

Episodios depresivos en la comunidad rural de Huaripampa, Áncash, usando el MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview).

Depressive episodes on a rural settlement in Huaripampa, Áncash, using MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview).

Santiago A. Cabrera ¹, José E. López-Rodas ²

RESUMEN

Objetivos: Evaluar la prevalencia de episodios depresivos mayores en una comunidad rural. **Material y métodos:** Se reclutó a 105 pobladores de la comunidad rural de Huaripampa, Áncash, y se les realizó un tamizaje usando las primeras dos preguntas del MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview), estratificándolos en riesgo bajo, moderado y alto. Se aplicó el resto de la entrevista a los individuos con riesgo moderado o alto. **Resultados:** Según el MINI, el 40,23% de la muestra cumplió criterios para episodio depresivo mayor. Se encontró una relación significativa con el sexo femenino. **Conclusiones:** El 40,23% de la población de Huaripampa, según el MINI, cursaron con un episodio depresivo mayor actual.

PALABRAS CLAVE: depresión, prevalencia, atención primaria de salud, asentamientos rurales, Perú.

SUMMARY

Objectives: To measure the prevalence of current major depressive episodes in a rural settlement. **Material and methods:** One hundred five patients were evaluated in Huaripampa, a rural settlement in Ancash, Peru, using the two first questions of MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview), and were then stratified as low, intermediate and high risk for depression. The rest of the interview was performed to intermediate and high risk patients. **Results:** Forty percent of the sample had criteria for major depressive episodes using the MINI. **Conclusions:** Using the MINI, 40.23% of people in Huaripampa have a current depressive episode.

KEY WORDS: depression, prevalence, students, medical, primary health care, rural population, Peru.

INTRODUCCIÓN

En el año 2004 se hizo una actualización del *Global Burden of Disease Study*, el cual estimó los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), considerando un AVAD como la pérdida de un año de vida saludable, ya sea por enfermedad o muerte.

Se encontró que en América Latina y el Caribe las afecciones psiquiátricas y neurológicas explicaban 8,8% de AVAD perdidos (1,2).

Las enfermedades mentales se ubicaron en la lista poco por debajo de las enfermedades cardiovasculares, y sobrepasaron todos los tipos de cáncer y el VIH.

¹ Médico. Sociedad de Científica de Estudiantes de Medicina Cayetano Heredia (SOCEMCH), Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

² Médico Psiquiatra. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Lima, Perú.

Entre las enfermedades mentales, la depresión fue más inhabilitante que la ceguera o la paraplejía (3), y en lo que respecta a años vividos con discapacidad, los desórdenes depresivos como diagnóstico único fueron la causa principal.

Estudios epidemiológicos recientes realizados en el Perú por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” entre los años 2002 y 2008, confirman los hallazgos de otros países: hasta el 37% de la población tiene la probabilidad de sufrir un trastorno mental alguna vez en su vida (4,5), entre los cuales destacan los trastornos depresivos y de ansiedad.

La prevalencia de depresión en Lima Metropolitana es de 18,2% (6), en la sierra peruana de 16,2% (7) y en la selva de 21,4% (8). En países en desarrollo como el nuestro, el acceso a los servicios de salud para esta población es mínima, y los esfuerzos para ampliarla son pobres, lo que se traduce en una gran parte de la población enferma no atendida (9-11). Esta situación tiende a agravarse en los años venideros, y se hacen necesarias medidas claras de salud pública para remediarla (12).

Un punto clave de las políticas de salud en los países desarrollados es el entrenamiento diagnóstico de depresión en la atención primaria. A pesar de la validación de algunos cuestionarios estructurados de diagnóstico, muchos médicos los encuentran muy pesados y consumidores de tiempo, de tal modo que de 30 a 50% de pacientes con depresión salen del consultorio de atención primaria sin diagnóstico (13,14).

Para solucionar este problema, se desarrolló el instrumento MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview), validado en el Perú por Galli y cols. (15,16). Ésta es una entrevista diagnóstica estructurada que explora los principales trastornos del eje I del DSM-IV y el CIE-10. Ha sido comparado en estudios anteriores con el SCID-P y el CIDI, y demostró una validez y confiabilidad aceptables, con la ventaja de poder ser administrados en un tiempo más corto. La primera parte evalúa la presencia de episodios depresivos.

En esta ocasión, y en el marco del proyecto IRIS (Intervención Rural de Investigación y Saneamiento) (17,18), de la Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina Cayetano Heredia, el objetivo del presente estudio fue estimar la prevalencia de episodios

depresivos en una comunidad rural mediante el uso de esta entrevista diagnóstica.

El presente estudio es parte de un trabajo que obtuvo el primer lugar en el concurso de proyectos de ayuda social “Rex Crossley” de la International Federation of Medical Students’ Associations.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal realizado en base a encuestas epidemiológicas y entrevistas, durante el mes de enero del 2009 en la comunidad rural de Huaripampa.

El universo de estudio fue la población de Huaripampa, y se reclutó a todos los pobladores mayores a 18 años que se encontraron durante los días 4-9 de enero del 2009 en esta localidad, dentro de sus casas y que hablasen el idioma español.

Se realizó un cálculo muestral con el software EpiInfo v 3.5.1. Considerando un universo de 830 personas mayores a 18 años, la muestra a estudiar fue 119 (IC 95%, 80% potencia, 5% error probable, frecuencia estimada 10%, peor aceptable 5%). Nuestra muestra final fue de 105 pacientes.

Previo al inicio del estudio, se hizo una instrucción al personal estudiantil sobre cómo aplicar la entrevista diagnóstica MINI. Dicha instrucción fue supervisada por un médico psiquiatra. El primer día de trabajo se realizó una prueba de tamizaje en los pacientes que participaron. Éstos fueron elegidos de forma no aleatoria por conveniencia; se tocó las puertas de todas las casas de la comunidad, y se entrevistó a las que estuviesen presentes entre las 8 y 12 horas del día.

El tamizaje del instrumento MINI consta de dos preguntas, la primera sobre presencia de ánimo depresivo durante las últimas dos semanas, la mayor parte del tiempo; y la segunda sobre la presencia de anhedonia. Según el resultado, los pacientes fueron clasificados en riesgo alto, moderado y leve para depresión. Se definió como riesgo bajo como la ausencia de respuestas afirmativas; moderado, la presencia de una respuesta afirmativa, y alto cuando las dos preguntas tenían respuesta afirmativa. Se seleccionó a los pacientes de riesgo moderado y alto, y se les aplicó el resto del MINI.

Toda la información fue recogida y transcrita por tres operadores en una base de datos de Excel que

Tabla 1. Datos demográficos.

	Frecuencia	%
Estado Civil		
Soltero	20	19,05
Casado	52	49,52
Conviviente	17	16,19
Viudo	9	8,57
Divorciado	3	2,86
No responde	1	0,95
Perdidos	3	2,86
Total	105	100,00
Sexo		
Masculino	35	33,33
Femenino	61	58,10
Perdidos	9	8,57
Total	105	100,00
Trabajo		
No	46	44,23
Sí	22	21,15
Perdidos	35	33,65
No responde	1	0,96
Total	105	100,00
Grado de Instrucción		
Analfabeto	12	11,43
Primaria incompleta	34	32,38
Primaria completa	20	19,05
Secundaria incompleta	11	10,48
Secundaria completa	15	14,29
Superior	6	5,71
Perdidos	7	6,67
Total	105	100,00

fue luego procesada en el software Stata v. 10.0 para Windows. Los pacientes que llenaron la entrevista completa firmaron un documento de consentimiento informado según las normas del Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

RESULTADOS

En total se evaluaron 105 pacientes (Anexo 1). Se encontró que dentro de la población, la mayoría es casada, del sexo femenino y sin trabajo. En lo que respecta al grado de instrucción, se encontró que el 44,23% de los pobladores de Huaripampa no terminó la primaria (Tabla 1).

Según el MINI, las dos primeras preguntas son consideradas el tamizaje, y valoran ánimo deprimido y anhedonia. El 40,95% de los entrevistados tenía los dos síntomas cardinales de la depresión (Tabla 2). A los pacientes de riesgo moderado y alto se les completó la entrevista MINI (66 personas), y según éste, el 40,23% tenía un episodio depresivo mayor. Los pacientes con la entrevista incompleta fueron 10 (9,52%) (Gráfico 1).

En lo que respecta a los diagnósticos por sexo, se encontró una relación entre el diagnóstico MINI de depresión y el sexo femenino (Chi cuadrado, $p=0,036$). No se encontró relación significativa entre grado de instrucción y depresión ($p=0,424$). Tampoco se encontró diferencia con el estado civil ($p=0,619$) al comparar a casados de no casados.

Como parte del proyecto IRIS, se hizo una campaña de salud donde participó un médico psiquiatra. Se recogió información de los pacientes atendidos y se comparó con la información de las encuestas. Entre los 23 pacientes evaluados por el psiquiatra,

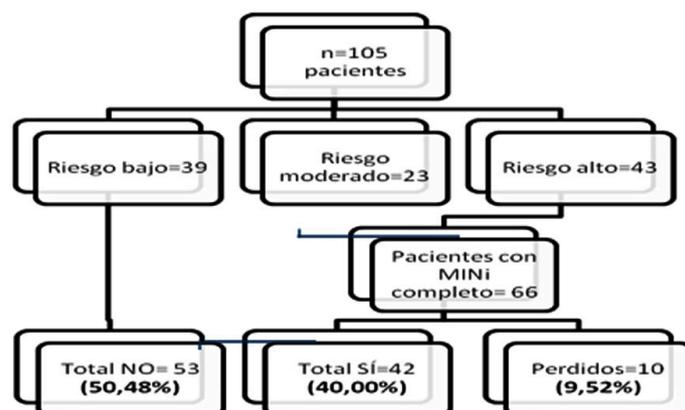
Gráfico 1. Flujograma de pacientes.

Tabla 2. Prevalencia de episodios depresivos según MINI-Tamizaje.

MINI-TAMIZAJE	Frecuencia	%
Riesgo bajo	39	37,14
Riesgo moderado	23	21,90
Riesgo alto	43	40,95
Total	105	100,00

el 30,43% tenía un episodio depresivo mayor, el 43,48% un episodio depresivo menor, y el 8,70% un episodio depresivo no especificado. El 17,39% no tenía depresión. Al comparar ambas evaluaciones, se encontró que de los que tenían depresión según el tamizaje del MINI, 84,20% fueron confirmados como tales por el psiquiatra, y de los que no, el 50% fue confirmado como negativo por el especialista.

DISCUSIÓN

El uso del instrumento MINI nace de la necesidad, descrita arriba, de tener herramientas simples para descartar de depresión. Previamente fueron evaluados cuestionarios de tamizaje con dos preguntas usando los criterios mayores del DSM-IV para llegar a un diagnóstico preciso en poco tiempo. Esto se hizo de la forma escrita con buenos resultados por Whooley (19), y más recientemente de manera verbal por Bruce Arroll (20). En este último, realizado en Auckland con 421 pacientes, se demostró que las dos preguntas en cuestión predecían la presencia de depresión con una sensibilidad de 97% (IC 95% de 83 - 99%) y una especificidad de 67% (IC 95% 62 - 72%). En nuestro estudio se siguió el mismo principio para detectar a los pacientes con riesgo de depresión, usando el MINI.

Se encontró una frecuencia de episodios depresivos mayores superior al 40%, que es más alta que la reportada en los estudios epidemiológicos hechos por el INSM-HDHN. Entre las posibles explicaciones para este fenómeno se encuentra la mayor cantidad de población femenina; quizá por ser la única disponible en las horas de la mañana cuando se encuestó. Es clara la relación entre el sexo femenino y la prevalencia de depresión, y ha sido descrita con anterioridad.

No se encontró relación entre el grado de instrucción, estado civil o trabajo estable. Otras posibles explicaciones como duelo, discapacidad, enfermedad crónica, trastornos del sueño o depresión previa no fueron estudiadas, pero han sido descritas como factores asociados y deberían ser evaluadas a futuro (11). Algunos autores como Robert Kohn

describen una posible relación inversa entre el nivel socioeconómico y la prevalencia de muchos trastornos psiquiátricos, dentro de los cuales se incluye depresión (21). Por otra parte, el uso de preguntas al azar en población de bajo nivel educativo, y en algunos casos poco dominio del idioma español podría ocasionar confusión y dar falsos positivos.

El trabajo permitió también comparar el MINI con el diagnóstico de un psiquiatra. Sin embargo, al no ser este un estudio de validación, no se pueden sacar conclusiones sobre sensibilidad o especificidad del instrumento; además el número de pacientes evaluados es muy bajo. No obstante, la alta correlación entre el diagnóstico de episodio depresivo por la entrevista diagnóstica y la evaluación psiquiátrica, sugieren que el uso del tamizaje del MINI podría ser un buen predictor de depresión en la comunidad, lo cual concuerda con estudios previos (20,22,23). Se necesita un estudio de validación en comunidades rurales, y Huaripampa podría verse beneficiada con el uso del MINI por los médicos de atención primaria, de modo que se pueda derivar pacientes deprimidos a centros de mayor nivel.

En este estudio se encontró una prevalencia inusualmente alta de depresión usando el instrumento MINI. Como se mencionó con anterioridad, la depresión es una enfermedad altamente discapacitante y con una acción deletérea sobre el curso de enfermedades crónicas. Esta enfermedad puede no sólo alterar el trabajo productivo de la población o aumentar la violencia familiar y el alcoholismo, sino también contribuir a la aparición de múltiples síndromes somatomorfos que pueden llegar a la consulta de la posta de salud y ser mal diagnosticados. Su rápida identificación y tratamiento oportuno podrían alterar para bien el curso de la enfermedad.

Correspondencia:

Santiago A. Cabrera
 Simón Salguero 424-3 Santiago de Surco
 Lima 33
 Correo electrónico: santiago.cabrera@upch.pe
 Teléfono. 51 999-533-151

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Murray CJL, Lopez AD. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA: Escuela de Salud Pública de la Universidad de

- Harvard en nombre de la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial; 1996. p. 20-25.
2. Organización Mundial de la Salud. The global burden of disease: 2004 update. Génova: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2008. p. 27-36.
 3. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun TB. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*. 2007; 370:851-858.
 4. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Rural 2008. Informe General 1-2. *Anales de Salud Mental*. 2009; 25:15-30.
 5. Rondón, MB. Salud mental: Un problema de salud pública en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2006; 23(4):237-238.
 6. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio epidemiológico metropolitano en salud mental 2002. Informe general 1 y 2. *Anales de Salud Mental*. 2002; 18:20-21.
 7. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio epidemiológico en salud mental en la sierra peruana 2003. *Anales de Salud Mental*. 2003;19:20-30.
 8. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio epidemiológico en salud mental en la selva peruana 2004. *Anales de Salud Mental*. 2004;20:20-32.
 9. Lancet Global Mental Health Group. Global Mental Health 6: Scale up services for mental disorders: a call for action. *Lancet*. 2007;370:1241-52.
 10. Kohn R, Levav I, Caldas-de-Almeida JM. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Publica*. 2005; 18(4):229-40.
 11. Guerra M, Ferri CP, Sosa AL, Salas A, Gaona C, Gonzales V, Rojas-de-la-Torre G, Pince M. Late-life depression in Peru, Mexico and Venezuela: the 10/66 population-based study. *Br J Psychiatry*. 2009; 195(6):510-15.
 12. Ustün TB. The global burden of mental disorders. *Am J Public Health*. 2009; 89(9):1315-18.
 13. Simon G, Vonkorff M. Recognition, management, and outcomes of depression in primary care. *Arch Fam Med*. 1995; 4(2): 99-105.
 14. Andersen SM, Harthorn BH. The recognition, diagnosis, and treatment of mental disorders by primary care physicians. *Med Care*. 1989; 27(9):869-86.
 15. Bobes J, González MP, Sáiz PA, Bousoño M, Iglesias C, Bascarán MT. La MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview): una familia de entrevistas de ayuda diagnóstica en Psiquiatría y Atención Primaria. Madrid : Grupo Aula Médica; 1998. p. 12-14.
 16. Galli E, Feijóo L, Roig I, Romero S. Aplicación del “MINI” como orientación diagnóstica psiquiátrica en estudiantes de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Informe preliminar epidemiológico. *Rev Med Hered*. 2002;13(1):19-25.
 17. Rivas-Nieto A, Curioso W, Guillén C. Participación estudiantil en proyectos de intervención rural en salud: La experiencia IRIS-X en Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2009; 26(3): 387-94.
 18. International Federation of Medical Students' Associations. IFMSA Transnational Projects. *Projects Bulletin*. 2009; 5: 16-27.
 19. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med*. 1997; 12:439-45.
 20. Arroll B, Khin N, Kerse N. Screening for depression in primary care with two. *BMJ*. 2003;327:1144-46.
 21. Kohn R. Epidemiologic findings on selected psychiatric disorders in the general population. En: Dohrenwend BP. Adversity, stress, and psychopathology. Nueva York : Oxford City Press; 1998. p. 235-83
 22. Williams JW, Mulrow CD, Kroenke K, Dhanda R, Badgett RG, Omori D, et al. Case-finding for depression in primary care: a randomized trial. *Am J Med*. 1999;106(1):36-43.
 23. Coyne JC, Schwenk TL, Fechner-Bates S. Nondetection of depression by primary care physicians reconsidered. *Gen Hosp Psychiatry*. 1995; 17(1): 3-12.