico ya tenía formulado su diagnóstico presuncional, así mismo se registraron las variables de edad, sexo y estado civil.

Resultados

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

1. Frecuencia de trastornos depresivos: mediante la aplicación de la prueba de Zung se detectaron 277 pacientes deprimidos que corresponden el 36.2% de la población estudiada. (cuadro III).
2. Subdiagnóstico de pacientes deprimidos: los médicos participantes diagnosticaron problemas de origen psicógeno (neurosis depresiva, histeria conversiva, reac-

Cuadro II

PRUEBA DE ZUNG CON ESCALA DE CALIFICACION				
Sintomas	Muy pocas veces	Algunas veces	La mayor parte del tiempo	Continuamente
1. Me siento abatido y melancólico	1	2	3	4
2. En la mañana me siento mejor	4	3	2	1
3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar	1	2	3	4
4. Me cuesta trabajo dormirme en la noche	1	2	3	4
5. Como igual que antes solía hacerlo	4	3	2	1
6. Todavía disfruto de las relaciones sexuales	4	3	2	1
7. Noto que estoy perdiendo peso	1	2	3	4
8. Tengo molestias de constipación (estreñimiento)	1	2	3	4
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre	1	2	3	4
10. Me canso sin hacer nada	1	2	3	4
11. Tengo la mente tan clara como antes	4	3	2	1
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro	4	3	2	1
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto	1	2	3	4
14. Tengo esperanza en el futuro	4	3	2	1
15. Estoy más irritable de lo usual	1	2	3	4
16. Me resulta fácil tomar decisiones	4	3	2	1
17. Siento que soy útil y necesario	4	3	2	1
18. Mi vida tiene bastante interés	4	3	2	1
19. Creo que les haría un favor a los demás muriéndome	1	2	3	4
20. Todavía disfruto con las mismas cosas	4	3	2	1

Cuadro III

Frecuencia de Pacientes Deprimidos Detectados con Prueba de Zung.		
Prueba de Zung	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
Positiva	277	36.209
Negativa	488	63.791
Total	765	100.000

Fuente: Informe diario de la prueba de Zung.

ción de adaptación y cefalea tensional) en 23 pacientes (3% del total), es decir, en comparación con la frecuencia general de los trastornos depresivos hubo un subdiagnóstico del 91.6% considerando que idealmente se tenía que haber diagnosticado el 36.2% del total

(100% del diagnóstico de deprimidos). (cuadro IV).

El resto del subdiagnóstico corresponde a los enfermos psicógenos con un 39.7% (110 pacientes). (cuadro IV).

3. Edad: 35.7% de los pacientes de 16 a 25 años, el 25.9% de los de 26 a 35 años, el 48.5%, de los 36 a 45 años, el 47.2% de los 46 a 55 años, el 56% de los 56 a 65 años, el 59% de 66 y más fueron detectados como pacientes deprimidos. (Cuadro V).
4. Sexo: se detectaron como pacientes deprimidos al 36.26% de los pacientes del sexo femenino y al 35.41% de los del sexo masculino (cuadro VI).
5. Estado civil: al 25.8% de los pacientes solteros, el 41.1% de los casados, al 37.5% de los divorciados, al 37.8% de los que viven en unión libre y al 56% de los viudos se les detectaron trastornos depresivos. (cuadro VII).

Cuadro IV

Frecuencia del Subdiagnóstico de la Depresión Detectada con la Prueba de Zung.

Diagnóstico Médico	Zung Positivo	Subdiagnóstico (%)	Frecuencia Relativa Acumulada (%)
Sano	144	51.985	51.985
Enfermo no Psicógeno	110	39.712	91.697
Enfermo Psicógeno	23	8.303*	100.000
Total	277	100.000	

* Este porcentaje no se considera en el subdiagnóstico, ya que los médicos realizaron el diagnóstico adecuado.
Fuente: Informe diario de actividades del médico, Centro de Salud "Ramos Millán". Informe Diario de la Prueba de Zung.

Cuadro V

Distribución de Pacientes Deprimidos por Edad

Edad (Años)	Pacientes Atendidos (A)	Pacientes Deprimidos Detectados (B)	Relación B/A X 100 (%)
16-25	288	103	35.765
26-35	270	70	25.925
36-45	105	51	48.571
46-55	55	26	47.272
56-65	25	14	56.00
66 y más	22	13	59.09
Total	765	277	36.20

Fuente: Informe diario de actividades del médico, Centro de Salud "Ramos Millán". Informe Diario de la Prueba de Zung.

Discusión

Se sabe que en el mundo existen actualmente 400 millo-

Cuadro VI

Distribución de Pacientes Deprimidos por Sexo

Sexo	Pacientes Atendidos (A)	Pacientes Deprimidos Detectados (B)	Relación B/A X 100 (%)
Masculino	48	17	35.416
Femenino	717	260	36.262
Total	765	277	36.209

Fuente: Informe Diario de Actividades del Médico, Centro de Salud "Ramos Millán". Informe Diario de la Prueba de Zung.

Cuadro VII

Distribución de Pacientes Deprimidos por Estado Civil

Estado Civil	Pacientes Atendidos (A)	Pacientes Deprimidos Detectados (B)	Relación B/A X 100 (%)
Soltero	251	65	25.896
Casado	399	164	41.102
Divorciado	24	9	37.500
Unión Libre	66	25	37.878
Viudo	25	14	56.000

Fuente: Informe Diario de Actividades del Médico, Centro de Salud "Ramos Millán". Informe Diario de la Prueba de Zung.

nes de personas incapacitadas, de las cuales la mitad sufre de enfermedades neurológicas y psiquiátricas¹²; asimismo, en la República Mexicana los trastornos mentales ocupan el 15o. lugar en orden de frecuencia de morbilidad⁸, además "se ha calculado de que entre el 45 y 70% de los sujetos que se han suicidado sufrían depresión y que alrededor del 15% de los pacientes actualmente deprimidos se va a suicidar"⁵. Aunque las cifras anteriormente citadas son impresionantes por su magnitud, el problema aún es más grave considerando el alto porcentaje del subdiagnóstico.

Respecto a la frecuencia de los trastornos depresivos detectados, se puede señalar que no difiere mucho de lo informado por Padilla en 1985¹³, sin embargo, es 10 veces mayor a lo notificado oficialmente en el Centro de Salud Investigado¹⁰.

Es importante resaltar que el 51.9% de los pacientes detectados como deprimidos fueron catalogados como sanos por los médicos participantes en el estudio, lo cual debe alertar al Médico General para que mejore su relación Médico-Paciente y entienda en forma más adecuada las molestias que le refieran sus pacientes.

Debemos estar conscientes de que si un paciente solicita ayuda médica es porque realmente tiene algún problema, por lo que se debe evitar en lo posible abusar del diagnóstico de "clínicamente sano", ya que si se le asigna este diagnóstico a un paciente que sufre de molestias no diag-

nosticadas por el médico, seguramente recurrirá a esquemas terapéuticos alternativos del tipo de la medicina tradicional y la curandería, la cual en la mayoría de los casos no resolverá el problema y si propiciará cronicidad del padecimiento.

Respecto al subdiagnóstico de la depresión en pacientes con sintomatología de predominio orgánico, debemos señalar que el porcentaje es alto (39.7% del subdiagnóstico), y es debido al pensamiento biologicista de algunos médicos, es decir, no se realiza un diagnóstico integral que considere los aspectos psicosociales del paciente.

De los grupos etarios detectados con trastornos depresivos sobresale por su frecuencia el de los adolescentes, lo cual se explica porque esta etapa se caracteriza por ser un proceso de transición en el desarrollo de la personalidad^{9,11}, así mismo, se tienen identificados otros grupos como vulnerables a presentar mayor frecuencia de los trastornos depresivos como son los correspondientes a la menopausia, andropausia y la senilidad^{2,5,7}.

En relación al sexo, la diferencia de porcentajes en cuanto a la detección de los trastornos depresivos no fue marcada, lo cual se contrapone con los informes de la literatura médica, según los cuales hay una frecuencia mayor en el sexo femenino debido a influencias hormonales^{2,19}.

Del estado civil de los pacientes detectados sobresalen los grupos de casados y viudos, por su frecuencia, lo cual se puede explicar porque los primeros se enfrentan a

crisis constantes por presiones económicas y adaptaciones acordes al ciclo vital de la familia, por otro lado los segundos frecuentemente no superan la etapa de duelo por la pérdida del ser querido^{17,18}.

Conclusiones

Finalmente podemos concluir que los resultados obtenidos sugieren la posibilidad que 3 a 4 de cada 10 pacientes mayores de 16 años que acuden a la consulta médica general, en el primer nivel de atención, sufren trastornos depresivos. Así mismo, se incurre en un 91.6% de subdiagnóstico principalmente en los catalogados como sanos.

Considerando las repercusiones que puede propiciar el subdiagnóstico de la depresión como son las disfunciones familiares, la persistencia de sintomatología inespecífica, disminución en el rendimiento escolar y laboral, y en casos extremos la muerte a causa de suicidios^{7,16}, se propone la implementación de un programa permanente de salud pública orientado a la detección oportuna y tratamiento integral de dicho padecimiento. Así mismo, recomendamos la utilización de la prueba de Zung como un anexo de la historia clínica general en el primer nivel de atención médica, con el fin de que el Médico General disponga de un instrumento auxiliar para el diagnóstico clínico de los pacientes deprimidos.

Referencias

1. American Psychiatric Association DSM III. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona, Masson Eds. 115-136, 1984.
2. Calderón, G.: "Aspectos Epidemiológicos", Depresión. México, Trillas, Eds. 22-240, 1984.
3. Calderón, G.: "La Clasificación de los Trastornos Mentales en la IX Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades". *Psiquiatría* 7 (3): 31-36, 1977.
4. Caraveo, J., González, C., Ramos, L.: Indicadores Clínicos de Alteración Psiquiátrica en la Práctica Médica General. *Salud Pública de México*, 27 (4): 140-42, 1985.
5. Campillo, C., Caraveo, J.: Epidemiología de la Depresión. *Revista de Salud Mental*, 6 (2): 40-44, 1980.
6. Coordinación General de Planeación. Sistema de Servicios de Salud. México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 15-57, 1981.
7. De la Fuente, R., Campillo, C.: Papel de la Depresión en la Patología Humana. *Psiquiatría*, 5 (3): 3-7, 1975.
8. Elorriaga, H.: Los Trastornos Mentales y Nerviosos en la República Mexicana y en el Distrito Federal 1975. *Salud Pública de México Epoca V* 18 (3): 581-83, 1976.
9. Erikson, H. *Sociedad y Adolescencia*. México, Siglo XXI Eds., 1978. pp 280.
10. Informe Estadístico I.M. 83-6 "Diez Principales Causas de Morbilidad 1985". Centro de Salud Comunitario "Ramos Millán". Secretaría de Salud 1986.
11. Jossely, M. *EL Adolescente y su Mundo*. Buenos Aires. Psique Eds. 69, 1969.
12. Lima, R.: La Atención Primaria en Salud Mental. *Salud Pública de México* 28 (3): 354-57, 1986.
13. Padilla, P., Pelaez, O.: Detección de Trastornos Mentales en el Primer Nivel de Atención Mexicana. *Revista de Salud Mental* 8 (3): 66-69, 1985.
14. Padilla, P., Ezban, M., Medina Mora, E. et al: El Médico General en la Detección de Trastornos Emocionales. *Salud Pública de México*, 26 (3): 138-42, 1984.
15. Programa Nacional de Salud 1984-1988. Poder Ejecutivo Federal. México, 1983.
16. Saltijeral, M., Terroba, G.: Epidemiología del Suicidio y del Parasuicidio en la Década de 1971 a 1980 en México. *Salud Pública de México* 29 (4): 345-48, 1987.
17. Santacruz, J.: La Familia como Unidad de Análisis. *Revista Médica del IMSS*. México, 21 (3): 348-52, 1983.
18. Saucedo, J., Forcerrada, M.: La Exploración de la Familia Aspectos Médicos, Psicológicos y Sociales. *Revista Médica del IMSS*.

- México, 19 (4): 155-58, 1981.
19. Schildkraut, J.: "The Catecholamine Hypothesis of Affective Disorders: A Review of Supporting Evidence". Amer. J. Psychiat., 122: 509-13, 1965.
20. Zung, K.: A Self-Rating Depresión Scale. Arch Gen Psychiatry 12: 63-66, 1965.
21. Zung, K.: Self-Rating Depresión Scale, in an out Patient Clinic. Arch. Gen. Psychiatry 13: 508-11, 1965.