

ARTÍCULO ORIGINAL

DetECCIÓN PRECOZ DE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES DE ORIGEN INMIGRANTE

Early detection of depression in immigrant patients

Cristina Regata Cuesta^{a,*}

Recibido: 27 de septiembre de 2018

Aceptado: 19 de febrero de 2019

PALABRAS CLAVE:

Salud mental; Terapia;
Investigación médica;
Grupo desfavorecido.

RESUMEN

Objetivo: Detectar casos de depresión entre la población inmigrante mayor de 18 años de un cupo de atención primaria que no estén diagnosticados previamente.

Diseño: Se aplicó la escala de Hamilton para evaluar la severidad de la depresión en pacientes inmigrantes o diagnosticar aquellos que no lo estén.

Emplazamiento: Área básica de salud de Cassá de la Selva (Girona, España).

Población y muestra: pacientes de origen inmigrante del contingente MGR del cual la autora es titular.

Intervención: Se utilizó la escala de Hamilton para la depresión y se agregaron variables como: edad, sexo y procedencia. En caso de detectar pacientes con signos de depresión moderada o severa, que no estuvieran diagnosticados, se procederá a iniciar el tratamiento farmacológico si corresponde y a derivarlos si hay criterios de gravedad.

Resultados: Los pacientes que presentaron depresión moderada-severa (ítem >14) fueron 177 pacientes (82%); depresión severa-muy severa 130 pacientes (60%). Hay más mujeres que lo presentan, según la escala depresión moderada-severa, son 73 (34%) frente a 46 (21%) hombres. Los trastornos por somatización aparecieron en 39 pacientes.

Conclusiones: El colectivo inmigrante presenta un diagnóstico posiblemente por debajo de los casos reales en enfermedades psiquiátricas. La probable baja educación sanitaria y los factores culturales, así como las limitaciones diagnósticas, impiden la detección apropiada de esta patología. Es conveniente desarrollar estrategias para la detección precoz en un colectivo especialmente vulnerable.

ABSTRACT

Aim: We will try to detect cases of depression among the immigrant population older than 18 years of the quota of primary care that are not previously diagnosed.

Design: The Hamilton scale will be applied to evaluate the severity of depression in immigrant patients, or to diagnose those who were not diagnosed.

Location: Basic health area of Cassá de la Selva (Girona, Spain).

Population and sample: patients of immigrant origin of the MGR contingent of which the author is the owner.

Intervention: The Hamilton scale for depression is palliated and other variables such as age, sex and origin will be collected. In the case of detecting patients with signs of moderate or

^a Unitat Doçent de Girona, España.

* Autor para correspondencia: cregatta@gmail.com

KEY WORDS:

Mental health;
Therapy; Biomedical
research;
Disadvantaged
groups.

severe depression who were not diagnosed, pharmacological treatment will be initiated if appropriate and to refer them if there are serious criteria.

Results: The patients who presented moderate-severe depression, (item > 14) were 177 patients (82%); severe depression-very severe 130 patients (60%). There are more women who have moderate to severe depression, 73 (34%) vs 46 (21%) men. Somatization disorders appeared in 39 patients.

Conclusions: The immigrant collective presents a diagnosis possibly below the real cases in psychiatric illnesses. The probable low sanitary education and the cultural factors as well as the diagnostic limitations, prevent the appropriate detection of this pathology. It is convenient to develop strategies for early detection in a particularly vulnerable group.

INTRODUCCIÓN

La depresión es muchas veces un estigma cultural y puede pasar desapercibida en los pacientes inmigrantes, quienes arrastran muchos estresores (el viaje migratorio, el sentimiento de desarraigo, los problemas sociales y laborales, entre otros) que propician enfermedades en la esfera mental que limitan gravemente su salud, por lo que es importante una detección precoz.

La mayoría de los inmigrantes valorados en este estudio son inmigrantes en situación irregular, que emigraron por cuestiones económicas, otros regularizaron su situación y pudieron reagrupar a sus familias. La mayor parte de ellos llevan en el país una media de 5 años. Muchas veces ni ellos mismos detectan

que padecen enfermedades de la esfera psiquiátrica, ya que tienden a identificar sólo los problemas graves que han visto en sus países de origen, como la esquizofrenia, para las cuales en muchas ocasiones atribuyen connotaciones culturales propias.

El empleo de la escala de Hamilton^{1,2} nos permite una fácil adaptación a la consulta de atención primaria, y una comprensión cultural de los síntomas adaptable a este colectivo. Se trata de plantear cuestiones simples y directas que abordan de forma adecuada la situación actual del paciente y sus síntomas psicósomáticos.

Culturalmente la expresión de la sintomatología de la esfera mental es difícil de traducir a nuestras pautas culturales^{3,4} y a menudo el profesional da por patológicos procesos normales, o deja pasar otras ex-

presiones que pueden ser sintomáticas de un proceso depresivo. La mayoría acude por este motivo a urgencias hospitalarias, pero en este estudio intentaremos evaluar ambulatoriamente posibles signos de depresión en estos pacientes para una detección precoz.^{5,6}

OBJETIVOS

Trataremos de detectar casos de depresión entre la población inmigrante del cupo MGR, descrito en el apartado de metodología, que no estén diagnosticados en el momento actual, empleando la escala de Hamilton.

Se evaluará si se trata de un proceso recurrente (valoramos su historia clínica previa), o si hubo abandono terapéutico, o si la respuesta al tratamiento no ha sido la adecuada. En los casos que procedan se propondrá iniciar el tratamiento o se derivará a la atención especializada si procediese.

SUJETOS Y MÉTODO

Se aplicará la escala de Hamilton¹, validada para estudiar la depresión, a todos los pacientes de origen inmigrante atendidos en la consulta de atención primaria, contingente de atención primaria del servicio público de salud (cupo de atención primaria que tiene como titular médico a la autora), del ABS (área básica de salud) de Cassá de la Selva, Girona, durante 6 meses de enero a julio de 2017.

Se trata de un cupo de atención primaria con 1 500 pacientes y aproximadamente un 30% de pacientes inmigrantes. Se recogerán variables como: edad, sexo y procedencia del paciente, así como datos referentes a la esfera psiquiátrica de su historia clínica previa.

Es un estudio intervencionista, con la aplicación de una escala diagnóstica validada para la detección precoz de la depresión en un colectivo vulnerable.

Es un estudio descriptivo cualitativo, ya que establece rango de depresión y analiza variaciones por sexo, empleando una escala con ítems cuantitativos.

Como *criterios de inclusión*: se admiten de forma seriada y consecutiva a todos los pacientes de origen inmigrante, mayores de 18 años atendidos en la consulta de atención primaria del cupo señalado en el periodo descrito. Se excluyen los pacientes inmigrantes menores de 18 años, con diagnóstico de demencia o con cáncer en fase terminal.

Se aplicará como método de análisis estadístico el programa SPSS para el análisis de los resultados.

En el caso de detectar pacientes con signos de depresión moderada o severa se procederá a iniciar el tratamiento farmacológico correspondiente siempre y cuando el paciente acepte el tratamiento, no haya contraindicación, y se cumplan los criterios clínicos de depresión de la escala DSM-V.²

Se derivará a la atención especializada si es un caso grave (depresión severa o muy severa según la escala), recurrente, sin buena respuesta al tratamiento, o que refiera intento autolítico u otras patologías psiquiátricas graves asociadas, también si se tratase de un paciente de difícil manejo por presentar múltiples patologías, etc. En caso de requerir asistencia psicológica se derivará al servicio de psicología del área básica de salud.

La escala de valoración de Hamilton³ para la evaluación de la depresión (*Hamilton depression rating scale*, HDRS) es una escala heteroaplicada, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias. Si bien, su versión original constaba de 21 ítems, posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems, que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva.

Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas como ambulatorios.⁴ Cada cuestión tiene entre 3 y 5 posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 o de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE, guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada", según el instrumento AGREE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte:

- No deprimido: 0-7
- Depresión ligera/menor: 8-13
- Depresión moderada: 14-18
- Depresión severa: 19-22
- Depresión muy severa: >23

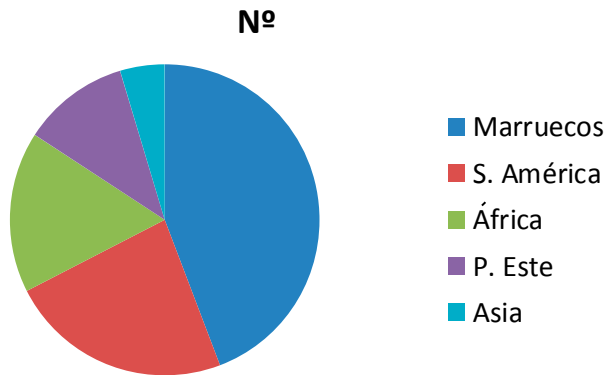
Los pacientes aceptaron participar, no hubo pérdidas y todos firmaron el consentimiento informado. El estudio está validado por el comité ético de referencia.

RESULTADOS

La población estudiada, un total de 215 pacientes, procedía en su mayoría de Marruecos, 95 (44%) pa-

cientes y 50 (23%) eran de Sudamérica, 36 (17%) de África subsahariana y el resto de países del Este de Europa y Asia (gráfica 1). No hubo pérdidas, todos los pacientes aceptaron participar y responder a las cuestiones planteadas dando su consentimiento previa información del estudio. Participaron 116 (54%) mujeres, mientras que 99 (46%) eran hombres.

Gráfica 1. Procedencia de los pacientes



Marruecos: 95; Sudamérica: 50; África: 36; Países del Este de Europa: 24; Asia: 10.

Fuente: Elaboración propia con base en la investigación.

En este trabajo 130 (60%) de los participantes presentaban según los valores de la escala depresión severa o muy severa (ítem > a 19); 45 (21%) pacientes mostraban rasgos de depresión moderada; 20 (9%) ligera o moderada (tabla 1).

Tabla 1. Resultados generales

Grado de depresión (escala Hamilton)	Nº
0-7 (no depresión)	2
8-13 (ligera-moderada)	38
14-18 (moderada)	45
19-22 (severa)	65
>23 (muy severa)	65

Fuente: Escala de Hamilton.³

La prevalencia global en el estudio de sintomatología depresiva moderada-severa/muy severa (enfermedad presente, >14 puntos en la escala) fue del 81%.

Como no enfermos se consideró a los que no presentaban ningún síntoma o presentaban alguna sintomatología ligera o moderada con rango en la escala entre 0 y 13, un total de 40 pacientes (2%).

Diferenciando los resultados por sexo, 73 (34%) de la mujeres presentaban signos de depresión severa o muy severa, frente a 46 (21%) de los hombres. 24 mujeres mostraban rasgos de depresión moderada (25 hombres) y 27 hombres con depresión ligera (16 mujeres con síntomas moderados) (tabla 2).

Tabla 2. Resultados por sexos

Grado de depresión (escala Hamilton)	Mujeres	Hombres
0-7 (no depresión)	2	2
8-13 (ligera-moderada)	16	27
14-18 (moderada)	25	24
19-22 (severa)	39	16
>23 (muy severa)	34	30

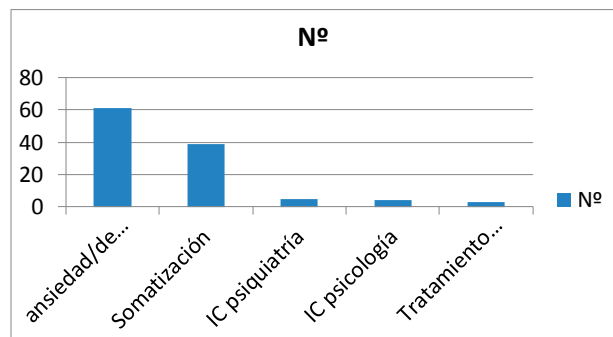
(Nº Mujeres/Hombres): datos del estudio.

Fuente: Escala de Hamilton.³

Otros resultados obtenidos fueron:

- 3 (1%) de los pacientes estudiados habían recibido previamente tratamiento antidepresivo (gráfica 2).
- 61 (28%) de los pacientes tenían registrado en su historial el diagnóstico de ansiedad o depresión y 3 (1%) estaban en tratamiento (gráfica 2).
- 39 (18%) de los pacientes presentaban rasgos asociados de trastorno por somatización.
- 5 pacientes habían sido previamente derivados al servicio de psiquiatría y 4 habían recibido terapia psicológica.

Gráfica 2. Resultados del estudio



*ansiedad/depresión; **IC: interconsulta; ***Tratamiento previo.

Ansiedad/depresión: 61; Trastorno por somatización: 39; IC psiquiatría: 5; IC psicología: 4; Tratamiento previo: 3.

Fuente: Elaboración propia con base en la investigación.

De los pacientes diagnosticados a través de la escala y la aplicación de los criterios DSM-V (tabla 3), tan sólo 6 (3%) de los que presentaron rasgo de depresión moderada/severa aceptaron tratamiento con psicofármacos, y 5 (2%) fueron remitidos al servicio de psicología clínica de referencia.

Tabla 3. Resultados estadísticos

Valor estadístico analizado	Resultado %
Sensibilidad	100
Especificidad	50
Valor predictivo positivo (VPP)	89,7
Valor predictivo negativo (VPN)	100
Prevalencia (probabilidad pretest)	81,4
Potencia global del test	90,7
Ods ratio (OR) pre-test	4,38
Ods ratio (OR) post-test	8,76
Probabilidad post-test positivo	89,75

Fuente: datos del estudio.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS RESULTADOS

Se realizaron los cálculos estadísticos a través del programa SPSS (versión 2016). Los resultados estadísticos (tabla 3) de la aplicación de este test diagnóstico arrojan una sensibilidad del 100% y una especificidad del 50%. El valor predictivo positivo es del 89,7%. La probabilidad post-test positivo es de un 89,7% en este estudio.

Si empleamos el test de Chi cuadrado para comparar la variable del sexo (hombre/mujer) con la prueba obtenemos un valor de esta variable del 5,93, por lo que podemos afirmar que hay una probabilidad entre el 95 y 99% de que haya asociación entre las variables, con una prevalencia superior en las mujeres (un 45% frente a un 32% en los hombres) (diferencia del 13%). Podemos aceptar la hipótesis nula con un 99% de significación.

Para el cálculo de la Chi cuadrado hemos obtenidos las variables teóricas⁵ de un estudio realizado con población de características similares en el que la prevalencia de la depresión era de un 5%.

RESUMEN DE LOS RESULTADOS MÁS DESTACABLES

En el estudio llama la atención el alto número de pacientes que presentan rasgo de depresión mode-

rada-severa, (ítem >14) son 177 pacientes (82%); y depresión severa-muy severa un 130 pacientes (60%).

La mayoría estaba sin tratamiento y posiblemente sin el diagnóstico porque tan sólo estaban diagnosticados previamente un 28% y tratados al momento del estudio un 1% de los pacientes. Un 2% habían acudido a la consulta especializada.

Hay más mujeres que presentan, según la escala, depresión moderada-severa, son 73 (34%) frente a 46 (21%) hombres, un 13% más.

Los trastornos por somatización eran frecuentes y 39 pacientes presentaron alguna sintomatología relativa.

De los diagnosticados, tan sólo 6 (un 6% de los que presentaron depresión moderada-severa) cumplían con los criterios diagnósticos DSM-V (tabla 4) y aceptaron tratamiento antidepresivo; 5 (2%) acudieron a psicoterapia ambulatoria.

Tabla 4. Criterios para el diagnóstico de la depresión según el DSM-V

Para el diagnóstico de depresión mayor deben estar presentes al menos 5 de los siguientes síntomas:
1. Estado de ánimo deprimido, la mayor parte del día, casi todos los días.
2. Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi todos los días.
3. Pérdida o aumento importante de peso sin hacer régimen (5% del peso en el último mes) o pérdida o aumento del apetito casi todo el día.
4. Insomnio o hipersomnia, casi todo el día.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotor, casi todos los días (observable por otros).
6. Fatiga o pérdida de energía, casi todo el día.
7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes), casi cada día.
8. Disminución de la capacidad para concentrarse o indecisión, casi todos los días.
9. Pensamientos recurrentes de muerte.

Fuente: American Psychiatric Association.²

DISCUSIÓN

Aspectos destacables del estudio

- La depresión^{6,7} es una patología que puede estar infradiagnosticada en el colectivo de pacientes inmigrantes, debido a factores culturales, la falta de acceso a los servicios sanitarios o el desconocimiento de los síntomas en estos pacientes.
- Se trata de un colectivo especialmente vulnerable debido a los estresores⁸ que viven, el viaje traumático, las dificultades culturales, sociales y laborales, etc.
- Estos pacientes acuden con frecuencia a la atención primaria desde donde los profesionales podemos diagnosticar y establecer un seguimiento terapéutico más cercano para poder garantizar el cumplimiento terapéutico.
- Por otro lado, desarrollar test validados que sean de fácil aplicación en colectivos con peculiaridades lingüísticas y culturales puede ayudar al médico de familia a orientar los procesos psicológicos o psiquiátricos.

CONCLUSIONES

Este grupo de pacientes presenta importantes condicionantes socioculturales y estresores múltiples, como la dificultad para entender la lengua del país de acogida, el largo y traumático viaje, las dificultades laborales y administrativas etc., todos estos factores, acumulados en el tiempo, les convierte en un grupo susceptible a desarrollar síntomas depresivos.⁹ En este trabajo se intenta un diagnóstico precoz de esta patología empleando la escala de Hamilton, que sería adecuada por su adaptabilidad a la atención primaria y su facilidad de aplicación transcultural.

El colectivo inmigrante puede presentar una baja educación sanitaria por múltiples factores, esto junto a las dificultades culturales y las limitaciones diagnósticas, impiden en muchos casos la detección apropiada de la patología mental.^{10,11}

Es conveniente desarrollar estrategias para la detección precoz, accesibles, y utilizar métodos que puedan ser adaptables culturalmente en un colectivo especialmente vulnerable como el de los pacientes inmigrantes.¹⁰

Financiamiento:

El estudio no ha recibido ninguna fuente de financiación externa.

Conflicto de intereses:

La autora declara la ausencia de conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Zimmerman M. Relationship Between the DSM-5 Anxious Distress Specifier and the Hamilton Depression Rating Scale Anxiety/Somatization Factor. *J Nerv Ment Dis.* 2018 Feb.; 206(2):152-154.
2. American Psychiatric Association. *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.* Editorial Panamericana, 5ª ed.; 2016.
3. Ramos-Brieva JC, A, Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr.* 1986; 14: 324-334.
4. Dow B, Lin X. Reliability, concurrent validity, and cultural adaptation of the Geriatric Depression Scale and the Geriatric Anxiety Inventory for detecting depression and anxiety symptoms among older Chinese immigrants: an Australian study. *Int Psychogeriatr.* 2017 Nov.; 8:1-14.
5. Pardo Moreno G. Diagnóstico de depresión en inmigrantes subsaharianos. *Atención Primaria.* 2007; 39(11): 609.
6. Garcini LM, Peña JM. Mental disorders among undocumented Mexican immigrants in high-risk neighborhoods: Prevalence, comorbidity, and vulnerabilities. *J Consult Clin Psychol.* 2017 Oct.; 85(10):927-936.
7. Markkula N, Lehti V. Incidence and prevalence of mental disorders among immigrants and native Finns: a register-based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2017 Dec.; 52(12):1523-1540.
8. Achotegui J. Estrés límite y salud mental: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Gac Med Bilbao.* 2009; 106(4):122-33.
9. Gutnick D, Siegel C. Making the cut: Depression screening in urban general hospital clinics for culturally diverse Latino populations. *Gen Hosp Psychiatry.* 2017 Mar-Apr; 45: 85-90.
10. Bas-Sarmiento P, Saucedo-Moreno MJ. Mental Health in Immigrants Versus Native Population: A Systematic Review of the Literature. *Arch Psychiatr Nurs.* 2017 Feb.; 31(1):111-121.
11. Janssen-Kallenberg H, Schulz H, Kluge U, Strehle J, Wittchen HU, Wolfradt U, Koch-Gromus U, Heinz A, Mösko M, Dingoyan D. Acculturation and other risk factors of depressive disorders in individuals with Turkish migration backgrounds. *BMC Psychiatry.* 2017 Jul.; 19: 17(1): 264.