

EPIDEMIOLOGÍA DEL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR EN ESPAÑA. ESTUDIO DESCRIPTIVO Y ANÁLISIS DE RESULTADOS EN EL CONTEXTO EUROPEO.

PROYECTO ESEMED- ESPAÑA

Andrea Gabilondo Cuéllar

TESI DOCTORAL UPF / 2011

DIRECTOR DE LA TESI

Dr. Jordi Alonso Caballero

DEPARTAMENT DE CIÈNCIES EXPERIMENTALS I DE LA SALUT

Agradecimientos

A Jordi Alonso y Gemma Vilagut, por su gran ayuda con este trabajo.

A mi familia, que siempre está ahí.

Resumen

Objetivos del estudio: Describir la epidemiología del Episodio Depresivo Mayor (EDM) en la población general española y comparar los resultados con los datos reflejados en la literatura internacional.

Métodos: Estudio observacional, transversal, sobre una muestra representativa de la población general española adulta (n= 5473). Se usó el instrumento CIDI 3.0. El estudio forma parte del proyecto ESEMED (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders), desarrollado en 6 países europeos.

Resultados principales: La prevalencia vida y 12 meses del EDM fue de 10.6% y 4.0% respectivamente. Las mujeres, las personas de 50-64 años, los separados, viudos o divorciados, las amas de casa o los desempleados mostraron un mayor riesgo de depresión. La cronicidad ascendió al 37% y la edad de inició fue de 30 años. La asociación con otros trastornos fue elevada así como la discapacidad, que afectó a todos los dominios estudiados. El uso de servicios fue del 59% y los porcentajes de tratamiento adecuado del 31,2%.

Conclusiones: El EDM es un trastorno prevalente, con frecuencia comórbido y de repercusión relevante en el funcionamiento, sin embargo recibe tratamiento en un porcentaje insuficiente de los casos. La comparación con los resultados internacionales mostró diferencias significativas en el perfil epidemiológico. Se discute el posible papel de los determinantes socioculturales en las diferencias encontradas.

Abstract

Objectives: To describe the epidemiology of Major Depressive Episode (MDE) in the general population of Spain and to compare results with previous data from scientific literature.

Methods: The ESEMED-Spain study is a cross-sectional, general population, household survey representative of Spanish non-institutionalized adult population (N=5,473). The Composite International Diagnostic Interview 3.0 was used. The ESEMED project was developed in 6 European countries.

Main results: Lifetime prevalence of MDE was 10.6% while 12-month prevalence was 4.0%. Being a woman, aged 50-64, previously married, widowed, or unemployed was associated to higher risk of MDE. Persistence of depression ascended to 37% and the median age of onset was 30.0. Comorbidity with other disorders was high and also disability, which affected all domains of functioning. The use of services for MDE was 59% and the percentage of minimally adequate treatment was 31.2%.

Conclusions: MDE is a prevalent disorder; it's often comorbid with other conditions and has a big impact on functionality. Nevertheless, only a small percentage of the cases receive treatment. The comparison with the international results showed significant differences in the epidemiologic profile. The possible role of sociocultural determinants in explaining those differences are discussed.

Prólogo

La depresión mayor es el trastorno mental más frecuente y afecta cada año a más de 120 millones de personas en el mundo, generando un notable impacto individual y social en términos de padecimiento, discapacidad y costes económicos. Por ello está considerada, junto con el suicidio, uno de los grandes retos de la salud pública en muchos países.

Los estudios epidemiológicos en salud mental han contribuido notablemente a mejorar el conocimiento sobre la magnitud e impacto de los trastornos mentales y a generar hipótesis de investigación fuera del alcance de otras áreas del conocimiento. Han sido también una fuente de información relevante para la planificación sanitaria y la elaboración de programas de prevención. A pesar de ello todavía existen grandes lagunas de conocimiento en esta disciplina y en particular falta información sobre ciertas regiones del mundo, entre las que se encuentra España. El desarrollo de la epidemiología psiquiátrica en nuestro país ha sido escaso y la información disponible es heterogénea y de calidad variable, por lo que la extrapolación de datos epidemiológicos de otros países del entorno ha sido una práctica frecuente. Sin embargo, España presenta unas características socioeconómicas y culturales diferenciales que sugieren una especificidad en su perfil epidemiológico, diferencias de las que existen ciertas evidencias.

El estudio ESEMeD España es el primero que ofrece información detallada sobre la epidemiología del episodio depresivo mayor a partir de una muestra representativa de la población general del país y en base a una metodología estandarizada y útil para la comparación internacional con 28 países de todas las regiones del mundo, entre ellos 9 europeos. Es por lo tanto una fuente de información de interés para mejorar el conocimiento sobre este trastorno en España. Es de esperar que la información obtenida en este estudio pueda ser de interés en el ámbito de la planificación sanitaria, además de contribuir a mejorar el conocimiento de los factores del entorno con posible impacto en el perfil epidemiológico de la depresión.

Índice

	Pág.
Agradecimientos	
Resumen	5
Prólogo	7
Lista de figuras	13
Lista de Tablas	13
1. INTRODUCCIÓN	15
1.1. Epidemiología Psiquiátrica: Breve aproximación histórica	15
<i>a) Los inicios de la Epidemiología Psiquiátrica</i>	15
<i>b) Epidemiología psiquiátrica internacional: Progresos y limitaciones</i>	17
<i>c) Proyecto WMH de la OMS: Encuestas internacionales de salud mental</i>	19
1.2 Variabilidad internacional en la epidemiología de los trastornos mentales	21
<i>a) Diferencias en los perfiles epidemiológicos: Ejemplos e hipótesis</i>	21
<i>b) Determinantes Sociales y Salud Mental: La paradoja latina</i>	22
1.3 Epidemiología de la Depresión Mayor, qué sabemos	25
<i>a) Trastorno Depresivo Mayor: Carga de enfermedad en el mundo</i>	26
<i>b) Trastorno Depresivo Mayor: revisión de la situación en Europa</i>	28
<i>c) Trastorno Depresivo Mayor: Información disponible en España</i>	33
2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	37
3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO E HIPÓTESIS DE TRABAJO	41
4. MATERIALES Y MÉTODO	43
4.1. Diseño	43
4.2. Sujetos y metodología de muestreo	43
4.3. Instrumento de recogida de datos y procedimiento de entrevista	45
<i>a) Descripción de las principales variables recogidas en la CIDI</i>	47
<i>b) Adaptación cultural de la CIDI para su uso en España</i>	51
4.4 Trabajo de Campo	51
<i>a) Control de calidad del trabajo de campo</i>	51
4.5 Estudio de Reentrevista Clínica	52
4.6 Procesamiento de los datos	52
4.7 Prueba Piloto	53
4.8 Consideraciones éticas	53
4.9 Variables del estudio, definición operativa	53
4.10 Estrategia de Análisis	55
5. RESULTADOS	57
5.1. Artículos publicados o pendientes de publicación	57
<i>a) Artículo 1: Epidemiología general del EDM</i>	59
<i>b) Artículo 2: Uso de servicios</i>	71
<i>c) Artículo 3: Comorbilidad con condiciones médicas crónicas</i>	83
6. LIMITACIONES Y FORTALEZAS	109
7. DISCUSIÓN	113
7.1 Resumen global de resultados	113
7.2 Prevalencia, edad de inicio, cronicidad	114
7.3 Factores sociodemográficos	116

<i>a) Género</i>	116
<i>b) Edad</i>	117
<i>c) Estado marital, nivel de ingresos y nivel educativo</i>	118
7.4 Discapacidad	119
7.5 Comorbilidad con otros trastornos	119
<i>a) Comorbilidad con Trastornos Mentales</i>	119
<i>b) Comorbilidad con Condiciones Médicas Crónicas</i>	120
7.6 Uso de Servicios	123
8. CONCLUSIONES E IMPLICACIONES	127
Bibliografía.	133
Anexo 1: Artículo complementario. Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD.	155

Lista de Figuras

	Pàg.
Fig. 1. Organización social, estrés y salud	24

Lista de Tablas

	Pàg.
Tabla 1. Prevalencia del episodio depresivo mayor (EDM) en los países europeos de ESEMeD (excluido España). Asociación del episodio depresivo mayor con el género	32
Tabla 2. Porcentaje de uso de servicios por trastornos mentales en los países europeos de ESEMeD (excluido España) y porcentajes de tratamiento mínimamente adecuado (TMA)	32
Tabla 3: Comorbilidad del episodio depresivo mayor con otros trastornos mentales (TM) en los países europeos de ESEMeD (datos globales) (Alonso J., et al., 2004) Comorbilidad del EDM con las condiciones médicas crónicas (CMC) en los países WMH (datos globales)	33
Tabla 4: Principales estudios epidemiológicos de los trastornos mentales en España, resumen de resultados e información relevante.	36
Tabla 5: Características sociodemográficas de los participantes en el estudio ESEMeD-España	44
Tabla 6: Principales escalas estandarizadas incluidas en la CIDI 3.0	46
Tabla 7: Secciones del instrumento CIDI 3.0 y nº de ítems por sección	47
Tabla 8: Prevalencia vida de fumadores entre depresivos y no depresivos	121
Tabla 9: Relación entre enfermedad respiratoria, hábito tabáquico y EDM	122

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Epidemiología Psiquiátrica: Breve aproximación histórica

La epidemiología es la ciencia que estudia la distribución y determinantes de la salud y enfermedad en poblaciones humanas (Last A., 1995) y constituye uno de los pilares más relevantes de la medicina preventiva. Ocupa un lugar intermedio entre las ciencias biomédicas y las sociales y ha sido un elemento clave en muchos de los grandes avances en la salud poblacional, tales como la erradicación de la viruela o el descubrimiento de la relación entre el tabaco y el cáncer de pulmón a mediados del siglo XX.

La epidemiología psiquiátrica (EP) es una disciplina específica relativamente reciente y menos desarrollada lo que se ha debido a las dificultades históricas para conceptualizar y medir los trastornos mentales y a la propia naturaleza de los mecanismos causales implicados en la patología mental. Por ello la ha sido una ciencia fundamentalmente descriptiva que se ha centrado en la estimación de prevalencias, subtipos de patología o discapacidad y ha podido desarrollar en menor medida sus aspectos más analíticos o experimentales. A pesar de ello ha sido una pieza fundamental en el desarrollo de la psiquiatría actual ya que ha ofrecido datos relevantes sobre la magnitud y el impacto de los trastornos mentales posibilitando el posicionamiento de la salud mental entre las prioridades de las políticas de salud o de investigación en algunos países. Además, ha estimulado la generación de hipótesis de investigación habitualmente fuera del alcance de las consultas médicas o los laboratorios de neurociencias tradicionales (Cooper B. and Singh B., 2000; Insel T.R. and Fenton W.S., 2005; Kessler R.C, 2000).

a) Los inicios de la Epidemiología Psiquiátrica

Los orígenes de la epidemiología psiquiátrica (EP) se remontan a finales del siglo XIX y desde entonces su desarrollo ha seguido tres grandes etapas con planteamientos teóricos y metodológicos claramente diferenciados. En su *primera etapa* la EP centró su esfuerzo en el análisis de la información sociodemográfica y clínica recogida en los historiales médicos de los pacientes institucionalizados, en base a un planteamiento de la enfermedad mental que priorizaba los factores causales de tipo biológico o

hereditario. La *segunda etapa* comenzó tras la segunda guerra mundial y supuso un cambio notable respecto de la anterior. Bajo influencia de corrientes sociológicas norteamericanas, se centró en el estudio de los factores sociales y su influencia en el desarrollo del estrés psicológico, lo que fue posible gracias al desarrollo de encuestas domiciliarias y el registro de diversos síndromes y síntomas, no siempre coincidentes con las categorías diagnósticas psiquiátricas tradicionales. La *tercera etapa o de la epidemiología psiquiátrica moderna* se inició a finales de la década de los años 70 y posibilitó el máximo desarrollo experimentado por la EP. Dicha etapa se caracterizó por la combinación de las metodologías poblacionales o de encuestas de salud, con el diagnóstico de trastornos mentales específicos en base a criterios diagnósticos consensuados. Este avance tuvo dos grandes precedentes, por un lado la publicación del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-III (DSM-III) (American Psychiatric Association, 1980) que permitió simplificar el procedimiento diagnóstico y posibilitó el desarrollo de nuevos instrumentos diagnósticos adaptados para su uso en estudios poblacionales y por otro la utilización de nuevas estrategias de muestreo que mejoraron la representatividad de las muestras utilizadas en los estudios.

Durante esta tercera etapa la epidemiología psiquiátrica se desarrolló bajo dos enfoques diferenciados. Mientras en EEUU se optó por una metodología basada en entrevistas diagnósticas estructuradas que operativizaban los criterios DSM y los hacían asequibles para su uso por parte de entrevistadores no expertos en salud mental, en Europa (particularmente en el Reino Unido), se emplearon entrevistas semiestructuradas diseñadas para su uso por profesionales de la salud mental y que permitían elaborar definiciones de “caso” y diagnósticas. La elaboración a finales de la década de los años 70 de la primera entrevista diagnóstica estructurada basada en el DSMIII, la Diagnostic Interview Schedule (DIS) (Robins L.N., Helzer J.E., Croughan J.L., Ratcliff K., 1981), posibilitó el desarrollo pocos años más tarde del estudio de la Epidemiologic Catchment Area (ECA) (Robins L.N. and Regier D.A., 1991), primer gran estudio poblacional en salud mental que se realizó en 5 estados de EEUU sobre más de 20000 participantes y marcó un punto de inflexión en la evolución de la disciplina al convertirse en el modelo a seguir en otros países que lo replicaron. Una década después se realizó el National Comorbidity Survey (Kessler R.C., et al., 1994), segundo gran estudio poblacional del país, que empleó la Composite International Diagnostic Interview (CIDI) (World Health Organization, 1990), una versión mejorada del DIS. Unos años después el uso de la CIDI se extendió también a algunos países europeos como Alemania o Holanda

(Wittchen H.U., et al., 1999; Bijl R.V., Ravelli A., van Zessen G., 1998) y desde entonces el instrumento ha continuado su expansión a lo largo del mundo, expansión que ha venido acompañada de un proceso continuado de mejora del instrumento liderado por la OMS.

A su vez, en Europa, la necesidad de profesionales de la salud mental para la realización de los estudios con entrevistas semiestructuradas supuso una limitación inicial para el desarrollo de grandes estudios poblacionales. Dicha dificultad pudo ser parcialmente superada con el desarrollo de metodologías de doble fase, que incluían una primera fase de preselección de las personas de riesgo con un instrumento de cribado de aplicación rápida. Los principales estudios de doble fase de la época emplearon la entrevista estructurada Present State Examination (PSE) (Wing J.K., Cooper J.E., Sartorius N., 1974) que permitía llegar a un diagnóstico basado en las clasificaciones internacionales pero presentaban el inconveniente de los posibles falsos positivos o negativos del instrumento de screening. La PSE fue modificada a finales de la década de los 80 para dar lugar al Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (Wing J.K., et al., 1990), una de las entrevistas semiestructuradas de referencia en la actualidad y “patrón oro” para algunos autores en la elaboración de diagnósticos psiquiátricos en el contexto de los estudios epidemiológicos.

A partir de los años 80 el crecimiento de la EP fue exponencial gracias a la mejora constante de los instrumentos diagnósticos y los métodos de muestreo, trabajo de campo y análisis estadístico, que fueron adaptándose para responder a las necesidades e interrogantes de cada época. La incorporación en los instrumentos de ítems no estrictamente orientados al diagnóstico mejoró la capacidad de éstos para estimar la carga de enfermedad asociada a los trastornos mentales y potenció los aspectos más analíticos de la epidemiología, lo que permitió elaborar las primeras hipótesis sobre los factores de riesgo o protectores de la salud mental en las poblaciones.

b) Epidemiología psiquiátrica internacional: Progresos y limitaciones

Los resultados de los primeros estudios en EEUU y Europa estimularon el interés por conocer el estado de la salud mental en diferentes regiones del mundo y profundizar en

aspectos etiológicos de la patología a través del análisis de las diferencias existentes en entornos socioeconómicos y culturales diversos.

Las primeras experiencias de comparación internacional a gran escala se realizaron a partir de los resultados de diversos estudios nacionales independientes desarrollados tras el éxito de la ECA y siguiendo su misma metodología. Uno de los más destacados fue realizado por el Cross National Collaborative Group (Cross-National Collaborative Group, 1992; Weissman M.M., 1996; Weissman M.M., 1997) que comparó los resultados de estudios realizados en 10 países en diferentes regiones del mundo reportando diferencias internacionales notables en la prevalencia vida de la depresión y otros trastornos. El estudio fue criticado por emplear el instrumento DIS, que no había sido diseñado para el uso internacional y los resultados fueron cuestionados.

La verdadera expansión internacional de la metodología DIS-ECA se inició a mediados de la década de los 80 tras un proceso co-liderado por la OMS con el objetivo de adaptar el instrumento DIS para su uso en diferentes contextos lingüísticos y culturales, y que dio lugar en 1990 a la nueva entrevista estructurada Composite International Diagnostic Interview (CIDI 1.0) (World Health Organization, 1990). La disponibilidad por primera vez de un instrumento validado para su uso internacional y una metodología homogénea junto con el apoyo técnico que ofreció la OMS propició un avance considerable en la EP internacional y estimuló el desarrollo de estudios en diversos países y regiones con criterios y métodos comparables. Años más tarde la CIDI fue revisada para su adaptación a los criterios del Diagnostic Statistical Manual IV (DSMIV) (American Psychiatric Association, 2000) y en 1997 la OMS creó el Consorcio Internacional en Epidemiología Psiquiátrica (ICPE) con el objetivo de mejorar la coordinación de los análisis comparativos de los resultados internacionales y dar apoyo técnico a los investigadores que estuvieran planeando nuevos estudios con el instrumento CIDI. Desde entonces la EP internacional ha continuado su expansión de forma paralela a la iniciativa de la OMS y lo ha hecho fundamentalmente por medio de estudios independientes, nacionales o regionales, cuyos resultados han sido objeto de análisis conjunto en diversos artículos de revisión. El número de estudios multinacionales con metodologías homogéneas en los distintos países ha sido escaso.

A su vez, los resultados de las comparaciones internacionales mostraron diferencias notables entre países y dieron pie a intensos debates sobre la plausibilidad de las estimaciones, la adecuación de los instrumentos para su uso en diferentes culturas o la propia conceptualización de los trastornos mentales. Dichos debates pusieron de manifiesto las potenciales limitaciones técnicas, culturales o conceptuales en la investigación en salud mental y especialmente en el ámbito de las comparaciones internacionales. Algunos de los debates continúan abiertos y todavía no existe un consenso en cuestiones importantes para la epidemiología tales como la existencia o no de una psicopatología nuclear independiente del efecto de la cultura o la validez internacional de los modelos diagnósticos existentes (Kessler R.C, 2000; Patten S.P., 2003; Weick S and Araya R., 2004).

A pesar de las dificultades descritas, las comparaciones internacionales han sido consideradas de gran interés para la investigación en salud mental al permitir elaborar o evaluar hipótesis etiológicas desde una perspectiva poblacional y en base a datos ecológicos nacionales, lo que se encuentra lejos del alcance de otros planteamientos, más centrados en el individuo como unidad de análisis. Ejemplos recientes de los hallazgos propiciados por este enfoque incluyen el descubrimiento de la asociación entre los indicadores macroeconómicos y las tasas nacionales de suicidio (Anderson P., McDaid D. Basu S., Stuckler D., 2011) o entre los hábitos dietéticos poblacionales y la prevalencia de depresión (Akbaraly T.N., et al., 2009; Sanchez-Villegas A., et al., 2009). Además, se ha demostrado que la detección de patrones discordantes en un país, tales como una mayor prevalencia o gravedad de un trastorno, puede ser de utilidad para orientar las prioridades sanitarias o la distribución de recursos en el mismo.

c) El Proyecto WMHS de la OMS: Encuestas internacionales de salud mental

En el año 2000 la OMS puso en marcha la iniciativa Encuestas de Salud Mental en el Mundo (en inglés World Mental Health Survey, WMH) como sucesora del Consorcio Internacional en Epidemiología Psiquiátrica y con el objetivo de mejorar la calidad del trabajo internacional realizado hasta la fecha, ampliar las dimensiones geográficas del proyecto y dar respuesta a los nuevos intereses de los investigadores.

Para ello inició un proceso de mejora del instrumento CIDI que finalizó en la nueva versión WMH-CIDI o CIDI 3.0 (Kessler R.C. and Üstün T.B., 2004). El nuevo instrumento ofrecía una mayor precisión y calidad de la información recogida, e incluía prevalencias y correlatos de los trastornos mentales, así como variables adicionales como el uso de servicios, la severidad o discapacidad. Además mejoró la asistencia técnica para la realización de estudios nacionales basados en dicho instrumento y elaboró una propuesta metodológica que permitiría alcanzar unos niveles muy elevados de homogeneidad en la elaboración de los estudios en cada país, incluyendo:

- Muestras representativas de la población general de cada país o región, con metodologías de muestreo similares o equivalentes.
- Proceso de traducción y validación cultural rigurosa de la CIDI para su uso en otros idiomas diferentes del inglés.
- Elaboración y aplicación de diversos protocolos de control de calidad del trabajo de campo que aseguraran la homogeneidad en su desarrollo.
- Recogida de datos y análisis centralizado en los diversos centros coordinadores regionales.

Desde su creación, el proyecto WMH ha logrado una expansión sin precedentes en la EP. El proyecto incluye hoy 28 países de todas las regiones del mundo, entre ellas 9 de Europa y bajo la coordinación del Departamento de Políticas de Salud de la Universidad de Harvard (Boston, EEUU) ha dado lugar a más de 600 publicaciones en revistas científicas.

Como parte del proyecto WMH, en 2001 se creó el estudio ESEMeD (The European Study on the Epidemiology of Mental Disorders) (Alonso J., et al., 2002) que vinculaba a 6 de los países europeos participantes en el proyecto mundial (Italia, España, Alemania, Holanda, Bélgica) con el objetivo de mejorar la coordinación de los estudios realizados en dicho continente y el análisis conjunto de los resultados. Dicho estudio es considerado una referencia en epidemiología de los trastornos mentales en Europa y ha dado lugar a 78 publicaciones científicas hasta la actualidad.

1.2 VARIABILIDAD INTERNACIONAL EN LA EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS MENTALES

a) Diferencias en los perfiles epidemiológicos: Ejemplos e hipótesis

El desarrollo de la epidemiología psiquiátrica internacional puso de manifiesto la existencia de llamativos contrastes internacionales en los perfiles epidemiológicos de ciertos trastornos mentales, entre los que la depresión mayor es uno de los ejemplos más destacados (Patten S.P., 2003).

La variabilidad internacional está presente en diversos elementos del perfil epidemiológico, incluyendo las prevalencias, cronicidad o edad de inicio y es diferente según el tipo de trastorno. En el caso de la depresión mayor, los contrastes internacionales más llamativos se han detectado en las prevalencias, con valores que oscilan desde el 0.3% de prevalencia a 12 meses en la República Checa (Weissman 1996) hasta el 10.4% en ciertas áreas de Brasil (Kessler R.C., 2010). Dichas diferencias no parecen seguir un patrón geográfico, socioeconómico o cultural concreto, ya que aparecen tanto entre regiones geográficas (menores prevalencias en ciertas regiones de Asia o el sur de Europa), como entre países según su nivel de renta (mayor en los de renta alta) o entre grupos étnicos o culturales (menor en la cultura latina) (Bromet E., et al., 2011). Otro elemento que muestra una gran variabilidad en el caso de la depresión es el de utilización de los servicios sanitarios (Wang P.S., 2007; Davidson J.R. and Meltzer-Brody S.E., 1999) y en general parece existir un mayor uso en los países con mayor gasto sanitario y recursos disponibles, si bien estos factores no explicarían por completo las diferencias (Kovess-Masfety V., et al., 2007; World Health Organization, 2004). Por último, también se han descrito diferencias en la comorbilidad depresiva, que es más frecuente en los países más desarrollados económicamente (Who International Consortium in Psychiatric Epidemiology, 2002), en el ratio hombre mujer, que más alto en ciertas culturas (Paykel E.S., 1991), o la edad de inicio cuya variabilidad no se ha asociado a un patrón regional, socioeconómico o cultural definido.

Las causas de esta variabilidad no son conocidas y se cree que puede responder a una combinación de factores biológicos (diferencias étnicas/raciales en la vulnerabilidad al

trastorno) y del entorno socioeconómico y cultural. Entre estos últimos se incluyen diversos factores como el nivel de exposición a estresores, los hábitos sociales o culturales protectores de la salud mental, o la presencia de políticas públicas con impacto en el bienestar psicológico de la población, entre otras. Parte de las diferencias descritas podría deberse también a factores de tipo metodológico (diferente calidad de los estudios realizados en ciertas regiones del mundo o diferente funcionamiento de los instrumentos diagnósticos en diferentes poblaciones) o lingüístico/culturales (diferencias en el modo en que se manifiestan los síntomas depresivos en diferentes culturas o en el estigma asociado a la patología mental), si bien se cree que el papel de estos últimos podría ser secundario ya que las diferencias siguen reflejándose en los estudios recientes a pesar de la mejora en su calidad metodológica (Dalstra J.A., 2005; Gureje O, Lasebikan V.O., Kola L., Makanjuola V.A., 2006.).

b) Determinantes sociales y salud mental: La paradoja latina

El descubrimiento de las diferencias en la salud mental existentes entre países y regiones estimuló el estudio de los factores que inciden sobre toda una población y modulan la presencia de un trastorno en ella.

Entre los factores del entorno, los denominados determinantes sociales habían recibido una especial atención por parte de la epidemiología analítica general en su estudio de las diferencias internacionales también observadas en los trastornos físicos. Dichos factores hacen referencia a las condiciones económicas, sociales y culturales en las que viven las distintas poblaciones e incluyen aspectos como el nivel de ingresos, el acceso a la educación, la cohesión social o los roles de género relacionado con la cultura (Marmot M.G. and Wilkinson R. G. 2006). Diversos estudios epidemiológicos habían mostrado la existencia de una estrecha asociación entre los determinantes sociales y los principales indicadores de salud en las poblaciones (esperanza de vida, mortalidad infantil o la incidencia de diversas enfermedades, etc) y se cree que estos factores podrían explicar parte de la variabilidad internacional observada, con un efecto que sería de mayor intensidad que el de otros determinantes reconocidos como los estilos de vida, los comportamientos individuales (dieta, ejercicio, consumo de tóxicos, etc) o las propias características del sistema sanitario, si bien se acepta que el acceso universal a

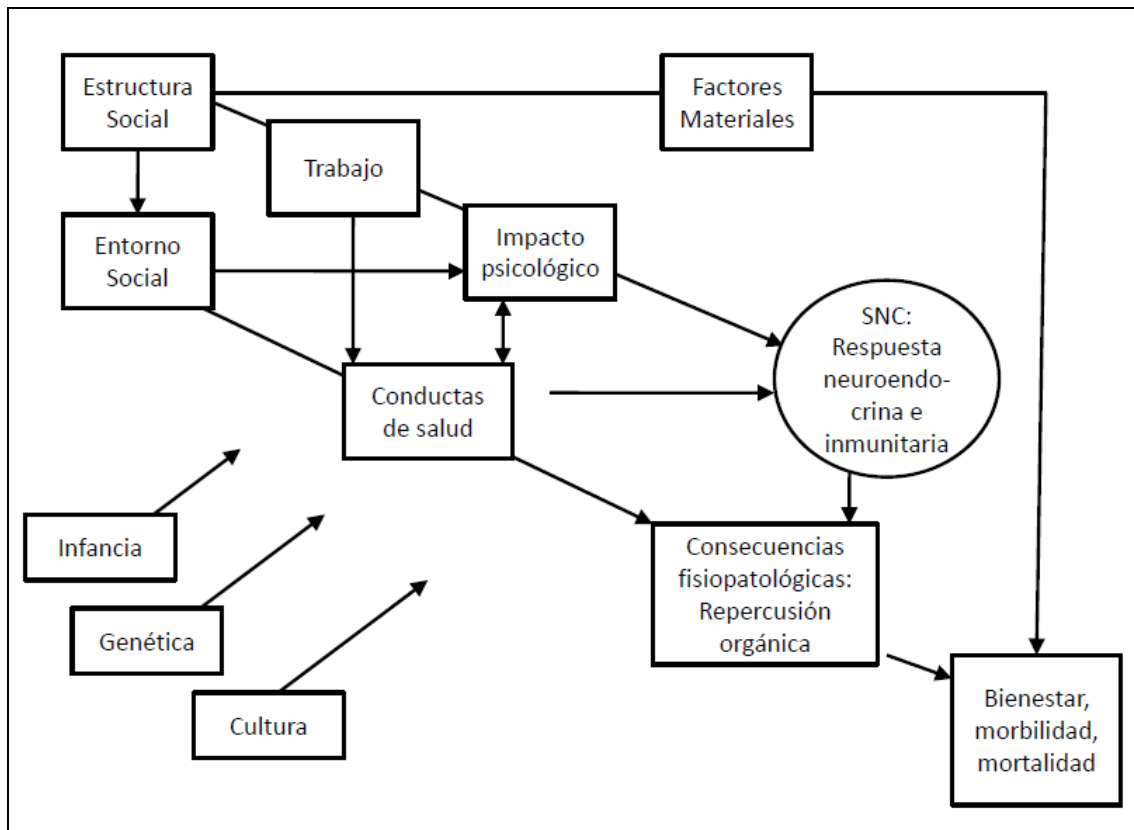
la atención sanitaria es uno de los determinantes sociales de la salud (Clarke R., 1998; Marmot M.G., 1997; Wilkinson R. G. and Marmot M. G., 2003).

El efecto de los determinantes sociales sobre la salud mental poblacional ha sido objeto de un menor estudio pero las evidencias disponibles sugieren una relación entre ambas, igual que ocurre con los trastornos mentales. Así por ejemplo, un estudio reciente mostró la existencia de una asociación directa e independiente entre el nivel socioeconómico y la prevalencia y persistencia de ciertos trastornos mentales, incluyendo la depresión (Lorant et al. 2003). En esta línea, se ha visto que los entornos de pobreza, bajo nivel educativo o desempleo presentan mayores prevalencias de patología mental y a la inversa, se han descrito mayores índices de bienestar mental en las sociedades en las que existe una mayor cohesión social, redes sociales más amplias o una mayor religiosidad (Fryers T, Melzer D, Jenkins R., 2003; Fernandez-Cordon J.A., Sgritta, G.B., 2000; Hackney, C., Sanders, G., 2003). Por otro lado, se ha observado que ciertos cambios en el entorno socioeconómico o cultural tienen un impacto en la salud mental de las poblaciones que los padecen. En particular, las crisis económicas se han asociado a incrementos en las tasas de suicidio que, curiosamente, no se han descrito en países con programas de protección social de cobertura amplia (Anderson P., McDaid D. Basu S., Stuckler D., 2011; Stuckler, D., et al., 2009). A la inversa, ciertas formas de desarrollo económico se han seguido de cambios culturales profundos en las sociedades que experimentan, y se ha descrito una sustitución de los valores tradicionales propios por otros de corte más racional, así como una tendencia a la secularización, hedonismo e individualismo (Inglehart, R., Baker, W.E., 2000). Dicho fenómeno de pérdida de los referentes sociales tradicionales, reconocido en ciertas teorías sociológicas con el nombre de anomia, se ha asociado con el desarrollo de ciertas formas de patología mental y suicidio (Durkheim E., 1897; Kirmayer L.J., 1994; Rubinstein D.H., 1992).

El mecanismo a través del cual los determinantes sociales inciden en la salud de las personas no es conocido, pero se cree que podrían generar un estrés de origen “psicosocial” sobre el organismo que promovería la instauración de hábitos poco saludables y que alteraría también los sistemas de control neuroendocrino, metabólico e inmunitario, incrementando el riesgo de desarrollo de ciertas enfermedades, entre las que se encontrarían algunos trastornos mentales (Brunner, E., Marmot, M. G., 2006) (Figura 1). Se cree que las situaciones de desigualdad socioeconómica tendrían un

efecto potenciador del estrés psicosocial debido al malestar sobreañadido del individuo o grupo al compararse con su entorno más favorecido. La desigualdad socioeconómica debilitaría también la cohesión social de las comunidades, cohesión que ha demostrado ser también un determinante poblacional de la salud (Wilkinson RG, Pickert KE, 2006).

Figura 1: Organización social, estrés y salud



Adaptado de: Brunner, E., Marmot, M. G. 2006. 'Social Organization, Stress, and Health.' En M. G. Marmot & R. G. Wilkinson (Eds.). Social Determinants of Health. Oxford: Oxford University Press, Figura 2.2, p. 9

- La paradoja latina

La paradoja hispana o ventaja de salud latina fue descrita en la década de los 80 entre los latinos de EEUU y hace referencia a los resultados de diversos estudios que mostraron unos mejores resultados de salud en diferentes comunidades latinas a pesar de tener una situación socioeconómica más desfavorecida (Markides, K. S. and Coreil, J. 1986). Esta aparente resistencia al efecto adverso de los determinantes sociales es el elemento fundamental de la paradoja latina y se extiende tanto a la salud física como mental (Alegría M., et al., 2008; Kessler R.C., et al., 2005).

Las causas de la Paradoja Latina son desconocidas si bien se ha propuesto que podría tener relación con algunos de los rasgos culturales distintivos de la cultura latina, tales como el alocentrismo, el familismo o la simpatía, que facilitan la creación de redes de apoyo social extensas y el desarrollo de interacciones sociales placenteras, recíprocas y no competitivas (Gallo L.C., 2009; Marin G. and Marin B.V., 1991). Existen estudios que sugieren que dichos factores, y en particular la existencia de vínculos familiares sólidos, podrían actuar reduciendo el efecto negativos del “estrés psicosocial” (Chen E., 2007; Losada A., 2006) protegiendo así al individuo del desarrollo de ciertas patologías. Un factor añadido sería la mayor religiosidad de esta cultura, que se ha asociado a unos estilos de vida más saludables y a un mayor bienestar a largo plazo (Hackney C., Sanders G., 2003).

No se conoce el alcance de este fenómeno ni si afecta de forma diferente a las diversas comunidades latinas, tanto americanas, como mediterráneas en el sur de Europa. En el caso de Europa puede decirse que existen grandes diferencias culturales entre la cultura latina mediterránea más tradicional del sur y el centro y norte del continente, más secularizado y desarrollado económicamente y se ha propuesto que dichas diferencias pueden tener un impacto en la salud mental de las poblaciones, si bien no existen estudios específicos que lo demuestren.

1.3 EPIDEMIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN MAYOR, QUÉ SABEMOS

El episodio depresivo mayor es un tipo de patología del estado de ánimo y aparece recogida en las clasificaciones internacionales de enfermedades mentales bajo el paraguas de diversos trastornos afectivos de los que forma parte. Se define como un afecto deprimido o tristeza vital que persiste durante al menos dos semanas y cumple un mínimo de criterios adicionales entre los que destacan la incapacidad de mantener el interés por las cosas, junto con un deterioro clínicamente significativo en el rendimiento social o laboral. Se trata de un trastorno mental muy frecuente y genera un gran impacto en el individuo que la padece y la sociedad en su conjunto. A pesar de ello sólo una mínima parte de las depresiones reciben un diagnóstico o tratamiento adecuado, lo que la convierte en una de las grandes asignaturas pendientes de nuestras políticas de salud.

Además, a pesar del gran desarrollo de la EP en Europa y del gran número de estudios sobre la depresión mayor en el continente, la información disponible es heterogénea en su mayor parte lo que impide llegar a conclusiones generales sobre el trastorno. Se añade la ausencia de información de calidad sobre ciertas regiones y países, entre ellos España.

a) Trastorno Depresivo Mayor: carga de la enfermedad en el mundo

La depresión ha ocupado un lugar muy destacado en los estudios epidemiológicos en salud mental, lo que se ha debido a la disponibilidad de instrumentos validos y fiables para su diagnóstico en el contexto de los estudios poblacionales y a su condición de patología mental de gran trascendencia en términos poblacionales, tal y como describiremos a continuación.

Se trata del trastorno mental más frecuente y ocupa un lugar muy destacado en las estimaciones de carga de enfermedad, siendo la tercera causa global de años de vida ajustados por discapacidad y la primera en los países de mediano y altos ingresos (World Health Organization, 2008). Esto se debe a la combinación casi única de una alta elevada prevalencia, una edad de inicio temprano, una frecuente evolución hacia la cronicidad o recurrencia, y un notable impacto en la calidad de vida:

- Se estima que la prevalencia vida de la depresión mayor está en torno al 22% de media en el mundo (Kessler R.C., 2007a; Eaton W.W., 2008) con diferencias considerables entre regiones y mayores porcentajes en los países de renta alta (Bromet E., 2011).
- En torno al 30 - 50% de las depresiones evolucionan hacia la cronicidad (Andrade L., 2003) y se ha visto que tienen una alta recurrencia, que alcanza el 75% en 10 años (Thornicroft G, Sartorius N., 1993).
- Su edad de inicio está entre las más bajas de los trastornos crónicos más prevalentes, situándose entre los 25 y 45 años (Kessler, R.C., et al., 2007b).
- Es comórbida con otros trastornos mentales o físicos en más del 60% de los casos (ESEMED/MHEDEA 2000 Investigators, 2004), lo que redundo en un peor pronóstico de la depresión, menor respuesta al tratamiento y un mayor uso de servicios y costes económicos (Evans D.L. et al., 2005; Simon G, Ormel J, Von Korff M, Barlow W., 1995; Kessler RC, Ormel J, Demler O, Stang PE., 2003).

- Genera un gran impacto en la calidad de vida, y se asocia a una mayor discapacidad que muchas de las enfermedades físicas crónicas conocidas (Ormel J., 2008)

Además, se ha asociado a un incremento del 70% en la mortalidad por todas las causas (Eaton W.W., 2008) lo que parece deberse a una combinación de factores de complejidad variable incluyendo el suicidio (el 15% de los depresivos graves fallecen por suicidio) (Harris E.C. and Barraclough B., 1997), la disregulación de ciertos sistemas biológicos (fundamentalmente neuroendocrino y neuroinmunológico), la instauración de hábitos de vida no saludables (consumo de alcohol, tabaco, etc) o la disminución de la adherencia al tratamiento de patologías médicas preexistentes (Cuijpers P, Schoevers RA. 2004).

Existen numerosos datos que vinculan la depresión mayor con el suicidio. Se ha calculado que el riesgo atribuible poblacional de la depresión mayor para los intentos de suicidio es del 28% (Bernal M, 2007) que a su vez constituye una causa importante de muerte prevenible a nivel mundial y es una de las 10 causas de muerte prematura en Europa (World Health Organization, 2004).

Por último, la depresión mayor genera un alto coste económico para el individuo y la sociedad y es considerado el trastorno del sistema nervioso más caro en Europa, suponiendo el 33% de los costes totales por estos trastornos (Sobocki, P., Jonsson, B., Angst, J., Rehnberg, C., 2006). La mayor parte de este coste es de tipo indirecto (debido a su impacto negativo en la productividad laboral) y de hecho representa la primera causa de jubilación prematura y absentismo laboral debido a enfermedad en muchos países europeos (Curran C., et al., 2007).

A pesar de su prevalencia y repercusiones, con demasiada frecuencia la depresión no es adecuadamente diagnosticada o tratada. El sistema sanitario es un elemento clave para reducir el impacto en la calidad de vida y mejorar el pronóstico de este trastorno, sin embargo se estima que más de la mitad de las depresiones en los países desarrollados no estarían recibiendo la atención sanitaria necesaria (Wang PS, 2007) en muchos casos por la falta de demanda asistencial de la propia persona que la padece, pero en otros por incapacidad del sistema sanitario, incluido el propio profesional sanitario, de ofrecer un abordaje adecuado de la patología. En un metaanálisis reciente que incluía estudios

sobre más de 50000 pacientes a lo largo del mundo se observó que cerca del 50% de las personas con depresión atendidas en la atención primaria no eran bien diagnosticados y estudios adicionales han mostrado que los porcentajes de tratamiento mínimamente adecuados que reciben estos pacientes con frecuencia no superan el 50% (Mitchell AJ, Vaze A, Rao S., 2009; Fernández A. et al., 2007).

b) Trastorno Depresivo Mayor: revisión de la situación en Europa

Europa es un continente muy rico y heterogéneo que incluye diferentes áreas geográficas, sociodemográficas y económicas así como varias tradiciones culturales, legales y de organización de los sistemas sanitarios, e incluso enfoques psicopatológicos (Wittchen, H.U., 2001). Dicha diversidad ha dificultado el desarrollo de una tradición epidemiológica homogénea dentro del continente y no ha sido hasta una época más reciente que ha sido posible el desarrollo de estudios comunitarios a gran escala con uso de metodologías similares. Es por ello que buena parte de los datos sobre la prevalencia de la depresión mayor en el continente proceden de estudios de menor magnitud, desarrollados fundamentalmente a nivel regional o nacional y con métodos heterogéneos que no posibilitan un análisis conjunto de los datos o la comparación entre regiones (Wittchen, H.U. and Jacobi F., 2005).

Se realizó un trabajo de revisión de la información disponible sobre la epidemiología de la depresión mayor en Europa incluyendo:

- Revisión de bases de datos de artículos científicos para identificar los estudios nacionales o regionales sobre la epidemiología de la depresión mayor en Europa y obtener una primera descripción y valoración global de la información disponible tras la lectura de los abstracts.
- A partir de la búsqueda anterior, identificación de los artículos de revisión publicados y de otros de especial relevancia o calidad, especialmente los estudios multinacionales, para su lectura completa y resumen posterior de resultados.
- Revisión de los artículos publicados dentro del proyecto ESEMeD para obtener un perfil epidemiológico detallado de la depresión mayor en los países europeos participantes en el estudio.

- Estudios nacionales o regionales (no ESEMeD):

Se revisó la base de datos Medline con el fin de realizar una primera descripción general y valoración de los estudios nacionales y regionales realizados sobre la epidemiología de la depresión mayor en Europa en los últimos 7 años (excluyendo los artículos derivados del proyecto ESEMeD). Se seleccionaron únicamente los estudios en población general adulta representativa de un país o región concreta, realizados con metodología rigurosa e instrumentos validados para el diagnóstico, que ofrecieran información sobre la prevalencia a 12 meses o vida de la depresión mayor. Se identificaron 9 estudios que cumplían aparentemente con los criterios establecidos (algunos de ellos comprendían diversas publicaciones). Se trataban en su mayoría de estudios poblacionales o mixtos clínicos y poblacionales, realizados con mayor frecuencia en un ámbito regional. La mayoría de los estudios tenían su origen en países del centro o norte de Europa, sólo 1 de estos estudios procedían del sur. Una de las principales conclusiones de este trabajo fue la dificultad aparente para establecer comparaciones entre los resultados debido a las diferencias en la metodología (cuestionario, selección y tipo de muestra, etc). Dicha revisión permitió hacer una estimación de la prevalencia a 12 meses de la depresión mayor en Europa de entre el 1% (Islandia) (Stefansson JG and Lindal E. 2009) y el 10,7% (Alemania) (Jacobi F., 2004). La estimación de otras variables de interés epidemiológico (cronicidad, comorbilidad, etc) resultó imposible por la gran variabilidad de resultados y métodos.

- Artículos de revisión y estudios multinacionales (no ESEMeD):

La revisión de la base de datos permitió identificar 4 revisiones relevantes con información sobre el perfil epidemiológico de la depresión mayor en Europa y 2 estudios multinacionales en población general adulta. A continuación se describen los principales resultados.

En una revisión publicada en 2005 por Paykel (Paykel E.S., Brugha T., Fryers T. 2005) sobre la epidemiología de la depresión en Europa, se identificaron 13 estudios, 1 de ellos multinacional y el resto con datos nacionales realizados en países del centro y norte de Europa. La prevalencia media de la depresión a 12 meses se situó en torno al 5%, con diferencias entre países de hasta el doble en los valores de prevalencia. Se describieron porcentajes de comorbilidad con otros trastornos mentales del hasta el 60% y efectos considerables en la discapacidad, más relevantes que los producidos por

muchos trastornos físicos. El grupo sociodemográfico de mayor riesgo de depresión lo formaban las mujeres, personas de edad media y aquellos en situación de menor privilegio socioeconómico. Se describió una gran variabilidad entre países en las variables relativas al uso de servicios.

En una revisión sobre la carga de enfermedad asociada a los trastornos mentales en Europa publicada por Wittchen en 2005 (Wittchen, H.U. and Jacobi F., 2005) se identificaron 24 estudios de ámbito nacional o regional y 3 multi nacionales. De ellos 12 nacionales y 2 multinacionales incluían datos sobre depresión mayor. De nuevo los países con mayor actividad procedían del centro y norte de Europa (principalmente Holanda, Reino Unido y Alemania) y no pudo encontrarse información relativa a 12 países, lo que suponía el 17% de la población europea de la época. La mayoría de los estudios habían empleado los instrumentos CIDI o SCAN. Las estimaciones de prevalencia a 12 meses de la depresión mayor oscilaron del 3,1% al 10,1% con una media cercana al 6,9%. Se detectaron grandes diferencias en los porcentajes de uso de servicios sanitarios y tipo de servicio empleado, así como porcentajes de tratamiento muy bajos, cercanos al 26% para todas las patologías mentales estudiadas. El 31% de los participantes holandeses con un trastorno mental refirieron haber utilizado algún servicio sanitario por dicho motivo.

En una revisión sistemática de la literatura publicada en 2004 (Waraich P, Goldner EM, Somers JM, Hsu L., 2004), con estudios procedentes de todo el mundo se identificaron 11 estudios con información sobre la prevalencia a un año de la depresión mayor en población general. De ellos 3 eran europeos y mostraban prevalencias de 5,8% en Holanda, 6,2% en Florencia, Italia y 7,1% en Hungría. Se realizó un estudio de heterogeneidad y el cálculo mostró una prevalencia agregada global a un año en Europa del 8%. Asia fue la región que mostró prevalencias agregadas más bajas (0,85%).

En un artículo elaborado por el consorcio ICPE con los resultados de diversos estudios realizados en 7 países del mundo, incluyendo 3 de Europa (Estudio NEMESIS de Holanda, Alemania y Turquía) (Who International Consortium in Psychiatric Epidemiology, 2002), se describieron prevalencias a 12 meses de trastornos afectivos que oscilaron entre 4.4% en Turquía y 9.6% en Alemania. La edad media de inicio de la depresión fue de 26 años. Se describieron patrones sociodemográficos heterogéneos

entre los países en su asociación con la depresión. Los estudios se realizaron con diversas versiones del instrumento CIDI y siguiendo la metodología establecida por la OMS.

Un estudio multinacional de doble fase publicado con los datos de 9 regiones europeas (Estudio ODIN) (Ayuso-Mateos, J.L., et al., 2001) mostró unas prevalencias de trastorno depresivo que oscilaron entre 2.6% para la muestra procedente de España (ciudad de Santander) a 17.1% en el Reino Unido (muestra urbana). El estudio se realizó con el instrumento GHQ (primera fase o de screening) y el SCAN (segunda fase). Las muestras fueron seleccionadas a partir del censo y de los listados de pacientes de la atención primaria. Los porcentajes de uso de servicios oscilaron entre el 72% (Noruega) y el 90% (Reino Unido). La prevalencia de depresión fue mayor en las mujeres residentes en áreas urbanas.

El estudio multinacional Depression Research in European Society (DEPRES) se realizó en muestras representativas de la población general de 6 países europeos (Bélgica, Francia, Alemania, Holanda, Reino Unido y España) empleando el módulo de depresión del instrumento Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) (Sheehan D.V., et al., 1998). La prevalencia de depresión mayor a 6 meses en la muestra fue de 6.9%, y con porcentajes que oscilaron desde 3.8% (Alemania) hasta 9.9 (Reino Unido). Un 57% de las personas con depresión habían consultado con un médico por este motivo. Los resultados de este estudio han sido cuestionados debido a ciertas deficiencias metodológicas del mismo (Lepine, J.P., Gastpar, M., Mendlewicz, J., Tylee, A., 1997).

En conclusión puede afirmarse que la información disponible es heterogénea y procede fundamentalmente de estudios realizados en el norte y centro del continente, mostrando prevalencias de la depresión a 12 meses muy variables, entre el 1% y el 10,7%, con valores medios que oscilan entre el 5 y el 8% reflejados en los artículos de revisión. Además, más allá del conocimiento sobre prevalencias y factores asociados a la depresión, la información sobre otros aspectos fundamentales para la elaboración de las políticas sanitarias como son la discapacidad, cronicidad o uso de servicios es escasa.

- Estudio ESEMeD:

El estudio ESEMeD es la principal referencia y elemento de comparación de los resultados obtenidos en este estudio. Ofrece la ventaja de una metodología homogénea, contrastada y unos resultados directamente comparables. Se revisaron las más de 70 publicaciones derivadas de este estudio para identificar los datos más relevantes sobre la epidemiología de la depresión mayor en los países europeos participantes. En las Tablas 1 a 3 se presentan algunos de principales resultados.

Tabla 1. Prevalencia del episodio depresivo mayor (EDM) en los países europeos de ESEMeD (excluido España). Asociación del episodio depresivo mayor con el género (Bromet E., et al., 2011)

	Prevalencia Vida	Prevalencia 12m	Asociación EDM y género femenino ^A
	% (DE)	% (DE)	OR (95% IC)
Alemania	9,9 (0,6)	3,0 (0,3)	1,7 (1,0-3,0)
Bélgica	14,1 (1,0)	5,0 (0,5)	1,6 (0,9-2,8)
Francia	21,0 (1,1)	5,9 (0,6)	1,7 (1,2-2,5)*
Holanda	17,9 (1,0)	4,9 (0,5)	2,3 (1,5-3,5)*
Italia	9,9 (0,5)	3,0 (0,2)	2,5 (1,6-3,8)*

^A OR de referencia 1,0 para género masculino.

* Significativo a 0,05, test bilateral.

Tabla 2. Porcentaje de uso de servicios por trastornos mentales en los países europeos de ESEMeD (excluido España) y porcentajes de tratamiento mínimamente adecuado (TMA) (Kovess-Masfety V. et al., 2007; Fernandez A., et al, 2007)

	Uso de Servicios ^A	TMA ^B
	% (IC95%)	%
Alemania	62,3 (56,6-67,7)	--
Bélgica	62,4 (56,4-67,9)	--
Francia	58,3 (53,6-62,9)	--
Holanda	71,0 (64,6-76,5)	--
Italia	37,0 (32,6-41,7)	--
Total	--	45,8 (57,4;23,3)

^A Porcentaje de uso de servicios debido a un “problema emocional o mental” a lo largo de la vida, entre las personas con un trastorno mental.

^B Porcentaje de tratamiento mínimamente adecuado (MAT) entre las personas con EDM que acuden a un servicio de salud

Tabla 3. Comorbilidad del episodio depresivo mayor con otros trastornos mentales (TM) en los países europeos de ESEMeD (datos globales) (Alonso J., et al., 2004) Comorbilidad del EDM con las condiciones médicas crónicas (CMC) en los países WMH (datos globales) (Gureje O., 2009a).

	Asociación EDM y otros TM	Asociación EDM y CMC
	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Distimia	>99,9 (>99,9->99,9)	--
Ansiedad Generalizada	33,7 (23,2-49,1)	--
Agorafobia	25,8 (14,8-45,0)	--
Fobia Específica	6,2 (4,7-8,1)	--
Dependencia alcohol	6,7 (3,1-14,3)	--
Atritis	--	1.9 (1.7-2.1)
Cefalea	--	2.8(2.5-3.1)
Asma	--	1.6(1.4-1.8)
Diabetes	--	1.4(1.2-1.6)
Enfermedad cardíaca	--	2.1(1.8-2.4)

Tal y como se puede observar, los resultados muestran una variabilidad considerable entre países en los diversos resultados epidemiológicos. Los valores de prevalencia de la depresión mayor oscilan entre 3,0% y 5,9% para la prevalencia a 12 meses y 9,9% y 21% para la prevalencia vida.

c) Trastorno Depresivo Mayor: información disponible en España

Los primeros estudios de doble fase se realizaron mayoritariamente en regiones del norte del país, incluyendo Cantabria (Vazquez-Barquero J.L., et al. 1987), Cataluña (Herrera R., Autonell J., Spagnolo E., Gispert R., 1990) o Navarra (Vázquez-Barquero JL, Muñoz, PE, Madoz Jáuregui, V.,1982) y mostraron prevalencias puntuales de trastornos mentales cercanas al 15% (variables según género) así como perfiles de menor riesgo de trastorno mental entre las personas solteras, de edad media (30-44 años), trabajadoras y de alto nivel educativo (Vázquez-Barquero JL, Peña C, Díez Manrique JF, Liaño Rincón A, 1991). Un estudio de doble fase posterior realizado sobre población general de Formentera, mostró prevalencias de depresión del 1.6% (Roca M.,

et al., 1999) y otro estudio más reciente con metodología similar desarrollado en Granada mostró prevalencias puntuales de episodio depresivo del 1,22% (Martín Perez C., et al., 2003)

Los resultados procedentes de estudios basados en entrevistas estructuradas CIDI o DIS mostraron una diversidad de resultados que se corresponden con la heterogeneidad de las muestras. Así por ejemplo se registraron prevalencias de depresión a 12 meses del 17.3% en mujeres del barrio de Txantrea (Pamplona) (Arillo A., Aguinaga I., Guillén F., 1998) o del 35% para los trastornos mentales no relacionados con sustancias en población sin techo de Madrid (Vázquez, C., Muñoz, M., Sanz, J., 1997). Un estudio más reciente sobre una muestra representativa de la población general de Andalucía realizado con metodología de doble fase y el instrumento CIS mostró una prevalencia anual de “trastornos depresivos” del 12,9% (Gomemann S.I., 2002).

El número de estudios realizados en muestras representativas de la población general española son muy escasos. También lo son los estudios multinacionales en los que ha participado España. El estudio multinacional ODIN se desarrolló en 9 regiones europeas siguiendo la metodología de doble fase con el instrumento SCAN (Ayuso-Mateos, J.L., et al., 2001). La muestra española procedía de Santander. Los resultados mostraron prevalencias de depresión mayor del 2.6%, inferior al resto de países. Resultados adicionales mostraron un 65% de uso de servicios, entre personas con depresión. El estudio multinacional DEPRES (Lepine, J.P., Gastpar, M., Mendlewicz, J., Tylee, A., 1997) se realizó sobre muestras representativas de la población general de 6 países. Se usó el módulo de depresión del cuestionario MINI, y se detectaron prevalencias de depresión a 6 meses del 6.2% en España, menores en comparación con la media del estudio. Este estudio fue muy cuestionado debido a la metodología empleada (sustitución de las personas que rechazaron la participación). En 2004 se realizó un estudio multinacional SHARE, realizado sobre muestras representativas de la población general mayor de 50 años de 11 países (Castro-Costa E., et al., 2007). Se empleó el instrumento EURO-D (Prince M.J., et al., 1999) y los resultados mostraron una prevalencia en España de 36%, la más alta de todos los países estudiados (Ploubidis G.B., et al., 2009). Por otro lado, en 2010 se publicó un estudio con datos procedentes de la Encuesta Nacional de Salud Española de 2006 sobre una muestra representativa de la población general española (Ricci-Cabello I, Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J,

Montero-Piñar I., 2010). La entrevista incluye el instrumento GHQ12 que permite obtener una estimación del malestar o distrés psicológico poblacional, pero no es válido para el diagnóstico de depresión. Se obtuvieron prevalencias de distrés psicológico del 20.1% en la población general. El 71,6% de las personas con distrés no usaron ningún tipo de medicación psicoactiva.

En resumen, la información disponible sobre la prevalencia de la depresión procede de estudios que son de calidad variable, realizados en su mayoría en muestras pequeñas y no representativas de la población general. Los resultados obtenidos son muy heterogéneos y no permiten tener una estimación fiable de los datos de prevalencia en nuestro país. Por otro lado, la participación de nuestro país en estudios multinacionales ha sido muy pobre y en general esta no es una buena fuente de información complementaria. No se ha encontrado apenas información sobre la carga de enfermedad y la disponible sobre uso de servicios es claramente insuficiente.

Tabla 4: Principales estudios epidemiológicos de los trastornos mentales en España, resumen de resultados e información relevante.

Referencia	Año	Instrumento	Muestra	Resultados
Vázquez-Barquero JL., 1982; Vázquez-Barquero JL., 1981	1982	Doble Fase GHQ-60; CIS	Regional: Navarra Población General >15 años	Prev. de “neurosis” del 8,5% en hombres y del 21,4% en mujeres de zonas urbanas. Menor prevalencia en zonas rurales. Prevalencia de “neurosis” entre aquellos con trastornos físicos del 33,1% en mujeres y del 15,6% en hombres.
Vázquez-Barquero JL., 1987	1987	Doble Fase. GHQ 60; PSE	Regional: Cantabria. Población General	Prev. de “trastornos mentales” de 14.7% (Mujeres 20.6% y Hombres 8.1%)
Herrera R., 1990	1990	Doble Fase GHQ-60; PSE	Regional: Cataluña	Prev. puntual trastornos mentales 14,2%
Seva A, 1992	1992	Doble Fase GHQ-28; CIS	Regional: Zaragoza	Prev. puntual trastornos mentales 11.8%
Villaverde ML, 1993	1993	Doble Fase GHQ-28; CIS	Regional: Tenerife	Prev. puntual trastornos mentales 17,2%
de Santiago A, 1993	1993	GHQ	Regional: Cantabria. Población General	Prev. de “probable trastorno mental”: 26.4%
Ortega MA, 1995	1995	Doble Fase GHQ-28; CIS	Regional: La Rioja	Prev. puntual trastornos mentales 12,4%
Vázquez C., 1997	1997	CIDI	Regional: Madrid Población: sin techo.	Prev. de “trastornos mentales no relacionados con el consumo de sustancias” 35%
Lepine JP, 1997 Estudio DEPRES	1997	MINI	Estudio Multinacional: Población representativa de 6 países europeos.	Prev. 6 meses de depresión 6,2%
Arillo Crespo A, 1998	1998	DIS	Regional: Barrio Txantrea de Pamplona Población: Mujeres 18-70 años	Prev. 12 meses de depresión: 17.3%
Roca M., 1999	1999	Doble Fase: GHQ 28; SCAN	Regional: Formentera Población general	Prev. de depresión 1,6%
Ayuso-Mateos, J.L., 2001 Estudio ODIN	2001	Doble Fase: BDI; SCAN	Estudio Multinacional: Población de 6 regiones europeas. Cantabria en España	Prev. de la depresión 2,6%
Ohayon MM., 2002	2002	Entrev. Telefónica Sleep-EVAL	Multipaís: Población general de 3 países europeos (RU, España, Portugal) Población General <15 años (muestra representativa)	Prev. puntual de trastorno depresivo sin síntomas psicóticos del 2%
Gornemann SI, 2002	2002	Doble Fase GHQ-12; CIDI	Regional: Andalucía Población General	Prev. anual de “Trastornos depresivos” 12,9%
Martín Perez C., 2003	2003	Doble fase GHQ28; CIS	Regional: Granada Población general	Prev. puntual episodio depresivo 1,22%
Muntaner C., 2003	2003	GHQ incluido en la Encuesta de Salud de Barcelona	Regional: Ciudad de Barcelona Población general (muestra representativa)	Prev. de estrés psicológico del 15% en mujeres y 8,9% en hombres.
Vázquez FL., 2008	2008	Muñoz’s Mood Screener	Regional: Galicia Población: Universitarios	Prev. de episodio depresivo mayor 8,7%
Ploubidis GB., 2009	2009	EURO-D	Multipaís: 11 países europeos Población > 50 años (muestra representativa)	Prev. de depresión 36%
Ricci-Cabello I., 2010	2010	GHQ12 incluido en la Encuesta Nacional de Salud 2006	Nacional Población general española (muestra representativa)	Prev. de estrés psicológico del 20.1% ; De ellos el 71% no usaron psicofármacos.

2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO:

La depresión mayor puede ser tratada con éxito en un porcentaje considerable de los casos y prevenida hasta en el 22% con técnicas psicoterapéuticas (Cuijpers P., et al., 2008). A pesar de ello hoy en día es el trastorno mental más frecuente y genera un gran impacto económico y social. Además su prevalencia podría estar incrementándose (Cross-National Collaborative Group. 1992; Fombonne E., 1994). Es, por tanto, uno de los retos de nuestras políticas de salud y requiere un abordaje específico e intensivo que debería basarse en información fiable y de calidad sobre la magnitud, determinantes y consecuencias del trastorno.

La epidemiología psiquiátrica es una ciencia relativamente joven cuyo desarrollo ha sido menor que en otros ámbitos de la medicina. No obstante ha demostrado ser un instrumento de gran ayuda para mejorar el conocimiento y abordaje terapéutico y preventivo de la enfermedad mental en las poblaciones. A pesar de su avance y expansión internacional en las últimas décadas su desarrollo ha sido modesto en España, uno de los países más grandes del sur de Europa. Tal y como se ha reflejado en la introducción de este trabajo, los estudios realizados en nuestro país han escasos, de pequeño tamaño, metodología diversa y de rigor científico insuficiente en muchas ocasiones. Por ello la información disponible sobre la epidemiología de la depresión en España es escasa, heterogénea y no representativa del conjunto de la población. Dicha situación ha limitado la posibilidad de dar una aplicación práctica a la información existente o de compararla con otros países a fin de detectar aspectos diferenciales que pudieran requerir un estudio o abordaje específico. Como consecuencia de todo ello puede decirse que se desconoce cuál es la prevalencia del episodio depresivo mayor en la población general de nuestro país y más allá de este dato la falta de información es más pronunciada en lo relativo a la carga de enfermedad y el grado en el que los servicios de salud la atienden (Haro J.M, et al., 2003).

Ante la insuficiente información propia sobre la epidemiología de la depresión mayor en nuestro país, la extrapolación de la información procedente de los países del entorno ha sido una práctica frecuente para resolver las necesidades de planificación de servicios y elaboración de políticas de salud. De este modo, aspectos como los perfiles de riesgo,

necesidades no cubiertas o porcentajes de cronicidad, comorbilidad, gravedad o discapacidad han sido adoptadas de estudios comunitarios realizados en regiones próximas, fundamentalmente del centro o norte de Europa o bien de estudios sobre población clínica de nuestro país (que no es representativa del conjunto de depresivos). La extrapolación de la información de otros países supone una alternativa razonable en ausencia de otras fuentes de información sin embargo presenta limitaciones importantes y puede ser problemática en el caso de que la población sobre la que se han obtenido los resultados no sea representativa de la población sobre la que se aplicarán. Dicho enfoque, por tanto, podría dar lugar a errores en las estimaciones con posible repercusión en las decisiones sanitarias.

La epidemiología internacional ha reflejado la existencia de grandes diferencias en los perfiles epidemiológicos de los trastornos mentales entre países y de forma muy particular en el caso de la depresión mayor. Tal y como se ha explicado anteriormente se desconocen las causas de estas diferencias y se cree que podrían deberse a una combinación de factores entre los que cabe destacar los determinantes sociales por su gran variabilidad internacional y potencial impacto específico en el caso de nuestro país. La llamada Paradoja Latina o ventaja de salud latina se basa en la hipótesis de que ciertos elementos diferenciales de la cultura latina podrían tener un efecto protector de la salud (física y mental) que explicarían los mejores resultados en salud que presentan las comunidades latinas a pesar de sus peores indicadores socioeconómicos. Cabría pensar, por tanto, que esta especificidad podría ser también aplicable a España, un país de cultura latina mediterránea.

De hecho existen ciertos indicios de que, efectivamente, el perfil epidemiológico de la depresión en España podría ser diferente al de otros países europeos o de cultura occidental. Algunos de estos indicios podrían tener un vínculo directo con la cultura latina de nuestro país, otros son de naturaleza diferente. A continuación se enumeran algunos de ellos:

Los registros de mortalidad muestran unas menores tasas de suicidio en el sur de Europa y estudios comparativos recientes sugieren que la prevalencia de la depresión mayor podría ser menor en esta región del continente (Ayuso-Mateos, J.L., et al., 2001; Health and Consumer Protection Directorate-General, 2004; World Health Organization, 2003b).

El rol de la mujer en la cultura latina presenta características diferenciales respecto a los países del centro y norte de Europa y se cree que dicho factor podría facilitar el desarrollo de patología psicoafectiva en las mujeres latinas. El riesgo se ha atribuido al contexto social contemporáneo que promueve la incorporación de la mujer al mercado laboral sin renunciar a sus responsabilidades familiares tradicionales, situación que supone una sobrecarga y favorece la aparición de conflictos entre los roles tradicionales y actuales en la mujer (Artazcoz, L., et al., 2004a y 2004b). De hecho, estudios previos en Italia (otro país de cultura latina mediterránea) muestran ratios hombre/mujer de depresión claramente por encima de la media mundial (de Girolamo G., et al., 2006).

A pesar de la menor prevalencia de ciertos trastornos mentales registrada en las poblaciones de cultura latina, se ha descrito una mayor persistencia o cronicidad de los trastornos en dichas poblaciones en comparación con otros grupos poblacionales de referencia. Dichas diferencias parecen relacionarse con factores independientes de los asociados a la prevalencia, incluyendo el nivel de acceso al tratamiento o la calidad de este (Miranda, J., et al., 2003).

España ha sido testigo en las últimas décadas de un proceso de rápida modernización y desarrollo económico. Dichos procesos se han asociado a cambios en las dinámicas sociales con pérdida de los referentes tradicionales y merma de la cohesión social que a su vez se han asociado a incrementos de la psicopatología en ciertos grupos sociales vulnerables. Se desconoce el impacto de este proceso en la salud mental poblacional de nuestro país si bien se ha argumentado que el incremento de las tasas de suicidio experimentado en España en las décadas previas (a diferencia de la UE27, en la que han disminuido) podría ser un reflejo del mismo. Existen referencias de procesos similares en algunos países de América Latina (Vicente B., et al., 2004).

A pesar de las similitudes existentes entre el Sistema Nacional de Salud español y el de muchos países del entorno europeo en lo relativo a la gratuidad y acceso universal, se han descrito elementos diferenciales de gran importancia y posible impacto en la utilización de los servicios, que incluyen: menor gasto en salud mental (alrededor del 5% del total del presupuesto en salud, uno de los más bajos de la UE-25) (Salvador-Carulla L. et al., 2006 y 2010; Salvador-Carulla L., Montero I., 2008), menor disponibilidad de profesionales de la salud mental (Observatorio de Salud Mental de la AEN., 2007), menor protagonismo de la atención primaria en el tratamiento de la depresión mayor con porcentajes de derivación a la atención especializada más altos que

en otros países europeos (Kovess-Masfety V., et al., 2007). Dichos factores podrían condicionar un menor uso de los servicios sanitarios por depresión en nuestro país, que de hecho ya ha sido sugerido en un estudio previo (McCracken C., et al., 2006).

Puede decirse por tanto que existen diversos indicios que sugieren una posible especificidad del perfil epidemiológico de la depresión en nuestro país o que al menos invitan a investigarlo y se añaden a la ya conocida variabilidad internacional del trastorno. Cabe esperar en estas condiciones que la simple extrapolación de resultados de los países del entorno pueda dar lugar a inexactitudes en las estimaciones y su aplicación en la toma de decisiones sanitarias. La planificación de servicios y elaboración de programas preventivos eficaces requiere de información epidemiológica clara, específica y concisa por lo que resulta necesario mejorar la información disponible sobre la depresión mayor en España, en concreto su prevalencia, grupos de riesgo, carga asociada y uso de recursos. Dicha información permitirá estar en mejores condiciones para hacer frente a uno de los problemas de salud pública de más relevancia en nuestro entorno.

3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO E HIPÓTESIS DE TRABAJO

3.1 Objetivos

a) Objetivos generales

- Ampliar el conocimiento sobre la epidemiología del episodio depresivo mayor (EDM) en la población general española, su magnitud, impacto y factores asociados.
- Mejorar el conocimiento sobre la utilización de servicios por el episodio depresivo mayor en España y el tratamiento recibido por este motivo.

b) Objetivos específicos

- Estimar la prevalencia año del EDM en la población general española, su edad de inicio, severidad, cronicidad y el grado de disfunción asociada.
- Analizar la asociación del EDM con las principales variables sociodemográficas (edad, género, nivel educativo, ingresos, situación laboral, situación de convivencia, lugar de residencia), otros trastornos mentales y enfermedades médicas crónicas.
- Estimar el porcentaje de uso de servicios entre las personas con EDM en la población general española, el tipo de tratamiento que realizan, así como el porcentaje de tratamiento mínimamente adecuado que reciben.
- Analizar la asociación entre el uso de servicios por del EDM con los principales determinantes socio demográficos.
- Analizar las diferencias y similitudes encontradas entre estos resultados y los obtenidos en estudios previos realizados en el resto de Europa.

3.2. Hipótesis de Trabajo

- El episodio depresivo mayor podría tener una alta prevalencia en España, si bien ésta sería menor que en otros países del centro y del norte de Europa.
- Dicho trastorno se asociaría a unos altos niveles de discapacidad y sería con frecuencia crónico.
- El episodio depresivo mayor en España podría presentar características diferenciales en su asociación con las variables socioeconómicas y sociodemográficas, respecto a lo

reflejado tradicionalmente en la literatura de origen anglosajón o centroeuropeo. En especial cabría esperar encontrar diferencias en la distribución por género, con un mayor ratio hombre/mujer.

- A pesar del acceso universal y gratuito a la sanidad en España, la utilización de servicios por parte de aquellos con episodio depresivo mayor podría ser bajo y menor que el observado en otros países de nuestro entorno.

- El perfil epidemiológico de la depresión mayor en España podría mostrar ciertas similitudes con el de países con afinidad sociocultural, como el sur de Europa.

4. MATERIALES Y MÉTODO

El estudio que se describe a continuación se basa en el análisis de los datos procedentes del estudio “multipropósito” ESEMED (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders), desarrollado en 6 países europeos y que forma parte de un proyecto más amplio, el Encuestas de Salud Mental (nombre original en inglés, World Mental Health Survey, WMHS) de la OMS, que incluye actualmente 28 países del mundo. La metodología general empleada en el proyecto WMHS ha sido descrita en detalle en diversas publicaciones. A continuación se expondrán los aspectos más relevantes de la metodología del estudio ESEMED-España.

4.1 Diseño:

Estudio observacional, transversal, realizado mediante entrevista domiciliar basada en un cuestionario.

4.2 Sujetos de estudio y metodología de muestreo:

Población mayor de 18 años seleccionados de forma aleatoria a través del censo electoral (censo de residentes de 2000). La población institucionalizada fue excluida del estudio y por tanto los residentes en prisiones, hoteles, centros sanitarios y socio sanitarios, entre otras instituciones.

La selección de la muestra se realizó en 4 etapas sucesivas. Para asegurar la representatividad de la muestra respecto a la población general adulta no institucionalizada, se realizó una estratificación por comunidad autónoma y tipo de municipio (menos de 10.000 habitantes, de 10.001 a 50.000, de 50.001 a 250.000 y mayores de 250.000 habitantes). Se definieron un total de 68 *estratos*, cuatro por cada comunidad autónoma y se seleccionó un número de *secciones censales* proporcional al tamaño de cada estrato hasta llegar a un total de 750. En cada sección censal se seleccionaron un total de 9 *hogares* y en cada hogar 1 *individuo*. Para elaborar el listado de los domicilios en cada sección se recorrieron todas las direcciones de la misma. La selección de los hogares se realizó a través de un muestreo aleatorio sistematizado. A su vez se elaboró una lista de los mayores de edad residentes en cada domicilio y de forma

aleatoria se seleccionó entre ellos al adulto al que se le propondría participar. En el caso de que la persona seleccionada en un domicilio rechazara participar, el entrevistador podía seleccionar otro domicilio. En el caso de que el segundo domicilio también declinara la participación se permitía la selección de dos nuevos domicilios, y así sucesivamente hasta llegar al máximo de nueve.

La muestra final fue de 5.473 individuos. La Tabla 1 muestra una descripción de las principales características sociodemográficas de la muestra. Se obtuvo una tasa de respuesta del 78,6%, la más elevada de los 6 países estudiados. A fin de asegurar que cada individuo tuviera una probabilidad conocida de ser seleccionado no se permitió la sustitución de no respondedores. La participación de las personas ausentes temporalmente de su domicilio se aceptó siempre y cuando regresaran al domicilio a lo largo del periodo estimado para la realización del trabajo de campo.

Tabla 5: Características sociodemográficas de los participantes en el estudio ESEMeD-España

	N	% ^A	SE
Grupo de Edad			
18-34	1567	34,3	0,8
35-49	1431	25,7	0,6
50-64	1024	19,4	0,5
65 o más	1451	20,6	0,5
Sexo			
Hombres	2421	47,8	0,7
Mujeres	3052	52,2	0,7
Nivel Educativo			
Bajo	1545	25,8	0,8
Medio bajo	1747	31,7	0,6
Medio alto	960	19,2	0,7
Alto	1221	23,3	1,1
Estado Civil			
Casado, viviendo en pareja	3674	65,3	0,7
Casado anteriormente	722	9,0	0,4
Nunca casado	1077	25,7	0,7
Lugar DE Residencia			
>100000 hab	2062	39,3	3,2
10000–100000 hab	2000	35,1	2,7
<10000 hab	1411	25,6	2,5
Empleo			
Trabajando	2,582	50,1	0,9
Estudiante	213	5,9	0,4
Ama de casa	922	16,2	0,7

Retirado	1,321	19,2	0,5
Otros ^B	435	8,6	0,5
Nivel de Ingresos			
Bajo	769	17,3	0,8
Medio bajo	1,734	32,8	0,8
Medio alto	1,952	34,2	0,8
Alto	1,018	15,8	0,6
TOTAL	5473	100	

^A Datos ponderados

^B Desempleado o incapacitado para trabajar

4.3 Instrumento de recogida de datos y procedimiento de la entrevista:

El instrumento de recogida de datos empleado fue el Composite Internacional Diagnostic Interview 3.0 (CIDI 3.0), una entrevista diagnóstica estructurada desarrollada por iniciativa del proyecto Encuestas de Salud Mental (WMHS, siglas en inglés) de la OMS para su uso por parte de entrevistadores legos en psiquiatría debidamente formados (Kessler R.C. and Üstün T.B., 2004). Dicho instrumento permite la obtención de diagnósticos de los trastornos mentales según las clasificaciones DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) e ICD-10 (World Health Organization, 1993) por medio del análisis de los datos obtenidos con algoritmos informatizados. Recoge información sobre presencia, persistencia e intensidad de diversos grupos de síntomas psiquiátricos, junto a evidencias sobre la edad de inicio y evolución a lo largo de la vida. Los trastornos evaluados son: trastornos afectivos (depresión mayor y distimia), trastornos de ansiedad (fobia social, fobia específica, ansiedad generalizada, trastorno de pánico con o sin agorafobia, trastorno por estrés postraumático) y trastornos por uso de alcohol (dependencia al alcohol, abuso de alcohol). Se evaluó también la presencia de trastorno obsesivo compulsivo, trastorno alimentario, uso de drogas, ciertos trastornos mentales de la infancia y trastornos psicóticos, pero sólo en una pequeña submuestra por lo que esta información no está disponible para nuestro país. La versión 3.0 de la CIDI además incluye diversas escalas y métodos validados para medir la severidad, discapacidad y la calidad de vida relacionada con la salud, así como baterías adicionales de preguntas sobre la conducta suicida, presencia de condiciones médicas crónicas, diversos factores de riesgo conocidos (edad, género, nivel educativo, ingresos, religión, origen étnico, historia familiar, acontecimientos vitales estresantes, relaciones conyugales, vida sexual), utilización de servicios, o tratamientos realizados

(Tablas 6 y 7). También incluye un conjunto de criterios para la exclusión de los trastornos mentales orgánicos (debidos a una condición médica general, un fármaco o droga).

La entrevista está dividida en dos partes, lo que permite optimizar el tiempo de administración. La primera parte incluye un módulo general con preguntas de cribado de los trastornos ansiosos y depresivos más frecuentes y las variables relacionadas con el suicidio. Todos los individuos completaron esta primera parte. Aquellos que superaron un cierto número de criterios diagnósticos para los trastornos estudiados y una submuestra aleatoria del 25% restante completaron también la segunda parte de la entrevista, que incluye una evaluación diagnóstica en profundidad, y recoge el resto de información descrita incluyendo los factores de riesgo, trastornos físicos crónicos, etc. Un total de 2121 participantes en este estudio completaron la segunda parte de la entrevista.

Para facilitar su administración, la CIDI 3.0 fue informatizada (CAPI o computer assisted personal interview) por medio del programa informático Blaise12.

Tabla 6: Principales escalas estandarizadas incluidas en la CIDI 3.0

Ámbitos	Sección	Escala
Trastorno del estado de ánimo	Depresión	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</i>
Trastorno de ansiedad	Trastorno de angustia	<i>Panic Disorder Severity Scale (PDSS)</i> <i>Sheehan Disability Scale</i>
	Trastorno de ansiedad generalizada	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</i>
Otros	Síntomas de ansiedad y somáticos inespecíficos	<i>Schedule of Fatigue and Anergia (SOFA)</i> <i>inespecíficos Non-Specific Distress Scale (NSD)</i> <i>Dissociative Experience Scales-Short Form (DES)</i>
	Estado de salud: Discapacidad, Calidad de Vida..	<i>WHO Disablement Assessment Schedule II (WHODAS-II)</i> <i>EuroQol (EQ-5D)</i> <i>Health Survey Short Form 12 (SF-12)</i>
	Carga familiar	Preguntas adaptadas del <i>General Household Survey</i> (Gran Bretaña)
	Relación pareja	<i>Dyadic Adjustment Scale (DAS)</i> (tres subescalas)
	Infancia	<i>Family History Research Diagnostic Criteria Interview (RDC)</i>

Tabla 7: Secciones del instrumento CIDI 3.0 y nº de ítems por sección

Screening		Trastorno Oposicionista Desafiante (2)	68
51		Trastorno de Ansiedad por Separación (1)	111
Secciones Diagnósticas *		Otras Secciones	
Depresión (1)	232	Información del Domicilio	4
Distimia Screening (1)	86	Uso de Servicios	277
Trastorno de Pánico (1)	165	Funcionamiento 30-días (WHO-DAS) (2)	59
Fobia Específica (1)	163	Síntomas-30 días (NSD) (2)	26
Fobia social (1)	120	Condiciones Crónicas (2)	184
Agorafobia (1)	110	Datos demográficos	108
Trastorno de Ansiedad Generalizada (1)	185	Empleo	60
Trastorno por Estrés Postraumático (2)	813	Empleo del Cónyuge (1)	23
Uso de Sustancias	386	Finanzas	14
Trastorno Obsesivo Compulsivo (2)	155	Estado de Salud	6
Trastornos Alimentarios (2)	86	Matrimonio	86
Síndrome Premenstrual (2)	72	Personalidad, parte 1 (2)	55
Psicosis Screening (2)	21	Personalidad, parte 2 (2)	20
Conducta Suicida	40	Farmacología	191
Carga Familiar (2)	87	Información del Domicilio	4
Trastorno de Personalidad Screening (2)	34	Uso de Servicios	277
Trastornos Infantiles (2)	46	Funcionamiento 30-días (WHO-DAS) (2)	59
Infancia	211		
TDHA (2)	147		
Trastorno de Conducta (2)	67	NÚMERO TOTAL DE ÍTEMS	4378

* Por orden de aparición en el cuestionario

(1) Administrado sólo a los participantes con Screening Positivo;

(2) Administrado a una selección Randomizada de los participantes que cumplieron determinados criterios. En el resto de los casos administrado a todos los participantes,

a) Descripción de las principales variables de interés recogidas en la CIDI:

- *Uso de servicios y tratamiento recibido. Tratamiento mínimamente adecuado:*

Todos los participantes fueron interrogados sobre el uso de servicios para “sus emociones o problemas de salud mental” en los 12 meses previos a la entrevista y, en

caso afirmativo, se les pidió que seleccionaran de una lista el tipo de servicio al que había acudido: psiquiatras, psicólogos, médicos generales, otros médicos o profesionales de la salud, servicios “humanísticos” (tratamiento ambulatorio con un trabajador social, consejero religioso, espiritual o de algún otro tipo en un ámbito diferente al de la atención especializada en salud mental) y sector de medicina alternativa o complementaria (tratamiento ambulatorio con otro tipo de sanador, participación en grupos de apoyo por internet o en grupos de autoayuda). Los psiquiatras y psicólogos fueron incluidos en la categoría “sector especializado en salud mental”, los médicos generales, otros médicos u otros profesionales de la salud en la categoría de “medicina general”. Ambas categorías constituyen el “sector de atención sanitaria”. Se interrogó también sobre la duración e intensidad de las visitas realizadas.

Se registró el tipo de tratamiento recibido por parte de las personas que habían sido atendidas en el sector de atención sanitaria (nombre de la medicación y dosis). Se definió *tratamiento farmacológico* como aquel tratamiento psicotrópico prescrito por un médico u otro profesional de la salud en los últimos 12 meses. Se definió *psicoterapia* como haber recibido más de una sesión de asesoramiento psicológico o una terapia con un profesional de la salud mental (psiquiatra o psicólogo) de duración igual a o mayor de 15 minutos en los últimos 12 meses. Los individuos que no recibieron fármacos ni psicoterapia según los criterios anteriores se incluyeron en el grupo de no terapia activa. Las preguntas sobre los fármacos utilizados habían sido incluidas en la sección diagnóstica de cada trastorno específico. Una sección adicional contenía 191 ítems con información complementaria, incluyendo las características del consumo, el profesional sanitario que había realizado la prescripción, los motivos de discontinuidad del consumo, etc.

Se definió *tratamiento mínimamente adecuado (TMA)* como haber recibido antidepresivos durante al menos 2 meses junto con un mínimo de 4 visitas con un médico u otro profesional de la salud, o un mínimo de 8 sesiones con un psicólogo o psiquiatra de duración mínima de 15 minutos. El tratamiento recibido en los servicios “humanísticos” y de medicina alternativa o complementaria no se consideró como TMA, debido a la falta de evidencia sobre su eficacia en la depresión mayor. La elaboración de la definición de TMA se basó en la revisión de los criterios reflejados en

las guías de manejo clínico de la depresión y el consenso posterior de los investigadores (Fernández A., et al., 2007).

- *Discapacidad y calidad de vida relacionada con la salud:*

La CIDI incluye diversos instrumentos para calcular la discapacidad y calidad de vida relacionada con la salud, en concreto: el World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHODAS II) (Von Korff M., et al., 2008), el Short Form SF-12 Health Survey (SF-12) (Ware J., Kosinski M., Keller S.D., 1996), and the Euro-Qol 5D (EQ-5D) (Brooks R, Rabin R, de Charro F., 2003).

Los datos relativos a la discapacidad asociada a la depresión en España y/o a las condiciones médicas crónicas se calcularon en base a los resultados del WHODAS II. Dicho instrumento se administró únicamente a las personas que habían presentado alguna discapacidad en la parte 2 de la entrevista (aquellos cuyas respuestas a las preguntas 2-8 del SF-12 no indicaron un estado óptimo de salud) y a un 10% aleatorio del resto de participantes.

El WHODAS II evalúa la discapacidad en 6 áreas del funcionamiento (relaciones sociales, autocuidado, movilidad, cognición, actividades diarias, participación en sociedad) e interroga sobre su presencia en los últimos 30 días. La escala permite también obtener un índice global de discapacidad que resulta de la agregación de dominios. En el análisis de discapacidad asociada a la comorbilidad de la depresión con las condiciones médicas crónicas discapacidad se definió como una puntuación igual o superior al percentil 90 de la distribución del índice global de discapacidad.

- *Condiciones Médicas Crónicas:*

La evaluación de las condiciones médicas crónicas (CMC) fue autorreferida y en base a un listado estándar de trastornos crónicos incluido en la CIDI. Dicho listado es una versión ampliada de otro elaborado para la encuesta norteamericana US National Health Interview Survey 2000 (Schoenborn C.A., Adams P.F., Schiller J.S., 2003).

En este estudio se evaluaron 6 grupos de trastornos: Trastornos cardiovasculares, cáncer, diabetes, trastornos crónicos por dolor y trastornos respiratorios. Para ciertos

trastornos, incluyendo los trastornos por dolor, el infarto de miocardio y los accidentes cerebrovasculares se preguntó directamente si el entrevistado los había padecido en alguna ocasión (tanto en los últimos 12 meses como en cualquier momento de su vida). Para el resto de condiciones se preguntó si había sido informado alguna vez por un médico o profesional de la salud de que las padecía y se pidió al entrevistado que confirmara su presencia en los últimos 12 meses. Los análisis realizados en este estudio se centran en la patología médica presente en los últimos 12 meses.

Debido a que la evaluación de las condiciones médicas crónicas se realizó en la segunda parte de la entrevista, la información sobre este aspecto sólo está disponible sobre la muestra de personas que completaron este apartado (n=2121)

- *Gravedad del episodio depresivo:*

Se emplearon diversas metodologías para evaluar la gravedad de los trastornos mentales. En este estudio, la gravedad del episodio depresivo se determinó en base a un análisis posterior de la información recogida y siguiendo unos criterios que se acordaron por consenso del equipo de investigación. Se consideró que un episodio depresivo era grave si se cumplía alguno de siguientes criterios: 1) Tentativa de suicidio en el último año, 2) Dependencia al alcohol con síndrome de dependencia, 3) Disfunción severa (puntuación entre 8 y 10) en un mínimo de 2 áreas de la versión adaptada por WMH de la Sheehan Disability Scales (Sheehan, D.V., Harnett-Sheehan, K., Raj, B.A., 1996). Los casos no definidos como severos fueron considerados moderados si presentaban una disfunción moderada (puntuación mayor de 4) en un área del SDS o si tenían algún trastorno por consumo de alcohol sin criterios de dependencia fisiológica. El resto de episodios se consideraron leves.

- *Ideas, planes e intentos de suicidio:*

La CIDI evalúa la presencia de ideas, planes e intentos de suicidio en la primera parte de la entrevista. Para ello se emplean las siguientes preguntas: «¿Ha pensado alguna vez seriamente en suicidarse?», «¿Ha realizado alguna vez un plan para suicidarse? » y «¿Ha intentado alguna vez suicidarse?». Se recoge también la presencia de cada una de las variables a lo largo de la vida y la edad en la que aparecieron por primera vez.

b) Adaptación cultural de la CIDI para su uso en España:

A fin de conseguir una versión de la CIDI equiparable conceptual y transculturalmente a la versión original en inglés, se procedió a su traducción y adaptación cultural. Para ello se siguieron de forma estricta las recomendaciones de la OMS para la traducción y adaptación de instrumentos. Se creó un panel de expertos de origen español y latinoamericano, entre los cuales había varios miembros del comité editorial de la CIDI, que coordinaron y supervisaron el trabajo. El proceso permitió identificar las palabras o expresiones que podían presentar dificultades o problemas de equivalencia entre los diferentes países castellanoparlantes y se prepararon versiones alternativas para su uso en distintos países. Tras la finalización de la adaptación se realizó una prueba piloto del cuestionario para detectar posibles problemas o errores en la informatización.

4.4 Trabajo de Campo

El trabajo de campo fue realizado por una empresa comercial de encuestas poblacionales (IPSOS Euroconsulting), bajo la supervisión del equipo investigador. La empresa contaba con amplia experiencia en este tipo de trabajo y suficientes recursos técnicos y humanos para llevarlo a cabo (fueron necesarios más de 80 entrevistadores experimentados, gran número de ordenadores, además de otro material técnico).

Los entrevistadores eran legos en psiquiatría y recibieron formación específica durante 3 días por formadores acreditados por la OMS. Dicha formación permitió a los entrevistadores conocer con detalle el instrumento diagnóstico y los procedimientos necesarios para la realización del trabajo de campo.

Las entrevistas se realizaron en el domicilio de los participantes. Estos recibieron un incentivo económico de 12 euros. La recogida de datos se llevó a cabo durante 12 meses, finalizando en Noviembre de 2002.

a) Control de calidad del trabajo de campo

Para asegurar la calidad y fiabilidad de los datos se implementó un estricto control de calidad incluyendo:

- Supervisión de la muestra liberada y de las rutas de campo para confirmar la correcta selección aleatoria de los domicilios.
- Revisión de las hojas de ruta para confirmar que se intentaron al menos 10 contactos en persona con el domicilio antes de establecer un rechazo.
- Contacto telefónico con un 10% de los entrevistados para estudiar la fiabilidad de las respuestas y asegurar que la entrevista se realizó según los procedimientos establecidos.
- Revisión informática de las respuestas para la detección de posibles inconsistencias.
- Revisión clínica de los cuestionarios (interpretación de las preguntas abiertas y notas introducidas por los entrevistadores) y análisis de las entrevistas para detectar posibles datos incompletos o incongruencias, que se corrigieron recontactando con la persona.

4.5 Estudio de Reentrevista clínica

Tras la realización de las entrevistas una submuestra de los participantes españoles fue reentrevistada con el objetivo de evaluar la concordancia entre los diagnósticos CIDI y los obtenidos a través de la entrevista clínica SCID (Structured Clinical Interview del DSM-IV) (First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW., 2002) realizada por profesionales clínicos.

Los participantes en el estudio de reentrevista fueron seleccionados de forma aleatoria entre aquellos que habían presentado uno de los trastornos psiquiátricos con la CIDI y aquellos sin diagnóstico, hasta llegar a un total de 137. Las entrevistas fueron realizadas por psiquiatras con formación específica en la entrevista SCID. Dicho estudio también se realizó en Francia e Italia.

Los resultados mostraron una buena concordancia CIDI y SCID en los diagnósticos DSM-IV. Los resultados obtenidos con la CIDI fueron conservadores para las prevalencias vida y ausentes de sesgos para las prevalencias a 12 meses, en relación a los datos obtenidos con la SCID (Haro J.M., et al., 2006a).

4. 6 Procesamiento de los datos

El procesamiento de los datos se realizó de manera centralizada en el Instituto Municipal de Investigación Médica, de Barcelona. Dicho centro fue el encargado de

procesar los datos recogidos en los 6 países europeos del estudio ESEMeD, incluyendo España. Los datos españoles fueron enviados a través de medios electrónicos con una periodicidad regular y no superior a las 2 semanas. Tras la recepción de los datos, el centro de procesamiento del IMIM realizó los controles de calidad de la información establecidos en el protocolo del estudio, incluyendo la revisión de valores “missing”, rangos, consistencia lógica, itinerarios, etc.

4.7 Prueba piloto

A fin de asegurar la viabilidad del proyecto y la competencia de los entrevistadores se realizó una prueba piloto en la que 7 entrevistadores participaron en la realización de 100 entrevistas siguiendo los procedimientos establecidos en el protocolo (muestreo, administración de las entrevistas y transmisión de los datos). El trabajo de campo incluyó tanto zonas urbanas como rurales así como diversas comunidades autónomas. Se obtuvo una tasa de respuesta del 57%. Los resultados de la prueba piloto fueron valorados positivamente. La productividad fue de una entrevista por jornada de trabajo y la duración media de la entrevista fue de 75 min.

4.8 Consideraciones éticas

Los participantes firmaron un consentimiento informado por escrito tras informarles sobre las características del estudio. El protocolo del estudio fue evaluado por el Comité Ético del Instituto Municipal de Investigación Médica- Hospital del Mar de Barcelona.

4.9 Variables del estudio, definición operativa:

a) Variables Dependientes:

- Prevalencia del Episodio depresivo mayor: Proporción de individuos de la muestra que han presentado un episodio depresivo mayor (EDM) según criterios DSMIV y CIE10, en los últimos 12 meses y a lo largo de la vida. La presencia o no del EDM fue evaluada a través de un módulo específico incluido en la entrevista.
- Gravedad del EDM: Severidad potencial del trastorno. El criterio de clasificación fue elaborado en base al consenso de los investigadores (ver descripción en apartado de

métodos). Incluye 3 categorías: Grave, Moderado, Leve. Esta variable también será analizada como V. Independiente.

- Edad de inicio: Edad en la que el individuo presentó por primera vez un episodio depresivo mayor. Fue evaluada a través de un conjunto de preguntas incluidas en la CIDI.
- Cronicidad del EDM: Fue estimado de forma indirecta como tasa: Prevalencia-12 meses del EDM entre prevalencia-vida del EDM (Who International Consortium in Psychiatric Epidemiology, 2002)
- Discapacidad: Impacto del trastorno en el funcionamiento y el desarrollo de las actividades cotidianas. Fue evaluado a través del cuestionario WHODAS II incluido en la parte 2 de la entrevista. Incluye la puntuación para cada uno de los 6 dominios estudiados y un índice global de discapacidad.
- Uso de servicios: Porcentajes de uso de servicios sanitarios y no sanitarios debido al problema emocional en los últimos 12 meses, entre aquellos con EDM. Fue evaluado a través de módulo específico incluido en la entrevista (autorreferido). Incluye: Porcentaje total y por tipo de Servicio.
- Tratamiento recibido: Porcentaje de las personas con EDM que usaron un servicios sanitario debido al problema emocional y recibieron un tratamiento (farmacológico o psicoterapéutico) en los últimos 12 meses. Incluye: Porcentaje total y por tipo de tratamiento recibido.
- Adecuación del tratamiento: Porcentaje de las personas que recibieron tratamiento y lo hicieron según criterios de mínima adecuación. El criterio de mínima adecuación se elaboró en base al consenso de los investigadores teniendo en cuenta las recomendaciones de las Guías Clínica. (ver descripción en apartado métodos). Incluye: Porcentaje total y según el tipo de servicio médico (medicina general o especializada).

b) Variables Independientes:

- Variables sociodemográficas: Incluye género, edad, nivel educativo, situación marital, tamaño ciudad de residencia, situación laboral e ingresos. Fue evaluado a través de módulo específico incluido en la entrevista.
- Presencia de otros trastornos mentales. Incluye 3 categorías diagnósticas. Fue evaluado a través de módulos específicos de los diagnósticos incluidos en la entrevista.

- Presencia de trastornos médicos crónicos. Incluye 6 categorías diagnósticas. Fue evaluado a través de módulo específico incluido en la entrevista (autorreferido).

4.10 Estrategia de análisis

Los datos fueron ponderados considerando las diferentes probabilidades de selección de los individuos para la segunda parte de la encuesta, las diferentes probabilidades de selección dentro del hogar y para ajustar la muestra a la distribución poblacional de edad y sexo dentro de cada comunidad autónoma.

Se emplearon técnicas de estadística descriptiva para sintetizar y organizar los datos obtenidos. Las estimaciones de prevalencia se expresaron en valores absolutos y en porcentajes con intervalos de confianza del 95% o desviaciones estándar. Se emplearon técnicas de inferencia estadística, principalmente regresión logística (Hosmer DW, Lemeshow S., 1989), para estudiar la asociación entre las variables dependientes e independientes. La significación estadística de cada variable independiente en relación al modelo predictivo se evaluó mediante el test de Wald de la χ^2 . Las Odds Ratio (OR) e Intervalos de Confianza (IC) se calcularon con el método de series de Taylor implementado con el software SUDAAN V9.1 (LaVange LM., et al., 1996). Se fijó un nivel de significación estadística alfa de 0,05 (bilateral). Las curvas de supervivencia se calcularon con el método Kaplan–Meier (Kaplan E.L., Meier P., 1958).

En el análisis de la comorbilidad de la depresión con las condiciones médicas crónicas se dio preferencia al cálculo de las prevalencias de depresión mayor en los pacientes con condiciones médicas crónicas y no a la inversa. Dicha decisión se tomó debido al interés de los investigadores en ofrecer datos de utilidad directa para los médicos generales o especialistas en patología “orgánica”, por ser éstos los principales actores en la detección de la sintomatología depresiva en pacientes con CMC.

El análisis estadístico se realizó en el IMIM- Institut de Recerca Hospital del Mar en colaboración con el Departamento de Políticas de Salud de la Universidad de Harvard (Boston, EEUU). Todos los análisis se realizaron utilizando el software SAS TM, versión 9.1 del Sistema SAS para Windows y el software SUDAAN versión 9.0 (Research Triangle Institute. 2004).

5. RESULTADOS

5.1 Artículos publicados o pendientes de publicación

- a) Artículo 1: Epidemiología del Episodio Depresivo Mayor en un país del sur de europa: resultados del proyecto ESEMED-España.
- b) Artículo 2: Uso de servicios sanitarios (atención primaria y servicios especializados en salud mental) para el Episodio Depresivo Mayor en españa. Resultados del estudio ESEMeD-España.
- c) Artículo 3: Comorbilidad del Episodio Depresivo Mayor y las condiciones médicas crónicas en España: existen motivos para apoyar la Paradoja Hispana?

a) Artículo 1: Epidemiología del Episodio Depresivo Mayor en un país del sur de Europa: resultados del proyecto ESEMED-España.

CITA BIBLIOGRÁFICA:

Gabilondo A, Rojas-Farreras S, Vilagut G, Haro JM, Fernández A, Pinto-Meza A, Alonso J. [Epidemiology of major depressive episode in a southern European country: results from the ESEMeD-Spain project.](#) J Affect Disord. 2010 Jan;120(1-3):76-85.

RESUMEN:

Objetivos: Describir la epidemiología del Episodio Depresivo Mayor en España y contrastar los resultados con los datos procedentes de estudios realizados en otros países europeos.

Métodos: Se analizaron los datos procedentes del estudio ESEMeD España, en lo relativo a la prevalencia, severidad, discapacidad, cronicidad, asociación con variables sociodemográficas y comorbilidad con trastornos mentales. La metodología general del estudio ESEMeD corresponde a la descrita en el apartado métodos de este trabajo.

Resultado: La prevalencia vida del EDM fue de 10.6 y la prevalencia 12 meses 4.0%. Se observó un aumento progresivo en la prevalencia vida desde la cohorte más joven hasta llegar al máximo en el grupo de 50-64 años, para luego decrecer con la edad. La edad mediana de inicio del trastorno fue 30.0 años. El perfil sociodemográfico de mayor riesgo para presentar un EDM (12 meses) incluyó a la mujer (OR 2.7), las personas previamente casadas (OR 1.8), los desempleados o incapacitados para trabajar (OR 2.9). Las asociaciones más intensas con otros trastornos mentales fueron con la distimia (OR 73.1) y el trastorno de pánico (OR 41.8).

Conclusiones: Los datos de prevalencia de la EDM en España son menores que en otros países occidentales. Entre los resultados destaca una edad de inicio temprana de la depresión, una alta proporción de depresiones crónicas, y un ratio mujer/hombre elevado. En conjunto los resultados muestran un perfil epidemiológico diferente y complejo en comparación con otros países europeos. Se discute el posible rol de ciertos factores culturales en los resultados.

b) Artículo 2: Uso de servicios sanitarios (atención primaria y servicios especializados en salud mental) para el Episodio Depresivo Mayor en España. Resultados del estudio ESEMeD-España.

CITA BIBLIOGRÁFICA:

Gabilondo A, Rojas-Farreras S, Rodríguez A, Fernández A, Pinto-Meza A, Vilagut G, Haro JM, Alonso J. [Use of primary and specialized mental health care for a major depressive episode in Spain by ESEMeD respondents.](#) Psychiatr Serv. 2011 Feb; 62(2):152-61.

RESUMEN:

Objetivos: Describir el uso de servicios para el Episodio Depresivo Mayor (EDM) y determinar los factores asociados con su uso en España, un país con acceso universal a la atención sanitaria y una prevalencia depresiva relativamente baja. Contrastar los resultados con los datos procedentes de estudios realizados en otros países europeos.

Métodos: Se analizaron los datos procedentes del estudio ESEMeD España, en lo relativo al uso de servicios en los 12 meses previos por la depresión y el tratamiento recibido. La metodología general del estudio ESEMeD corresponde a la descrita en el apartado métodos de este trabajo.

Resultados: De los 247 participantes con EDM, el 59% refirieron haber usado algún servicio en el año anterior por su trastorno. De ellos el 76% refirieron haber recibido algún tipo de tratamiento clasificado como activo para su depresión (por parte de un profesional sanitario). Entre aquellos con una depresión grave el 31% no usaron ningún servicio. Se observó una mayor probabilidad de recibir tratamiento entre los desempleados o muy incapacitados para trabajar (OR=4.9, CI=1.3–19), aquellos con una depresión moderada (OR=3.2, CI=1.1–9.0), aquellos con un trastorno mental comórbido con la depresión (OR=2.9, CI=1.2–7.0) o con dos o más de dichos trastornos (OR=4.1, CI=1.9–8.9). Entre los tratamientos recibidos sólo el 31.2% cumplieron criterios de tratamiento mínimamente activo.

Conclusiones: Resulta necesario incrementar el porcentaje de uso de servicios por depresión, especialmente en ciertas poblaciones como las mujeres, y mejorar la calidad del mismo. Se discute el posible papel de factores específicos de país, como la menor disponibilidad de profesionales, en los resultados observados.

c) Artículo 3: Comorbilidad del Episodio Depresivo Mayor y las condiciones médicas crónicas en España: existen motivos para apoyar la Paradoja Hispana?

CITA BIBLIOGRÁFICA:

Gabilondo A, Vilagut G, Pinto-Meza A et al. Comorbidity of Major Depressive Episode and Chronic Physical Conditions in Spain: Any Reason to Support the Hispanic Paradox? (En evaluación en: J Psychosomatic Research).

RESUMEN:

Objetivos: Describir la comorbilidad entre el Episodio Depresivo Mayor (EDM) (12 meses) y las Condiciones Médicas Crónicas (CMC) en los participantes del Estudio ESEMeD España. Contrastar los resultados con los datos procedentes de estudios realizados en otros países europeos.

Métodos: Se analizaron los datos procedentes del estudio ESEMeD España, en lo relativo a la comorbilidad entre el EDM y los CMC. La metodología general del estudio ESEMeD corresponde a la descrita en el apartado método. Las Condiciones Médicas Crónicas fueron autorreferidas y se registraron a través de un listado estandarizado.

Resultados: El 43.2% de los participantes refirieron una CMC y la prevalencia del EDM (12 meses) en ellos fue del 5.9% (SE 0.6). La OR de padecer un EDM entre aquellos que tenían una CMC fue de 2.23 (CI 1.53-3.23). El trastorno respiratorio crónico fue el que mostró una asociación más intensa con la EDM (OR 7.82, CI 3.17-19.3). Tener una EDM incrementó notablemente la odds de discapacidad entre aquellos con un CPC, con valores de OR que oscilaron de 3.60 (2.06-6.27) para aquellos con sólo una CMC, a 23.0 (12.3-43.0) para aquellos con CMC y EDM comórbidos. El tener una o más CMC comórbidas no modificó el likelihood de recibir tratamiento para la depresión.

Conclusiones: Los resultados resaltan la necesidad de incrementar la detección y tratamiento del EDM en aquellos con trastornos físicos crónicos en España. En la comparación con otros países de renta alta se encontraron mayores likelihoods de comorbilidad y mayor repercusión de ésta sobre los índices de discapacidad asociada a ciertas patologías, tales como los trastornos respiratorios.

**COMORBIDITY OF MAJOR DEPRESSIVE EPISODE AND CHRONIC PHYSICAL
CONDITIONS IN SPAIN:
ANY REASON TO SUPPORT THE HISPANIC PARADOX?**

Andrea Gabilondo. MD, MPH
Gemma Vilagut,
Alejandra Pinto-Meza
Josep Maria Haro, MD, MPH, PhD
Jordi Alonso, MD, PhD

ABSTRACT

Objectives: To describe the comorbidity between 12 month major depressive episode (MDE) and chronic physical conditions (CPC) in the Spanish respondents to the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). To analyze and discuss findings with previous international data.

Methods: The ESEMED-Spain project is a cross-sectional, general population household survey representative of Spanish non-institutionalized adult population (N=5,473). The Composite International Diagnostic Interview 3.0 was used for assessing mental disorders. Chronic physical conditions were assessed with a standardised checklist.

Results: 43.2% (SE 1.5) of respondents reported a CPC and the prevalence of 12-month MDE among them was 5.9% (SE 0.6). The OR of suffering MDE for those with any CPC was 2.23 (CI 1.53-3.23), the strongest association being for those reporting chronic lung disease (OR 7.82, CI 3.17-19.3). Having a MDE increased notably the odds of disability among those with a CPC, with ORs ranging from 3.60 (2.06-6.27) for those with only a CPC, to 23.0 (12.3-43.0) for those with a CPC and a MDE. The likelihood of receiving treatment for the MDE did not change irrespective of having or not a CPC and of the number of CPCs.

Conclusions: Results highlight the need to increase the detection and management of MDE in those with a physical condition in Spain. When compared to other developed countries higher likelihoods of comorbidity and more severe impacts on disability were found in some conditions such as respiratory disorders.

KEY WORDS

Major depression episode, Chronic physical conditions, Spain, ESEMeD

INTRODUCTION

Prevalence rates of depression vary among regions worldwide and cross-national research has repeatedly shown that these are lower in southern European countries compared to the rest of Europe (1-4). Specific mechanisms explaining these variations are unknown but it has been suggested that certain socioeconomic or cultural factors, such as supporting and cohesive social environments, health promoting lifestyles, or the availability of good and accessible health systems might play a role (5-7).

There are relevant cultural differences among the south of Europe, with a more traditional Latin-Mediterranean background, and the more secularized and economically developed northern Europe (8-10). Latins (or Hispanics) are present mainly in Europe and America and are believed to share some strong cultural characteristics such as allocentrism, familism or “simpatía” which facilitate the creation of extended supporting social networks and pleasant non competitive social interactions (11,12) or a more intense religiosity which is associated to better health behaviours and long term wellbeing (10,13). The “Hispanic paradox” or “health advantage” refers to the frequent findings of better mental and physical health outcomes in different Latino communities despite of a worse socioeconomic status and has been linked to some of their health promoting cultural values (14).

Cross national research on the epidemiology and service use for major depression has grown notably in the last decades, but the knowledge on comorbid mental and physical conditions is more limited (15). In particular, data from southern Europe is scarce and incomplete and little is known about these patterns of comorbidity in Latin Mediterranean countries, and in particular in Spain, one of the biggest countries among them (7). Recent international studies showed higher prevalences of comorbid disorders in developed countries and this has stressed the possible role of environmental or socioeconomic factors as facilitators or barriers of comorbidity (5, 16). In this context it is of interest to analyze how physical conditions link with major depression in a country with a traditional latin culture and to analyze the possible role of the Hispanic paradox in this case.

The objective of this study was to describe the comorbidity between 12 month major depression episode (MDE) and chronic physical conditions (CPC) in the Spanish respondents to the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD-Spain). We estimated the prevalence of MDE in those with CPC and the associations among these conditions, as well as the odds of disability and of receiving

treatment for the depression in those with pure vs comorbid conditions. We also compared results with previous data from other developed countries and discussed the differences.

METHODS

The ESEMeD-Spain study was a cross-sectional, general population, household survey conducted on a representative sample of non institutionalized adult population of Spain. The ESEMeD study includes 6 European countries and is part of a broader project, the World Mental Health Survey (WMHS), composed of nationally or regionally representative surveys in 27 countries from all regions of the world and 9 in Europe. A more detailed description of these study and methods is available elsewhere (17, 18).

Sampling methods

A stratified, multistage, probability sample design was used in order to assure the representativeness of all the regions in Spain. The target population was non institutionalized 18 years and older from census tract data. Final response rate was 78.6% and the total sample included 5,473 respondents. Data collection was conducted from 2001 to 2002.

Interview and questionnaire

The survey instrument was the WMHS version of the World Health Organization Composite International Diagnostic Interview (CIDI 3.0) (19), a fully structured diagnostic interview to assess disorders and treatment, as well as several additional variables, such as disease severity and disability. the CIDI provides lifetime and 12-month diagnoses of mental disorders based on *DSM-IV* criteria (20). CIDI rules for excluding organic mental disorders were used. the interview was divided into 2 parts. All respondents completed a core diagnostic assessment in part 1. Those who presented a number of symptoms of specific mood and anxiety disorders in part 1 and a random subsample (25%) of the rest of the respondents, completed part 2 of the interview, which collected information about chronic conditions, correlates and disorders of secondary interest. Given that the assessment of chronic conditions was only available for respondents of the part 2 of the interview, only this subsample (n=2,121) was included in this study. The CIDI was administered by trained lay interviewers

Chronic physical conditions (CPC)

Chronic physical conditions were assessed through self report based on a standard chronic disorder checklist that was included in the WMH-CIDI. This checklist had been modified from the one used in the US National Health Interview Survey 2000 (21) to include lifetime occurrence, age of onset and recency of common chronic conditions that are thought to be associated with notable role impairment. For pain conditions, heart attack and stroke respondents were directly asked if they ever suffered from any of those conditions (both in the last 12-months and in the lifetime). For the remaining chronic conditions respondents were asked if they had ever been told by a doctor or health professional that they had the condition, followed by questions about the presence of the condition in the previous 12 months. Analyses in this study use a 12-month timeframe for these CPC.

Disability

Disability due to mental and/or physical disorders was assessed with the WMH Survey version of the World Health Organization Disability Assessment Schedule (modified WHODAS-II) which assesses disability in 6 domains of functioning and asks about disability in the past 30 days (22). In addition to domain scores, a global score can be calculated as an aggregation of the domains. Disability was defined as a score on or above the 90th percentile of the global score distribution (i.e. capturing the 10% most disabled of the Spanish population)

Use of Services

All respondents were asked about use of services from a list of providers for their “emotions or mental health problems” in the 12 months before the interview. The list of providers included health care sector professionals (Psychiatrists, psychologists, general practitioners, other physicians, and other health professionals), human services (religious or spiritual advisor social workers or other counselors) and complementary-alternative medical sector .

Statistical analysis

12 month prevalence of major depression episode and of each chronic physical condition were calculated, as well as the prevalence of MDE in individuals with each type of CPC. Physical correlates of major depression were examined using logistic regression analyses (23), controlling for age, sex, education and marital status. One different model was estimated for each CPC, and the corresponding odds ratio (ORs) and CI were calculated. Analyses assessing the interaction of MDE and a given physical condition on disability were also carried out. For this, the two risk factors (MDE

and a CPC) were coded into three dummy variables (24): 1. Those with MDE in the absence of the physical condition (MDE); 2. Those with a given physical condition in the absence of MDE (CPC); 3. Those with both MDE and the physical condition (MDE + CPC). The group with neither mental disorder nor the CPC was the common reference category. These dummy variables were entered simultaneously into logistic regression models, predicting disability as defined previously, controlling for age, sex and education. Standard errors were estimated using the Taylor series linearization method (25) implemented in SUDAAN V9.1 (26). Significance tests were performed with Wald χ^2 tests, using Taylor series design-based coefficient variance–covariance matrices. Significance tests were all evaluated at the 0.05 level with two-sided tests. Individuals were weighted to account for the different probabilities of selection within households and among hard-to reach individuals, as well as to adjust for under-sampling of “low risk” individuals in the part 2 sample and to reflect age, gender, and Autonomous Community distribution of the Spanish general population.

RESULTS

Prevalence of Major Depression Episode (MDE) and Chronic Physical Conditions (CPC)

43.2% of respondents had a chronic physical condition. In particular, 40.6% had “pure” CPC forms (non comorbid with MDE) and 2.5% had comorbid CPC and MDE conditions (Figure 1). Any chronic pain was the most prevalent CPC general category (28.2%, SE 1.4) followed by both Any cardiovascular and Any respiratory conditions (0.8%, SE 0.1 each). The most prevalent comorbid diagnostic category was Any chronic pain (1.9%, SE 0.2), and Back or neck problems and Frequent or severe headaches (1.1%, SE 0.2 each) were the most prevalent concrete conditions (Table I).

-- Table I and Figure 1, about here --

Associations among 12 month MDE and CPC

The prevalence of 12-month MDE among those with any 12-month CPC was 5.9% (SE 0.6). Among general diagnostic categories, respiratory conditions showed the highest prevalences (9.0%, SE 1.6) and diabetes the lowest (3.5%, SE 1.1). Other chronic lung disease (such as COPD or emphysema) was the specific diagnostic condition with the highest prevalences of 12-month MDE (20.9%, SE 7.6) (Table II)

The odds of having MDE among those with any CPC was 2.23 (CI 1.53-3.23) compared to those with no CPC . The strongest association was found for chronic lung disease (OR 7.82, CI 3.17-19.3), and among general diagnostic groups for “Respiratory” category (OR 2.49, CI 1.70-3.66). A trend towards a dose-response relationship between the number of CPC and the odds of MDE was found, but this was statistically significant only for respondents with 3 or more CPC (Table II).

-- Table II, about here --

Disability

As shown in Table III, the odds ratio of disability was 3.6 (2.06-6.27) for those with Any “pure” CPC (without a MDE) and 23.0 (12.3-43.0) for those with Any “comorbid” CPC (with a MDE). The OR went up to 75.6 (4.70-1216) for specific forms of comorbid CPC and MDE.

All “pure” MDE (i.e., in the absence of a given CPC) showed higher odds of disability when compared to the corresponding “pure” chronic physical condition, with the only exceptions of “cancer” and “3 or more physical conditions”. The highest increase in the odds of disability as a result of having a comorbid MDE among general diagnostic categories was found in “Any respiratory” condition, with ORs changing from 1.19 (0.66-2.14) to 11.9 (4.73-29.9).

-- Table III, about here --

Treatment for the MDE

The odds ratio of receiving treatment for the MDE was 1.3 (0.7-2.7) among those with one CPC and MDE and 0.8 (0.3-2.1) among those with more than one CPC and MDE, but results did not reach statistical significance.

-- Table IV, about here --

DISCUSSION

Results show that in Spain the likelihood of suffering 12-month MDE is doubled among those with a chronic physical condition (CPC) and that the risk of having a MDE is increased in all the physical conditions studied, with a few exceptions. Importantly, having a major depressive episode increased up to 30 times the risk of severe disability

among those with CPC, and yet this did not modify the likelihood of receiving treatment for the mental disorder. These findings indicate that every year, in a country of 47 million inhabitants, around 1.2 million people would suffer from this more disabling and costly form of depression and that, according to national data on service use for major depression (27) around 85% of them would not be receiving appropriate treatment for their mental disorder.

These results should be interpreted taking into consideration the following limitations. First, the presence of CPC was assessed by self report instead of physician's records and this method is susceptible to errors in classification (28). Nevertheless, previous research has shown good concordance between medical records and checklists and the use of this information in the context of cross-national survey data has been considered appropriate (29, 30). Second, since the time frame of the WHODAS-II was only 30-days and physical disorders tend to be more chronic than mental disorders (which are often episodic), it is possible that some cases of 12 month MDE might have remitted at the time of the interview. Third, self reports might underestimate silent or undiagnosed CPC which could have bias our results towards selecting only the more disabling CPC. Taken together these two limitations suggest a possible underestimation of the disability associated to depression when compared to physical conditions. Fourth, an association between depression and premature mortality in those with some CPC, such as heart disease, has been described (31). This could reduce the association found in this study due to its cross sectional nature. And finally, some analyses consisted of small numbers of respondents, and this might have affected the reliability of some results.

Despite of the above limitations, this study has also several strengths such as the inclusion of a sample representative of Spanish general population and the use of the WMHS methodology (32), which allows for reliable comparisons of results with 27 countries worldwide and 9 in Europe. To our knowledge this is the only study in Spain on comorbid major depression with those characteristics (33, 34).

Comorbid MDE and CPC in Spain: The role of respiratory conditions

Prevalence estimates showed that almost 6% of those with a chronic physical condition have also suffered from a MDE in the last 12 months, with percentages reaching up to 20% in the case of some respiratory conditions. With the exception of asthma these prevalences are lower than in other developed countries (35), but this might be related to the lower prevalence of major depression in the Spanish general population (1,2,3).

On the other hand, most CPC were significantly associated to MDE, respiratory conditions showing the strongest associations. This is in contrast with previous international studies where, in general, chronic pain conditions and heart disease are among those with the strongest links to major depression (15). Furthermore, the strength of the associations between MDE and respiratory conditions was higher in Spain when compared to other developed countries (35-37).

Specific patterns of comorbidity and also intense links with some respiratory conditions have also been described in US Latin populations with MDE. In a recent study, clear associations between major depression and asthma were found in US Latinos, without evidence of links with cardiovascular disease nor diabetes. Authors argued for a different pattern of psychiatric medical comorbidity among US Latinos and suggested a protective effect of traditional Latino cultural values in the development of depression in some medical conditions (38).

Research has not confirmed the existence of specific etiologic bonds among depression and pulmonary disorders but some hypothesis have been developed (39). One of the most relevant focuses on genetic factors increasing vulnerability to early depression, as young people who are depressed seem more vulnerable to becoming addicted to tobacco (40-42) the primary risk factor for the development of many respiratory conditions, and as history of depression is associated with reduced success in smoking cessation (39). In Spain, an earlier age of onset of depression than in other European countries has been described (2) and these early onset depressives could be more prone to become smokers, which would increase the links among smoking behavior and MDE. In fact, previous research in US Latinos also found a high comorbidity between smoking behavior and major depression despite nationally lower smoking rates in them (43) and also higher risks for depression and smoking in US Hispanic youth when compared to young people from other races or ethnicities (44). We re-analyzed the WMHS Europe data (which includes results from 9 European countries) searching for cross-national differences in the associations between lifetime tobacco use and depression in Europe (data not shown, available upon request) but results showed no evidence of a stronger link in Spain comparing to other European countries, although some possible confounding factors, such as smoking intensity and/or disease severity, were not included in the analysis.

Other hypotheses on the links among depression and respiratory conditions stress

the influence on mood of some common treatments of respiratory disorders (45, 46). In Spain a more frequent and inappropriate use of corticosteroids in those with COPD has been described (47-49) and this could increase or facilitate the effect of other major causes. These findings suggest the need of more research to clarify the role of these or any other factors in the intense association found among depression and respiratory conditions in Latin countries.

Implications of comorbidity on disability and treatment

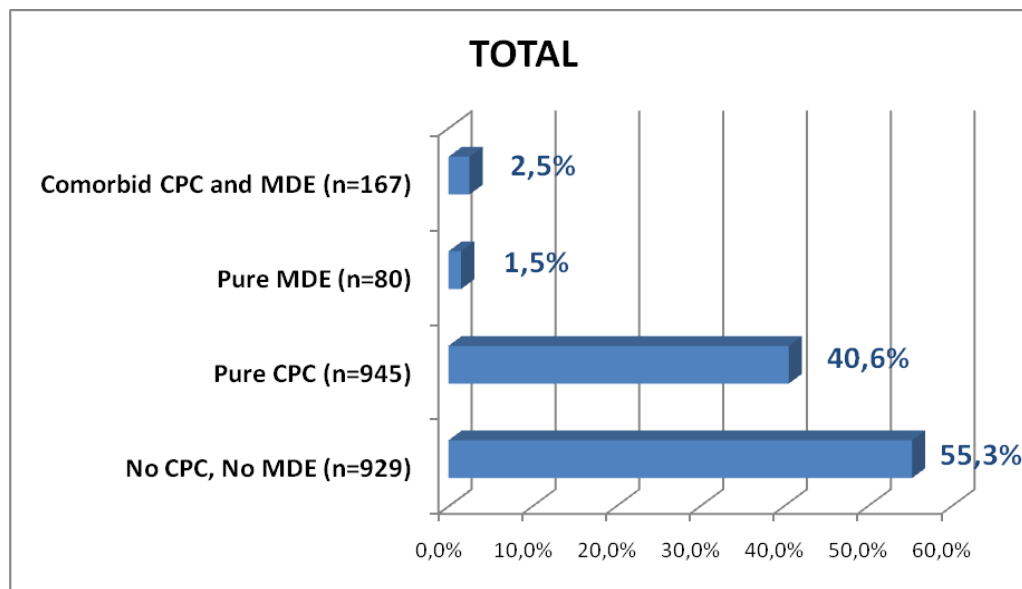
In our study comorbid conditions showed up to 30 times higher odds of severe disability than each of the corresponding (mental or physical) single condition and the effect on disability of having a comorbid depression was highest for “Any respiratory” condition. Furthermore the likelihoods of disability were higher for many comorbid states than in other developed countries (50) and this is of special concern for disorders such as respiratory disease, diabetes, or headache, as in those cases the risk of disability was close to the average when the conditions were pure (non comorbid with the mental disorder) and only become higher in Spain when the conditions were comorbid with depression (50). This finding could be a consequence of comorbid depression not being properly treated, which would facilitate the development of a more severe or chronic mental disorder.

With regards to treatment, no significant associations were found between comorbid conditions and the treatment of depression. Comorbid depression has been linked to an increased use of medical resources and costs (51, 52), but research shows varying results in the likelihood of depression itself being treated, as some studies on clinical settings have found lower likelihoods of treatment (53,54) while others on general population described higher likelihoods of treatment among those with more than one comorbid CPC (55). Physical symptoms are known to distract doctors from diagnosing depression but research shows that this effect can vary with the level of personalized care, which differs among regions, and also with cultural factors influencing how people interpret and express symptoms (56). Beliefs of patients or doctors that depression is an unavoidable consequence of a CPC, or secondary in importance comparing to the physical condition are additional barriers to receive treatment for the mental disorder (57). The level in which the Spanish health system could have concrete barriers to give appropriate care to specific comorbid conditions is not known.

Conclusions

In summary, results presented above reflect some differences in the epidemiology of comorbid MDE and CPC in Spain, when compared to other developed countries and do not provide a clear support to a possible Spanish health advantage in this type of disorders. On the contrary, they show a picture of intense links among depression and some physical conditions as well as notable effects on disability without this increasing the likelihood of MDE being treated. Of relevance, a special link with respiratory conditions was found which should be more carefully studied. We described that up to one in 5 persons with respiratory conditions suffered from a MDE in the last year and with relevant consequences on disability outcomes. This should call for a more regular and effective check and management of mood and/or anxiety symptoms by general doctors or the specialists in these patients as well as a more sensitive use of drugs with potential negative effect on mood. Such an effort might redound in an increase in the quality of life of those patients or, even better, in the prevention of future severe disabilities. Of course these recommendations could be generalized to all types of CPC but because a big effort has already been made to increase the awareness on the best known comorbid conditions (such as those involving chronic pain or heart disease) a special mention to respiratory conditions is worth here, in our opinion. A great individual and general benefit can be expected of improving detection and treatment of depression in these physical conditions which are very prevalent and also show intense and highly disabling links with the mental disorder. It should be noted, as well, that the outcome of most physical disorders is linked to the successful management of comorbid depressions (58) and that joint disability burden improves notably if all conditions are targeted (50).

Figure 1: Prevalence of Chronic Physical Conditions (CPC) and 12 month Major Depression Episode (MDE) among respondents¹



¹ Unweighted n and Weighted proportion (%) of individuals with each CPC condition (comorbid and non comorbid with MDE). ESEMeD-Spain Project, part 2, n= 2121.

Table I: Prevalence of each Chronic Physical Condition (CPC) with and without 12 month Major Depression Episode (MDE)

		TOTAL ¹			Pure ²			Comorbid ³		
		n	%	se	n	%	se	n	%	se
Cancer		14	0.3	0.1	13	0.2	0.1	1	0.0	0.0
Cardiovascular	Heart attack	47	1.6	0.4	42	1.5	0.4	5	0.1	0.0
	Heart disease	98	3.6	0.5	85	3.3	0.5	13	0.3	0.1
	High blood pressure	305	11.0	0.9	262	10.3	0.9	43	0.7	0.1
	Stroke	17	0.3	0.1	16	0.3	0.1	1	0.0	0.0
	Any cardiovascular	391	13.5	0.9	339	12.7	0.9	52	0.8	0.1
Chronic pain conditions	Arthritis or rheumatism	387	11.9	0.9	318	10.8	0.9	69	1.0	0.1
	Back or neck problems	424	14.7	1.2	348	13.7	1.2	76	1.1	0.2
	Other chronic pain	107	3.5	0.6	85	3.2	0.6	22	0.3	0.1
	Frequent or severe headaches	274	9.0	0.7	203	7.8	0.7	71	1.1	0.2
	Any chronic pain	778	28.2	1.4	654	26.3	1.3	124	1.9	0.2
Diabetes		124	5.2	0.8	109	5.0	0.8	15	0.2	0.1
Respiratory	Seasonal allergies	155	6.7	0.7	121	6.0	0.7	34	0.7	0.2
	Asthma	82	3.8	0.7	66	3.5	0.7	16	0.3	0.1
	Chronic lung disease	38	0.9	0.2	31	0.7	0.2	7	0.2	0.1
	Any respiratory	222	8.9	0.9	178	8.1	0.9	44	0.8	0.1
Ulcer		54	2.4	0.5	44	2.2	0.5	10	0.1	0.1
Any Physical Condition		1112	43.2	1.5	945	40.6	1.5	167	2.5	0.3
Exactly 1 physical condition		533	23.8	1.2	472	22.8	1.2	61	1.0	0.2
Exactly 2 physical conditions		309	11.4	1.1	260	10.8	1.1	49	0.6	0.1
Three or more physical conditions		270	7.9	0.8	213	7.0	0.8	57	0.9	0.1

¹ Unweighted n and Weighted proportion (%) of individuals with each CPC condition (comorbid and non comorbid with MDE).

² Unweighted (n and Weighted proportion (%) of individuals pure CPC (each CPC non comorbid with MDE)

³ Unweighted n and Weighted proportion (%) of individuals with both the specific CPC and MDE.

Table II: Associations between 12 month Major Depression Episode (MDE) and Chronic Physical Conditions (CPC)

12m chronic conditions		n ¹	% ¹ (se)	OR ² (CI)
Cancer		1	3.9%(3.9)	- (---)
Cardiovascular	Heart attack	5	4.6%(2.1)	1.50 (0.59-3.81)
	Heart disease	13	8.0%(2.4)	2.54* (1.29-5.03)
	High blood pressure	43	6.0%(1.1)	1.69* (1.07-2.69)
	Stroke	1	4.6%(3.6)	- (---)
	Any cardiovascular	52	5.9%(0.9)	1.81* (1.18-2.78)
Chronic pain conditions	Arthritis or rheumatism	69	8.8%(1.1)	3.14* (2.19-4.51)
	Back or neck problems	76	7.2%(1.2)	1.97* (1.31-2.96)
	Other chronic pain	22	8.5%(2.1)	2.04* (1.09-3.81)
	Frequent or severe headaches	71	12.6%(1.8)	3.70* (2.65-5.16)
	Any chronic pain	124	6.7%(0.8)	2.11* (1.50-2.97)
Diabetes		15	3.5%(1.1)	0.80 (0.36-1.77)
Respiratory	Seasonal allergies	34	9.9%(2.2)	2.56* (1.59-4.12)
	Asthma	16	8.1%(2.5)	2.30* (1.13-4.66)
	Chronic lung disease	7	20.9%(7.6)	7.82* (3.17-19.3)
	Any respiratory	44	9.0%(1.6)	2.49* (1.70-3.66)
Ulcer		10	6.2%(2.0)	1.65 (0.75-3.61)
Any physical condition		167	5.9%(0.6)	2.23* (1.53-3.23)
Exactly 1 physical condition		61	4.1%(0.8)	0.98 (0.59-1.64)
Exactly 2 physical conditions		49	5.6%(1.0)	1.33 (0.87-2.02)
Three or more physical conditions		57	11.8%(1.8)	3.98* (2.70-5.87)

¹ Total and Percentage of those with MDE, among those with the Chronic Physical Conditions

² ORs are estimating the likelihood of each dx with 12-mo MDE as predictor, controlling for demographics (age, sex, education, marital status); Odds ratios are not presented for the cells where the count of respondents with CC is less than 15, or the count of respondents with mental dx is less than 5

* p-value < 0.05

Table III: Odds of disability¹ in pure vs comorbid 12 month Major Depression Episode (MDE) and Chronic Physical Conditions (CPC), adjusted by age, sex and education

12m chronic conditions		Cpc ²	MDE ³	MDE+cpc ⁴
		OR (IC) ⁵	OR (IC) ⁵	OR (IC) ⁵
Cancer		39.5* (6.48- 241)	7.46* (5.26-10.6)	NA
Cardiovascular	Heart attack	6.45* (2.11-19.8)	7.71* (5.47-10.9)	6.07 (0.74-50.1)
	Heart disease	4.92* (2.15-11.3)	7.25* (4.98-10.5)	29.7* (5.23- 169)
	High blood pressure	1.64 (0.77-3.47)	6.66* (4.43-10.0)	17.4* (5.98-50.5)
	Stroke	4.43* (1.15-17.1)	7.30* (5.12-10.4)	NA
	Any cardiovascular	2.47* (1.18-5.15)	6.90* (4.34-11.0)	20.7* (7.53-56.7)
Chronic pain conditions	Arthritis or rheumatism	6.04* (3.70-9.88)	8.17* (5.17-12.9)	23.5* (11.8-46.6)
	Back or neck problems	4.80* (2.89-7.95)	9.20* (5.53-15.3)	17.5* (8.51-35.8)
	Other chronic pain	3.36* (1.99-5.67)	6.71* (4.57-9.85)	104* (24.3- 445)
	Frequent or severe headaches	1.87* (1.26-2.79)	5.98* (3.71-9.64)	15.8* (7.95-31.5)
	Any chronic pain	5.12* (3.26-8.06)	9.86* (4.90-19.8)	25.0* (13.9-45.1)
Diabetes		0.98 (0.42-2.28)	6.96* (4.79-10.1)	20.3* (5.55-74.4)
Respiratory	Seasonal allergies	0.81 (0.41-1.62)	7.03* (4.95-9.98)	8.72* (2.81-27.1)
	Asthma	1.49 (0.78-2.85)	6.98* (4.84-10.1)	16.6* (4.49-61.2)
	Chronic lung disease	2.02 (0.58-7.05)	6.70* (4.71-9.53)	75.6* (4.70-1216)
	Any respiratory	1.19 (0.66-2.14)	6.68* (4.60-9.70)	11.9* (4.73-29.9)
Ulcer		2.30 (0.98-5.41)	7.35* (5.09-10.6)	13.4* (4.38-40.9)
Any physical condition		3.60* (2.06-6.27)	6.68* (2.86-15.6)	23.0* (12.3-43.0)

¹ Disability defined as WH WHODAS global disability score on or above 90th percentile); OR, odds ratio ; CI, confidence interval.

² CPC=The specified physical condition in the absence of MDE.

³ MDE= 12-month MDE in the absence of the specified physical condition.

⁴ Individuals with both, MDE and the specified physical condition.

⁵ Common reference group: those with neither mental disorder nor the specified physical condition.

* p<0.05.

Table IV: Odds of 12 month Major Depression Episode (MDE) treatment in those with vs without comorbid Chronic Physical Conditions (CPC), adjusted by age, sex and education

Pure MDE	Comorbid: 1 cpc	Comorbid: >1 cpc
OR (IC)	OR (IC)	OR (IC)
1	1.39 (0.70-2.76)	0.85 (0.34-2.13)

REFERENCES

- (1) Ayuso-Mateos JL, Vázquez-Barquero JL, Dowrick C, Lehtinen V, Dalgard OS, Casey P, Wilkinson C, Lasa L, Page H, Dunn G, Wilkinson G, ODIN Group. Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *Br. J. Psychiatry* 2001 Oct;179: 308–316.
- (2) Gabilondo A, Rojas-Farreras S, Vilagut G, Josep M. Haro JM. Fernández A, Pinto-Meza A, Alonso J. Epidemiology of major depressive episode in a southern European country: results from the ESEMeD-Spain project. *Journal of Affective Disorders* 2010; 12:76–85
- (3) Health and Consumer Protection Directorate-General. The State of Mental Health in the European Union. Brussels: European Communities; 2004.
- (4) Bernal M, Haro JM, Bernert S, Brugha T, de Graaf R, Bruffaerts R, Lépine JP, de Girolamo G, Vilagut G, Gasquet I, Torres J.V, Kovess V, Heider D, Neeleman J, Kessler R, Alonso J, ESEMED/MHEDEA Investigators,. Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *J. Affect. Disord* 2007 Aug; 101 (1–3):27–34.
- (5) Scott K. McGee MA, Schaaf D, Baxter J. Mental- physical comorbidity in an ethnically diverse population. *Social Science & Medicine* 2008; 66:1165-1173
- (6) Rahmqvist M, Carstensen J. Trends of psychological distress in a Swedish population from 1989 to 1995. *Scandinavian J. Soc. Med* 1998; 26:214–222.
- (7) Mechanic D. Barriers to help-seeking, detection, and adequate treatment for anxiety and mood disorders: implications for health care policy. *Journal of Clinical Psychiatry* 2007; 68:20–26
- (8) Saroglou V, Delpierre V, Dernelle R. Values and religiosity: a metaanalysis of studies using Schwartz's model. *Pers. Individ. Differ* 2004; 37: 721–734.
- (9) Fernandez-Cordon JA, Sgritta GB. The southern countries of the European Union: a paradox? Paper presented at the Annual seminar of The European Observatory on the Social Situation, Demography and Family “Low Fertility, families and public policies”. Seville.15–16 September, 2000

- (10) Marin G, Marin BV. Research with Hispanic populations. Newbury Park, CA: Sage; 1991
- (11) Gallo LC, Penedo FJ, Espinosa de los Monteros K, Arguelles W. Resiliency in the face of disadvantage: do Hispanic cultural characteristics protect health outcomes? *J Pers* 2009 Dec;77(6):1707-46.
- (12) Hjelmeland H, Hawton K, Nordvik H, Bille-Brahe U, De Leo D, Fekete S, Fekete S, Grad O, Haring C, Kerkhof JF, Lönnqvist J, Michel K, Renberg ES, Schmidtke A, Van Heeringen K, Wasserman D. Why people engage in parasuicide: a crosscultural study of intentions. *Suicide Life-Threat. Behav* 2002; 32: 380–393.
- (13) Hackney C, Sanders G. Religiosity and mental health: a meta-analysis of recent studies. *J. Sci. Stud. Relig* 2003;42(1): 43–55.
- (14) Markides KS, Coreil J. The health of Hispanics in the south western United States: An epidemiologic paradox. *Public Health Reports* 1986; 101: 253–265.
- (15) Scott KM, Bruffaerts R, Tsang A, Ormel J, Alonso J, Angermeyer MC, Benjet C, Bromet E, de Girolamo G, de Graaf R, Gasquet I, Gureje O, Haro JM, He Y, Kessler R.C, Levinson D, Mneimneh ZN, Oakley Browne MA, Posada-Villa J, Stein DJ, Takeshima T, Von Korff M. Depression-anxiety relationships with chronic physical conditions: results from the World Mental Health Surveys. *Journal of Affective Disorders* 2007; 103: 113-120.
- (16) Who International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bull World Health Org* 2002;78:413-24.
- (17) Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, de Girolamo G, de Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, Haro JM, Katz SJ, Kessler RC, Kovess V, Lepine JP, Ormel J, Polidori G, Russo LJ, Vilagut G. Sampling and methods of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum* 2004;420: 8–20

- (18) Haro JM, Palacin C, Vilagut G, Romera B, Codony M, Autonella J, Ferrer M, Ramos J, Kessler R, Alonso J. Epidemiology of mental disorders in Spain: methods and participation in the ESEMeD Spain project [in Spanish]. *Actas Españolas de Psiquiatria* 2003; 31:182–191
- (19) Kessler RC, Ustun TB. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2004; 13:93– 121
- (20) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000
- (21) Schoenborn CA, Adams PF, Schiller JS. Summary health statistics for the U.S. population: National Health Interview Survey, 2000. *Vital Health Stat* 10. 2003 Nov; 214:1-83.
- (22) Von Korff M, Crane PK, Alonso J, Vilagut G, Angermeyer MC, Bruffaerts R, de Girolamo G, Gureje O, de Graaf R, Huang Y, Iwata N, Karam EG, Kovess V, Lara C, Levinson D, Posada-Villa J, Scott KM, Ormel J. Modified WHODAS-II provides valid measure of global disability but filter items increased skewness. *J Clin Epidemiol*. 2008 Nov;61(11):1132-43.
- (23) Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied Logistic Regression*. New York: Wiley & Sons;1989
- (24) Andersson T, Alfredsson L, Kallberg H, Zdravkovic S, Ahlbom A. Calculating measures of biological interaction. *European Journal of Epidemiology*. 2005; 20: 575–579.
- (25) LaVange LM, Stearns SC, Lafata JE, Koch GG, Shah BV. Innovative strategies using SUDAAN for analysis of health surveys with complex samples. *Stat Methods Med Res*. 1996 Sep;5(3):311-29.
- (26) Research Triangle Institute. *SUDAAN Language Manual, Release 9.0*. Research Triangle Park, NC: Research Triangle Institute; 2004

- (27) Gabilondo A, Rojas-Farreras S, Rodríguez A, Fernandez A, Pinto-Meza A, Vilagut G, Haro JM, Alonso J. Use of primary and specialized mental health care for a major depressive episode in Spain by ESEMeD respondents. *Psychiatr Serv* 2011; Feb;62(2):152-61.
- (28) Kunst AE, Geurts JJ, van den Berg J. International variation in socioeconomic inequalities in self reported health. *J Epidemiol Community Health* 1995; 49:117–23.
- (29) Baker, M., Stabile M, & Deri C. 2004. What Do Self-Reported, Objective, Measures of Health Measure?. *Journal of Human Resources* 39(4): 1067-1093.
- (30) Bergmann MM, Byers T, Freedman DS, Mokdad A. Validity of self-reported diagnoses leading to hospitalization: a comparison of self-reports with hospital records in a prospective study of American adults. *Am J Epidemiol* 1998 May 15;147(10):969-77.
- (31) Lesperance F, Frasure-Smith N, Talajic M. Major depression before and after myocardial infarction: its nature and consequences. *Psychosom Med* 1996 Mar-Apr; 58(2):99-110.
- (32) Pennell BE, Mneimneh ZN, Bowers A, Chardoul S, Wells JE, Viana MC, Dinkelmann K, Gebler N, Florescu S, He Y, Huang Y, Tomov T, Vilagut Saiz G. Implementation of the World Mental Health Surveys. In: Ronald C. Kessler & T. Bedirhan Üstün, editors. *The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders*. New York: Cambridge University Press; 2008: 33-57.
- (33) Roca-Bennasar M, Gili-Planas M, Ferrer-Pérez V, Bernardo-Arroyo M. Mental disorders and medical conditions. A community study in a small island in Spain. *J Psychosom Res* 2001 Jan;50(1):39-44.
- (34) Vázquez Barquero JL, Muñoz PE, Madoz V. The interaction between physical illness and neurotic morbidity in the community. *Br J Psychiatry* 1981;139:328-35.
- (35) Oye Gureje. The pattern and nature of mental-physical comorbidity: specific or general. In: Michael R. Von Korff, Kate M. Scott, Oye Gureje, editors. *Global*

Perspectives on Mental-Physical Comorbidity in the WHO World Mental Health Surveys. New York: Cambridge University Press; 2009: 51-83.

(36) Merikangas KR, Kalaydjian A. Magnitude and impact of comorbidity of mental disorders from epidemiologic surveys. *Curr Opin Psychiatry* 2007 Jul;20(4):353-8. Review.

(37) Goodwin RD, Jacobi F, Thfeld W. Mental disorders and asthma in the community. *Arch Gen Psychiatry* 2003 Nov;60(11):1125-30.

(38) Ortega AN, Feldman JM, Canino G, Steinman K, Alegría M. Co-occurrence of mental and physical illness in US Latinos. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006 Dec;41(12):927-34.

(39) Rachel J Norwood. A review of etiologies of depression in COPD. *International Journal of COPD* 2007;2(4): 485–491

(40) Breslau N, Kilbey MM, Andreski P. Nicotine dependence and major depression. New evidence from a prospective investigation. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:31–5.

(41) Patton GC, Hibbert M, Rosier MJ, Carlin JB, Caust J, Bowes G. Is smoking associated with depression and anxiety in teenagers? *Am J Public Health* 1996;86:225–30.

(42) Ferguson DM. Comorbidity between depressive disorders and nicotine dependence in a cohort of 16 year olds. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 1043–1047.

(43) Pérez-Stable EJ, Marín G, Marín BV, Katz MH. Depressive symptoms and cigarette smoking among Latinos in San Francisco. *American Journal of Public Health* 1990; 80:1500–1502.

(44) Lorenzo-Blanco EI, Unger JB, Ritt-Olson A, Soto D, Baezconde-Garbanati L. Acculturation, Gender, Depression, and Cigarette Smoking Among U.S. Hispanic Youth: The Mediating Role of Perceived Discrimination. *J Youth Adolesc*. 2011 Feb 4. [Epub ahead of print]

(45) Putman-Casdorph H, McCrone S. Chronic obstructive pulmonary disease, anxiety, and depression: state of the science. *Heart Lung*. 2009 Jan-Feb;38(1):34-47.

- (46) L van Ede, C J Yzermans, H J Brouwer. Prevalence of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review *Thorax* 1999;54:688–692
- (47) Siafakas NM, Vermeire P, Pride NB, Paoletti P, Gibson J, Howard P, Yernault JC, Decramer M, Higenbottam T, Postma DS, Rees J, on behalf of the Task Force. Optimal assessment and management of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Eur Respir J* 1995;8:1398-420.
- (48) Pauwels RA, Buist AS, Calverley PM, Jenkins CR, Hurd SS; GOLD Scientific Comitee. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO global initiative for chronic obstructive lung disease (GOLD) workshop summary. *Am J Respir Crit Care Med* 2001;163:1256-76.
- (49) de Miguel Díez J, Izquierdo Alonso JL, Rodríguez González-Moro JM, de Lucas Ramos P, Molina París J. Drug treatment of chronic obstructive pulmonary disease on two levels of patient care: degree de of compliance with recommended protocols [in Spanish]. *Arch Bronconeumol*. 2003 May;39(5):195-202.
- (50) Scott KM, Von Korff M, Alonso J, Angermeyer MC, Bromet E, Fayyad J, de Girolamo G, Demyttenaere K, Gasquet I, Gureje O, Haro JM, He Y, Kessler RC, Levinson D, Medina Mora ME, Oakley Browne M, Ormel J, Posada-Villa J, Watanabe M, Williams D. Mental-physical co-morbidity and its relationship with disability: results from the World Mental Health Surveys. *Psychol Med*. 2009 Jan;39(1):33-43.
- (51) Simon G, Ormel J, Von Korff M, Barlow W. Health care costs associated with depressive and anxiety disorders in primary care. *Am. J. Psychiatry* 1995; 152: 352–357.
- (52) Ford JD, Trestman RL, Steinberg K, Tennen H, Allen S. Prospective association of anxiety, depressive, and addictive disorders with high utilization of primary, specialty and emergency medical care. *Soc Sci Med* 2004;58:2145–8

- (53) Jones LE, Doebbeling CC. Depression screening disparities among veterans with diabetes compared with the general veteran population. *Diabetes Care*. 2007 Sep;30(9):2216-21.
- (54) Tylee, A. Identifying and managing depression in primary care in the United Kingdom. *The Journal of Clinical Psychiatry* 2006; 67: 41-5.
- (55) Oye Gureje. How physical comorbidity affects Treatment of Major Depression in Developed and Developed Countries. In: Michael R. Von Korff, Kate M. Scott, Oye Gureje, eds. *Global Perspectives on Mental-Physical Comorbidity in the WHO World Mental Health Surveys*. New York: Cambridge University Press, 2009.
- (56) Kessler D, Lloyd K, Lewis G, Gray DP. Cross sectional study of symptom attribution and recognition of depression and anxiety in primary care. *BMJ*. 1999 Feb 13;318(7181):436-9.
- (57) Evans DL, Charney DS, Lewis L, Golden RN, Gorman JM, Ranga Rama Krishnan K, Nemeroff CB, Bremner JD, Carney RM, Coyne JC, Delong MR, Frasure-Smith N, Glassman AH, Gold PW, Grant I, Gwyther L, Ironson G, Johnson RL, Kanner AM, Katon WJ, Kaufmann PG, Keefe FJ, Ketter T, Laughren TP, Leserman J, Lyketsos CG, McDonald WM, McEwen BS, Miller AH, Musselman D, O'Connor C, Petitto JM, Pollock BG, Robinson RG, Roose SP, Rowland J, Sheline Y, Sheps DS, Simon G, Spiegel D, Stunkard A, Sunderland T, Tibbits P, Valvo WJ. Mood Disorders in the Medically Ill: Scientific Review and Recommendations. *Biol Psychiatry* 2005;58:175–189
- (58) Solomon DA, Keller MB, Leon AC, Mueller TI, Lavori PW, Shea MT, Coryell W, Warshaw M, Turvey C, Maser JD, Endicott J. Multiple recurrences of major depressive disorder. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 229–33.

6. LIMITACIONES Y FORTALEZAS

6.1 Principales limitaciones del estudio:

- El diseño transversal del estudio supone una limitación para estudiar la secuencia temporal entre los acontecimientos y las posibles relaciones causales entre las variables a analizar. Si bien ambos aspectos son de alto interés, van más allá de los objetivos de este estudio.
- La entrevista diagnóstica fue realizada por personal certificado pero no experto en psiquiatría lo que podría afectar a la validez de los diagnósticos efectuados. Sin embargo los estudios de validación de la CIDI han mostrado una aceptable validez y fiabilidad del instrumento (Wittchen, H.U., 1994) y los estudios de reentrevista clínica con SCID también confirmaron estos hallazgos (Haro J.M., et al., 2006a).
- No puede descartarse un sesgo de selección por la posible reticencia de las personas con un trastorno mental a participar en estudios de estas características. De ser significativo, este sesgo daría lugar a prevalencias de depresión más bajas que las reales. No es previsible, no obstante, que este hecho tenga una gran relevancia en España debido a los altos porcentajes de participación que se obtuvieron (del 78%, los más altos de todo el estudio ESEMeD). Por otro lado, la exclusión de personas institucionalizadas o sin residencia estable podría generar otro sesgo de selección y afectar también a la representatividad de la muestra. Es previsible que este efecto sea moderado debido a la escasa proporción de habitantes en estas circunstancias.
- No puede descartarse un sesgo de memoria en lo relativo a la edad de inicio de la depresión, que ya ha sido descrito en estudios poblacionales de estas características (Giuffra and Risch, 1994; Simon and VonKorff, 1995). Debe aclararse, no obstante, que la metodología desarrollada por el proyecto de la OMS World Mental Health Surveys (WMH) incluye una técnica basada en series de preguntas que ha demostrado ser relativamente eficaz para reducir el efecto de este sesgo (Knauper B., et al., 1999)
- El estigma social relativo a los trastornos mentales puede afectar la disposición de los participantes para reconocer ciertos síntomas o antecedentes psiquiátricos generando un sesgo de cortesía. De ser relevante, este sesgo daría lugar a prevalencias de depresión más bajas que las reales. Estudios previos han mostrado, no obstante, que la

declaración de síntomas propios por las personas que ya tienen algún trastorno mental es fiable (Kessler R.C., et al., 1998).

- El criterio usado en este estudio para definir tratamiento mínimamente adecuado fue fruto del consenso entre los investigadores y puede ser objeto de crítica. Conviene aclarar de todas maneras que no existe un consenso claro en la comunidad internacional en este aspecto.
- Debido a la gestión descentralizada de la sanidad en España y a las diferencias en los modelos y recursos disponibles es de esperar que existan notables diferencias entre comunidades autónomas en lo relativo al tratamiento de la depresión. Estas diferencias no pudieron ser estudiadas debido a las limitaciones en el tamaño de muestra.
- La información sobre las condiciones médicas crónicas fue autorreferida, lo que puede dar lugar a un sesgo de memoria o clasificación. No obstante, estudios previos han mostrado buena concordancia entre las historias clínicas y los listados de enfermedades. Por ello se ha considerado apropiado el uso de este tipo de información en el contexto de estudios transversales (Baker, M., Stabile M, Deri C. 2004; Bergmann MM, Byers T, Freedman DS, Mokdad A. 1998).
- El marco temporal de la escala usada para medir la discapacidad, el WHODAS II, es de 30 días. Las condiciones médicas crónicas tienden a ser más persistentes que los trastornos mentales (que son con frecuencia episódicos), por ello es posible que en el momento de la entrevista algún episodio depresivo presente durante el año anterior ya hubiera remitido (y no la condición médica). En estos casos sería de esperar una infraestimación de la discapacidad asociada a la depresión.
- La información autorreferida sobre las condiciones médicas crónicas puede pasar por alto las formas más leves de algunos trastornos médicos, lo que facilitaría la inclusión preferente de las formas más severas de estas condiciones, dando lugar a una sobreestimación de la discapacidad asociada a los trastornos médicos crónicos.
- La comorbilidad entre la depresión y ciertas condiciones médicas crónicas se ha asociado a un aumento de mortalidad (Lesperance F, Frasure-Smith N, Talajic M. 1996) (por ejemplo la patología cardíaca). En dichos casos es previsible que la asociación entre ambos trastornos aparezca falsamente baja debido a mecanismos de selección.
- La información sobre uso de servicios fue autorreferida, lo que puede dar lugar a un sesgo de memoria, con riesgo de sobrenotificación (Rhodes AE, Lin E, Mustard CA., 2002; Rhodes AE, Fung K., 2004). Para reducir el posible efecto de este sesgo el

proyecto World Mental Health Surveys (WMH) introdujo ciertos mecanismos de control tales como la exclusión de las personas que no se comprometieron a responder de forma honesta y a pensar con detenimiento las preguntas recibidas. Por otro lado, el marco temporal de 12 meses de análisis en este estudio de la variable *uso de servicios* hace menos probable que este sesgo tenga un gran impacto en los resultados.

- Algunos de los subgrupos de análisis presentaban un número reducido de efectivos lo que ha podido afectar a la calidad de algunas de las estimaciones. Para minimizar este efecto siempre que fue posible se excluyeron los datos con efectivos muy reducidos.
- Los datos fueron recogidos a finales del 2002, lo que puede implicar que no sean totalmente representativos de los parámetros actuales. Sin embargo representan la información más completa disponible de la población general de nuestro país y por tanto la más reciente de estas características.

6.2 Principales fortalezas del estudio

- Es el primer estudio en nuestro país sobre la epidemiología de la depresión mayor realizado sobre muestra representativa de la población general y con una metodología útil para la comparación internacional.
- El instrumento diagnóstico utilizado es válido y fiable (Kessler RC, Üstün TB, 2004), y se ha utilizado en numerosos estudios epidemiológicos a nivel internacional. Proporciona diagnósticos según criterios DSM-IV y CIE-10. Incorpora una batería adicional de preguntas y de escalas validadas que posibilitan la evaluación de múltiples aspectos de interés epidemiológico: gravedad, discapacidad, conducta suicida, calidad de vida, factores de riesgo, etc.
- La metodología utilizada es sólida, contrastada y sujeta a procedimientos regulares de revisión y mejora por parte del proyecto World Mental Health Surveys (WMH) de la OMS. Controles de calidad exhaustivos del trabajo realizado desde el centro coordinador español (IMIM-Hospital del Mar) y del internacional (Departamento de Políticas de Salud de la universidad de Harvard).
- Se trata de un proyecto internacional con participación de 28 países de todas las regiones del mundo y 9 en Europa. La aplicación en todos ellos de una metodología homogénea posibilita la comparación internacional de los resultados en condiciones de alta fiabilidad.

- El proyecto ESEMeD, del que forma parte este estudio, vincula a 6 de los países europeos de WMHS (España, Italia, Bélgica, Alemania, Holanda y Francia) y permite conseguir aún una mayor coordinación y homogeneidad en los procedimientos y análisis de resultados.

7. DISCUSIÓN:

El estudio ESEMeD España es el primero que ofrece información detallada sobre la epidemiología del episodio depresivo mayor a partir de una muestra representativa de la población general del país y en base a una metodología estandarizada y útil para la comparación internacional con 28 países de todas las regiones del mundo, entre ellos 9 europeos. Es por lo tanto una fuente de información de alto interés para mejorar el conocimiento sobre este trastorno en España, un país con características diferenciales respecto de aquellos a partir de los cuales se han extrapolado tradicionalmente los datos. Es de esperar que la información obtenida en este estudio pueda ser de interés en la elaboración de políticas de salud y la planificación de los recursos sanitarios, además de contribuir a mejorar el conocimiento de los factores del entorno con posible impacto en el perfil epidemiológico de la depresión.

Uno de los objetivos de este estudio es el análisis de los resultados en el contexto internacional, en particular europeo. Debido a las dificultades que se derivan de la comparación de resultados entre estudios con metodologías diferentes se dará prioridad a la comparación con los países incluidos en el estudio ESEMeD (Italia, Alemania, Bélgica, Holanda y Francia) y otros países europeos del proyecto WMHS (principalmente Ucrania). Se contrastarán también los datos con los procedentes de otros estudios internacionales, siempre que éstos sean considerados de calidad suficiente, el resultado de dicha comparación deberá interpretarse no obstante con cautela.

7.1 Resumen global de los resultados

Los resultados presentados muestran que el episodio depresivo mayor es frecuente en España ya que afectaría cada año a más de 1.7 millones habitantes del país. Presenta una edad media de inicio relativamente temprana, en torno a los 30 años y una cronicidad elevada, cercana al 40%. Más de la mitad de las personas con un episodio depresivo mayor en España presentan también otro trastorno mental, principalmente distimia y ansiedad generalizada y dos terceras partes tendrían también alguna condición física crónica, con mayor frecuencia algún trastorno por dolor. Las mujeres, las personas de edad entre los 50 y 64 años, los separados, viudos o divorciados, los desempleados y las

amas de casa, constituyen el grupo poblacional de mayor riesgo de depresión en nuestro país. En particular, la ratio hombre/mujer es llamativamente alta y se sitúa en torno al 2.7. Se trata de un trastorno limitante y que afecta a ámbitos del funcionamiento variados incluyendo el autocuidado, las capacidades cognitivas o la movilidad. Dicho impacto persiste más un año después de haber padecido la depresión. A pesar de ello y de la existencia de un sistema sanitario universal y gratuito en nuestro país, resulta llamativo que el uso de servicios sanitarios por depresión es relativamente bajo, en torno al 60%, con un predominio sólo discreto de la atención primaria. De especial relevancia, sólo 1 de cada 3 personas en tratamiento por su depresión reciben un tratamiento considerado como mínimamente adecuado. Es importante señalar, por otro lado, que de los algo más de 20 millones de personas que han padecido una condición médica crónica en el último año en España según nuestros datos, el 6% cumplen criterios de depresión mayor, siendo la prevalencia de depresión más alta entre aquellos con alguna patología respiratoria.

7.2 Prevalencia, Edad de Inicio, Cronicidad

Los resultados de prevalencia de la depresión en España se encuentran, en general, dentro del intervalo registrado en muchos de los estudios previos llevados a cabo en el país y que han sido descritos en la introducción de este documento, si bien dada la heterogeneidad de los estudios descritos resulta difícil llegar a una conclusión firme. En comparación con otros países europeos del estudio ESEMeD- WMHS, se observa una menor prevalencia global de la depresión en España, ya que sólo en Italia (3%), otro país del sur del continente y cultura latina, y Alemania (3%) se observaron prevalencias de depresión más bajas (Alonso J., et al., 2008a). Esta prevalencia contrasta con la observada en Ucrania, otro país europeo participante en el proyecto WMH pero no incluido en ESEMeD, que reporta una prevalencia también mayor (8,4%) (Bromet E., et al., 2011).

Al comparar con los estudios realizados en Europa con otras metodologías y haciéndolo con la prudencia que aconsejan las diferencias metodológicas, puede comprobarse que las prevalencias son, con pocas excepciones, mayores que las registradas en España. Los estudios de revisión muestran valores que oscilan entre el 5% (Paykel E.S., Brugha T., Fryers T. 2005) y el 6,9% (Wittchen, H.U., JacobiF., 2005). Las prevalencias

registradas en los estudios nacionales o regionales seleccionados por su rigurosidad metodológica son a su vez muy variables y salvo un estudio en Islandia con prevalencias cercanas al 1% (Stefansson JG, Lindal E. 2009), en general los valores son claramente superiores al 4% español: Noruega 3,7-8,4% (Kringlen E, Torgersen S, Cramer V., 2006; Wittchen, H.U., Jacobi F., 2005), Finlandia 4,9- 8,4% (Pirkola S.P., et al., 2005; Wittchen, H.U., Jacobi F., 2005), Italia 8% (Battaglia A, Dubini A, Mannheimer R, Pancheri P., 2004), Alemania 10,7% (Jacobi F., 2004). Tal y como se ha comentado en otros apartados de este trabajo resulta llamativa la ausencia de estudios procedentes del sur de Europa, con la excepción de Italia.

Respecto a la comparación con otros continentes, y en particular con América, hay que destacar que los datos de prevalencia en España son más próximos a los observados en diversos países de América Latina (4,8-6,8%) (Kohn, R., et al., 2005; Demyttenaere K., et al., 2004) que en los EEUU donde la prevalencia es bastante mayor (8,3%) (Bromet E., et al., 2011).

Los datos de cronicidad y edad de inicio de la depresión en España son también de interés. La cronicidad o persistencia depresiva se calculó a través de un método indirecto (Who International Consortium in Psychiatric Epidemiology, 2002) llegando al 37,5% en nuestro país. Dicho valor está dentro del intervalo del 30-50% descrito en la literatura mundial (Andrade, L., et al., 2003; Weissman M.M., et al., 1996), pero es superior al registrado en el conjunto de países ESEMeD (30,6%) (Alonso J., et al., 2008a). Asumiendo las limitaciones del método empleado en el cálculo de la cronicidad, para la cual a su vez tampoco existe un consenso diagnóstico unánime, los resultados muestran en España una combinación llamativa de menores prevalencias pero mayor cronicidad depresiva en comparación con nuestros vecinos europeos. Las causas concretas que favorecen la cronicidad en la depresión no son del todo conocidas pero se sabe que ciertos factores del entorno socioeconómico y cultural pueden influir en su desarrollo, incluyendo la presencia de deficiencias en la atención sanitaria de los trastornos mentales (acceso insuficiente, errores diagnósticos o tratamientos inapropiados) o el estigma asociado a la enfermedad mental que retrasaría el inicio de los tratamientos (Miranda, J., et al., 2003). Conviene resaltar que dicho perfil de menor prevalencia de depresión pero mayor probabilidad de persistencia depresiva ha sido descrito también en latinos residentes en EEUU en comparación con otros grupos

poblacionales de ese país y que en ese caso se propuso su relación con las deficiencias de acceso a los servicios asistenciales (Breslau J., et al., 2005). El peso que los factores sanitarios pueden tener en los resultados de cronicidad en nuestro país es desconocido y requeriría un estudio específico.

La edad de inicio es un dato de gran relevancia para focalizar las estrategias de intervención precoz y prevención de los trastornos secundarios y permite realizar cálculos sobre el riesgo estimado a lo largo de la vida. En España la edad de inicio de la depresión se situó en los 30 años, edad que está dentro del intervalo entre los 25 y 45 años descrito en los estudios internacionales (Kessler, R.C., et al., 2007b) pero por debajo de la media de los países europeos de ESEMeD (Alonso J., et al., 2008a). Se han descrito marcadas diferencias entre países en la edad de inicio de los trastornos mentales y se desconocen los motivos de éstas, que parecen ser independientes de la región del mundo, el nivel de desarrollo económico, o los determinantes estructurales del país. Es conocido que un inicio depresivo más temprano conlleva un mayor riesgo de evolución hacia la cronicidad, formas severas del trastorno o una peor respuesta al tratamiento (Kessler, R.C., et al., 2007b).

7.3 Factores sociodemográficos

En lo que respecta al perfil sociodemográfico, los resultados ofrecen un perfil propio, con diversas coincidencias y diferencias llamativas respecto a lo observado tradicionalmente en la literatura. El perfil de riesgo característico de la depresión mayor en nuestro país está formado por las mujeres, las personas entre 50 y 64 años, los solteros, divorciados y viudos, los desempleados y amas de casa.

a) Género

Tal y como se había propuesto en las hipótesis del estudio, se encontraron diferencias respecto a otros países en la distribución por género de la depresión. La ratio hombre/mujer en España ascendió a 2,7 y es 0.7 puntos superior a la media en estudios internacionales (Fryers T., et al., 2004; Paykel, E.S., 1991), además es la más alta en todos los países del proyecto Encuestas Mundiales de Salud Mental–World Mental Health Surveys (WMHS) (Bromet E., et al., 2011). Es interesante destacar que Italia, otro país de cultura latina mediterránea, presenta también unas ratios altas, sólo algo

inferiores a las de España (de Girolamo G., et al., 2006). La mayor prevalencia de depresión en la mujer se ha asociado a factores de tipo neurobiológico y también sociocultural. Entre estos últimos destacan diversos aspectos vinculados con el rol y las responsabilidades de género. Estos pueden variar considerablemente entre culturas y han sido propuestos como elementos con impacto en las diferencias internacionales en el riesgo de depresión entre hombres y mujeres (Paykel, E.S., 1991). En el caso de nuestro país algunos autores opinan que el contexto social contemporáneo que promueve la combinación de responsabilidades laborales y familiares (todavía en buena medida en exclusiva a cargo de la mujer) podría ejercer un impacto negativo en la salud mental de la mujer, aspecto que se potenciaría en algunos casos por el conflicto entre los roles de género tradicionales y el papel que debe asumir la mujer en la España actual (Artazcoz, L., et al., 2004a y 2004b).

b) Edad

Otro hallazgo llamativo es el aumento progresivo en el riesgo de depresión que se observa en nuestro país desde las edades más jóvenes hasta los 50-64 años. Un patrón similar ha sido descrito también en Italia y en los países de renta media o baja incluidos en el proyecto WMHS (Bromet E., et al., 2011), pero no en general en los países de renta alta incluyendo los europeos, en los que los grupos de edad más joven (18-24 años) son los que presentan un riesgo máximo de depresión que después se reduce de forma progresiva con la edad (Alonso J., et al., 2008a). No se conoce la causa del mayor riesgo de depresión detectado a nivel mundial en los más jóvenes y se han propuesto razones metodológicas (sesgo de memoria por el cual las personas de mayor edad recordarían peor los episodios sufridos hace años o menor predisposición en estas edades a relatar las experiencias depresivas (Who International Consortium in Psychiatric Epidemiology, 2002), entre otras. Los hallazgos de nuestro país requerirían una explicación independiente. Una propuesta interesante hace referencia al patrón de socialización presente en España y otros países en el que los adolescentes y jóvenes permanecen bajo la protección de los padres hasta edades tardías y sugiere que dicho mecanismo podría actuar como factor protector para el desarrollo de la depresión a edades tan tempranas (Lee S., et al., 2007). Tampoco podría descartarse un posible efecto cohorte por el cual la generación de las personas nacidas a mediados del siglo pasado hubieran desarrollado un mayor riesgo de depresión debido a factores de tipo

histórico u otros (época socialmente convulsa como posible estresor infantil favorecedor de un desarrollo depresivo en edades más avanzadas).

c) Estado marital, nivel de ingresos y nivel educativo:

El estado marital o de convivencia, así como el nivel educativo y de ingresos han ayudado clásicamente a perfilar el riesgo de depresión mayor por su asociación relativamente homogénea a la depresión en la mayoría de estudios (Fryers T, Melzer D, Jenkins R., 2003). Los resultados en España merecen una consideración debido a su peculiaridad.

A diferencia de lo reflejado en la literatura, no se observó en nuestro país la clásica asociación inversa entre depresión mayor y nivel de ingresos o entre aquella y el nivel educativo, asociación que sí está presente, además, en otros países del proyecto ESEMeD (Alonso J., et al., 2008a). Igual que se ha detectado en otros aspectos del análisis, la ausencia de relación entre los ingresos individuales y el riesgo de depresión ha sido también descrito en algunos países de renta media o baja (Bromet E., et al., 2011). Se ha propuesto que dicho hallazgo podría deberse a la existencia de factores complementarios que redujeran el riesgo asociado a la falta de ingresos o el bajo nivel educativo en estos países, tales como una mayor cohesión o redes de apoyo social más extensas (Fryers T, Melzer D, Jenkins R., 2003). De hecho, una teoría de salud pública sugiere que no es tanto la pobreza global de un país (medida según su PIB) como el mayor nivel de desigualdad económica interna que padece, la que se asociaría a unos peores indicadores de salud en su población (Wilkinson RG, Pickert KE, 2006).

Respecto al estado marital, se observó que las personas divorciadas, viudas y separadas tienen un mayor riesgo de depresión, lo que coincide con estudios internacionales (Alonso J., et al., 2008a). A diferencia de otros países de renta alta, en España se encontró que las personas nunca casadas tienen un riesgo menor de depresión (si bien sin significación estadística) lo que podría tener cierta relación con la mayor extensión de las redes sociales de apoyo descritas en nuestro país que servirían de soporte adicional fuera del entorno familiar inmediato y ayudarían a reducir el riesgo de depresión en estos casos.

7.4 Discapacidad

En lo relativo a la discapacidad, los resultados mostraron que la depresión mayor genera un impacto significativo en todos los ámbitos del funcionamiento estudiados y que si bien la intensidad del impacto se reduce algo con el tiempo, todavía está presente en 4 de los 5 ámbitos estudiados más de un año después de haber tenido el episodio depresivo.

Respecto a la comparación con otros países, los valores de discapacidad en España (según la puntuación global de la escala WHODAS II) son menores que los registrados, de media, en los países de renta alta pero superiores a los de los países de renta media y baja, lo que coincide con los hallazgos de la literatura que muestran una asociación positiva entre la prevalencia de la depresión y los niveles de disfunción asociada a la misma en cada país (Bromet E., et al., 2011)

7.5 Comorbilidad con otros trastornos

a) Comorbilidad con Trastornos Mentales

Los resultados del estudio mostraron que más de la mitad de las personas con un episodio depresivo mayor en España presentaban además algún otro trastorno mental, en su mayoría un trastorno de ansiedad si bien la asociación fue más intensa con otro trastorno afectivo, la distimia.

En comparación con la muestra europea ESEMeD-WMH en su conjunto, se observa que la asociación entre la depresión mayor y la mayoría de trastornos de ansiedad evaluados es más intensa en España (hasta dos veces más intensa en algunos casos), lo que coincide con los resultados de análisis previos de los datos ESEMeD que habían mostrado una menor prevalencia de trastornos afectivos puros en España (ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, 2004; Haro, J.M., et al., 2006b).

La comorbilidad entre la depresión mayor y los trastornos de ansiedad es conocida y está descrita en la literatura como una de las más frecuentes de la depresión mayor. Estudios previos sugieren un inicio más temprano de los trastornos de ansiedad respecto a los depresivos y se ha propuesto que los trastornos de ansiedad podrían ser un factor de riesgo para ciertas depresiones (Andrade, L., et al., 2003; Warner V, Weeisman MM,

Mufson L, Wickramaratne PJ. 1999). De ser así el tratamiento precoz de la ansiedad podría reducir el riesgo de desarrollo posterior de un cuadro depresivo, aunque no tenemos conocimiento de la existencia de evidencias consistentes sobre esta posibilidad.

b) Comorbilidad con Condiciones Médicas Crónicas

La comorbilidad entre la depresión mayor y las condiciones médicas crónicas (CMC) se asocia a un peor pronóstico del trastorno afectivo, con menores tasas de respuesta al tratamiento, incremento de la morbilidad y de los costes económicos (Evans DL, et al., 2005; Kessler RC, Ormel J, Demler O, Stang PE., 2003). Los resultados de este estudio sugieren que en España un 2,5% de los habitantes del país habrían presentado este tipo de depresión en el último año, lo que equivale a más de 1 millón de personas y lo que es peor, entre ellos el 85% no habrían estado recibiendo un tratamiento adecuado para su patología afectiva.

Tal y como se ha detallado en la sección de análisis estadístico, en este apartado se dio preferencia al cálculo de prevalencias de depresión mayor en los pacientes con condiciones médicas crónicas y no a la inversa. Dicha decisión limita en cierta medida la comparación internacional de resultados pero permite ofrecer datos de utilidad directa para los médicos generales o especialistas en patología “orgánica”, que son actores con mayor probabilidad de sospechar la presencia de depresión en un paciente con CMC. La información resultante se comparó con datos recogidos en los países europeos de ESEMeD-WMH y en la comparación se observaron menores prevalencias de depresión entre aquellos con CMC en España (Gureje O., 2009a). La importancia de este resultado es, en nuestra opinión, muy relativa y puede ser interpretado como un reflejo de la menor prevalencia depresiva que se ha observado también en la población general española. Sin embargo, de forma característica, la depresión se asoció a la patología respiratoria con mayor intensidad que al resto de CMC, mostrando prevalencias cercanas al 20% y OR de hasta 7,8. Dichos valores superaron a los registrados en los estudios internacionales revisados, tanto del proyecto WMHS como otros, cuyas OR fueron mucho más bajas (entre 1,9 y 2,7) (Gureje O., 2009a; Merikangas KR, Kalaydjian A., 2007; Goodwin RD, Jacobi F, Thefeld W., 2003). En dichos estudios internacionales, además, las patologías asociadas con mayor intensidad a la depresión

fueron los trastornos por dolor o cardiovasculares, lo que coincide con lo reflejado en términos generales en la literatura (Scott K.M., et al., 2007).

Existen diversas teorías generales que pretenden explicar los mecanismos favorecedores de la comorbilidad entre los trastornos mentales y físicos (Cohen S. and Rodriquez MS., 1995) sin embargo el conocimiento sobre los vínculos concretos entre la depresión y condiciones médicas específicas es más limitado. En el caso de la patología respiratoria una de las hipótesis más aceptadas hace hincapié en el papel del tabaco, que es un factor de riesgo en un buen número de trastornos respiratorios y se ha asociado a la depresión de diversas formas y en numerosos estudios (Norwood R.J., 2007). La intensa asociación entre la depresión mayor y las enfermedades respiratorias en nuestro país sugerían la posible existencia de un vínculo de mayor intensidad entre el tabaco y la depresión en España, que quizás podría tener relación con la menor edad de inicio de la depresión, un facilitador conocido del inicio del hábito tabáquico en los depresivos (Breslau N, Kilbey MM, Andreski P., 1993; Patton G.C., et al., 1996; Ferguson D.M., 1996). Es interesante resaltar que estudios previos han descrito la existencia de un vínculo intenso entre tabaco y depresión también en poblaciones latinas norteamericanas (Pérez-Stable EJ, Marín G, Marín BV, Katz MH. 1990; Lorenzo-Blanco E.I., et al., 2011). Debido al interés potencial de este hallazgo se realizó un análisis específico para evaluar la asociación entre el consumo de tabaco y la depresión mayor en los diferentes países de ESEMeD con la hipótesis de que esta asociación sería mayor en España (Tablas 8 y 9). A diferencia de lo esperado, los resultados no mostraron indicios de una mayor asociación en España por lo que esta hipótesis tuvo que ser descartada, si bien algunos posibles factores de confusión, tales como la gravedad del trastorno o la intensidad del consumo de tabaco, no fueron incluidos en el análisis.

Tabla 8: Prevalencia vida de fumadores, entre depresivos y no depresivos

	España					ESEMeD				
	n	% (DE)	OR	(IC)	p	n	% (DE)	OR	(IC 95%)	p
No EDM	734	53,1% (2,0) ^A	Ref.			2990	50,3% (0,8) ¹	Ref.		
EDM	327	53,5% (1,8) ^B	1,02	(0,83-1,25)	0,885	1700	56,9% (1,2) ²	1,3	(1,16-1,46)	<0,001

^A Prevalencia de fumadores(vida) entre los que no tienen depresión

^B Prevalencia de fumadores (vida) entre los tienen depresión

Tabla 9: Relación entre enfermedad respiratoria, hábito tabáquico y EDM

	España			ESEMeD		
	OR	(CI)	P value	OR	(CI)	P value
T. Respiratorio	1,83	(1,19,2,80)		1,56	(1,19,2,04)	
Fumador	1,02	(0,81,1,27)	[0,893]	1,34	(1,18,1,52)	[<0,001]
Interacción T. Respiratorio*Fumador	0,91	(0,47,1,77)	[0,777]	0,86	(0,62,1,20)	[0,363]

Otra hipótesis sobre la relación entre depresión y patología respiratoria hace referencia al papel de los fármacos en el tratamiento de la neumopatía, y en particular los corticoides por ser potenciales inductores de patología psiquiátrica (Putman-Casdorph H., McCrone S., 2009). El uso de corticoides en los pacientes con EPOC es también un elemento diferencial de nuestro país, ya que se ha descrito que en España este uso es excesivo y de una intensidad mayor que en otros países europeos (de Miguel Díez J., et al, 2003). A pesar del interés de este hallazgo y de que es de esperar que un uso inapropiado de corticoides favorezca la aparición de depresión en ciertos pacientes, no es verosímil que este factor por sí sólo pueda justificar los resultados observados por lo que debería considerarse como un elemento a tener en cuenta sólo en el contexto de otros factores probablemente más relevantes. Un último elemento implicado en la comorbilidad entre depresión y neumopatía es la hipoxemia crónica como factor neurotóxico potencialmente capaz de inducir cuadros depresivos en personas de edad avanzada (Norwood R.J., 2007). Su relevancia para explicar los resultados específicos en nuestro país parece más limitada.

Por otro lado, el impacto de la depresión en los índices de discapacidad fue más intenso que el producido por la mayoría de los trastornos físicos estudiados, lo que confirma resultados previos de la literatura (Moussavi S, et al., 2007), igual que el notable incremento en el riesgo de discapacidad que se produce en los pacientes con CMC cuando presentan una depresión comórbida (hasta 30 veces), incremento que es especialmente intenso (y este hallazgo es más específico de nuestro país) cuando el trastorno físico es de tipo respiratorio. De forma llamativa, se observó que ciertas formas de CMC comórbidas con depresión eran más discapacitantes en España que en otros países europeos de ESEMeD-WMH, mientras que esas mismas CMC en ausencia de depresión lo eran menos. Dicho hallazgo sería posible en un escenario de mayor

discapacidad asociada a la depresión en nuestro país pero esto no ha podido ser demostrado. También sería posible en el supuesto de una atención sanitaria insuficiente o tardía en estos pacientes, al favorecer ésta la evolución hacia formas más intensas de discapacidad. Este supuesto será comentado a continuación.

Respecto al tratamiento de la depresión comórbida en España, los resultados mostraron que dicha comorbilidad no incrementa de forma significativa la probabilidad de recibir tratamiento en comparación con las personas que tienen una depresión “pura”. Estudios previos han mostrado resultados divergentes en este aspecto y se ha descrito tanto un aumento de la probabilidad de recibir tratamiento (Gureje O., 2009b) como una disminución (Tylee, A., 2006). Los factores que pueden influir en dicha probabilidad son variados e incluyen el grado de atención personalizada que se ofrece al paciente, que es variable entre países, diversos aspectos relacionados con el modo en el que las personas de cada cultura manifiestan su sintomatología (Kessler D, Lloyd K, Lewis G, Gray DP, 1999) o la valoración errónea que tanto clínicos como pacientes pueden realizar de la sintomatología afectiva al considerarla un efecto inevitable y menos relevante que un trastorno físico, y por lo tanto no merecedora de comentario alguno o tratamiento específico. Los resultados son preocupantes ya que este tipo de depresión debería ser candidata a abordajes intensos y precoces debido a su gravedad y coste económico potencial.

7.6 Uso de servicios

Los resultados de uso de servicios por depresión mayor coinciden con la hipótesis planteada y mostraron que el porcentaje de uso en España es bajo (59,1%) siendo especialmente llamativo que cerca de una de cada tres personas con un episodio grave no consultara con un servicio asistencial. Los servicios sanitarios fueron el recurso más utilizado por las personas con depresión mayor y la atención primaria fue el que acaparó el mayor porcentaje de pacientes con este trastorno (2 de cada 3). Un 76% de los usuarios de los servicios sanitarios recibieron algún tipo de tratamiento, siendo la farmacoterapia la opción más frecuente (70%), sola o combinada con la psicoterapia.

Es conocido que los trastornos mentales a menudo no son bien diagnosticados o tratados y los porcentajes de tratamiento reflejados en la literatura son en general bajos. Además

varían de forma notable entre países, con porcentajes en países de renta alta que van del 60% para los cuadros graves a poco más del 10% para los leves, y menores porcentajes aún en los países de renta baja (Wang P.S., et al., 2007). Estudios previos han mostrado además que podría existir un menor uso de servicios en el sur de Europa, en comparación con el norte y centro (McCracken C., et al., 2006). El análisis de las diferencias internacionales en el caso concreto del episodio depresivo mayor resultó especialmente complicada debido a la escasez de datos poblacionales específicos sobre este trastorno si bien la información disponible procedente del estudio WMH (Demyttenaere K., et al., 2007; Kovess-Masfety V., et al., 2007; Wang P.S., et al., 2007) y otros (The European Opinion Research Group, 2003) permite sugerir un uso en España algo inferior al de otros países Europeos, con la excepción de Italia, otro país del sur del continente.

Las causas concretas de las diferencias entre países en el uso de servicios por depresión no son conocidas pero se acepta la influencia de 3 tipos de factores, que incluyen aquellos relacionados con el propio individuo y su entorno social, aquellos relacionados con el sistema sanitario y por último los relacionados con el manejo de la patología por parte del personal asistencial (Prins M.A., et al., 2008; Wang P.S., et al., 2007):

- Entre los primeros conviene destacar por un lado la actitud social hacia la enfermedad mental y en concreto hacia la demanda de ayuda a los servicios sanitarios y por otro el estigma social hacia los trastornos mentales. Los resultados de estudios específicos describen la existencia de una mejor actitud en España hacia el tratamiento con una mayor predisposición a pedir ayuda especializada en comparación con otros países europeos (Ten Have M., et al., 2010). También se han descrito recientemente menores índices de estigma asociado a la enfermedad mental en España (Alonso J., et al., 2008b y 2009). Cabe pensar, por tanto, que estos factores podrían tener un papel secundario en la explicación de los menores porcentajes de tratamiento en España en comparación con otros países europeos.

- Entre los factores relacionados con el sistema sanitario con posible impacto en el uso de servicios por depresión se incluye el nivel de inversión económica, la disponibilidad de recursos asistenciales, la facilidad de acceso a los servicios, el coste para el paciente y la calidad de los servicios ofrecidos (Wang P.S., et al., 2007; Kovess-Masfety V., et al., 2007). En España existe un sistema sanitario público gratuito y de acceso universal, con cobertura de la salud mental y copago en el tratamiento farmacológico pero no para la

asistencia clínica en sí. Este sistema es comparable al de otros muchos países europeos en los que, sin embargo, se observan porcentajes de uso más altos. Existen ciertos factores diferenciales de nuestro país que podrían tener un impacto en el uso de servicios, tales como la menor disponibilidad de servicios asistenciales y recursos humanos en comparación con países del mismo nivel de desarrollo (Observatorio de Salud Mental de la AEN., 2007) o la menor inversión sanitaria en salud mental. En concreto, la inversión en salud mental en nuestro país se acerca al 5% de la inversión total en salud una cifra baja en relación a la de otros países de renta alta y en concreto una de las más bajas de la Unión Europea (Salvador-Carulla L. et al., 2006 y 2010; Salvador-Carulla L., Montero I., 2008).

- Los factores relacionados con los profesionales de la salud son más difíciles de analizar debido a la escasez de información útil para la comparación internacional. En general se sabe que un diagnóstico adecuado de la depresión en la atención primaria, puerta de entrada al sistema sanitario en muchos países, es clave para una mejor evolución a corto plazo de la depresión (Simon G.E. et al.,1999), sin embargo la literatura científica muestra porcentajes de detección de la depresión muy bajos en este ámbito sanitario, y cercanos al 50% en un metaanálisis reciente (Mitchell A.J., Vaze A., Rao S., 2009), resultados que coinciden también con los registrados en España (Aragónés E., et al., 2004; Aragónès E, Piñol JL, Labad A., 2006).

Por otro lado, a diferencia de otros países de nuestro entorno en los que la atención primaria es con gran diferencia el recurso más usado para el abordaje de este tipo de patología (Wang P.S.,et al.,2007), en España las diferencias entre la atención especializada y la general fueron mínimas. Este hallazgo se añade a los resultados de un análisis previo en países europeos de ESEMeD que mostró unos mayores porcentajes de derivación hacia la atención especializada en nuestro país (Kovess-Masfety V., et al., 2007). Se trata de un hallazgo preocupante, y en especial teniendo en cuenta que un 31% de las personas con trastornos graves fueron visitadas sólo en la atención primaria mientras que un 38% de los leves recibieron atención especializada, lo que sugiere un uso inapropiado de los recursos asistenciales disponibles.

La probabilidad de uso de servicios por una depresión se ha asociado en la literatura a diversos factores sociodemográficos y clínicos, entre los que se encuentra ser mujer, la edad media, unos niveles educativos y de ingresos altos y el estar soltero/a (Wang

P.S.,et al., 2005 y 2007; Olfson M, Klerman G.L., 1992). En España el perfil incluyó a las personas de edad media, aquellos en situación de desempleo o incapacidad para trabajar, y aquellos con una depresión de intensidad moderada o comórbida con otro trastorno mental. Resulta llamativo y contrasta con resultados internacionales el no encontrar a la mujer, cuyo riesgo de depresión en comparación con los hombres es mayor en España que en otros países. A su vez no se observó la tradicional asociación monótonica entre severidad y uso de servicios (Wang P.S.,et al.,2007) sino, al contrario, se detectó una mayor probabilidad de tratamiento en los moderados en relación a los graves. Este hallazgo sugiere la posible existencia de barreras específicas para el tratamiento de ciertos pacientes en nuestro país y merecería un estudio específico.

Por último, pero de especial importancia, los porcentajes de tratamiento mínimamente adecuado fueron los más bajos de los registrados en los países europeos de ESEMeD (valor medio cercano al 46%) (Fernández A.,et al., 2007) y algo menores de los registrados en EEUU (38%, con unos criterios, además, algo más exigentes) (Kessler R.C., 2003). En concreto, sólo uno de cada tres personas que recibieron tratamiento en un centro sanitario de nuestro país lo hicieron con criterios de mínima adecuación y para nuestra sorpresa los porcentajes no fueron mucho mejores al considerar sólo el sector especializado (34,9%) a la vez que resultaron llamativamente bajos en la atención primaria, sector que da cobertura al 35% de las depresiones en tratamiento (12,8% en total y 29% en los casos de depresión leve). Los factores asociados a la mala praxis en la depresión parecen ser múltiples y se ha destacado el posible déficit de formación de los profesionales para hacer frente al trastorno o su escasa adhesión a las guías clínicas. Se trata éste de un aspecto importante ya que diversos estudios han mostrado que los tratamientos que siguen las indicaciones de las guías clínicas tienden a ser más coste-efectivos y contribuyen mejor a reducir el número de días vividos con discapacidad (Andrews G., et al., 2004).

8. CONCLUSIONES E IMPLICACIONES

8.1 Conclusiones

a) Los hallazgos confirman la hipótesis planteada en este estudio de una menor prevalencia de depresión en España en comparación con otros países europeos, fundamentalmente del centro y norte del continente. Van en la línea, por tanto, de hallazgos previos que sugieren mejores resultados de salud mental en países de cultura latina y a su vez de la hipótesis del posible efecto protector de la cultura latina sobre ciertos aspectos de la salud.

b) De los resultados de la alta cronicidad y edad de inicio temprana de la depresión en España se desprende que un porcentaje considerable de las personas con este trastorno, quizás más alto que en otros países europeos, lo padecerán durante un tiempo prolongado de su vida. Este hallazgo merece una especial mención por el mayor riesgo de evolución hacia formas más graves y costosas del trastorno que conlleva una evolución prolongada y un inicio más temprano de la depresión, con complicaciones en ocasiones irreversibles como el suicidio.

c) El perfil sociodemográfico del episodio depresivo mayor en España muestra una cierta especificidad en comparación con otros países del entorno, incluyendo el mayor riesgo relativo en la mujer, las personas de edad comprendida entre los 50-64 años o la ausencia de relación entre los ingresos/nivel educativo y el riesgo de depresión. Se confirma, pues, la hipótesis planteada en el estudio de una mayor vulnerabilidad de la mujer a padecer una depresión mayor, lo que invitan al desarrollo de acciones específicas para reducir este llamativo exceso de riesgo en nuestro país. La ausencia de vínculos de la depresión con factores de riesgo clásicos como el bajo nivel de ingresos sugiere la existencia de mecanismos de compensación de este riesgo en nuestro país.

d) Tal y como se había planteado en las hipótesis del estudio la depresión mayor genera un notable impacto en la capacidad funcional del individuo. En concreto se asocia a un incremento de la discapacidad en todos los dominios estudiados y que persiste más de un año después del inicio del episodio depresivo. Teniendo en cuenta los bajos porcentajes de uso de servicios y de tratamiento mínimamente adecuado de la depresión

en nuestro país, cabe pensar que parte de este efecto podría verse reducido con un uso más apropiado de los recursos terapéuticos disponibles, lo que redundaría en una mejora calidad de vida para los afectados y probablemente también en un menor coste económico asociados a la depresión.

e) Se observó una alta comorbilidad con otros trastornos mentales, mayor que en otros países, y en especial ciertos los trastornos de ansiedad. Las características de este estudio impiden conocer con certeza la secuencia temporal de estas asociaciones, si bien los resultados de estudios previos sugieren un desarrollo más precoz del trastorno ansioso. Cabe pensar, y así lo sugiere también la literatura, que el tratamiento precoz de estos trastornos primarios podría incidir una la reducción de la incidencia de de ciertos cuadros depresivos.

f) La intensa asociación entre la depresión mayor y los trastornos respiratorios es llamativa y sugiere la necesidad de un estudio específico para mejorar el conocimiento sobre los mecanismos que la generan. Dicha asociación parece tener además implicaciones relevantes en la generación de discapacidad con incrementos notables en la misma (en relación a ambos trastornos por separado) y de mayor intensidad que en otros países. Por otro lado, el hecho de que la comorbilidad no incremente la probabilidad de recibir tratamiento por la depresión es preocupante debido a la mayor gravedad y coste económico potencial de este tipo de depresión y debería motivar acciones de mejora en el diagnóstico entre los profesionales de la salud.

g) Tal y como se había planteado en las hipótesis del estudio, los resultados muestran un uso de servicios por depresión bajo en España. Dichos resultados son preocupantes, especialmente en un país con una asistencia sanitaria gratuita y universal y con una buena predisposición de la población al tratamiento y más teniendo en cuenta los altos índices de cronicidad y comorbilidad que se han detectado y que podrían tener cierto vínculo con un tratamiento inadecuado de la depresión. El análisis de los factores con impacto en el uso de servicios sugiere que el bajo gasto en salud mental y los insuficientes recursos en relación a otros países del entorno, ambos aspectos susceptibles de mejora, podrían estar actuando como barreras en el uso.

h) Se observó un menor uso proporcional de la atención primaria en comparación con otros países europeos. Además, los resultados de tipo de servicio sanitario utilizado (atención primaria vs especializada) en función de la gravedad depresiva muestran indicios de una distribución poco eficiente e inadecuada de los recursos, especialmente al considerar que uno de cada tres depresivos graves sólo fueron visitados por su médico de cabecera y que cerca del 40% de los leves acudieron a un servicio especializado.

i) Los porcentajes de tratamiento adecuado son llamativamente bajos, tanto en la atención primaria como especializada y menores que los observados en otros países de nuestro entorno. Se traducen en que no más del 15% de las personas con depresión mayor en España reciben una pauta terapéutica mínimamente adecuada, lo cual es claramente insuficiente y muy preocupante, especialmente teniendo en cuenta los resultados de discapacidad, cronicidad y comorbilidad asociados a este trastorno, y que podrían reducirse con un tratamiento adecuado.

j) Resulta llamativo que muchas de las especificidades detectadas en España respecto a otros países del entorno europeo sean también compartidas por países con cierta proximidad cultural, como es Italia o los países latinoamericanos. Este hallazgo sería consistente con la hipótesis planteada en el estudio relativa a una cierta similitud en el perfil epidemiológico de la depresión en España con otros países culturalmente afines.- Supone además un elemento de reflexión interesante que podría estimular el desarrollo de estudios específicos para mejorar el conocimiento de los factores del entorno protectores de la salud mental.

En concreto, los resultados sugieren tanto un posible efecto beneficioso como negativo en la salud mental de la cultura latina. En el primer caso, en la línea de la hipótesis ya descrita anteriormente que propone un papel protector ciertos rasgos distintivos de nuestra cultura (extensión de las redes sociales, el familismo o simpatía, por ejemplo). En el segundo caso relacionado con un posible efecto negativo sobre la salud mental de las mujeres del rol femenino tradicional de la cultura latina.

8.2 Implicaciones

- a) En un contexto de altos índices de cronicidad depresiva y posible edad de inicio más temprana, la prevención primaria de la depresión adquiere una especial relevancia. Esta debería ir acompañada de la identificación de los factores que promueven la persistencia depresiva en nuestro país. De ser independientes, éstos deberían ser objeto de medidas específicas de control.
- b) Los resultados de los perfiles de riesgo sugieren la necesidad de mantener una actitud especialmente vigilante en ciertos grupos poblacionales, entre los que se encuentran las personas desempleadas, viudas o las amas de casa de edad media. El trabajo de detección en el ámbito clínico podría requerir de acciones complementarias para mejorar la toma de conciencia y reconocimiento de síntomas en la población de riesgo.
- c) El hecho de que más de la mitad de los pacientes con depresión mayor presenten un trastorno mental comórbido sugiere la necesidad de realizar un diagnóstico diferencial sistemático en estos pacientes, y en especial en el entorno de la atención primaria donde esta práctica podría ser menos habitual.
- d) A su vez, la alta asociación encontrada entre las patologías médicas y la depresión debería estimular una actitud más proactiva de búsqueda de síntomas depresivos en los médicos generales y especialistas, en particular ante determinadas patologías como la respiratoria. Dicho esfuerzo podría requerir de acciones formativas específicas en dichos colectivos profesionales y es de esperar que pudiera redundar en una reducción de la discapacidad y gasto asociado a dichos cuadros comórbidos.
- e) Los resultados sugieren la existencia de ciertas barreras al tratamiento de la depresión en nuestro país, quizás relacionadas con un bajo gasto en salud mental e insuficientes recursos, que deberían ser objeto de estudio específico.
- f) La ausencia de resultados que sugieran un mayor uso de servicios por parte de la mujer (en comparación con lo que refleja la literatura) es especialmente preocupante y aconseja el desarrollo de acciones específicas para fomentar el uso de servicios en la

mujer española, especialmente teniendo en cuenta su mayor riesgo diferencial. Dichas acciones deberían ir precedidas por un estudio de las posibles barreras específicas al tratamiento en este colectivo.

g) Los resultados sugieren la necesidad de mejorar la organización de los recursos asistenciales para que la patología leve pueda ser atendida mayoritariamente en la atención primaria y la severa en la especializada, lo que podría incrementar la eficiencia de un sistema corto en recursos.

Por otro lado resulta imprescindible incrementar la calidad del tratamiento de la depresión, especialmente en la atención primaria, pero también en la atención especializada. Dicho esfuerzo requeriría de acciones formativas específicas así como una mayor elaboración y especialmente difusión de guías de práctica clínica.

h) Sería conveniente mejorar el conocimiento sobre el impacto que los factores socioculturales tienen en la salud mental de la población en España, tanto en la posible reducción del riesgo, como en el incremento del mismo en ciertos colectivos como la mujer. Estos hallazgos podrían ser de interés en el diseño de estrategias de prevención de ámbito poblacional.

BIBLIOGRAFIA

- Akbaraly TN, Brunner EJ, Ferrie JE, Marmot MG, Kivimaki M, Singh-Manoux A. 2009. Dietary pattern and depressive symptoms in middle age. *Br J Psychiatry*. 195, pp.408-13.
- Alegria, M., Canino, G., Shrout, P. E., Woo, M., Duan, N., Vila, D., 2008. Prevalence of mental illness in immigrant and non-immigrant U.S. Latino groups. *American Journal of Psychiatry*. 165, 359–369.
- Alonso J, Ferrer M, Romera B, Vilagut G, Angermeyer M, Bernert S, Brugha TS, Taub N, McColgen Z, de Girolamo G, Polidori G, Mazzi F, De Graaf R, Vollebergh WA, Buist-Bowman MA, Demyttenaere K, Gasquet I, Haro JM, Palacín C, Autonell J, Katz SJ, Kessler RC, Kovess V, Lépine JP, Arbabzadeh-Bouchez S, Ormel J, Bruffaerts R. 2002. The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) project: rationale and methods. *Int J Methods Psychiatr Res*.11(2), pp. 55-67
- Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, de Girolamo G, Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, Haro JM, Katz SJ, Kessler RC, Kovess V, Lépine JP, Ormel J, Polidori G, Russo LJ, Vilagut G, Almansa J, Arbabzadeh-Bouchez S, Autonell J, Bernal M, Buist-Bouwman MA, Codony M, Domingo-Salvany A, Ferrer M, Joo SS, Martínez-Alonso M, Matschinger H, Mazzi F, Morgan Z, Morosini P, Palacín C, Romera B, Taub N, Vollebergh WA; ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. 2004. 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*.(420), pp. 28-37.
- Alonso J., Bruffaerts R., Gabilondo A. Haro JM, Kovess V, Vilagut G., for the ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, 2008a. Depression; in Major and Chronic Diseases: Report 2007. Report of the Task Force on Major and Chronic

Diseases of DG SANCO's Health Information Strand. Luxembourg: European Commission.

- Alonso J, Buron A, Bruffaerts R, He, Y., Posada-Villa, J., Lepine, J.P., Angermeyer, M., Levinson, D., de Girolamo, G., Tachimori, H., Mneimneh, Z., Medina Mora, M.E., Ormel, J., Scott, K.M., Gureje, O., Haro, J.M., Gluzman, S., Lee, S., Vilagut, G., Kessler, R.C., Von Korff, M., 2008b. Association of perceived stigma and mood and anxiety disorders: results from the World Mental Health Surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 118:305–314.
- Alonso J, Buron A, Rojas-Farreras S, de Graaf, R., Haro, J.M., de Girolamo, G., Bruffaerts, R., Kovess, V., Matschinger, H., Vilagut, G and for the ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, 2009. Perceived stigma among individuals with common mental disorders. *Journal of Affective Disorders* 118, pp.180–186.
- American Psychiatric Association. 1980. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3 edn. Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association, 2000. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anderson P., McDaid D. Basu, S., Stuckler D.. 2011. Impact of economic crises on mental health. World Health Organization European Office. Copenhagen: Denmark.
- Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J.J., Berglund, P., Bijl, R.V., Dragomericka, E., Kohn, R., Keller, M., Kessler, R.C., Kawakami, N., Kiliç, C., Offord, D., Ustun, T.B., Wittchen, H.U., 2003. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) surveys. *Int. J. Methods Psychiatr. Res.* 12, pp. 3–21.
- Andrews G, Issakidis C, Sanderson K, Corry J, Lapsley H., 2004. Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *British Journal of Psychiatry*. 184, pp. 526–533.

- Aragonés E, Pinol JL, Labad A, Folch S., Mèlich N., 2004. Detection and management of depressive disorders in primary care in Spain. *International Journal of Psychiatry in Medicine*. 34, pp. 329–341
- Aragonès E, Piñol JL, Labad A., 2006. The overdiagnosis of depression in non-depressed patients in primary care. *Family Practice*. 23, pp. 363–368.
- Arillo A, Aguinaga I, Guillén F., 1998. Prevalencia de enfermedades mentales en mujeres de una zona urbana. *Aten Primaria*. Mar 31;21(5). pp. 265-9.
- Artazcoz, L., Artieda, L., Borrell, C., Cortès, I., Benach, J., García, V., 2004a. Combining job and family demands and being healthy: what are the differences between men and women? *Eur. J. Public Health* 14 (1), pp. 43–48 Mar.
- Artazcoz, L., Borrell, C., Benach, J., Cortès, I., Rohlfs, I., 2004b. Women, family demands and health: the importance of employment status and socioeconomic position. *Soc. Sci. Med.* 59 (2), pp. 263–274 Jul.
- Ayuso-Mateos, J.L., Vázquez-Barquero, J.L., Dowrick, C., Lehtinen, V., Dalgard, O.S., Casey, P., Wilkinson, C., Lasa, L., Page, H., Dunn, G., Wilkinson, G., ODIN Group, 2001. Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *Br. J. Psychiatry* 179, pp. 308–316 Oct.
- Baker, M., Stabile M, Deri C., 2004. What Do Self-Reported, Objective, Measures of Health Measure?. *Journal of Human Resources* 39(4), pp. 1067-1093.
- Bergmann MM, Byers T, Freedman DS, Mokdad A. 1998. Validity of self-reported diagnoses leading to hospitalization: a comparison of self-reports with hospital records in a prospective study of American adults. *Am J Epidemiol May* 15;147(10), pp. 969-77.
- Bernal M., Haro J.M., Bernert S., Brugha T, de Graaf R, Bruffaerts R, Lépine JP, de Girolamo G, Vilagut G, Gasquet I, Torres JV, Kovess V, Heider D, Neeleman J, Kessler R, Alonso J; ESEMED/MHEDEA Investigators, 2007. Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMED study. *Journal of Affective Disorders*. 101, pp. 27–34

- Battaglia A, Dubini A, Mannheimer R, Pancheri P. 2004. Depression in the Italian community: epidemiology and socio-economic implications. *Int Clin Psychopharmacol.* 19, pp. 135-142
- Bijl R.V., Ravelli A., van Zessen G., 1998. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 33, pp. 587-95.
- Breslau N, Kilbey MM, Andreski P., 1993. Nicotine dependence and major depression. New evidence from a prospective investigation. *Arch Gen Psychiatry.* 50, pp. 31–5.
- Breslau J., Kendler K.S., Su M., Gaxiola-Aguilar S., Kessler R.C., 2005. Lifetime risk and persistence of psychiatric disorders across ethnic groups in the United States. *Psychological Medicine.* 35, pp. 317–327
- Brunner, E., Marmot, M. G., 2006. Social Organization, Stress, and Health. In: Marmot M. G., Wilkinson R. G. (Eds.). *Social Determinants of Health.* Oxford: Oxford University Press
- Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, de Girolamo G, de Graaf R, Demyttenaere K, Hu C, Iwata N, Karam AN, Kaur J, Kostyuchenko S, Lépine JP, Levinson D, Matschinger H, Mora ME, Browne MO, Posada-Villa J, Viana MC, Williams DR, Kessler RC., 2011. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med.* 2011 Jul 26;9:90
- Brooks R, Rabin R, de Charro F, (eds), 2003. *The Measurement and Valuation of Health Status Using EQ-5D: A European Perspective: Evidence from the EuroQol BIO MED Research Programme.* Rotterdam: Kluwer Academic Publishers;
- Castro-Costa E., Dewey, M. Stewart R., Banerjee S., Huppert F., Mendonca-Lima C., Bula C., Reisches F., Wancata J., Ritchie, K. Tsolaki M., Mateos R., Prince M., 2007. Prevalence of depressive symptoms and syndromes in later life in ten European countries: the SHARE study. *Br J Psychiatry.* Nov, pp.191:393-401.

- Chen, E., 2007. Impact of socioeconomic status on physiological health in adolescents: An experimental manipulation of psychosocial factors. *Psychosomatic Medicine*. 69, pp. 348–355.
- Clarke R, Breeze E, Sherliker P, Shipley M, Youngman L, Fletcher A, Fletcher A, Fuhrer R, Leon D, Parish S, Collins R, Marmot M., 1998. Design, objectives, and lessons from a pilot 25- year follow-up re-survey of survivors in the Whitehall study of London Civil Servants. *J Epidemiol Comm Health*. 52, pp.364–369.
- Cohen S, Rodriquez MS., 1995. Pathways linking affective disturbances and physical disorders. *Health Psychol*. 14 (5), pp. 374–380.
- Cooper B., Singh B., 2000. Population research and mental health policy: Bridging the gap. *British Journal of Psychiatry*, 176, pp. 407-411
- Cross-National Collaborative Group. 1992. The changing rate of major depression. Cross-national comparisons. *JAMA*. 268, pp. 3098–105.
- Curran, C., Knapp, M., McDaid, D., Tomasson, K., the MHEEN Group, 2007. Mental health and employment: an overview of patterns and policies across the 17 MHEEN countries. *J. Ment. Health* 16 (2), pp. 195–210
- Dalstra, J.A., Kunst AE, Borrell C, Breeze E, Cambois E, Costa G, Geurts JJ, Lahelma E, Van Oyen H, Rasmussen NK, Regidor E, Spadea T, Mackenbach JP., 2005. Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases: an overview of eight European countries. *Int.J. Epidemiol*. 28, pp.316–326.
- Davidson JR, Meltzer-Brody SE, 1999. The underrecognition and undertreatment of depression: what is the breadth and depth of the problem? *Journal of Clinical Psychiatry*. 60, pp.4–9
- de Girolamo, G., Polidori, G., Morosini, P., Scarpino, V., Reda, V., Serra, G., Mazzi, F., Alonso, J., Vilagut, G., Visonà, G., Falsirollo, F., Rossi, A., Warner, R., 2006. Prevalence of common mental disorders in Italy: results from the

European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 41 (11), pp. 853–861 Nov

- de Miguel Díez J, Izquierdo Alonso JL, Rodríguez González-Moro JM, de Lucas Ramos P, Molina París J., 2003. Tratamiento farmacológico de la EPOC en dos niveles asistenciales. Grado de adecuación a las normativas recomendadas. Arch Bronconeumol. May; 39(5), pp. 195-202.
- de Santiago A, Vázquez JL, Díez JF., 1993. El rol femenino como determinante de la salud mental de las mujeres de la población general de Cantabria. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines. 1993 Sep-Oct;21(5):168-80.
- Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, Angermeyer MC, Bernert S, de Girolamo G, Morosini P, Polidori G, Kikkawa T, Kawakami N, Ono Y, Takeshima T, Uda H, Karam EG, Fayyad JA, Karam AN, Mneimneh ZN, Medina- Mora ME, Borges G, Lara C, de Graaf R, Ormel J, Gureje O, Shen Y, Huang Y, Zhang M, Alonso J, Haro JM, Vilagut G, Bromet EJ, Gluzman S, Webb C, Kessler RC, Merikangas KR, Anthony JC, Von Korff MR, Wang PS, Brugha TS, Aguilar-Gaxiola S, Lee S, Heeringa S, Pennell BE, Zaslavsky AM, Ustun TB, Chatterji S (WHO World Mental Health Survey Consortium). 2004. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*. 291, pp.2581–2590
- Durkheim E., 1897. Le Suicide. Paris: Alcan
- Cuijpers P, Schoevers RA. 2004. Increased mortality in depressive disorders: a review. *Curr Psychiatry Rep*. Dec;6(6), pp 430-7.
- Cuijpers P., van Straten A., Smit F., Mihalopoulos C., Beekman A., 2008. Preventing the onset of depressive disorders: a meta-analytic review of psychological interventions. *Am J Psychiatry*.165, pp. 1272-80
- Eaton WW., 2008. The Burden of Mental Disorders. *Epidemiol Rev*. 30, pp. 1-14.

- Evans DL, Charney DS, Lewis L, Golden JM, Ranga Rama Krishnan K, Nemeroff CB., 2005. Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations. *Biol. Psychiatry*. 58, pp. 175–189.
- ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, 2004. 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr. Scand.* Suppl. 420, pp. 28–37
- Ferguson DM., 1996. Comorbidity between depressive disorders and nicotine dependence in a cohort of 16 year olds. *Arch Gen Psychiatry*. 53, pp. 1043–1047.
- Fernández A, Haro JM, Martinez-Alonso M, Demyttenaere K, Brugha TS, Autonell J, de Girolamo G, Bernert S, Lépine JP, Alonso J., 2007. Treatment adequacy for anxiety and depressive disorders in six European countries. *British Journal of Psychiatry*. 190, pp.172–173.
- Fernandez-Cordon, J.A., Sgritta, G.B., 2000. The southern countries of the European Union: a paradox? Paper presented at the *Annual seminar of The European Observatory on the Social Situation, Demography and Family ‘Low Fertility, families and public policies’*. 15–16 September, Seville.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW., 2002. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Research Version, Non-patient Edition (SCID-I/NP) New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute.
- Fombonne E., 1994. Increased rates of depression: update of epidemiological findings and analytical problems. *Acta Psychiatr Scand*. Sep; 90(3), pp.145-56.
- Fryers T, Melzer D, Jenkins R., 2003. Social inequalities and the common mental disorders: a systematic review of the evidence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. May;38(5), pp. 229-37.

- Fryers, T., Brugha, T., Morgan, Z., Smith, J., Hill, T., Carta, M., Lehtinen, V., Kovess, V., 2004. Prevalence of psychiatric disorder in Europe: the potential and reality of meta-analysis. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 39, 899–905.
- Gallo LC, Penedo FJ, Espinosa de los Monteros K, Arguelles W., 2009. Resiliency in the face of disadvantage: do Hispanic cultural characteristics protect health outcomes? *J Pers. Dec*;77(6), pp. 1707-46.
- Giuffra, L.A., Risch, N., 1994. Diminished recall and the cohort effect of major depression: a stimulation study. *Psychol. Med.* 24, pp. 375–383
- Goodwin RD, Jacobi F, Thefeld W., 2003. Mental disorders and asthma in the community. *Arch Gen Psychiatry* Nov;60(11), pp.1125-30.
- Gornemann S.I. 2002. Prevalencia del trastorno mental en la población de Andalucía (Tesis Doctoral). Granada: Universidad de Granada.
- Gureje O., 2009a. The pattern and nature of mental-physical comorbidity: specific or general. In: Michael R. Von Korff, Kate M. Scott, Oye Gureje, editors. *Global Perspectives on Mental-Physical Comorbidity in the WHO World Mental Health Surveys*. New York: Cambridge University Press. Pp. 51-83.
- Gureje O., 2009b. How physical comorbidity affects Treatment of Major Depression in Developed and Developed Countries. In: Michael R. Von Korff, Kate M. Scott, Oye Gureje, eds. *Global Perspectives on Mental-Physical Comorbidity in the WHO World Mental Health Surveys*. New York: Cambridge University Press.
- Gureje O., Lasebikan V.O., Kola L., Makanjuola V.A., 2006. Lifetime and 12-month prevalence of mental disorders in the Nigerian Survey of Mental Health and Well-Being. *British Journal of Psychiatry*. 188, pp.465-471.
- Hackney C., Sanders, G., 2003. Religiosity and mental health: a meta-analysis of recent studies. *J. Sci. Stud. Relig.* 42 (1), pp. 43–55.
- Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Romera B, Codony M, Autonell J, Ferrer M, Ramos J, Kessler R, Alonso J. 2003. La epidemiología de los trastornos

mentales en España: métodos y participación en el proyecto ESEMeD-España. *Actas Esp Psiquiatr.* Jul-Aug;31(4), pp. 182-91.

- Haro JM, Arbabzadeh-Bouchez S, Brugha TS, de Girolamo G, Guyer ME, Jin R, Lepine JP, Mazzi F, Reneses B, Vilagut G, Sampson NA, Kessler RC., 2006a. Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health surveys. *Int J Methods Psychiatr Res.* 15(4), pp.167-80.
- Haro, J.M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M., Alonso, J., Grupo ESEMeD-España, 2006b. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeDEspaña. *Med. Clin. (Barc)* 126 (12), pp. 445–451 Apr 1.
- Harris E.C., Barraclough B., 1997. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry.* Mar;170:205-28.
- Health and Consumer Protection Directorate-General, 2004. The State of Mental Health in the European Union. Brussels: European Communities.
- Herrera R, Autonell J, Spagnolo E, Gispert R., 1990. Estudio epidemiológico en salud mental de la comarca del Baix Llobregat (Barcelona). *Inform Psiquiatr.* 120, pp.111-31.
- Hosmer DW, Lemeshow S., 1989. Applied Logistic Regression. New York: Wiley & Sons.
- Inglehart, R., Baker, W.E., 2000. Modernization, cultural change, and the persistence of traditional values. *Am. Sociol. Rev.* 65 (1), pp. 19–51 (Feb)
- Insel T.R., Fenton W.S., 2005. Psychiatric Epidemiology: It's Not Just About Counting Anymore. *Archives of General Psychiatry*, Jun; 62 (6), pp. 590-2.
- Jacobi F, Wittchen HU, Holting C, Hofler M, Pfister H, Muller N., Lieb R., 2004. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med*; 34(4), pp.597-611.

- Kaplan, E.L., Meier, P., 1958. Nonparametric estimation from incomplete observations. *J. Am. Stat. Assoc.* 53, pp. 457–481
- Kessler D, Lloyd K, Lewis G, Gray DP.. 1999. Cross sectional study of symptom attribution and recognition of depression and anxiety in primary care. *BMJ.* Feb 13;318(7181), pp. 436-9.
- Kessler R.C., McGonagle K.A., Zhao S., Nelson C.B., Hughes M., Eshleman S., Wittchen H.U., Kendler K.S., 1994. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry.* 51, pp. 8–19.
- Kessler RC, Wittchen HU, Abelson J, McGonagle K, Schwarz N. 1998. Methodological studies of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) in the US National Comorbidity Survey (NCS). *Int J Methods Psychiatr Res*;7:33-53.
- Kessler R.C, 2000. Psychiatric epidemiology, selected recent advances and future directions. *Bull World Health Organ.* 78(4), pp. 464-74.
- Kessler RC, Ormel J, Demler O, Stang PE. 2003. Comorbid mental disorders account for the role impairment of commonly occurring chronic physical disorders: results from the National Comorbidity Survey. *J. Occup. Environ. Med*; 45, pp. 1257–1266.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, Rush AJ, Walters EE, Wang PS; National Comorbidity Survey Replication, 2003. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA.* Jun 18, 289(23), pp. 3095-105.
- Kessler RC, Üstün TB, 2004. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res.* 13(2), pp. 93-121.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E., 2005. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV

disorders in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of General Psychiatry*. 62, 593–602.

- Kessler, R.C., Angermeyer, M., Anthony, J.C., DE Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., DE Girolamo, G., Gluzman, S., Gureje, O., Haro, J.M., Kawakami, N., Karam, A., Levinson, D., Medina Mora, M.E., Oakley Browne, M.A., Posada-Villa, J., Stein, D.J., Adley Tsang, C.H., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., Heeringa, S., Pennell, B.E., Berglund, P., Gruber, M.J., Petukhova, M., Chatterji, S., Ustün, T.B., 2007a. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *World Psychiatry* . 6, pp. 168–176.
- Kessler, R.C., Amminger, G.P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., Ustün, T.B., 2007b. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr. Opin. Psychiatry* 20 (4), pp. 359–364 Jul.
- Kessler RC, Birnbaum HG, Shahly V, Bromet E, Hwang I, McLaughlin KA, Sampson N, Andrade LH, de Girolamo G, Demyttenaere K, Haro JM, Karam AN, Kostyuchenko S, Kovess V, Lara C, Levinson D, Matschinger H, Nakane Y, Browne MO, Ormel J, Posada-Villa J, Sagar R, Stein DJ, 2010. Age differences in the prevalence and co-morbidity of DSM-IV major depressive episodes: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. *Depress Anxiety*. 27(4), pp. 351-364.
- Kohn, R., Levav, I., de Almeida, J.M., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J.J., Saxena, S., Saraceno, B., 2005. Trastornos mentales en América Latina y el Caribe: una prioridad de salud pública. *Rev. Panam. Salud Publica* 18 (4–5), pp. 229–240 Oct–Nov.
- Kirmayer L.J., 1994. Suicide among Canadian Aboriginal peoples. *Transcultural Psychiefric Research Review* . 31, pp. 3-58.
- Knauper, B., Cannell, C.F., Schwarz, N., Bruce, M.L., Kessler, R.C., 1999. Improving the accuracy of major depression age of onset reports in the US National Co morbidity Survey. *Int. J. Methods Psychiatr. Res.* 8, pp. 39–48.

- Kovess-Masfety V, Alonso J, Brugha TS, Angermeyer MC, Haro JM, Sevilla-Dedieu C; ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, 2007. Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. *Psychiatric Services* 58, pp.213–220.
- Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. 2006. Mental illness in a rural area: a Norwegian psychiatric epidemiological study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 41(9), pp. 713-719.
- Last A., 1995. A dictionary of Epidemiology. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press.
- LaVange LM, Stearns SC, Lafata JE, Koch GG, Shah BV., 1996. Innovative strategies using SUDAAN for analysis of health surveys with complex samples. *Stat Methods Med Res.* Sep;5(3):311-29.
- Lee S, Tsang A, Zhang MY, Huang YQ, He YL, Liu ZR, Shen YC, Kessler RC. 2007. Lifetime prevalence and inter-cohort variation in DSM-IV disorders in metropolitan China. *Psychol Med.* Jan;37(1), pp.61-71.
- Lesperance F, Frasure-Smith N, Talajic M. 1996. Major depression before and after myocardial infarction: its nature and consequences. *Psychosom Med.* Mar-Apr; 58(2), pp. 9-110.
- Lorant, V., Deliege, D., Eaton, W. W., Robert, A., Philppot, P., Ansseau, M., 2003. Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 157, pp. 98–112.
- Losada, A., Robinson, S. G., Knight, B. G., Marquez, M., Montorio, I., Izal, M., 2006. Cross-cultural study comparing the association of familism with burden and depressive symptoms in two samples of Hispanic dementia caregivers. *Aging and Mental Health.* 10, pp. 69–76.
- Lepine, J.P., Gastpar, M., Mendlewicz, J., Tylee, A., 1997. Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *Int. Clin. Psychopharmacol.* 12, pp. 19–29.

- Lorenzo-Blanco EI, Unger JB, Ritt-Olson A, Soto D, Baezconde-Garbanati L. 2011. Acculturation, Gender, Depression, and Cigarette Smoking Among U.S. Hispanic Youth: The Mediating Role of Perceived Discrimination. *J Youth Adolesc.* Feb 4. [Epub ahead of print]
- Marin G., Marin B.V.. 1991. Research with Hispanic populations. Newbury Park, CA: Sage.
- Markides KS, Coreil J., 1986. The health of Hispanics in the south western United States: An epidemiologic paradox. *Public Health Reports.* 101, pp. 253–265.
- Marmot M.G., Ryff C.D., Bumpass L.L., Shipley M., Marks N.F., 1997. Social inequalities in health: next questions and converging evidence. *Soc Sci Med* 44, pp. 901–910
- Marmot M.G., Wilkinson R. G. (Eds.). 2006. Social Determinants of Health (2nd ed.) Oxford: Oxford University Press.
- Martín Pérez C, Pedrosa García R, Herrero Martín JJ, Luna del Castillo Jde D, Ramírez García P, Sáez García JM., Prevalencia de psicopatías en un centro de salud rural. *Aten Primaria.* 2003;31 (1), pp. 39-46.
- McCracken C, Dalgard OS, Ayuso-Mateos JL, Casey P, Wilkinson G, Lehtinen V, Dowrick C., 2006. Health service use by adults with depression: community survey in five European countries. Evidence from the ODIN study. *Br J Psychiatry.* Aug;189, pp. 161-7
- Merikangas KR, Kalaydjian A., 2007. Magnitude and impact of comorbidity of mental disorders from epidemiologic surveys. *Curr Opin Psychiatry* Jul;20(4), pp.353-8.
- Miranda, J., Duan, N., Sherbourne, C., Schoenbaum, M., Lagomasino, I., Jackson-Triche, M., Wells, K.B., 2003. Improving care for minorities: can quality improvement interventions improve care and outcomes for depressed minorities? Results of a randomized, controlled trial. *Health Serv. Res.* 38, pp. 613–630.

- Mitchell AJ, Vaze A, Rao S., 2009. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet*. 374, pp.609–619
- Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. 2007 Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*. Sep 8;370(9590), pp. 851-8.
- Muntaner C, Borrell C, Benach J, Pasarín MI, Fernandez E., 2003. The associations of social class and social stratification with patterns of general and mental health in a Spanish population. *Int J Epidemiol*. Dec;32(6):950-8.
- Norwood R.J., 2007. A review of etiologies of depression in COPD. *International Journal of COPD*. 2(4), pp. 485–491
- Observatorio de Salud Mental de la AEN., 2007. Análisis de la situación de la atención a la salud mental en las Comunidades Autónomas a diciembre de 2005. Cuaderno Técnico N° 7. Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Ohayon MM, Schatzberg AF., 2002. Prevalence of depressive episodes with psychotic features in the general population. . *Am J Psychiatry*. Nov;159 (11). pp. 1855-61.
- Olfson M, Klerman G.L., 1992. Depressive symptoms and mental health service utilization in a community sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 27, pp. 161–167-
- Ormel J, Petukhova M, Chatterji S, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Bromet EJ, Burger H, Demyttenaere K, de Girolamo G, Haro JM, Hwang I, Karam E, Kawakami N, Lépine JP, Medina-Mora ME, Posada-Villa J, Sampson N, Scott K, Ustün TB, Von Korff M, Williams DR, Zhang M, Kessler RC., 2008. Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world. *Br J Psychiatry*. May;192(5), pp.368-75.
- Ortega MA, Seva A, Pérez A., 1995. Morbilidad psíquica diagnostic en la población general de La Rioja. *An Psiquiatría*. 11, pp. 320-6.
- Patten S.P., 2003. International differences in major depression prevalence: What do they mean? *Journal of Clinical Epidemiology*. 56, pp. 711–716

- Patton GC, Hibbert M, Rosier MJ, Carlin JB, Caust J, Bowes G. 1996. Is smoking associated with depression and anxiety in teenagers? *Am J Public Health*. 86, pp. 225–30.
- Paykel, E.S., 1991. Depression in women. *Br. J. Psychiatry* 158, pp. 22–29.
- Paykel E.S., Brugha T., Fryers T. 2005. Size and burden of depressive disorders in Europe. *European Neuropsychopharmacology*. 15, pp.411 – 423
- Pérez-Stable EJ, Marín G, Marín BV, Katz MH. 1990. Depressive symptoms and cigarette smoking among Latinos in San Francisco. *American Journal of Public Health*. 80, pp. 1500–1502.
- Pirkola SP, Isometsa E, Suvisaari J, Aro H, Joukamaa M, Poikolainen K., Koskinen S, Aromaa A, Lönnqvist JK., 2005. DSM-IV mood-, anxiety- and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population--results from the Health 2000 Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 40(1), pp.1-10.
- Ploubidis GB, Grundy E., 2009. Later-life mental health in Europe: a country-level comparison. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. Sep;64(5). pp 666-76.
- Prince MJ, Reischies F, Beekman AT, Fuhrer R, Jonker C, Kivela SL, Lawlor BA, Lobo A, Magnusson H, Fichter M, van Oyen H, Roelands M, Skoog I, Turrina C, Copeland JR.,1999. Development of the EURO-D scale--a European, Union initiative to compare symptoms of depression in 14 European centres. *Br J Psychiatry*. Apr;174, pp.330-8.
- Prins MA, Verhaak PF, Bensing JM, van der Meer K., 2008. Health beliefs and perceived need for mental health care of anxiety and depression: the patients' perspective explored. *Clinical Psychology Review* .28, pp. 1038–1058.
- Putman-Casdorph H., McCrone S., 2009. Chronic obstructive pulmonary disease, anxiety, and depression: state of the science. *Heart Lung*. Jan-Feb;38(1), pp.34-47.
- Research Triangle Institute. 2004. SUDAAN Language Manual, Release 9.0. Research Triangle Park, NC: Research Triangle Institute

- Rhodes AE, Fung K., 2004. Self-reported use of mental health services versus administrative records: care to recall? *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 13:165–175,
- Rhodes AE, Lin E, Mustard CA., 2002. Self-reported use of mental health services versus administrative records: should we care? *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 11:125–133,
- Ricci-Cabello I, Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Montero-Piñar I., 2010. Morbilidad psíquica, existencia de diagnóstico y consumo de psicofarmacos: Diferencias por comunidades autónomas según la encuesta nacional de salud de 2006. *Rev Esp Salud Pública*. 2010 Jan-Feb;84(1), pp. 29-41.
- Robins L.N., Helzer J.E., Croughan J.L., Ratcliff K., 1981. The NIMH Diagnostic Interview Schedule: its history, characteristics and validity. En Bebbington P and L.N. Robins (eds): *What is a case? The problem of definition in psychiatric community surveys*. London: Grant McIntyre.
- Robins L.N., Regier D.A., 1991. Psychiatric disorders in America: the Epidemiologic Catchment Area Study. New York: The Free Press.
- Roca M, Gili M, Ferrer V, Bernardo M, Montaña JJ, Salvà JJ, Flores I, Leal S., 1999. Mental disorders on the island of Formentera: prevalence in general population using the Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. Aug;34(8), pp.410-5.
- Rubinstein DH., 1992. Suicidal behaviour in Micronesia. In: Peng, K.L.; Tseng, W.-S. (eds). *Suicidal Behaviour in the Asia-Pacific Region*. Singapore: Singapore University Press, pp.199-230.
- Salvador-Carulla L, Garrido M, McDaid D, Haro J.M., 2006. Financing mental health care in Spain: context and critical issues. *European Journal of Psychiatry*. 20, pp. 29–44.
- Salvador-Carulla L, Montero I., 2008. Información para una planificación de salud mental basada en la evidencia. Monografías de Psiquiatría. vol 20, num. 1. Madrid: Aula Médica Ediciones.

- Salvador-Carulla L, Costa-Font J, Cabases J, McDaid D., Alonso J., 2010. Evaluating mental health care and policy in Spain. *Journal of Mental Health Policy and Economics*. 13, pp.73–86, 2010.
- Sánchez-Villegas A, Delgado-Rodríguez M, Alonso A, Schlatter J, Lahortiga F, Serra Majem L, Martínez-González MA. 2009. Association of the Mediterranean dietary pattern with the incidence of depression: the Seguimiento Universidad de Navarra/University of Navarra follow-up (SUN) cohort. *Arch Gen Psychiatry*. 66, pp.1090-8.
- Schoenborn CA, Adams PF, Schiller JS., 2003. Summary health statistics for the U.S. population: National Health Interview Survey, 2000. *Vital Health Stat* 10. Nov, 214, pp. 1-83.
- Scott KM, Bruffaerts R, Tsang A, Ormel J, Alonso J, Angermeyer MC, Benjet C, Bromet E, de Girolamo G, de Graaf R, Gasquet I, Gureje O, Haro JM, He Y, Kessler R.C, Levinson D, Mneimneh ZN, Oakley Browne MA, Posada-Villa J, Stein DJ, Takeshima T, Von Korff M. , 2007. Depression-anxiety relationships with chronic physical conditions: results from the World Mental Health Surveys. *Journal of Affective Disorders*; 103, pp. 113-120.
- Seva A, Magallón R, Sarasola A, Merino JA., 1992-Investigación epidemiológica psiquiátrica en dos fases en la ciudad de Zaragoza (proyecto SAMAR-89). *An Psiquiatría*. 8, pp. 45-55.
- Simon G.E., Goldberg D., Tiemens B.G., Ustun T.B., 1999. Outcomes of recognized and unrecognized depression in an international primary care study. *General Hospital Psychiatry*. 21, pp. 97–105.
- Stefansson JG, Lindal E. 2009.The prevalence of mental disorders in the Greater-Reykjavik area. *Laeknabladid*. 95(9), pp. 559-564
- Sheehan, D.V., Harnett-Sheehan, K., Raj, B.A., 1996. The measurement of disability. *Int. Clin. Psychopharmacol*. 11 (Suppl 3), pp. 89–95 Jun.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC., 1998. The Mini-International

Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 59 Suppl 20, pp.22-33

- Simon G, Ormel J, Von Korff M, Barlow W., 1995. Health care costs associated with depressive and anxiety disorders in primary care. *Am. J. Psychiatry*. 152, pp. 352–357.
- Simon, G.E., VonKorff, M., 1995. Recall of psychiatric history in cross-sectional surveys: implications for epidemiologic research. *Epidemiol. Rev.* 17, pp. 221–227.
- Sobocki, P., Jonsson, B., Angst, J., Rehnberg, C., 2006. Cost of depression in Europe. *J. Mental Health Policy Econ.* 9 (2), pp. 87–98.
- Stuckler, D., Basu S., Suhrcke M., Coutts A., McKee M.. 2009. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *The Lancet*. 374(9686), pp. 315-23.
- Ten Have M, de Graaf R, Ormel J, et al., 2010. Are attitudes towards mental health helpseeking associated with service use? Results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 45, pp. 153–163.
- The European Opinion Research Group, 2003. Eurobarometer 58.2: The Mental Health Status of the European Population. Brussels: European Commission.
- Thornicroft G, Sartorius N., 1993. The course and outcome of depression in different cultures: 10 year follow up of the WHO collaborative study on the assessment of depressive disorders. *Psychol Med*. 23, pp.1023-32.
- Tylee, A., 2006. Identifying and managing depression in primary care in the United Kingdom. *The Journal of Clinical Psychiatry*; 67, pp. 41-5.
- Vázquez, C., Muñoz, M., Sanz, J., 1997. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R mental disorders among the homeless in Madrid: a European study using the CIDI. *Acta Psychiatr. Scand.* 95, pp. 523–530.

- Vázquez, F.L., Blanco, V., 2008. Prevalence of DSM-IV major depression among Spanish university students. *J. Am. Coll. Health* 57 (2). pp. 165–171 Sep–Oct
- Vázquez-Barquero JL, Muñoz, PE, Madoz Jáuregui, V., 1981. The interaction between physical illness and neurotic morbidity in the community. *Br J Psychiatry*. Oct;139, pp. 328-35.
- Vázquez-Barquero JL, Muñoz, PE, Madoz Jáuregui, V., 1982. The influence of the process of urbanisation on the prevalence of neurosis. A community survey. *Acta Psychiatr Scand*. 65, pp.161-70.
- Vázquez-Barquero JL, Díez-Manrique JF, Peña C, Aldama J, Samaniego Rodríguez C, Menéndez Arango J, Mirapeix C. , 1987. A community mental health survey in Cantabria: a general description of morbidity. *Psychol Med*. Feb;17(1), pp. 227-41.
- Vázquez-Barquero JL, Peña C, Díez Manrique JF, Liaño Rincón A., 1991. Perfiles de riesgo de enfermedad mental en la población general. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatria*. 19, pp.62-76.
- Vicente B., Kohn R., Rioseco P., Saldivia S., Baker C., Torres S., 2004. Population prevalence of psychiatric disorders in Chile: 6-month and 1-month rates. *British Journal of Psychiatry*. 184, pp. 299- 305
- Villaverde ML, Gracia R, De la Fuente J, González de Rivera JL, Rodríguez-Pulido F., 1993. Estudio comunitario de salud mental en población urbana de Tenerife. En: González de la Rivera JL., Rodríguez Pulido F, Sierra López A. (eds). *El método epidemiológico en salud mental*. Barcelona: Masson-Salvat.
- Von Korff M, Crane PK, Alonso J, Vilagut G, Angermeyer MC, Bruffaerts R, de Girolamo G, Gureje O, de Graaf R, Huang Y, Iwata N, Karam EG, Kovess V, Lara C, Levinson D, Posada-Villa J, Scott KM, Ormel J.. 2008. Modified WHODAS-II provides valid measure of global disability but filter items increased skewness. *J Clin Epidemiol*. Nov;61(11), pp.1132-43.

- Wang P.S., Lane M., Olfson M., Pincus H.A., Wells K.B., Kessler R.C., 2005. Twelve month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*. 62, pp.629–640.
- Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Borges G, Bromet EJ, Bruffaerts R, de Girolamo G, de Graaf R, Gureje O, Haro JM, Karam EG, Kessler RC, Kovess V, Lane MC, Lee S, Levinson D, Ono Y, Petukhova M, Posada-Villa J, Seedat S, Wells JE., 2007. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO World Mental Health Surveys. *Lancet* .370, pp.841–850
- Ware J., Kosinski M., Keller S.D., 1996. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care*. Mar;34(3), pp.220-33.
- Waraich P, Goldner EM, Somers JM, Hsu L., 2004. Prevalence and incidence studies of mood disorders: a systematic review of the literature. *Can J Psychiatry*. Feb;49(2), pp. 124-38.
- Warner V., Weisman M.M., Mufson L., Wickramaratne P.J., 1999. Grandparents, parents, and grandchildren at high risk for depression: a three generation study. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* . 38, pp. 289–96
- Weick S, Araya R., 2004. International and regional variation in the prevalence of common mental disorders: do we need more surveys? *British Journal of Psychiatry*, 184, pp. 289-290.
- Weissman M.M., Bland R.C., Canino G.J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H.G., Joyce, P.R., Karam, E.G., Lee, C.K., Lellouch, J., Lépine, J.P., Newman, S.C., Rubio-Stipec, M., Wells, J.E., Wickramaratne, P.J., Wittchen, H., Yeh, E.K., 1996. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA*. 276, pp. 293–9.
- Weissman M.M., Bland R.C., Canino G.J. Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, Joyce PR, Karam EG, Lee CK, Lellouch J, Lépine JP, Newman SC, Oakley-Browne MA, Rubio-Stipec M, Wells JE, Wickramaratne PJ, Wittchen HU.,

1997. The crossnational epidemiology of panic disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 54, pp. 305–9.
- Wilkinson R. G., Marmot M. G., 2003. Social determinants of health: the solid facts, 2nd ed.. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe
 - Wilkinson RG, Pickert KE, 2006. Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence. *Soc Sci Med*. 62 (7), pp.1768-1784.
 - Wing J.K., Babor T., Brugha T., Burke J., Cooper J., Giel R., Jablensky A., Regier D., Sartorius N., 1990. SCAN: Schedules for clinical assessment in Neuropsychiatry. *Archives of General Psychiatry*. 47, pp. 589-593.
 - Wing JK, Cooper JE, Sartorius N, 1974. The description and classification of psychiatric symptoms: An instructions manual for the Present State Examination and CATEGO system. London: Cambridge University Press.
 - Wittchen, H.U., 1994. Reliability and validity studies of the WHO Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. *J. Psychiatr. Res*. 28, pp. 57–84
 - Wittchen H.U., Muller N., Pfister H., Winter S., Schmidt-kunz B., 1999. Affective, somatoform and anxiety disorders in Germany initial results of an additional federal survey of psychiatric disorders. *Gesundheitswesen*. 61 (Spec No), pp. 216-22.
 - Wittchen, H.U., 2001. Diagnosis and classification of mental and behavioral disorders. In: Smelser, N.J., Baltes, P.B. (Eds.), *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*. Pergamon, Oxford, pp. 9628– 9639
 - Wittchen, H.U., Jacobi F., 2005. Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*. 15, pp.357 – 376
 - World Health Organization, 1990. Composite International Diagnostic Interview (CIDI, Version 1.0). Geneva: World Health Organization.

- World Health Organization, 1993. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research. WHO, Geneva
- Who International Consortium in Psychiatric Epidemiology, 2002. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. Bull World Health Org. 78, pp. 413-24.
- World Health Organization, 2003b. Suicide Rates (per 100,000), by Country, Year, and Gender (web consultada en Septiembre 2011):

http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suiciderates/en
- World Health Organization, 2004. Global Burden of Disease estimates. Geneva: World Health Organization
- World Health Organization. 2005. Mental Health Atlas. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization, 2008. The Global Burden of Disease: 2004 Update. Geneva: World Health Organization.

ANEXO

a) Artículo: Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD.

CITA BIBLIOGRÁFICA:

Gabilondo A, Alonso J, Pinto-Meza A, Vilagut G, Fernández A, Serrano-Blanco A, Almansa J, Codony M, Haro JM. 2007. [Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD.](#) Med Clin (Barc). Oct 13;129(13), pp. 494-500

