

# Análisis de situación: diagnósticos de depresión en población inscrita en CESFAM Garín

Ebner Álvarez M.<sup>1</sup>. Gaete Amenábar T.<sup>1</sup>

## Resumen:

La depresión es una patología muy prevalente en la población chilena adulta, por lo tanto fue necesario idear un programa de atención primaria para poder abarcar esta enfermedad. El objetivo del presente estudio fue analizar la situación respecto del diagnóstico de depresión en la población inscrita en CESFAM Garín.

## Materiales y métodos:

Cartolas de salud mental llenadas por los equipos de salud, en los que se divide la población inscrita del CESFAM Garín, evaluándose diferentes parámetros.

## Resultados:

Con un universo total de 356 pacientes con un promedio de edad de 52,3 años. El 85,6% corresponden a mujeres, siendo la mayor parte catalogados como episodios moderados (90,6%). Al comparar con la población de hipotiroidismo se encontró una similitud del 7,3% entre los dos diagnósticos.

**Palabras clave:** Depresión; antidepresivos; notificación GES; hipotiroidismo

## Situational analysis: diagnosis of depression in population enrolled in CESFAM Garín

### Abstract:

Depression is a highly prevalent pathology in adult Chilean population, therefore it was necessary to devise a primary health care program to cover this disease. The aim of this study was to analyze the situation regarding the diagnosis of depression in the population enrolled in CESFAM Garín.

### Methods:

Mental health records filled out by health teams, in which the enrolled population in CESFAM Garín is divided, evaluating different parameters.

## Results:

A total universe of 356 patients with an average age of 52.3 years. 85.6 % are women, with most episodes classified as moderate (90.6 %). When compared with the population of hypothyroidism 7.3% similarity between the two diagnoses is found.

**Keywords:** Depression; antidepressants; GES notification; hypothyroidism

## Introducción

Los trastornos depresivos son uno de los principales problemas de salud de nuestra población <sup>1,2</sup>. Estos cuadros han sido reconocidos como una de las causas más importantes de pérdida de años de vida saludable, que en el caso de las mujeres llega a ocupar el segundo lugar en nuestro país <sup>3</sup>.

Las investigaciones en población consultante de centros de atención primaria han revelado que una proporción alta, entre 30% y 50%, presenta un trastorno emocional, ya sea como motivo de consulta o en forma "encubierta" a través de síntomas de carácter somático <sup>4</sup>.

Existe evidencia que demuestra que los trastornos depresivos tienen una buena respuesta a los tratamientos convencionales con fármacos antidepresivos, psicoterapia o ambos <sup>5,6</sup>. Esta eficacia es aún mayor cuando las atenciones se organizan en torno a programas, con equipos multiprofesionales y acciones coordinadas.

En nuestro país, entre los años 1999 y 2001 se realizó un ensayo clínico controlado en centros de atención primaria que permitió evaluar la efectividad de un programa de atención para la depresión, que incluía la participación en un grupo estructurado de psicoeducación, el monitoreo sistemático de la evolución clínica y el tratamiento farmacológico para los casos más severos.

Las personas que recibieron este programa de atención obtuvieron una tasa de recuperación de 70%, en contraste con un 30% observado en el grupo con tratamiento habitual <sup>7</sup>.

Producto de todos estos antecedentes, el Ministerio de Salud implementó el año 2001 el "Programa para la Detección, Diag-

1. Interno 7° año Medicina, Universidad Mayor. Dirección: Vital Apoquindo 489, depto 51-B. Las Condes. Santiago.  
Mail: tomas.gaete@mayor.cl Teléfono: (+569) 8- 453 29 14

nóstico y Tratamiento Integral de la depresión en Atención Primaria" <sup>8</sup>, que consiste en un sistema de atención que combina intervenciones médicas y psicosociales, con actividades que incluyen la detección, el diagnóstico, el registro, el tratamiento y el seguimiento de cada caso.

Se establece una guía clínica que ordena a través de un algoritmo las diferentes decisiones que los profesionales deberían tomar respecto de los pacientes; y desde el año 2003 este programa se ha extendido a todo el país.

El presente trabajo busca exponer, a partir de los datos recolectados, la situación epidemiológica de la población que atiende el Centro de Salud Familiar Garín respecto al diagnóstico de depresión. Nuestra motivación a realizar esta investigación radica en la alta prevalencia y el poco estudio crítico que se le da a esta patología. Consideramos que con este trabajo lograremos aportar en el estudio poblacional del CESFAM, y crear conciencia en algunos aspectos que son importantes de tener presentes al momento de diagnosticar y tratar un trastorno depresivo.

## Materiales y métodos

Estudio retrospectivo. Tiempo de estudio: Marzo 2015 hasta Enero del 2006. Se planteó analizar los diagnósticos de depre-

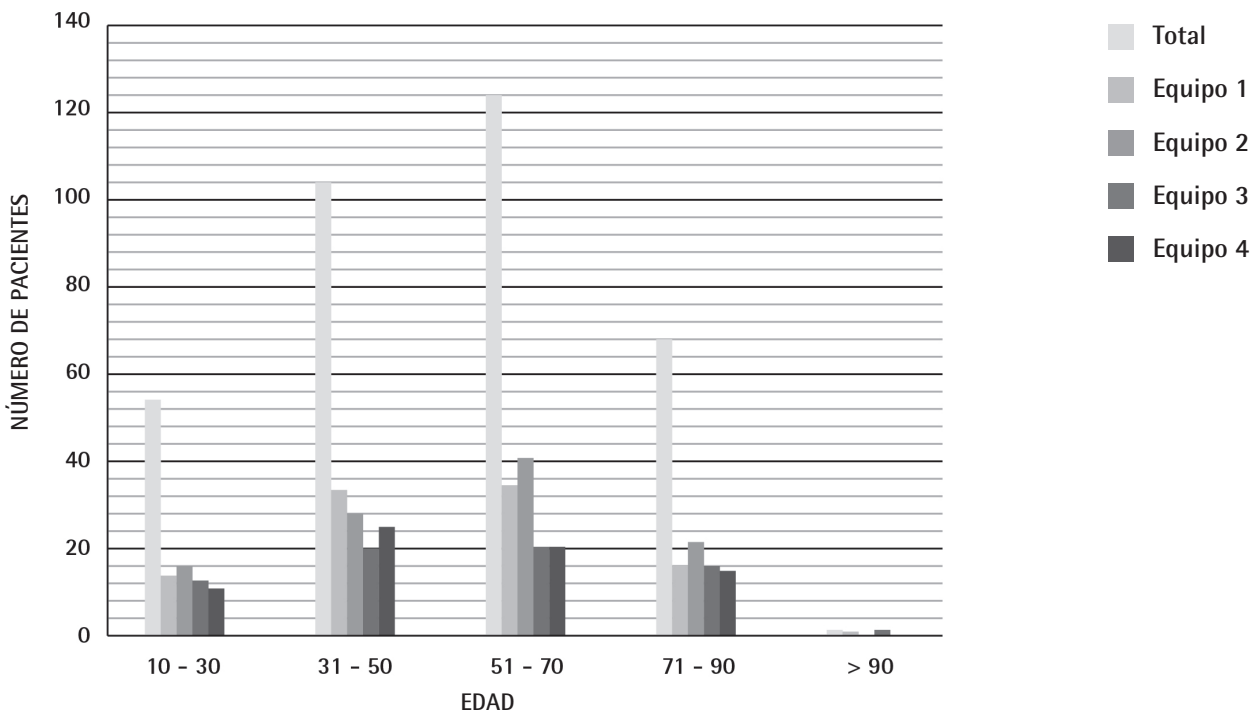
sión realizados en el CESFAM Garín (Comuna Quinta Normal) comprendidos en este tiempo de 9 años, teniendo como universo total de estudio a 356 pacientes.

La información estadística fue obtenida de los datos recolectados de las cartolas de salud mental utilizadas en este centro de salud, seleccionando a los pacientes que ingresaron con diagnóstico de depresión al programa.

Se excluyeron de este estudio los pacientes que fueron dados de alta por deserción. Se decidió no utilizar los datos provenientes del sistema electrónico Rayen, en relación a la información sobre depresión, ya que actualmente se encuentra en proceso de adaptación en el centro la utilización de esta base de datos por los profesionales de salud. Esto provoca que no todos los pacientes se encuentren ingresados por este medio informático, debido a que sólo hace algunos años se ha comenzado con la utilización de este instrumento.

La muestra incluye hombres y mujeres, de un intervalo de edad que fluctúa entre los 13 hasta los 93 años. Todos con diagnósticos de depresión confirmados e ingresados al Programa de Salud Mental.

Figura N°1  
Diagnóstico ingreso Eje I Y Eje II



Otro punto de investigación en este trabajo fue determinar a cuántos de los pacientes con depresión se les habían solicitado hormonas tiroideas para realizar diagnóstico diferencial con Hipotiroidismo. Para esto se obtuvo la información del sistema Rayen, obteniéndose la población del centro de salud desde el año 2013 ingresada y notificada como patología GES con diagnóstico de Hipotiroidismo.

## Resultados

El universo de pacientes fue de 356 personas ingresadas al Programa de Salud Mental con diagnóstico de depresión. De este total de pacientes se incluyeron personas de todas las edades, abarcando un espectro desde los 13 años hasta los 93 años, teniendo como promedio de edad: 52,4 años. Cuando se organizaron por grupos etarios, el que mayormente predominó y que presentó mayor cantidad de pacientes fue el grupo que abarcaba desde 51-70 años, seguido luego por el grupo de 31-50 y de 71-90. El grupo que presentó menor cantidad de pacientes fue el de mayores de 90 años (Fig.1)

## Características etarias de la muestra

**Fig.1** El grupo etario más frecuente encontrado en los pacientes con depresión fue el grupo entre los 51-70 años (35,31%), seguido por el grupo entre 31-50 años (29,66%). Le sigue el grupo etario 71-90 años (19,49%), 10-30 años (15,25%), y >90 años (0,56%). La población total tuvo un promedio de edad de 52,4 años.

Luego, se dividieron por sexo dando como resultado dentro del total de pacientes estudiados: 51 eran hombres (14,4%) y 305

eran mujeres (85,6%) de los pacientes. Se pudo observar la misma tendencia analizándolo por equipos. (Fig. 2 y 3)

## Distribución por sexo

**Fig.2 y 3** Al graficar la distribución por sexo de los diagnósticos de depresión se evidencia la mayor prevalencia en mujeres que en hombres. Del total de pacientes inscritos en CESFAM Garín con diagnóstico de depresión (n: 356) el 85,6% son mujeres (n: 305).

En relación a como se catalogó al ingreso el episodio depresivo nos encontramos que la mayor parte de los diagnósticos fueron descritos como episodios moderados, característica que se hace constante al analizar también por equipos.

Cabe destacar que la mayor cantidad de diagnósticos de depresión pertenecen al Equipo 2 con un total de 107 pacientes, dentro de los cuales 97 de ellos fueron episodios moderados siendo un 90,6% del total. También se evidencia la menor prevalencia de episodios severos en comparación con los moderados y leves. El Equipo 1 presenta la mayor cantidad de casos severos con 7 casos (Fig. 4). Siguiendo la descripción de este equipo nos encontramos que también presentan la mayor cantidad de pacientes que fueron derivados a atención secundaria con 5 casos.

En contraposición al Equipo 4, que no ha presentado derivaciones a Hospital. Se evidenció con este mismo tema que sólo el 2,5% de la población total estudiada fue derivada a Atención Secundaria (Fig. 5).

Figura N°2

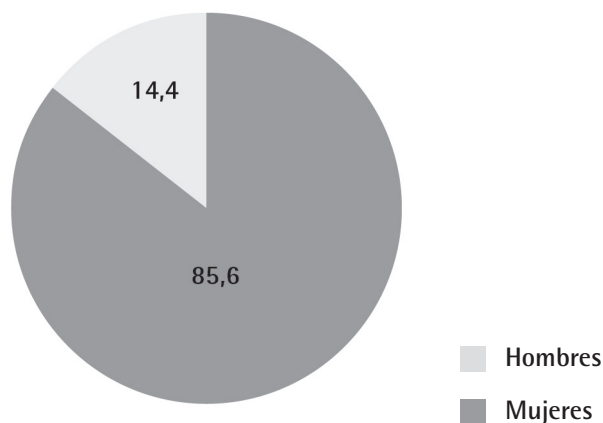


Figura N°3

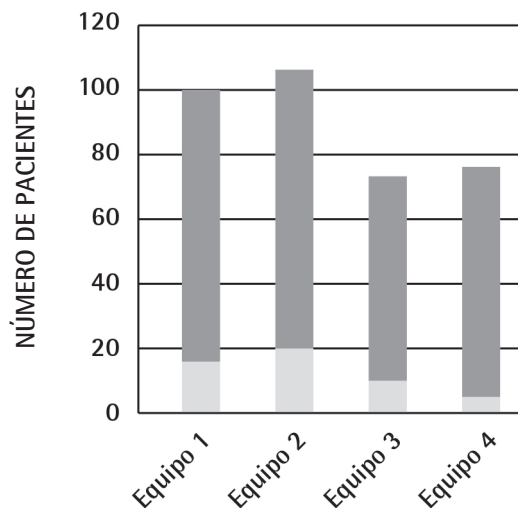
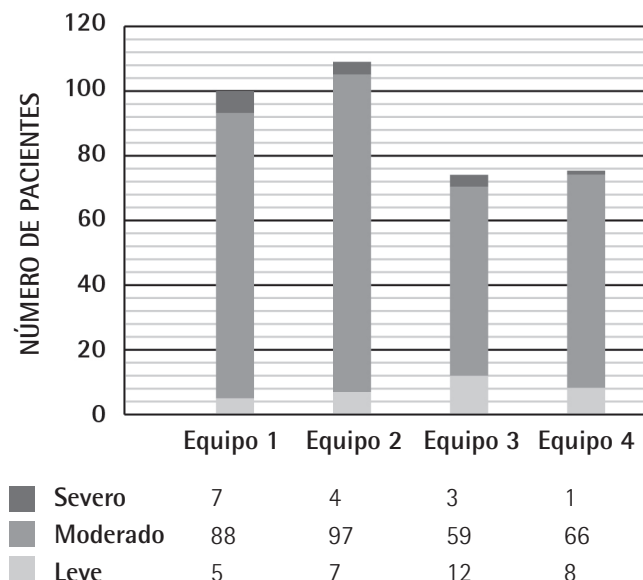


Figura N°4



### Grado de severidad en diagnóstico de depresión

**Fig.4** Se evidencia que la mayoría de los episodios depresivos diagnosticados en los diferentes equipos del CESFAM Garín fueron catalogados como moderados. La mayor cantidad de casos severos pertenecen al Equipo 1 y la mayor cantidad de casos leves pertenecen al Equipo 3. En relación a la cantidad total de personas diagnosticadas con depresión, el Equipo 2 tiene mayor prevalencia en el diagnóstico de episodios depresivos moderados, siendo catalogados así el 90,6% de todos sus pacientes.

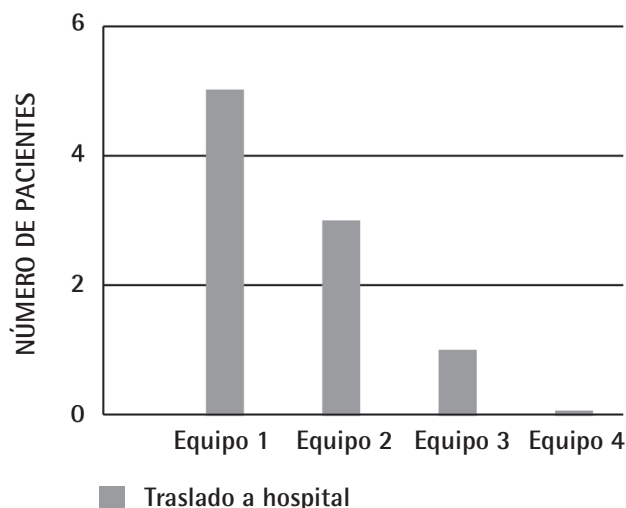
### Derivación a atención secundaria

**Fig. 5** Del total de pacientes con depresión (n: 356), el 2,5% fue derivado a atención secundaria (n: 9). El Equipo 1 presentó la mayor cantidad de derivaciones en comparación con los otros equipos, derivando a 5 pacientes al hospital correspondiente.

Cambiando de tópico y analizando en mayor medida un tema administrativo y legal de importancia, nos encontramos con la siguiente pregunta: ¿Los pacientes con diagnóstico de depresión están siendo notificados por las Garantías Explícitas de Salud (GES)? (tomando en consideración que la depresión en mayores de 15 años está incluida).

La respuesta a esta interrogante se pone de manifiesto en la **Fig. 6** donde se expone que el 44% de los pacientes se encontraban consignados como notificados GES y el 56% se encontraba sin notificación o con la notificación no precisada correctamente en la cartola de Salud Mental.

Figura N°5



El Equipo 3 y 4 muestran esta similar tendencia. Sin embargo, el Equipo 2 muestra mayor cantidad de casos sin notificación abarcando un 75%, superando el promedio de la población total estudiada. En contrapartida y destacando su porcentaje de notificación nos encontramos con el Equipo 1 que presentaba 63% de casos notificados GES superando de forma positiva esta vez el promedio.

### Pacientes con diagnóstico de depresión y notificación GES

**Fig.6** La cantidad total de notificaciones GES en el Centro de Salud Familiar Garín para diagnóstico de depresión en personas de 15 años y más fue de 157 casos que corresponden al 44% de todos los casos diagnosticados. El equipo con más notificaciones y con menos casos sin notificar fue el Equipo 1. En contraposición el Equipo 2 fue el que presentó menor cantidad de notificaciones GES y mayor cantidad de casos no notificados o sin notificación descrita en las cartolas de Salud Mental.

Al realizar un análisis retrospectivo y graficando la cantidad de diagnósticos que se han ido realizando desde el 2006 a la fecha, vemos como la pendiente progresivamente va aumentando con el correr de los años, teniendo un cambio de mayor relevancia desde el 2011 al 2014. Este último año mencionado abarcó la mayor cantidad de pacientes diagnosticados por depresión, proporcionando el 38% de la población estudiada (**Fig. 7**).

Figura N°6

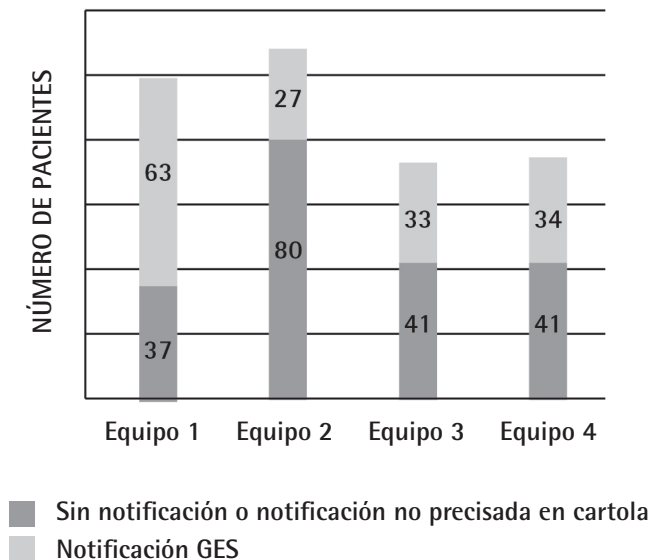
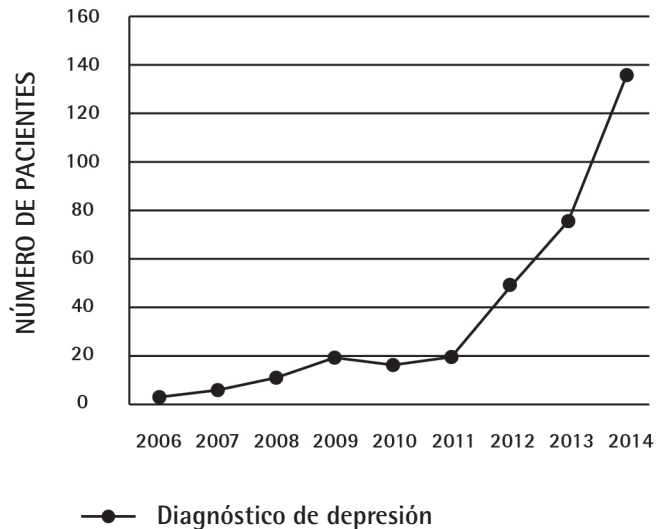


Figura N°7



## Diagnósticos de depresión realizados en CESFAM Garín por año

**Fig. 7** Número de diagnósticos de depresión en relación a los años en CESFAM Garín desde el 2006 – 2014. Se evidencia un aumento progresivo de diagnósticos de depresión con los años con un aumento de la pendiente en los años 2012- 2014.

En el año 2014 se diagnosticó el 38% de los pacientes que contempla este estudio, siendo el año con mayor detección. Se excluyó el año 2015 en el gráfico por encontrarse en curso, que hasta Marzo presentaba 19 casos diagnosticados.

El tratamiento farmacológico de la depresión fue también evaluado. Se evidenció que el 63,7% de los pacientes estaba siendo tratado con Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS). Dentro de esta familia de fármacos el más usado era Sertralina abarcando un 52%, seguido de Fluoxetina 35% y en menor cantidad Paroxetina y Escitalopram (**Fig.8**). Dentro de la misma línea farmacológica se quiso evaluar la relación entre consumo de Benzodiacepinas (BZD) en los pacientes con depresión, dando como resultado que el 34,8% de los pacientes consumía alguna BZD. Dentro de las que más destacan en su consumo es Alprazolam y Clonazepam (**Fig. 9**). Al evidenciarse que aproximadamente 1 de cada 3 pacientes con depresión

consumía BZD también se quiso evaluar la población que consumía estos fármacos en relación con la edad. Los resultados demostraron que el grupo predominante era el que abarcaba las edades de 50 – 65 años. Sin embargo, se puso especial atención en los pacientes adultos mayores, realizándose un análisis con mayor detalle agrupando los pacientes de 66 – 79 y mayores de 80 años, fusionándolos para analizar el consumo de BZD en mayores de 65 años. Los resultados evidenciaron que este grupo de mayores de 65 años representan el 33% de la población que consume BZD y que tiene diagnóstico de depresión en este estudio (**Fig. 10**).

## Tratamiento farmacológico con ISRS en pacientes con depresión

**Fig. 8** El tratamiento farmacológico con ISRS se presentó en el 63,7% de los pacientes con depresión, siendo la Sertralina el fármaco más usado con un 52%, seguido de Fluoxetina 35%, Paroxetina 12,5% y Escitalopram 0,5%.

## Consumo de Benzodiacepinas en pacientes con depresión

**Fig. 9** De la población total de pacientes con diagnóstico de depresión, el 34,8% consume Benzodiacepinas dentro de las cuales el más usado es Alprazolam (50%), seguido muy de cerca por Clonazepam (47,5%) y en menor medida Diazepam (2,5%).

Figura N°8

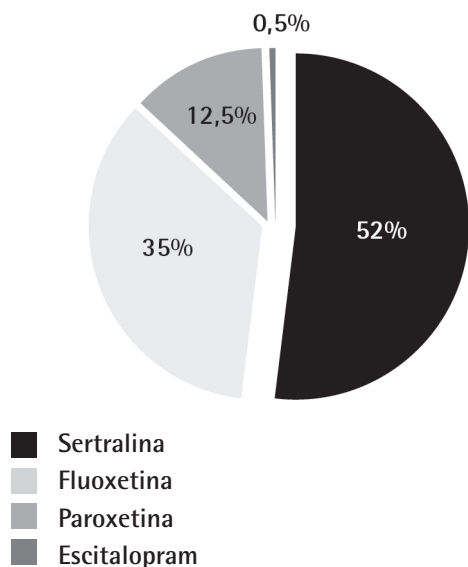


Figura N°9

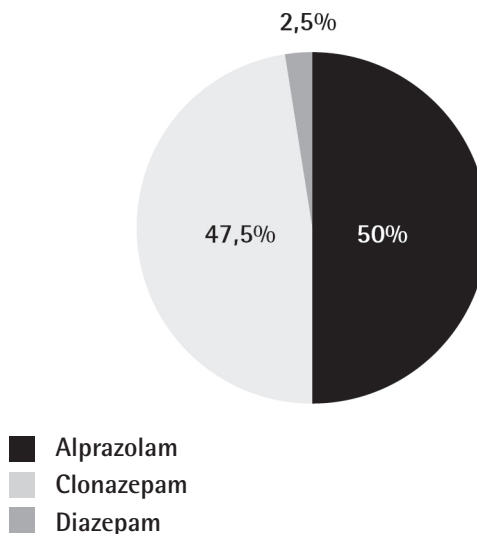


Figura N°10

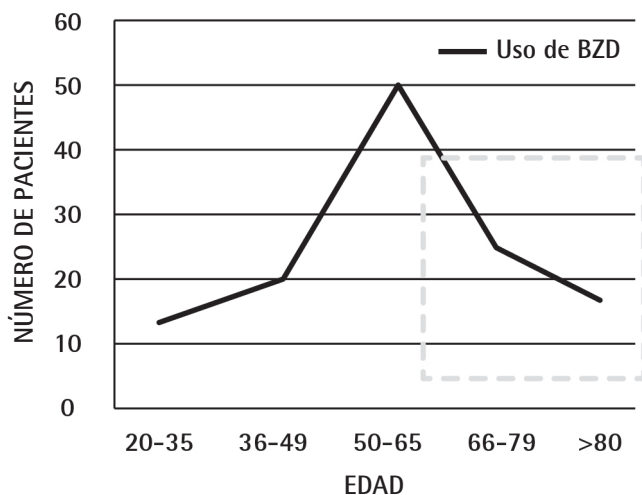
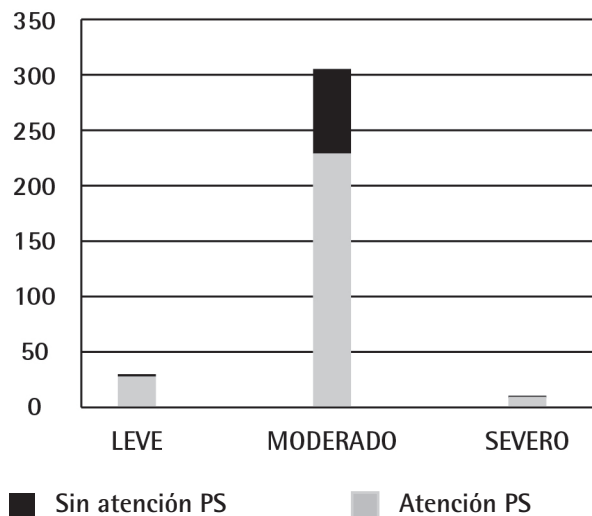


Figura N°11

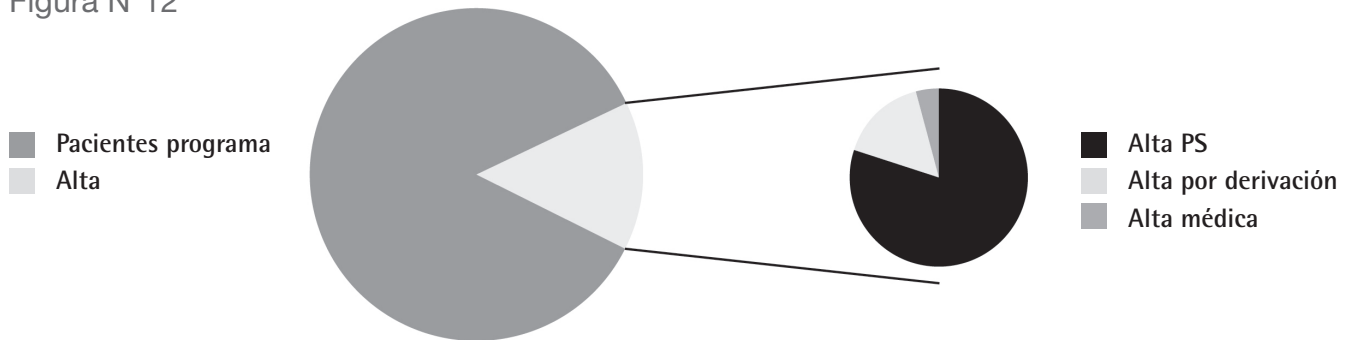


### Uso de Benzodiacepinas y edad del paciente

**Fig. 10** Se evidencia que el grupo de edad correspondiente a los 50 – 65 años tiene mayor consumo de BZD. A pesar de que disminuye su consumo en los grupos de edad avanzada (66-79 y >80 años), cabe destacar que este grupo que correspondería a los mayores de 65 años representan el 33% de la población con diagnóstico de depresión que consume BZD.

Con respecto al tratamiento también analizamos la población en estudio en cuanto a atención psicológica, teniendo como resultado que la mayor parte de los pacientes diagnosticados de depresión han tenido por lo menos una evaluación y atención por parte de Psicología, independiente de la severidad del cuadro (**Fig.11**).

Figura N°12



### Atención psicológica según grado del episodio depresivo

**Fig. 11** La mayor proporción de episodios depresivos son moderados. De éstos, la mayor parte ha tenido alguna vez dentro la evolución de su cuadro clínico una atención psicológica. Éste mismo fenómeno se evidencia en los episodios leves y severos.

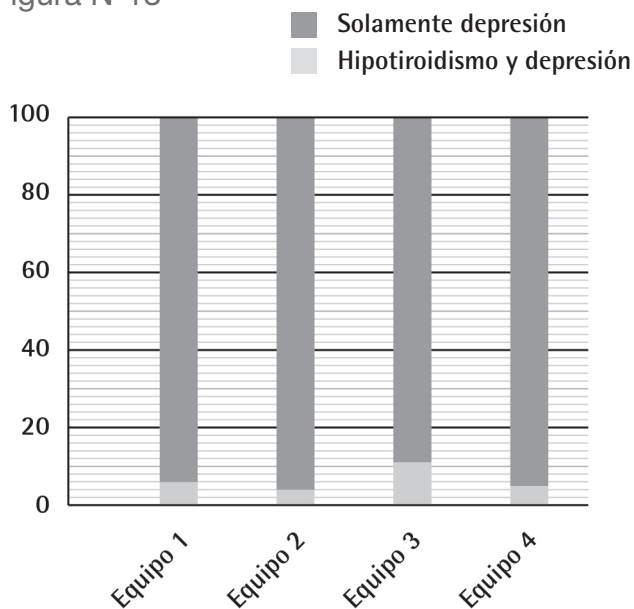
En relación al alta de los pacientes con depresión nos encontramos con que sólo el 14,6% (52 pacientes de 356) fueron dados de alta. Se consideraron diferentes tipos de altas, dentro de las cuales la mayor cantidad de pacientes fueron por Altas por Psicología (41 pacientes), seguido por Altas por derivación a nivel secundario (9 pacientes) y por último Altas realizadas por Médico (2 pacientes) (**Fig. 12**).

### Pacientes con diagnóstico de depresión dados de alta

**Fig. 12** Del total de pacientes incluidos en el programa de salud mental con diagnóstico de Depresión, 14,6% fueron dados de alta ya sea por Psicología, Medicina o por derivación a nivel secundario.

El último análisis realizado fue en relación a uno de los principales diagnósticos diferenciales de síntomas depresivos: *Hipotiroidismo*. Se comparó la población de 356 pacientes con diagnóstico de Depresión que abarcó este estudio con la población diagnosticada de Hipotiroidismo y notificada GES desde el año 2013. Se fue comparando paciente por paciente en busca de aquellos casos que pudiesen encontrarse en ambos grupos, teniendo el diagnóstico de Depresión e Hipotiroidismo. Los resultados demostraron la coincidencia en los dos grupos de 26 pacientes, que son el 7,3% de la población total (**Fig. 13**).

Figura N°13



### Pacientes con el diagnóstico de depresión e hipotiroidismo

**Fig. 13** Se comparó el universo de pacientes con diagnóstico de depresión del 2006 - 2015 con los diagnósticos de hipotiroidismo del 2013 - 2015. 26 pacientes fueron los que coincidieron encontrándose en los dos grupos siendo un 7,3%. El equipo 3 fue quien presentó mayor cantidad de semejanzas en los dos grupos con 11 casos que corresponden al 15% del total de los pacientes con depresión de este equipo.



## Discusión

Los estudios epidemiológicos realizados en nuestro país sobre los cuadros psiquiátricos en atención primaria son muy escasos y no tienen una actualización que nos permita realizar una visión objetiva de la realidad del CESFAM respecto del país.

El estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica<sup>3</sup>, muestra que la prevalencia de depresión en mujeres alcanza un 9%, y en hombres un 8%. Se puede concluir que la proporción hombre: mujer se mantuvo en los pacientes con diagnóstico de depresiones atendidas en el CESFAM (85,6% de mujeres).

La Encuesta Nacional de Salud realizada en el 2011, demostró que el mayor porcentaje de sintomatología depresiva fue encontrado en el grupo etario que va desde 45 - 64 años (mujeres: 30.1%; hombre 7.7%), teniendo cierta similitud en concepto de proporción, con el resultado expuesto en este trabajo. En este aspecto, es trascendental recalcar que los datos entregados por la ENS no establecen qué porcentaje de aquellas personas con síntomas depresivos tienen, concretamente, el diagnóstico de depresión, por ende el análisis de esta comparación es ambiguo.

Un estudio realizado en junio del 2005 para la validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 en el diagnóstico de depresión, estableció que 8,1% tiene episodio depresivo leve, 32,6% episodio depresivo moderado, y 25,6% episodio depresivo severo. Realidad compatible, en ciertos ámbitos, a la población atendida en CESFAM Garín. Creemos necesario unificar los criterios y plantear el estudio y uso diario de la encuesta PHQ-9 para favorecer el diagnóstico oportuno de depresión en la población.

Un salto relevante ocurre en 2014, en el cual se realizó el 38% de los diagnósticos de la población estudiada. Esto puede deberse a dos explicaciones que se contraponen. La primera, ha mejorado la calidad diagnóstica. El segundo escenario sería que se está sobrediagnosticando la patología. Sea cual sea la explicación concordante, es necesario una mayor profundización en estos datos y es motivo de mayor estudio analizando otras posibles variables.

Un estudio realizado el año 2008 en 7 centros de atención primaria de la región Metropolitana y V región realizado sólo en mujeres<sup>14</sup>, estableció la concordancia entre el diagnóstico inscrito en el programa GES de depresión, que coincidió con el diagnóstico realizado por una entrevistadora aparte. Los datos respecto al porcentaje de los subtipos de depresión arrojaron similares resultados con los estudios mostrados en el punto anterior. Sin embargo, este estudio destaca que sólo se pudo encontrar el registro de ingreso de 166 pacientes del total de mujeres estudiadas (n: 201), es decir, un 17,41% no tenía un registro de ingreso o notificación AUGE.

En nuestro estudio, la cantidad total de notificaciones GES en el Centro de Salud Familiar Garín para diagnóstico de depresión en personas de 15 años y más fue de 157 casos que corresponden al 44% de todos los casos diagnosticados. Si bien el porcentaje en CESFAM Garín es alto, consideramos que este valor puede estar sobreestimado, producto de que pueden existir muchos casos que no están notificados en la cartola, o que existen otros medios de notificación al cual no pudimos tener acceso en este trabajo.

Sin embargo, es de gran importancia que la notificación GES sea establecida y archivada, idealmente de forma electrónica, para tener un medio que confirme el ingreso al Programa para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en Atención Primaria y garantizar el servicio al paciente, además de ser un canal más fidedigno para realizar posibles estudios a futuro que nos permitan analizar este ámbito y poder comparar las metas que se establecen por el Ministerio de Salud.

La derivación a hospital realizada en el CESFAM Garín se estima en un 2,5% de la población total diagnosticada de depresión. Los criterios de hospitalización más importantes son: alto riesgo suicida, depresión refractaria a tratamiento, depresión bipolar, estado de desnutrición o deshidratación asociado a letargos prolongados, estado de agitación, y necesidad de evitar consecuencias negativas de la enfermedad a nivel familiar, social o laboral.

Estudios establecen que la necesidad de hospitalización se da más en trastornos depresivos severos o mayores, debido a la alta frecuencia de los criterios mencionados anteriormente. Sin embargo, cabe destacar que no toda depresión mayor se hospitaliza. Idealmente, un paciente con sus síntomas "controlados" puede recibir un tratamiento ambulatorio, a base de psicoterapia y psicofármacos. Sin embargo, en caso de que exista una pobre respuesta en un plazo establecido de 6 meses, o un empeoramiento del cuadro depresivo en este intervalo, es necesario evaluar la necesidad de hospitalizar.

Por otro lado en relación al tratamiento farmacológico, un estudio realizado en 2005, hizo seguimiento de una muestra de mujeres de 3 regiones de Chile con el fin de evaluar el programa de depresión instaurado por el MINSAL<sup>12</sup>. Dentro de sus resultados, un 21,4% de la muestra analizada tenía tratamiento exclusivamente con antidepresivos, con alto porcentaje de adherencia. Por otro lado, un 34,4% recibió psicoterapia individual e intervenciones grupales con una adherencia significativamente menor, principalmente dada por abandono. *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) recomienda el uso de Inhibidores de la Recaptación de Serotonina (ISRS) como primera línea de tratamiento en depresiones graves, y para el



manejo de depresiones leves a moderadas que persistan después de medidas conservadoras, como la terapia cognitiva <sup>11</sup>.

En nuestro estudio, 63,7% de la muestra estaba con tratamiento farmacológico, principalmente con ISRS, donde destaca la Sertralina (52%), seguido por Fluoxetina (35%), Paroxitona (12,5%) y Escitalopram (0,5%). Estudios han demostrado mayor seguridad y tolerancia al uso de Sertralina en el tratamiento de depresión. Sin embargo, es importante recordar que presentan ciertos efectos adversos que aparecen dentro del primer mes de consumo que pueden afectar al paciente y predisponerlo a un posible abandono (disfunción sexual, náuseas, vómitos, somnolencia, cefalea, entre otros) <sup>15</sup>.

Un estudio transversal realizado en Santiago el año 2000, estableció que el 31,5% de los entrevistados utilizaba algún tipo de psicofármaco en el momento del estudio <sup>13</sup>. Las benzodiazepinas (BZD) correspondieron a 82,1% del total de psicofármacos. La prevalencia anual de consumo de benzodiazepinas fue de 26%. En los casos de "trastorno depresivo" la tasa de prescripción de benzodiazepinas alcanzó 93%, asociadas a antidepresivos en sólo 53% de los pacientes.

En nuestro estudio pudimos constatar que la prevalencia del uso de benzodiazepinas es de 34,8%, dentro de las cuales el más usado es Alprazolam (50%), seguido muy de cerca por Clonazepam (47,5%) y en menor medida Diazepam (2,5%). El uso de BZD en depresión no es manejo de primera línea, por el contrario, se reserva sólo en los cuadros que presenten trastorno de sueño y trastorno de ansiedad que afecte la calidad de vida. El tiempo de consumo también debe ser por un tiempo relativamente corto y regulado, ya que tienden a generar adicción y dependencia <sup>16</sup>.

También, pudimos evidenciar que el grupo etario 50-65 años presenta el mayor consumo de BZD (33%). A pesar de que disminuye su consumo en los grupos de edad avanzada (66-79 y >80 años), este dato genera gran controversia geriátrica, ya que el uso de BZD está contraindicado en pacientes adultos mayores, debido a un aumento de la vida media del fármaco, y por ende, un mayor efecto al esperado. Esto, por consecuencia, aumenta el riesgo de caídas en esta población, y, paralelamente, aumenta el riesgo de delirium.

Por lo tanto, recomendamos reconsiderar el uso de BZD en la población geriátrica, por los datos entregados anteriormente, y de esta forma evitar cualquier tipo de complicación tanto intrínseca como extrínseca del fármaco.

Respecto a la atención por Psicología ha tenido gran impacto por el desarrollo innovador y efectivo de nuevas terapias como

opción para el tratamiento de la depresión. Dentro de ellas, nos encontramos con la terapia cognitivo conductual (TCC), la cual, cobra relevancia, debido a que evidencia: "en primera instancia un modelo contextual donde empieza a enseñar al paciente a comprender el problema en relación a sus circunstancias personales... siendo de especial importancia resituar al paciente respecto de su propio problema, ya que es común que se conciba a sí mismo como paciente con depresión... Así lo devuelve a la categoría de agente expropiada por la concepción de enfermedad" <sup>17</sup>.

Así como la literatura promociona nuevas terapias, también menciona su eficacia igual o mayor en comparación con el tratamiento farmacológico <sup>17</sup>. Debido a lo anteriormente expuesto, son alentadores los resultados de este estudio donde se evidenció que la mayoría de la población estudiada recibió por lo menos una atención por parte de psicología independiente del grado de severidad.

Cabe destacar que el grupo representado como los que no recibieron atención, pudiese ser explicado por la negativa personal del paciente, más que a un problema de derivación por parte del médico, ya que las inasistencias a pesar de que tenían horas pactadas se contaron en esta investigación como: "no atendidos por PS" y contribuyeron a una parte importante de este grupo.

En el año 2000, Jacobson y Gortner, planteaban la interrogante de si la depresión podría ser desmedicalizada en el siglo XXI. En la actualidad, nos encontramos con que no ha sido así, sin embargo, es considerable el avance de las terapias psicológicas como tratamiento único o como complemento de la terapia farmacológica.

Recomendamos de acuerdo a estos resultados, informarse y actualizarse sobre la eficacia de estas terapias para considerarlas como un manejo útil y relevante en el tratamiento de la depresión.

Los resultados respecto al alta de pacientes fueron desalentadores. Sólo el 14,6% de los pacientes en el programa fueron dados de alta. De éstas, el mayor número fue por altas psicológicas, seguidas por derivación y en menor cantidad por altas médicas. Sin embargo, esta información es necesaria tomarla de forma cautelosa, debido a que, al igual como sucedió y se expuso anteriormente con la notificación GES, esta información fue recolectada únicamente de cartolas del programa de Salud Mental, lo que podría llevarnos a generar conclusiones apresuradas y erróneas en relación a este tema porque el porcentaje de altas podría ser mayor y no necesariamente estar cuantificado en las cartolas utilizadas. A pesar de esto, es relevante destacar que

sólo las altas médicas son las que dan de alta al paciente del programa, no así las altas PS que son la mayoría encontradas en este estudio.

Es importante también profundizar en este tema, ya que el análisis del programa de Salud Mental debería considerar este tópico, ya que no sería adecuado tener pacientes eternamente en este programa y que terminen finalmente siendo dados de alta por deserción y no por alta médica que sería lo ideal.

Desde hace varios años se sabe que existe una frecuente asociación entre trastornos de ánimo y patología tiroidea llegando al 56% de antecedentes de episodios depresivos en hipotiroidismo subclínico versus 20% en sujetos eutiroides<sup>18</sup>. Diversos estudios a nivel mundial han informado la prevalencia de hipotiroidismo en pacientes depresivos con resultados que van del 8 al 17%<sup>19,20</sup>. Si nos enfocamos a nivel nacional, Gloger informó en 1997, una prevalencia de 12% de hipotiroidismo en pacientes con depresión<sup>21</sup>.

Sobre esta misma línea un estudio del Hospital Regional de Concepción, evidenció que en trastorno depresivo mayor, se encontró un 21% de hipotiroidismo subclínico y un 25% cuando se consideró sólo el grupo de mujeres<sup>22</sup>.

También se ha reportado en Chile que, en depresiones resistentes a tratamiento, hay presencia de un 23 a 52% de hipotiroidismo subclínico<sup>23</sup>, lo que obligaría en estos casos a descartar hipotiroidismo cada vez que la terapia antidepresiva no logra los resultados esperados.

Se ha informado con bastante detalle la fisiopatología que relacionaría el hipotiroidismo con la depresión. Las hormonas tiroideas aumentan la concentración de serotonina intracerebral; niveles bajos de serotonina estimulan la TRH, que aumenta la TSH que incrementa las hormonas tiroideas y a su vez las concentraciones de serotonina. En el hipotiroidismo, la serotonina

intracerebral estaría disminuida, no pudiendo establecerse el mecanismo de feedback en forma eficaz.

En la depresión, descienden las catecolaminas en el cerebro y en el hipotiroidismo disminuyen los receptores alfa y beta adrenérgicos cerebrales, lo que explica en parte la hiporeactividad neuronal y los síntomas depresivos, y los mayores niveles de TSH se correlacionan con mayores recurrencias de episodios depresivos, mayor tiempo de enfermedad y resistencia a terapia antidepresiva<sup>24,25</sup>.

Si analizamos los resultados de este estudio donde se encontró que el 7,3% de la población estudiada con diagnóstico de depresión presentaba diagnóstico también de hipotiroidismo, nos encontramos que estos resultados son concordantes con la prevalencia expuesta en la literatura a nivel mundial y un poco menor con la de nivel nacional. Sin embargo, hay que considerar que la información de diagnóstico de hipotiroidismo fue obtenida de la base digital Rayen, lo que podría haber provocado que no se hayan obtenido todos los diagnósticos de Garín, por lo que, el % de coincidencia podría suponerse que sería levemente superior.

Al no haberse realizado una investigación caso a caso, no pudo cuantificarse la cantidad específica de casos con depresión que presentan estudio tiroideo y en consecuencia tampoco se pudo obtener resultados y prevalencia de hipotiroidismo subclínico en estos pacientes.

A pesar de estas limitantes, con base a la literatura expuesta y a los resultados de esta investigación se plantea que el hipotiroidismo es un diagnóstico diferencial de vital importancia en los pacientes con diagnóstico de depresión, debido a que, se ha demostrado su coexistencia y consecuencias que interferirían en el tratamiento. Es por esto que recomendamos realizar estudio con hormonas tiroideas en los pacientes con sintomatología depresiva y/o diagnóstico de depresión.

## Bibliografía

1. Concha M. La carga de enfermedad en Chile. Chile: Ministerio de Salud; 1996
2. Araya R, Rojas G, Fritsh R, Acuña J, Lewis G. Common Mental Disorders in Santiago, Chile: Prevalence and socio-demographic correlates. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 228-33.
3. Vicente P, Benjamín, Rioseco S, Pedro, Saldivia B, Sandra, Kohn, Robert, & Torres P, Silverio. (2002). Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECP). *Revista médica de Chile*, 130(5), 527-536
4. Goldberg DP, Lecubrier Y, Form and frequency of mental disorders across centres. En: Üstün TB, Sartorius N, eds., *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester, John Wiley & Sons, 1995
5. Geddes J, Butler R, Hatcher S. Depressive disorders. En: BMJ Publishing Group. *Clinical Evidence Mental Health*. 2002. Pp. 84-106.
6. UK Department of Health. Treatment choice in psychological therapies and counselling. Evidence Based Clinical Practice Guideline. Department of Health Publications. London, United Kingdom. 2001
7. Araya R, Rojas G, Fritsh R, Gaete J, Rojas M, Simon G, et al. Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomized controlled trial. *Lancet* 2003; 361: 995-1000

8. Chile, Ministerio de Salud. Guía Clínica para la Atención Primaria. La depresión: detección, diagnóstico y tratamiento. Santiago; Unidad de Salud Mental y Departamento de Modelo de Atención, del Ministerio de Salud; 2001
9. MINSAL. Informe Encuesta Nacional de Salud, ENS 2009-2011. Santiago: MINSAL; 2011
10. Baader M, Tomas, Molina F, José Luis, Venezian B, Silvia, Rojas C, Carmen, Farias S, Renata, Fierro-Freixenet, Carlos, Backenstrass, Mathias, Et Mundt, Christoph. (2012). Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 50(1), 10-22
11. Depression in adults: recognition and management Clinical guideline Published: 28 October 2009 nice.org.uk/guidance/cg90
12. April 2, 2015. «SSRIs and Depression». Emedicinehealth.com.
13. Galleguillos U, Tamara, Risco N, Luis, Garay S, José Luis, González A, Marco, Et Vogel M., Melina. (2003). Tendencia del uso de benzodiazepinas en una muestra de consultantes en atención primaria. *Revista médica de Chile*, 131(5), 535-540
14. Alvarado, Rubén, Et Rojas, Graciela. (2011). El programa nacional para el diagnóstico y tratamiento de depresión en atención primaria: una evaluación necesaria. *Revista médica de Chile*, 139(5), 592-599
15. Nair NPV, Ahmed SIC, Ng Ying Kin NMK, West TEG. Reversible and Selective Inhibitors of Monoamine Oxidase-A in the treatment of depression Elderly Patients. *Acta Psychiatr Scand* 1995;: 91 Suppl 386, 28-35
16. Risco L, Arancibia P, Lolas F, Hurtado S. Benzodiazepinas y adictividad. *Rev Hosp Clin U Chile* 1996; 7: 10-5
17. Pérez Álvarez Marino. La activación conductual y la desmedicalización de la depresión. *Papeles del Psicólogo*, 2007. Vol. 28(2), pp. 97-110
18. Haggerty J, Stern R, Maon G, Beckwith J, Morey C, Prange A. subclinical hypothyroidism: A modifiable risk factor for depression. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 508-510
19. Kaplan H, Sadock B, Grebb J, editores. Sinopsis de Psiquiatría. Buenos Aires: *Editorial Médica Panamericana*, 1996
20. Fava M, Labbate L, Abraham M, Rosenbaum J. Hypothyroidism and hyperthyroidism in major depression revisited. *J Clin Psychiatry* 1995; 56: 186-192
21. Gloger S, Fardella C, Santis R, Bitrán J. Relevancia del estudio tiroideo en pacientes con trastornos psiquiátricos. *Revista Médica de Chile* 1997; 125: 1351-1356
22. Vicente P Benjamin, González G M. Isabel, Hernández S Rodolfo, Ebner G Daisy, Hernández C Ximena, Jerez Ch Marcos. Alteraciones tiroideas en pacientes con depresión y trastorno de pánico consultantes al Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional de Concepción. *Revista chilena neuro-psiquiatría* 2004; 42 (4): 251-258.
23. Fardella C, Gloger S, Figueroa R, Santis R, Gajardo C, Salgado C, et al. High prevalence of thyroid abnormalities in a Chilean psychiatric out-patient population. *J Endocrinol Invest* 2000; 23: 102-106
24. Gunnarsson T, Sjorberg S, Ericksson M, Nordin C. Depressive symptoms in hypothyroid disorder with some observations on biochemical correlates. *Neuropsychobiology* 2001; 43: 70-74
25. Berlin I, Payan C, Corruble E, Puech AJ. Serum Thyroid stimulating hormone concentration as an index of severity of major depression. *Int Neuropsychopharmacol* 1999; 2: 105-110