



ORIGINAL

Depresión subclínica en España: prevalencia e impacto sobre la salud

Mar Rivas^{a,b,*}, Roberto Nuevo^b y José Luis Ayuso-Mateos^{a,b}

^a Departamento de Psiquiatría, Universidad Autónoma de Madrid, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, España

^b Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM, España

Recibido el 28 de diciembre de 2010; aceptado el 23 de mayo de 2011

Disponible en Internet el 19 de julio de 2011

PALABRAS CLAVE

Depresión subclínica;
Prevalencia;
Estado de salud

Resumen

Introducción: La depresión subclínica es una condición prevalente que presenta importantes implicaciones para el funcionamiento y el bienestar de los pacientes. Sin embargo, faltan estudios que operativicen su definición y que profundicen en su significación clínica y su impacto en la salud. El presente trabajo analiza el impacto de la depresión subclínica sobre un indicador de salud compuesto por ocho dominios de funcionamiento, y su prevalencia en la población española.

Método: La muestra se ha extraído de la base de datos de la Encuesta Mundial de Salud de la OMS, seleccionando las respuestas para España de personas con depresión subclínica y sin depresión.

Resultados: Controlando la interacción de las distintas variables demográficas, ser mujer resulta ser el único predictor significativo para la presencia de depresión subclínica. Un peor estado de salud se asocia significativamente con presentar depresión subclínica, ser mujer, tener una edad elevada, un bajo nivel de ingresos, un menor número de años de educación formal y ser viudo. La disminución resulta significativa en los ocho dominios de funcionamiento que conforman el índice.

Conclusiones: Se pone de manifiesto la necesidad de conceptualizar mejor la naturaleza de la depresión subclínica, profundizando en la línea de recientes propuestas que abogan por una definición basada en su significación clínica más que en el número de síntomas depresivos, con el objetivo de no patologizar el sufrimiento humano y el malestar inherente a muchas situaciones vitales.

© 2010 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Subclinical
depression;
Prevalence;
Health status

Subclinical depression in Spain: prevalence and health impact

Abstract

Introduction: Subclinical depression is a prevalent condition with important implications for patients' functioning and wellbeing. However, there is a lack of studies operationalising its definition and studying its clinical significance and health impact in depth. This work analyses

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mar.rivas@uam.es (M. Rivas).

subclinical depression impact on a health status score derived from eight health domains, and its prevalence in Spanish population.

Methods: The sample was selected from World Health Survey database, choosing the answers for Spain of people with a diagnosis of subclinical depression and no depressive disorders.

Results: Controlling the interaction of the different demographic variables, being female was the only significant predictor for the presence of subclinical depression. A worse health status is associated with subclinical depression, being female, a higher age, lower incomes, less years of formal education and being widowed. The decrease is significant in the eight health domains composing the score.

Conclusions: The necessity of a better conceptualization of the nature of clinical depression is highlighted, going in depth in different proposals defending a definition based on clinical signification rather than in the number of depressive symptoms, with the goal of avoiding the pathologization of human suffering and inherent distress to several vital situations.

© 2010 SEP y SEPB. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La depresión subclínica es un trastorno con una gran relevancia en la práctica médica habitual, pero con un escaso reconocimiento en los manuales diagnósticos actuales, que lo incluyen dentro de la categoría de «trastorno depresivo no especificado». Aunque hay una gran heterogeneidad de definiciones en la literatura, según el número de síntomas y su duración, y el impacto asociado, se acepta la de Judd et al. en 1994¹ como definición de referencia: «dos o más síntomas simultáneos de depresión, presentes la mayor parte del tiempo, al menos durante dos semanas, asociados a evidencia de disfunción social, en un individuo que no cumple criterios para el diagnóstico de depresión menor, depresión mayor y/o distimia». La prevalencia de la depresión subclínica oscila entre el 2,3² y el 12,9%³, con porcentajes más altos en Atención Primaria⁴.

Hay una asociación entre calidad de vida y la presencia de síntomas depresivos que no cumplen el diagnóstico de depresión mayor o episodio depresivo. Rucci et al. (2003)⁴ encontraron que la discapacidad en las actividades de la vida diaria se incrementaba en individuos con depresión subclínica, que estaba también asociada con malestar psicológico significativo y pobre percepción de la salud. En 2007, Da Silva Lima y de Almeida Fleck⁵, observaron que los pacientes con depresión subclínica sufrían un mayor impacto en su calidad de vida que aquellos sin síntomas depresivos, siendo los pacientes con depresión mayor los que tenían el peor impacto en su calidad de vida de todos los grupos estudiados.

Backenstrass et al. (2006)⁶ encontraron que los pacientes con depresión subclínica presentaban una afectación significativa en su funcionamiento y en sus actividades diarias en comparación con pacientes de Atención Primaria no depresivos. Maier et al. (1997)² propusieron que los pacientes con depresión subclínica y breve tenían una discapacidad social comparable a aquellos con depresión mayor. Finalmente, Goldney et al. (2004)³ informaron de que la media de días en el mes anterior en el que los pacientes con depresión subclínica fueron incapaces de trabajar era mayor que en los sujetos del grupo control. Estos autores encontraron un continuo de discapacidad relacionada con la depresión de tal forma, que aquellos con depresión mayor mostraban la mayor discapacidad de todos.

En 1997, Judd et al.⁷ informaron de incrementos significativos en el uso de servicios de salud, y también de un aumento de la discapacidad psicológica asociada a los síntomas depresivos subclínicos, discapacidad que se incrementaba proporcionalmente con la severidad de los síntomas depresivos. Goldney et al. (2004)³ concluyeron que los pacientes con depresión subclínica realizaban un uso significativamente mayor de los servicios de salud que aquellos sin depresión. Ayuso-Mateos et al. (2010)⁸ encontraron que las condiciones depresivas subclínicas producen un decremento en el estado de salud significativo, y que las diferencias no se encuentran entre los distintos niveles de depresión, sino al ser comparados con el grupo de individuos no deprimidos.

Con datos obtenidos de la Encuesta Mundial de Salud, un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que recoge datos de 68 países de todas las regiones del mundo, se ha analizado el impacto de la depresión subclínica sobre el estado de salud y bienestar de la población española.

Material y métodos

Muestra

Se seleccionaron las respuestas para España obtenidas de la base de datos pública con los resultados de la Encuesta Mundial de Salud de la OMS. Esta encuesta se llevó a cabo en el 2002 en un total de 68 países representativos de todas las regiones del mundo, incluyendo un total de 252.503 personas. El objetivo era obtener información válida y relevante sobre el funcionamiento, aportaciones y logros de los sistemas de salud y evaluar si las mejoras en dichos sistemas de determinados países tienen los efectos deseados. Se realizó un muestreo probabilístico estratificado, polietápico y por conglomerados, sin reposición, con una muestra ideal de 5.000 personas por país.

Medidas

Todos los participantes fueron entrevistados mediante la Encuesta Mundial de Salud de la OMS, incluyendo características demográficas, estatus económico, diagnóstico, tratamiento y síntomas de depresión.

Los dominios de salud y las preguntas incluidas en la encuesta se basan en el trabajo realizado para la revisión de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) y para el desarrollo de instrumentos de evaluación basados en ella, como el Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad (WHO-DAS II). En la encuesta se incluía específicamente un módulo de salud mental (depresión y abuso de alcohol) basado en la Entrevista Internacional Diagnóstica Compuesta (CIDI) desarrollada por la OMS.

La muestra del presente trabajo se obtuvo de la base de datos pública de la Encuesta Mundial de Salud de la OMS, seleccionando las respuestas para España. Dentro de ellas, se seleccionaron las personas con un diagnóstico de depresión subclínica según los criterios diagnósticos para la investigación de la CIE-10, y las personas sin ningún diagnóstico de depresión.

Depresión subclínica: las personas de este grupo presentaban al menos un síntoma del criterio B del ICD-10-DCR (estado de ánimo depresivo, pérdida de interés, fatigabilidad), pero no cumplían criterios para el diagnóstico de episodio depresivo porque no llegaban al mínimo de 4 síntomas requerido. Sí se mantienen los criterios de duración de al menos dos semanas y la presencia de los síntomas la mayor parte del día.

Sin depresión: en este grupo se incluyen las personas que no cumplen criterios para el diagnóstico de ningún trastorno depresivo.

Estado de salud

La medida del estado de salud se basó en 16 preguntas relativas a las dificultades en el funcionamiento en los últimos 30 días agrupadas en «8 dominios de salud», son los siguientes:

- *Movilidad:* dificultades para moverse en su entorno y para llevar a cabo actividades de cierto vigor.
- *Autocuidado:* dificultades en el autocuidado y mantenimiento de la apariencia física.
- *Visión:* dificultad para ver y reconocer a una persona al otro lado de la calle (20 m), y para ver un objeto a la distancia de un brazo, o para leer.
- *Dolor y malestar:* dolores corporales y malestar corporal general.
- *Habilidades interpersonales:* dificultad para las relaciones personales y la participación en la comunidad, y para manejar conflictos y tensiones.
- *Sueño y energía:* dificultad para dormir y sentirse descansado y recuperado.
- *Ánimo:* sentimientos de tristeza, desánimo, preocupación y ansiedad.
- *Cognición:* dificultad en concentrarse y recordar cosas y dificultad para aprender una nueva tarea.

Las respuestas a cada una de las preguntas se codificaron en una escala de cinco puntos, desde «sin dificultades o problemas» hasta «extrema dificultad/incapacidad». Los dominios que se incluyeron están basados en los que habitualmente se utilizan en cuestionarios como el Short Form-12 (SF-12) o el EuroQol (EQ-5D). Mediante la teoría de la respuesta al ítem se puntuaron las respuestas a las

16 preguntas mediante un modelo de crédito parcial que permitió generar una puntuación compuesta del estado de salud. Las puntuaciones brutas se transformaron mediante un modelo de Rasch en una escala cardinal continua, donde 0 indicaba el peor estado de salud y una puntuación máxima de 100, el mejor estado de salud posible^{8,11}.

Resultados

Tamaño de la muestra y prevalencia

La muestra analizada fue de 5.542 sujetos, 5.459 sin ningún diagnóstico de depresión y 83 con diagnóstico de depresión subclínica, según los criterios para la investigación de la CIE-10. La prevalencia bruta de la depresión subclínica es del 1,3%, y la prevalencia ajustada por género y edad es del 1,4%. Estos mismos datos arrojan una prevalencia ajustada para la depresión mayor en España del 6,9%⁸.

Comparación de predictores

Se calculó mediante regresión lineal la asociación entre el estado de salud, el tipo de depresión y las variables sociodemográficas. Los resultados se muestran en la *tabla 1*. La R^2 es de 0,309 y la R^2 corregida de 0,308, indicando que un 30,8% de la variabilidad de la variable dependiente es explicada por el modelo. Los resultados que se han mostrado significativos estadísticamente indican que las mujeres tienen un peor estado de salud que los hombres. El incremento de la edad está asociado con una reducción del estado de salud, al igual que estar en un quintil más bajo de ingresos y tener menos años de educación formal. En cuanto al estado civil, no estar conviviendo en pareja se asocia con un mejor estado de salud que estar casado o conviviendo en pareja, aunque el resultado obtenido no es significativo. Sin embargo, sí lo es en cuanto a que estar viudo se asocia con el peor estado de salud de las tres categorías. Respecto a la situación laboral, apenas se encuentra relación entre el estado de salud y esta variable, siendo el resultado no significativo. Por último, el factor con mayor peso en el estado de salud es la presencia de depresión subclínica. La depresión subclínica está asociada a un peor estado de salud, comparado con aquellos pacientes que no tienen ningún diagnóstico de depresión.

Impacto de la depresión subclínica sobre el estado de salud y en sus distintos dominios relacionados

La puntuación media en el índice del estado de salud y en los ocho dominios que lo conforman es menor en todos los casos en el grupo de personas con depresión subclínica que en aquellos sin ningún diagnóstico de depresión (*tabla 2*). Las diferencias son significativas estadísticamente para todos ellos con un nivel de significación de $p < 0,001$, excepto para la visión, en la que el nivel de significación es de 0,01. Atendiendo al tamaño del efecto, las diferencias mayores se encuentran en dolor y malestar, seguida por sueño y energía, y movilidad.

Se realizaron una serie de análisis de regresión logística tomando como variable dependiente cada uno de los ocho dominios del estado de salud, y como variables independientes la presencia de depresión subclínica y la edad.

Tabla 1 Ecuación final para el análisis de regresión lineal: impacto de la depresión subclínica sobre el estado de salud, controlando variables demográficas

VARIABLES INDEPENDIENTES	COEFICIENTE (ET)	P
<i>Género (categoría de referencia: mujer)</i>	3,93 (0,34)	< 0,001
<i>Edad, años</i>	-0,33 (0,01)	< 0,001
<i>Estado civil (referencia: conviviendo)</i>		
No conviviendo en pareja	0,49 (0,45)	= 0,27
Viudo	-1,21 (0,57)	= 0,03
Educación formal, años	0,31 (0,04)	< 0,001
<i>Ingresos, quintiles (referencia: 1.er quintil)</i>		
2.º quintil	2,05 (0,56)	< 0,001
3.er quintil	2,70 (0,60)	< 0,001
4.º quintil	3,06 (0,63)	< 0,001
5.º quintil	3,32 (0,67)	< 0,001
<i>Situación laboral (referencia: trabajando^a vs. desempleado)</i>	0,11 (0,90)	= 0,90
<i>Tipo de depresión (referencia: no depresión)</i>		
Depresión subclínica	-8,09 (1,38)	< 0,001

^a Personas en activo, jubilados, personas con baja laboral.

Tabla 2 Media en los dominios de salud en depresión subclínica vs. no depresión

	Media (DT)		Tamaño del efecto
	Sin depresión	Depresión subclínica	
Índice estado de salud*	77,27 (14,89)	64,82 (12,85)	-0,46
Movilidad*	95,67 (27,16)	57,08 (32,38)	-0,72
Autocuidado*	95,67 (13,40)	85,09 (23,05)	-0,70
Visión**	90,76 (17,35)	85,84 (20,91)	-0,36
Dolor y malestar*	81,37 (25,45)	53,76 (28,67)	-1,57
Hab. interpersonales*	94,25 (13,91)	87,65 (20,52)	-0,26
Sueño y energía*	86,01 (20,43)	70,03 (25,75)	-0,78
Ánimo*	87,58 (19,84)	61,75 (26,36)	-1,29
Cognición*	90,65 (16,95)	80,27 (21,84)	-0,52

* p < 0,001

** p = 0,01.

El objetivo era comprobar que la disminución en la media de los dominios de salud se debía principalmente a la presencia de depresión subclínica, y no al efecto de la edad, que es más elevada en este grupo. En todos los casos, el peso de la variable depresión subclínica fue mayor que el de la edad.

Discusión

En cuanto a los resultados del análisis de regresión logística binaria entre la condición de depresión subclínica frente a no depresión, y controlando la influencia de las distintas variables demográficas en la predicción de la presencia de depresión subclínica, se encontró que el único predictor que resultó significativo fue el género: ser mujer predice de forma significativa la presencia de depresión subclínica controlando el resto de variables demográficas. Aunque en el análisis de las diferencias en las características demográficas entre el grupo de personas sin depresión y con depresión subclínica mostró diferencias estadísticamente significativas

entre casi todas las variables analizadas (a excepción de la situación laboral y de aquellos conviviendo en pareja), en ese caso las diferencias se analizaban para cada variable por separado sin tener en cuenta la interacción entre todas ellas, como ocurre en el análisis de regresión logística binaria. Resultados recientes en la literatura encuentran significativas como predictores de la depresión subclínica a todas las variables demográficas consideradas, pero con un tamaño muestral mucho mayor que el disponible en este caso⁸.

Respecto a los resultados del análisis de regresión lineal entre el índice del estado de salud, las variables demográficas y la presencia de depresión subclínica, un peor estado de salud se asocia significativamente con presentar depresión subclínica, ser mujer, tener una edad elevada, un bajo nivel de ingresos, un menor número de años de educación formal y ser viudo. Estos resultados han sido encontrados previamente referidos a la población mundial⁸. No estar conviviendo en pareja se asocia con un mejor estado de salud que estar conviviendo, pero el peso de esta variable en la ecuación no es significativo estadísticamente, lo mismo que

el de la situación laboral. Esta falta de significación puede explicarse porque en la categoría «desempleados» solo se incluyen aquellas personas en edad de trabajar que están buscando activamente trabajo, mientras que el resto (personas en activo, jubilados, personas con baja laboral) se agrupan en la categoría «trabajando». Como era de esperar, la presencia de depresión subclínica es la variable más fuertemente asociada con un peor índice de salud general.

Por último, respecto a la comparación entre las medias de ambos grupos en el índice del estado de salud y en los ocho dominios que lo componen, las diferencias entre medias son significativas para todos ellos, incluso en el dominio de visión, cuya asociación con la depresión subclínica parecería en un principio menos clara. Aunque la edad es un factor mediador importante (la edad media en el grupo de depresión subclínica es mayor y esto podría estar asociado a una peor puntuación en los distintos dominios del índice del estado de salud), controlando su efecto mediante análisis de regresión lineal se comprobó que la depresión subclínica produce decrementos en todos los dominios aún asumiendo que la edad fuese uniforme. Esto viene a indicar que el impacto de la depresión subclínica sobre la salud es claro y que abarca las principales áreas de funcionamiento de la persona, poniendo en evidencia la relación entre la presencia de síntomas depresivos y el decremento de la calidad de vida. Esto se sitúa en la línea de recientes estudios que inciden en el aumento de la discapacidad en actividades de la vida diaria en personas con depresión subclínica, asociada a un malestar psicológico significativo y con afectación del funcionamiento de estos pacientes en comparación con personas sin ningún tipo de depresión^{3,4,6,7}.

El impacto de la depresión subclínica en el funcionamiento y la salud de la persona permite considerar su inclusión en los futuros sistemas clasificatorios de los trastornos mentales. Sin embargo, se corre con esto el riesgo de patologizar el comportamiento humano y tratar médicamente el sufrimiento y el malestar que son propios de situaciones adversas cotidianas comunes a la mayoría de las personas en algún momento de su vida. Para evitar esto, recientes estudios proponen basarse en un criterio de significación clínica (impacto en el funcionamiento y en las actividades de la vida cotidiana) para conceptualizar la depresión subclínica, en lugar de ceñirse exclusivamente al recuento de los síntomas^{9,10}. El criterio de significación clínica se considera redundante en la depresión mayor, porque los síntomas requeridos para el diagnóstico implican en sí mismos una reducción de la capacidad funcional de la persona, sin embargo en la depresión subclínica no es algo inherente. Por ello, el criterio de una presencia de uno a tres síntomas depresivos debería ser completado con que al menos uno de ellos fuese uno de los síntomas centrales del trastorno (estado de ánimo depresivo, anhedonia o fatigabilidad). De cualquier manera, serían necesarios más estudios que profundizasen en la definición de los límites del espectro depresivo frente al sufrimiento ordinario, y frente a la normalidad.

Limitaciones

En primer lugar, el reducido tamaño muestral del grupo de personas con depresión subclínica (n=83) condiciona la significación estadística del análisis así como la regresión

logística binaria o la regresión lineal, y provoca distribuciones poco representativas de los datos en alguna de las variables demográficas analizadas.

En segundo lugar, al tratarse de un estudio transversal no se puede conocer si la depresión subclínica aparece por sí misma de forma independiente, como un episodio con un principio y un final propio, o si por el contrario esos síntomas depresivos pertenecen a la fase prodrómica o residual de un trastorno depresivo mayor. De la misma manera, al ser un estudio transversal no es posible determinar la dirección causal de la relación entre la depresión subclínica y el estado de salud. Sería necesaria la realización de estudios longitudinales al respecto para poder estudiar la evolución de los síntomas depresivos subclínicos a lo largo del tiempo.

Conclusiones

La depresión subclínica es una condición relevante que aparece asociada a un decremento significativo en el estado de salud.

Esta disminución del estado de salud afecta a todos sus componentes, tanto a los más típicamente relacionados con los síntomas depresivos, como el ánimo y el sueño y la energía, como a otros en los que la relación no parece tan directa, como es el caso de la visión.

Existen una serie de variables sociodemográficas más fuertemente asociadas con la presencia de depresión subclínica: ser mujer, tener una edad avanzada, tener un nivel de ingresos y de educación formal bajos y ser viudo.

El impacto de la depresión subclínica en el estado de salud es lo suficientemente relevante como para plantear la necesidad de una mejor definición de sus síntomas, curso e implicaciones en la vida diaria, y valorar su inclusión en los sistemas diagnósticos futuros.

El reconocimiento de las formas subclínicas de la depresión no debería derivar en una patologización del comportamiento humano y del malestar inherente a distintas situaciones vitales adversas. Por ello, la propuesta de considerar un criterio de significación clínica, en lugar de basarse exclusivamente en el recuento de los síntomas depresivos, resulta interesante con este fin.

Conflicto de intereses

Mar Rivas está apoyada por el «Programa propio para la formación del profesorado universitario, FPU-UAM», Universidad Autónoma de Madrid, España. El resto de los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Judd LL, Rapaport MH, Paulus MP, Brown JL. Subsyndromal symptomatic depression: a new mood disorder? *J Clin Psychiatry*. 1994;55 Suppl:S18-28.
2. Maier W, Gansicke M, Weiffenbach O. The relationship between major and subthreshold variants of unipolar depression. *J Affect Disord*. 1997;45:41-51.
3. Goldney RD, Fisher LJ, Dal GE, Taylor AW. Subsyndromal depression: prevalence, use of health services and quality of life in an Australian population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004;39:293-8.

4. Rucci P, Gherardi S, Tansella M, Piccinelli M, Berardi D, Bisoffi G, et al. Subthreshold psychiatric disorders in primary care: prevalence and associated characteristics. *J Affect Disord.* 2003;76:171–81.
5. Da Silva Lima AF, de Almeida Fleck MP. Subsyndromal depression: an impact on quality of life? *J Affect Disord.* 2007;100:163–9.
6. Backenstrass M, Frank A, Joest K, Hingmann S, Mundt C, Kronmüller KT. A comparative study of nonspecific depressive symptoms and minor depression regarding functional impairment and associated characteristics in primary care. *Compr Psychiatry.* 2006;47:35–41.
7. Judd LL, Akiskal HS, Paulus MP. The role and clinical significance of subsyndromal depressive symptoms (SSD) in unipolar major depressive disorder. *J Affect Disord.* 1997;45:5–17.
8. Ayuso-Mateos J, Nuevo R, Verdes E, Naidoo N, Chatterji S. From depressive symptoms to depressive disorders: the relevance of thresholds. *Br J Psychiatry.* 2010;196:361–5.
9. Baumeister H, Morar V. The impact of clinical significance criteria on subthreshold depression prevalence rates. *Acta Psychiatr Scand.* 2008;118:443–50.
10. Karsten J, Hartman CA, Ormel J, Hingmann S, Mundt C, Kronmüller KT. Subthreshold depression based on functional impairment better defined by symptom severity than by number of DSM-IV symptoms. *J Affect Disord.* 2010;123:230–7.
11. Nuevo R, Chatterji S, Verdes E, Naidoo N, Arango C, Ayuso-Mateos JL. The Continuum of Psychotic Symptoms in the General Population: A Cross-national Study. *Schizophr Bull.* 2010 Sep 13 [Epub ahead of print]. PMID:20841326.