

Midiendo la prevalencia de la «depresión»

García-Solano F.

Departamento de Psiquiatría. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

La «depresión» es un problema frecuente, costoso y, a veces, mortal. El costo sanitario anual de la depresión mayor en Estados Unidos es del orden de varias decenas de miles de millones de dólares, y cuesta la vida a alrededor de 20.000 norteamericanos cada año (1). Pero la repercusión social de los trastornos afectivos se extiende más allá de la depresión mayor. La depresión menor y la distimia son trastornos tan invalidantes o más. Según el Informe sobre Salud Mental del *Surgeon General* (2), la depresión menor genera un 51% más de jornadas laborales perdidas que la depresión mayor. No obstante, la gravedad epidemiológica y personal de este fenómeno no parece encontrar la respuesta clínica que sería de desear por parte de los médicos. Según algunos autores, hasta el 50% de los pacientes deprimidos no son diagnosticados por los clínicos en el nivel de atención primaria, y sólo se inicia un tratamiento adecuado en la mitad de los pacientes diagnosticados (3).

La dimensión del problema puede ser todavía mayor entre la población por encima de los 60 años. Bruce y Leaf, (4) constatan, en una muestra de ancianos de la comunidad, que las probabilidades de muerte son cuatro veces más altas en los individuos con trastornos del estado de ánimo que en el resto de la muestra, después de controlar la edad, el sexo y la salud física. Por otra parte, también parece un hecho que los ancianos tienden a comunicar la sintomatología depresiva a su médico en menor medida que los adultos jóvenes (5). Los síntomas emocionales y psicológicos serían los más susceptibles de ser infra-reportados, en beneficio de los síntomas somáticos y neurovegetativos (6). Mientras que, por una parte, se van acumulando evidencias de que condiciones que acompañan con frecuencia a la edad geriátrica (deterioro cognitivo, incapacidad, enfermedades físicas, duelos, pérdida de autonomía y seguridad, etc.) se correlacionan con la presentación de estados depresivos, sigue siendo un tema controvertido si el envejecimiento, *per se*, se asocia a un incremento del riesgo de padecer depresión (7).

El conocimiento de la prevalencia de los trastornos afectivos entre la población anciana y la delimitación de los factores que determinan los fenómenos de infradiagnóstico e infratratamiento, resulta pues de la mayor importancia en el campo de la investigación clínica y la planificación sanitaria.

Pero medir con precisión la prevalencia de los trastornos del estado del ánimo en la población geriátrica es un problema más complejo de lo que podría parecer a simple vista. De hecho, los valores de prevalencia publicados varían considerablemente dependiendo del fenómeno considerado, del ámbito de la muestra escogida, de la metodología del muestreo y del instrumento de diagnóstico elegido.

El término «depresión» es un término equívoco con el que nos podemos estar refiriendo a tres realidades distintas: a un síntoma anímico, a un síndrome (conjunto de síntomas covariantes), o a una categoría diagnóstica o cuadro clínico (además de la presencia de un síndrome, exige la concurrencia de otras condiciones etiológicas, clínicas y evolutivas) (8).

La cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) (9), diferencia cuatro síndromes depresivos «básicos»: depresión mayor, depresión menor, distimia y reacción depresiva. Estos cuatro síndromes se especifican en nue-

ve categorías diagnósticas (trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno no especificado, trastorno bipolar tipo I, trastorno bipolar tipo II, etc.). Y éstas, a su vez, en función de especificaciones de etiología, severidad y evolución, se diversifican hasta más de 20 categorías diagnósticas finales. Con algunas diferencias, esta estructura se mantiene en el Capítulo de los Trastornos Mentales y del Comportamiento de la 10ª Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (10) (CIE-10).

Por lo tanto, puede ser útil pensar que referir toda queja de un paciente en la línea de la tristeza, el abatimiento, el llanto o el retraimiento social a un orden de «lo depresivo», calificarlo como «depresión», equivale algo así como a catalogar de «reuma» toda manifestación de dolor osteoarticular crónico, entumecimiento, rigidez o limitación de la movilidad articular. Y todos sabemos, aunque no seamos reumatólogos, que no es ese el caso.

La equivocidad del término «depresión» no se limita a un problema de precisión o propiedad en la terminología usada por los clínicos, sino que se manifiesta en el terreno de la investigación clínica y epidemiológica. Por ejemplo, en la desconcertante amplitud de los rangos en los que se mueven las tasas de prevalencia halladas. La cuestión de a cual de las tres realidades antes mencionadas se refiere un estudio dado es determinante a la hora de interpretar los aspectos de validez y fiabilidad del mismo y, por lo tanto, en cuanto a la comparabilidad de sus resultados

Snowdon (11) agrupa los estudios sobre prevalencia de depresión en ancianos en «estudios de baja prevalencia» y en «estudios de alta prevalencia». Los estudios sobre depresión mayor en ancianos en la comunidad que usan para el diagnóstico instrumentos estructurados administrados por especialistas, suelen arrojar tasas de prevalencia significativamente menores (1-3%) (12-14) que los estudios que utilizan instrumentos dimensionales de screening como la *Geriatric Depression Scale* (GDS) (15), la *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D) (16) o la Escala de Koenig (17), que se basan en la presencia de más o menos síntomas de los llamados «depresivos» (18-20).

Las tasas de prevalencia de «depresión» en los ancianos, como en los demás grupos de edad, también varían significativamente según la procedencia de la muestra en estudio. Fijándonos sólo en trabajos sobre depresión mayor, encontramos desde el mencionado 1-3% entre ancianos residentes en la comunidad, al 10% encontrado por Meldon (21) entre pacientes ambulatorios con patología médica o el 21% hallado por Koenig (22) entre ancianos hospitalizados por patología orgánica. Cifras que pueden ser aún mayores en población geriátrica ingresada en residencias.

Finalmente, la prevalencia hallada en la muestra en estudio, también varía sensiblemente en función del diseño de muestreo escogido. El diseño de muestreo óptimo para estimar la prevalencia de un fenómeno en una población es el de «doble fase», que combina la utilización de un test de *screening* y la de un instrumento estandarizado de diagnóstico. Como nos recuerda Muñoz Rodríguez (23), esta metodología permite una mayor precisión en la medición de la prevalencia, a la vez que posibilita una descripción de la enfermedad y de su forma de distribución en una población concreta. Sin embargo, este tipo de diseño presenta una cierta complejidad y un elevado coste económico. El otro diseño consiste en estimar la prevalencia mediante la sola aplicación de una prueba de *screening*. Estos estudios presentan la ventaja de resultar más sencillos y económicos. No obstante, dadas las diferencias entre unas pruebas de screening y otras en cuanto a su capacidad predictiva, la comparabilidad entre sus estimaciones, aún sobre la misma población, requiere un minucioso análisis estadístico, no siempre con resultados alentadores (24). En este segundo tipo de diseño, resulta necesario contar con datos de su validación frente a un instrumento estandarizado de diagnóstico en una población semejante y, si es el caso, de su validación transcultural y translingüística. En cualquier caso, en un diseño simple, la capacidad de las pruebas de *screening* para estimar la prevalencia en una muestra mejora si conocemos los valores de sensibilidad y especificidad del test para cada punto de corte en una población de las características de la que va a ser objeto de estudio.

Lamentablemente, la utilización de un instrumento estandarizado de diagnóstico tampoco resuelve los problemas de comparabilidad. En un reciente estudio (22), utilizando la *National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule* (DIS) sobre una pobla-

ción geriátrica de enfermos hospitalizados por condiciones orgánicas, encuentran hasta 11 puntos de variación en la tasa de prevalencia de depresión mayor (10-21%) y de depresión menor (14-25%), en función del criterio escogido para interpretar los resultados de la aplicación del instrumento (criterio inclusivo, criterio exclusivo o criterio sustitutivo).

Como hemos visto, hablar de «depresión» es hablar de muchas cosas..., o de ninguna. Pocos conceptos médicos han tenido una difusión popular tan rápida y extensa. Menudea en las conversaciones de la calle, en las columnas de prensa y en los historiales médicos no psiquiátricos. Sin duda, este fenómeno de vulgarización ha podido contribuir a familiarizar a un gran número de personas con uno de los sectores más prevalentes de la patología mental y a derribar barreras de prejuicio, ignorancia y marginación hacia el enfermo mental. Pero también está generando efectos de gran alcance, tanto en el terreno médico, como en el cultural, social, económico y político.

Cada vez resulta más complicado orientarse en la masiva producción de información biomédica sobre la «depresión». Si el clínico no quiere quedar burlado por la aparente homogeneidad de *abstracts* y sumarios, ha de dedicar mucho tiempo y un notable esfuerzo intelectual a analizar con detalle las condiciones de muestreo, diseño e instrumentos utilizados en cada trabajo. La multiplicación del mercado de lectores que ha supuesto el fenómeno de la globalización de la información está determinando un crecimiento vertiginoso de las necesidades de originales por parte de la Industria Editorial Bio-Médica, con la consiguiente crisis en las políticas de admisión.

En el orden cultural, la vulgarización de la «depresión» puede estar operando un reposicionamiento conceptual de la enfermedad depresiva, de manera que ésta se está definiendo cada vez más, sobre todo en ámbitos no especializados, por oposición al concepto «felicidad», y no al concepto «salud». Esta deriva hacia el campo emergente de la «patología de la felicidad», que no se da exclusivamente en el terreno de la psiquiatría (pensemos en la obesidad, el colesterol, la cirugía plástica, etc.) lleva camino de cambiar sensiblemente la dimensión y características del mercado de psicofármacos. Y muchos estaremos de acuerdo en que, puestos a tratar la infelicidad, el placebo es tan efectivo como un antidepresivo de última generación y, desde luego, mucho más barato.

También conviene reflexionar sobre el efecto que puede estar teniendo en el terreno económico y político la vulgarización de «la depresión». ¿Qué repercusiones puede tener, en términos de planificación sanitaria, la sobreestimación de la prevalencia de «depresión» en algunos puntos, si pensamos en poblaciones de cientos, de miles de millones de individuos? ¿Será casualidad que durante la recién clausurada Década del Cerebro, amén de meritorios avances en el conocimiento de la intimidad del célebre órgano, hemos asistido a un incremento cósmico en el gasto en investigación y consumo de antidepresivos? ¿Se habrá producido algún grado de proporcionalidad entre este incremento y la mejora en la prevalencia en la población general de la enfermedad depresiva?

Con demasiada frecuencia se pierde de vista lo modesto de la contribución a la salud y calidad de vida de las poblaciones de la tecnología médica (25). El hecho es que, absorbidos en la ilusión tecnológica, no tenemos tiempo —y a lo mejor, ni ganas— de volver la mirada a nuestro más inmediato pasado para contemplar las ruinas de la quimera antibiótica, o las más presentes catástrofes retroviral y priónica. Y no debemos olvidar que el de la Razón no es el único sueño que produce monstruos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Greenberg PE, Stiglin LE, Finkelstein SN, Berndt ER. The economic burden of depression in 1990. *J Clin Psychiatr* 1993;54:405-18.
2. Mental Health: A report of the Surgeons General. Disponible en: <http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/index.html>.
3. Kroenke K. Discovering depression in medical patients: reasonable expectations. *Ann Intern Med* 1997;126:463-5.
4. Bruce ML, Leaf PJ. Psychiatric disorders and 15 month mortality in a community sample of older adults. *Am J Public Health* 1989;79:727-30.

5. Harper RG, Kotik-Harper D, Kirby H. Psychometric assessment of depression in an elderly general medical population: over- or underassessment? *J Nerv Ment Dis* 1990;178:113-9.
6. Lyness JM, Cox C, Curry J, Conwell Y, King DA, Caine ED. Older age and the underreporting of depressive symptoms. *J Am Geriatr Soc* 1995;43:216-21.
7. Roberts RE, Kaplan GA, Shema SJ, Strawbridge WJ. Does Growing Old Increase the Risk for Depression? *Am J Psychiatry* 1997;154:10:1384-90.
8. Vázquez Valverde C, Jiménez Franco F. Depresión y manía. En Bulbena A, et al. *Medición Clínica en Psiquiatría y Psicología*. Masson S.A.; 2000. p. 255-308.
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed. DSM-IV. Washington, D.C. American Psychiatric Association; 1994.
10. World Health Organization. Chapter V. Mental and Behavioral Disorders. In *Tenth Revision of the International Classification of Diseases*. Gèneve. WHO, Division of Mental Health; 1990.
11. Snowdon J. The prevalence of depression in old age (editorial). *Int. J Geriatr Psychiatry* 1990;5:141-4.
12. Bland RS, Newman S, Orn H. Prevalence of Psychiatric Disorders in the Elderly in Edmonton. *Acta Psychiatr Scandinavica* 77:57-63.
13. Blazer D, Williams C. Epidemiology of Dysphoria and Depression in an Elderly Population. *Am J Psychiatry* 1980;137:439-44.
14. Weissman M, Myers J, Tischler G, Holzer C, Leaf P, Orvaschel H, Brody J. Psychiatric Disorders (DSM-III) and Cognitive Impairment in the Elderly in a U.S. Urban Community. *Acta Psychiatr Scandinavica* 1985;71:366-79.
15. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1983;17:37-49.
16. Radloff LS. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Measure* 1992;7:343-51.
17. Koenig HG, Blumenthal J, Moore K. New version of brief depression scale (letter). *J Am Geriatr Soc* 1995;43:1447.
18. Copeland J, Dewey M, Wood N, Searle R, Davidson I, McWilliams C. Range of mental illnesses Amongst the Elderly in the Community: Prevalence in Liverpool Using AGE-CAT. *Brit J Psychiatr* 150:815-23.
19. Kay D, Henderson A, Scott R, Wilson J, Rickwood D, Grayson D. Dementia and Depression Among the Elderly Living in the Hobart Community: The Effect of the Diagnostic Criteria on the Prevalence Rates. *Psychol Med* 1985;15:771-88.
20. Livingston G, Hawkins A, Graham N, Blizzard B, Mann A. The Gospel Oak Study: Prevalence Rates of Dementia, Depression and Activity Limitation Among Elderly Residents in Inner London. *Psychol Med* 1990;20:137-46.
21. Meldon SW, Emmerman CL, Schubert DSP, et al. Depression in geriatric ED patients: prevalence and recognition. *Ann Emerg Med* 1997;30:141-5.
22. Koenig HG, George LK, Peterson BL, Reper CF. Depression in medically ill Hospitalized Older Adults: Prevalence, Characteristics, and Course of Symptoms According to Six Diagnostic Schemes. *Am J Psychiatry* 1997;154(10):1376-83.
23. Muñoz Rodríguez PE. Tests de cribado en la práctica clínica. En Bulbena A et al. *Medición Clínica en Psiquiatría y Psicología*. Masson SA; 2000.
24. Seva-Díaz A, Civeira JM. Análisis higiénico sanitario de la salud mental de Soria. *Diputación Provincial de Soria*; 1982.
25. Dever GEA. An Epidemiological Model for Health Policy Analysis. *Social Indicators Research* 1976;2:453-66.