

Enric Aragonès Benages [Buscar autor en Medline]



La magnitud del problema: aspectos sociodemográficos de la depresión en atención primaria

[Ver resumen y puntos clave](#)

[Ver texto completo](#)

[Volver al sumario](#)

Texto completo

Prevalencia de los trastornos depresivos en la población general

Los trastornos afectivos que, según el DSM-IV, incluyen principalmente el trastorno depresivo mayor, el trastorno distímico y los trastornos bipolares, representan los trastornos mentales más frecuentes y relevantes en la población general.

El trastorno depresivo mayor se define por un estado de ánimo deprimido persistente y severo y pérdida de interés o placer en las actividades normales. Comúnmente incluye trastornos del sueño y del apetito, pérdida de energía, sentimientos de inutilidad, culpa o desesperanza y deseos de morir o, si la depresión es severa, ideación o conducta suicida. El trastorno distímico (distimia) es un cuadro depresivo de carácter más leve, caracterizado por menos síntomas que los exigidos para el diagnóstico de la depresión mayor pero con un curso crónico (se exige una duración de 2 o más años). Un mismo paciente puede sufrir un episodio de depresión mayor superpuesto a un trastorno distímico, en tal caso hablamos de depresión doble. La depresión mayor y la distimia representan más del 90 % de los trastornos afectivos clínicamente significativos.

La depresión menor es un cuadro depresivo leve definido por la presencia de síntomas depresivos insuficientes para diagnosticar episodio depresivo mayor o un curso clínico breve para diagnosticar distimia, pero en el que se puede constatar una repercusión funcional clínicamente significativa. La depresión menor es actualmente una categoría de la investigación en el DSM-IV.

Según el estudio epidemiológico ESEMeD¹, llevado a cabo sobre una muestra de 21.425 individuos representativa de población adulta en seis países europeos: Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Holanda y España, la prevalencia de trastornos mentales en general (en un periodo de doce meses) es del 9,6 % y la prevalencia de trastornos depresivos en este período es del 4,2 % de la población adulta (**Figura 1**).

La depresión mayor es el trastorno depresivo individual más frecuente, con una prevalencia en población adulta del 3,9 % según el estudio ESEMeD¹. Para el trastorno distímico la prevalencia hallada fue del 1,1 % (**Figura 2**). Al estudiar no solo el estado clínico actual o en el último año, sino también los antecedentes, el 12,8 % de los individuos habían sufrido algún episodio depresivo mayor y el riesgo de sufrir un trastorno distímico a lo largo de la vida fue del 4,1 %.

El estudio ODIN², llevado a cabo en población general adulta representativa del medio rural y urbano en cinco países europeos: Reino Unido, Irlanda, Noruega, Finlandia y España, arroja unas cifras de prevalencia actual superiores para la depresión mayor (DSM-IV): 6,6 % y similares para la distimia: 1 %, aunque con notables diferencias entre los distintos sitios del estudio y entre el medio urbano y rural. Se halló que la prevalencia de depresión mayor entre los cuatro sitios rurales fue relativamente uniforme, entre 4,1 % y 8,5 %. Sin embargo, la prevalencia en los cinco sitios urbanos estudiados varió entre el 1,8 % en España (Santander) y los 15,1 en Irlanda (Dublín). Estas diferencias sugieren diferentes perfiles de riesgo entre países y ámbitos que pueden afectar la expresión del fenómeno depresivo. La menor prevalencia de depresión en los ámbitos rurales que en los urbanos es un hallazgo común en los estudios epidemiológicos.

La prevalencia de la depresión mayor está determinada tanto por la incidencia (riesgo)

bibliografía

1. J. Alonso, M. C. Angermeyer, S. Bernert, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109 (Suppl. 420): 21-27.
2. Ayuso-Mateos JL, Vázquez-Barquero JL, Dowrick C, et al. Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *Br J Psychiatry* 2001; 179: 308-316.
3. Üstün TB, Kessler RC. Global burden of depressive disorders: the issue of duration. *Br J Psychiatry* 2002; 181: 181-183.
4. Eaton WW, Anthony JC, Gallo JJ, et al. Natural history of diagnostic interview schedule/DSM-IV major depression. The Baltimore Epidemiologic Catchment Area follow-up. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 993-999.
5. Keller MB, Lavori PW, Mueller TI, et al. Time to recovery, chronicity, and levels of psychopathology in major depression. A 5-year prospective follow-up of 431 subjects. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;49:809-816.

[Ver más](#)

enlaces

No hay enlaces de interés



como por la duración de los episodios (pronóstico). Aunque los criterios diagnósticos para el episodio depresivo mayor exigen una duración mínima de 15 días, estos cuadros clínicos suelen tener un curso más prolongado, habitualmente de meses, y con altas probabilidades de cronificación o recurrencia³. En el estudio prospectivo de 12 años "Baltimore Epidemiologic Catchment Area", Eaton et al⁴. refieren que la mediana de duración de los episodios depresivos fue de 12 semanas y la media de 27 semanas, y que el 22 % de los episodios se cronificaron.



Es poco probable que la depresión se resuelva espontáneamente. En un estudio prospectivo, un 40% de los pacientes con depresión mayor tenían síntomas persistentes de depresión al cabo de un año del episodio inicial y el 15-20% seguían siendo sintomáticos dos años después⁵. Además, para la mayoría de los pacientes con depresión mayor que han alcanzado la remisión de su enfermedad, la recurrencia es frecuente. Aproximadamente el 60 % de los pacientes que han sufrido un episodio depresivo sufrirán un segundo episodio y el riesgo de recurrencia aumenta progresivamente con cada nuevo episodio⁶ . Se estima que hasta el 90 % de los pacientes con dos episodios previos sufrirán una nueva recurrencia.

El número de episodios depresivos previos es el mejor predictor de la duración del intervalo libre de recurrencias: a mayor número de episodios previos, más rápida aparición de recurrencia⁷ . Otro factor predictor de la recurrencia es la persistencia de síntomas residuales: si después de un episodio depresivo no se alcanza la remisión completa y persisten algunos síntomas del cuadro depresivo o relacionados y aunque clínicamente pueda establecerse una mejora significativa respecto al estado previo del paciente, las probabilidades de recurrencia son más altas y el intervalo libre de recurrencias más corto⁸ . La depresión puede ocurrir en cualquier edad pero la edad más frecuente para un episodio depresivo inicial se sitúa en los 20-25 años⁹.

Prevalencia de la depresión en atención primaria

Las tasas de prevalencia para los trastornos depresivos en pacientes de atención primaria son más altas que las referidas para la población en general –algunas estimaciones las sitúan en el doble que en población en general–. Por tanto, los médicos de atención primaria pueden esperar que un número significativo de los pacientes que visitan cada día sufren y pueden ser diagnosticados de depresión, aunque no siempre entre los motivos de consulta de estos pacientes aparecerán abiertamente sus problemas emocionales: debido a la percepción del carácter eminentemente médico de este nivel, de su accesibilidad y de su ubicación en la puerta de entrada del sistema sanitario, muchos pacientes con depresión u otros problemas emocionales pueden buscar atención médica por síntomas de carácter físico, a menudo inespecíficos, sin desvelar, de entrada, su malestar psicológico¹⁰ (**Figura 3**). En la década de los 90, la Organización Mundial de la Salud patrocinó el estudio internacional "Mental Illness in General Health Care"¹¹ realizado en centros de atención primaria de 14 países de todo el mundo. Globalmente se halló que el 24 % de los pacientes atendidos en los centros participantes presentaban algún tipo de trastorno mental definido según los criterios CIE-10 (depresión mayor, distimia, trastorno de ansiedad generalizada, agorafobia, trastorno de angustia, trastorno de somatización, neurastenia, hipocondría, uso abusivo o dependencia al alcohol), otro 9 % más tenían trastornos mentales por debajo del umbral diagnóstico exigido para un diagnóstico formal (pero cuyos síntomas de ansiedad, depresión o somatización eran clínicamente significativos) y un 31% más tenían algunos (dos o más) síntomas psicológicos (**Figura 4**).

Los diagnósticos individuales más frecuentes fueron depresión mayor, con una prevalencia global del 10,4%, el trastorno de ansiedad generalizada con una prevalencia del 7,9 %, neurastenia el 5,4 %, problemas relacionados con el alcohol (consumo abusivo o dependencia) el 5 %, y distimia el 2,1% (**Tabla 1**). Existía un amplio rango de variabilidad en las tasas de prevalencia de la depresión entre los diferentes centros participantes, desde un 2,6 % en Nagasaki (Japón) a un 29,5 % en Santiago (Chile) (**Tabla 2**).

En un estudio llevado a cabo en centros de atención primaria de Tarragona¹² sobre 906 pacientes consecutivos visitados por cualquier motivo se halló una prevalencia de depresión mayor (DSM-IV) del 14,3%. La prevalencia de distimia fue del 4,8 %, aunque en el 47 % de los casos coexistía el diagnóstico de depresión mayor (doble depresión).

Otros estudios recientes llevados a cabo en atención primaria en nuestro país muestran unas cifras muy similares. En Madrid, en una muestra de casi 400 pacientes de diferentes centros de salud, Baca et al¹³ , utilizando los criterios del DSM-IV, hallaron una prevalencia del 15.4 % para la depresión mayor y de un 5.1 % para la distimia¹⁴ . En un centro de atención primaria en Gavà (Barcelona) se estudió una muestra de 400 pacientes que acudían a la consulta y se halló una prevalencia del 14.7 % para la depresión mayor y del 6.7 % para la distimia .

Según el estudio ESEMeD, de los individuos con un trastorno depresivo detectados en la

muestra de población general, sólo el 36,5 % habían buscado atención sanitaria por este motivo, y la mayoría acudió a atención primaria. En efecto, existen "mecanismos" que determinan que los casos de depresión que se ubican en atención primaria, o en el ámbito clínico en general, son diferentes: más graves y de mayor duración, que los que se hallan en la comunidad a los cuales nos hemos referido antes. Esto refleja el efecto que la severidad ejerce en la conducta de buscar atención médica ante el sufrimiento o malestar psicológico¹⁵. En este contexto, el estudio "Mental Illness in General Health Care"¹¹ halló una proporción de cronificación superior a la referida para la comunidad: hasta el 33,5 % de los pacientes con depresión persistían deprimidos al cabo de un año.

Depresión y género

La depresión mayor afecta dos veces más a las mujeres que a los varones: según el estudio ESEMeD, en el curso de la vida aproximadamente el 16,5 % las mujeres han sufrido depresión mayor comparado con el 8,9 % de los varones. A lo largo de 1 año, aproximadamente el 5 % de mujeres europeas experimentarán un episodio depresivo mayor, comparado con cerca del 2,6 % de los varones (OR (bruta): 1,97).

La depresión también es más persistente en las mujeres y el sexo femenino es un predictor significativo del riesgo de futuras recurrencias en pacientes deprimidas¹⁶.

Es probable que los hombres sean más reticentes a consultar por su depresión o a manifestar abiertamente su malestar psicológico cuando acuden, por este u otro motivo, al médico con lo cual en los ámbitos clínicos la desproporción entre ambos sexos se agranda.

En el estudio de Tarragona¹² sobre pacientes de atención primaria se halló que la prevalencia de depresión fue de un 19,8 % en las mujeres y de sólo un 5,6 % en los hombres (OR (bruta): 3,05) (**Figura 5**).

Los factores hormonales y biológicos podrían contribuir a la tasa más alta de depresión en la mujer. También factores de carácter social pueden influir en este fenómeno: muchas mujeres tienen más estrés por las responsabilidades del cuidado de niños, el mantenimiento del hogar y un empleo y algunas mujeres tienen una mayor carga de responsabilidad asumir el cuidado de padres ancianos. La mujeres sin un empleo remunerado se pueden identificar y basar su autoestima en su rol de ama de casa, un rol que puede resultar frustrante y que está devaluado en la sociedad moderna. Por otra parte, las mujeres que entran en el mercado laboral pueden ser discriminadas económicamente y pueden encontrar conflictos entre las responsabilidades del mantenimiento del hogar, el cuidado de los niños y el empleo remunerado¹⁷.

Además, la mujer tiende más a basar su satisfacción personal y autoestima en sus relaciones interpersonales, lo que supone un alto riesgo cuando estas relaciones resultan conflictivas. Cuando el matrimonio es infeliz, la mujer tiene tres veces más posibilidades de desarrollar una depresión que el hombre. En lo referente a suicidio¹⁸, las mujeres tienen depresión en mayor proporción que los hombres y las tentativas de suicidio son más frecuentes en este sexo, con una relación de 2:1 comparado con los hombres. Sin embargo, en el suicidio consumado la proporción mujer:varón es inversa (1:2), en la parte debido a la mortalidad de los métodos usados (p. ej., medios violentos más que fármacos).

Depresión en niños y adolescentes

La depresión en la niñez se empezó a reconocer en las últimas décadas, los profesionales sanitarios y los padres tendían a atribuir los cambios de humor en niños y adolescentes a un proceso normal del desarrollo¹⁹. Ahora se reconoce que la depresión puede ocurrir en adolescentes e incluso en niños.

En una encuesta hecha a padres en los EEUU, estos refirieron problemas emocionales, conductuales, de concentración o de relación social de grado definido o severo en el 5 % de los niños de 4 a 17 años (las opciones respuesta eran: sin dificultades, dificultades menores, dificultades definidas y dificultades severas)²⁰. Los estudios epidemiológicos sugieren que hasta el 1% de preescolares, el 2% de los alumnos de primaria y el 8% de adolescentes pueden tener depresión mayor²¹.

Las niñas y los niños tienen la misma probabilidad de experimentar depresión mayor; pero a partir de los 10 a 14 años de la edad, las chicas comienzan a mostrar una mayor prevalencia que los chicos y pronto alcanzan la relación de 2:1 observado entre las mujeres y los varones adultos.

La depresión en la gente joven se manifiesta a menudo con ansiedad, irritabilidad y problemas del comportamiento²¹. La depresión en adolescentes también aumenta el riesgo para el abuso de sustancias y es un factor predictivo de depresión crónica y posiblemente más severa en edad adulta²². Asimismo la depresión es un factor de riesgo importante para el comportamiento suicida y el suicidio consumado en la gente joven, siendo el suicidio la tercera causa de muerte entre los 10-24 años de edad^{19,22}.

La depresión en la vejez

La depresión es la causa más frecuente de sufrimiento emocional en la vejez y tiene una repercusión significativa en la calidad de vida y en la funcionalidad de quién la sufre.

La prevalencia de la depresión mayor se estima en el 2 % en la población general de más de 65 años, pero en este grupo de edad, del 8 al 15 % tienen síntomas depresivos clínicamente significativos aunque no pueda diagnosticarse un trastorno depresivo mayor²³. La proporción mujer:varón con depresión mayor se mantiene en la edad avanzada. También los resultados del estudio ESEMeD¹, corroboran que la prevalencia de trastornos afectivos en los ancianos es menor que en grupos de edad más jóvenes (**Tabla 3**). Sin embargo, se ha sugerido que estas conclusiones son engañosas y que los datos y la interpretación de los resultados reflejan un artefacto por la inadecuación de los criterios diagnósticos para este grupo de población.

El anciano, mermado en sus capacidades e intereses, puede experimentar sentimientos adversos generados por acontecimientos vitales agotadores (duelo, enfermedad, dificultades económicas, limitaciones físicas...). El empleo de un diagnóstico categórico podría ser insuficiente. Una aproximación complementaria basada en la cuantificación de la sintomatología parece más adecuada, en particular en los pacientes más viejos. Se recomienda que el umbral diagnóstico debiera ser bajo, porque muchos autores señalan que los trastornos mentales en la edad avanzada tendrían una sintomatología más leve. Pero con la precaución de no etiquetar como enfermedades los problemas de la vida diaria o las reacciones adaptativas a estos problemas.

El cuadro clínico de la depresión en los ancianos tiene algunas características peculiares. El humor es más a menudo irritable que el depresivo y algunos síntomas aparecen con más frecuencia: pérdida de peso, sentimientos de culpa, ideas suicidas, síntomas de tipo melancólico, así como una más alta frecuencia de síntomas psicóticos. Los síntomas somáticos y la hipocondría son más frecuentes en los ancianos que en los pacientes más jóvenes, sin embargo, puede ser difícil evaluar estos síntomas porque muchas veces pueden ser manifestaciones de problemas físicos reales.

La depresión puede tener un curso insidioso y puede ser difícil de reconocer por el médico y por el propio paciente. Esto sobre todo es patente cuando coexisten enfermedades físicas serias.

El suicidio

Los ancianos deprimidos pueden tener ideas suicidas y esto no siempre es fácilmente reconocible. Aproximadamente el 85 % de los ancianos que cometen suicidio sufre de un trastorno afectivo, siendo la depresión mayor el diagnóstico en el 65 % de casos²⁴.

El suicidio aumenta en la edad avanzada y esto constituyen un problema de salud importante para el anciano. Los varones ancianos tienen un riesgo más alto para cometer suicidio que las ancianas. La coexistencia de una enfermedad grave somática, como la insuficiencia renal o el cáncer, representa un factor de riesgo principal para un intento de suicidio bien planificado. Otros factores de riesgo incluyen la soledad y el aislamiento social, por lo general como una consecuencia de duelo. Algunos autores sugieren que el fracaso de seguir el consejo médico en enfermedades físicas graves podría considerarse una forma de 'suicidio pasivo'.

Depresión y desigualdades sociales

Las personas de nivel socio-económico bajo, cualquiera que sea el indicador usado para definirlo, tienen mayores tasas de trastornos mentales, principalmente depresión y ansiedad (comórbidos o por separado). En población europea y en países desarrollados las mayores prevalencias están asociadas con el bajo nivel de estudios, carencias materiales o económicas y desempleo²⁵. En el estudio epidemiológico NEMESIS²⁶, realizado en la población general en Holanda, las personas con menos de 11 años de estudios tenían una OR de 1.55 (1.22–1.98) para la presencia de trastornos depresivos comparado con el grupo con 16 o más años de estudios. En el mismo estudio, se refiere una OR de 4.3 (3.24–5.72) para los trastornos depresivos para el grupo de personas con incapacidad laboral o desempleadas comparado con el grupo de personas empleadas y una OR de 1.56 (1.20–2.03) para el grupo de personas en el cuartil más bajo de ingresos económicos, comparado con el grupo en el cuartil más alto.

En el estudio de atención primaria de Tarragona, se constató que en los pacientes de atención primaria también se dan estas relaciones descritas en los estudios poblacionales. Se hallaron asociaciones significativas entre la presencia de depresión mayor y el nivel educativo, con una prevalencia del 26,6 % en el grupo de pacientes sin estudios y una prevalencia del 9 a 10% en los grupos de pacientes con educación secundaria o superior. Las clases sociales más desfavorecidas también presentaron una mayor prevalencia de depresión mayor: del 18 al 25,9 % frente al 7 a 11 % en las más favorecidas. (**Figura 6**) (**Tabla 4**)

Depresión e inmigración

En la atención primaria de nuestro país es cada vez más frecuente atender a pacientes inmigrantes por lo que tener en cuenta los aspectos del duelo migratorio y de la psicopatología asociada muy frecuentemente a la incapacidad de elaboración de este duelo es de gran importancia para atender adecuadamente a estas poblaciones. La recepción en el nuevo país es crucial para la elaboración completa y acertada del proceso de duelo.

En un estudio llevado a cabo en Madrid²⁷, las 4 enfermedades que generaron más consultas en inmigrantes "indocumentados" fueron infección respiratoria aguda 18%, trastornos depresivos 11%, dolor de espalda 11%, e hipertensión 9%. En un estudio realizado en Barcelona²⁸ el grupo de inmigrantes atendidos en atención primaria tendía a presentar mayor porcentaje de depresión (15,2% frente al 13,4%) que en los pacientes "nativos", pero recibía menos frecuentemente tratamiento (19,8% frente al 32,1%), a pesar que eran más frequentadores tanto por problemas de salud mental como por cualquier motivo.

La emigración representa un cambio amplio y complejo en las circunstancias vitales del emigrante. Prácticamente todo lo que rodea a la persona que emigra cambia: la dieta, la familia y relaciones sociales, el clima, la lengua, la cultura y el estado. La decisión de emigrar proviene, en general, de una carencia de perspectivas de futuro que una persona tiene en su propio país. La persona que emigra experimenta una pérdida afectiva, pero con la esperanza de encontrar un sitio mejor sobre el que a menudo conocen bastante poco.

La experiencia de la emigración es un proceso psicosocial de pérdida y cambio: en definitiva un proceso de duelo. El duelo migratorio ha sido explicado por un modelo de pérdidas que causan el sufrimiento emocional que un emigrante experimentará con el tiempo: familia y amigos, lengua, cultura, patria, pérdida de estado, pérdida de contacto con el grupo étnico, y exposición a riesgos físicos.

Las dificultades en la elaboración del duelo pueden causar problemas psicológicos y la depresión es una secuela común de este proceso. Estas dificultades son acentuadas cuando la migración se da en condiciones adversas (indocumentados, explotación laboral, pobreza, refugiados)²⁹.

La manifestación de las emociones y de los trastornos emocionales, esta altamente mediatisada por determinantes culturales y a menudo es complicado establecer diagnósticos precisos de trastornos mentales en estos grupos heterogéneos de pacientes. Puede ser difícil encajar en las clasificaciones diagnósticas habituales cuadros clínicos en los que se entremezclan síntomas de naturaleza psicológica, con otros de tipo somático y en los que puede ser difícil profundizar por las barreras culturales e idiomáticas entre el médico y el paciente³⁰. Al evaluar la depresión en los pacientes inmigrantes los médicos debemos considerar estas particularidades clínicas y, además, valorar cuidadosamente los factores sociales, culturales e individuales en el contexto de la inmigración³¹.

