



FACULTAD DE FARMACIA
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

TRABAJO DE FIN DE GRADO

DEPRESIÓN EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA: EPIDEMIOLOGÍA Y FACTORES ASOCIADOS A PARTIR DE LA ENCUESTA EUROPEA DE SALUD EN ESPAÑA EN 2014

Autora: Marta Flores Clerencia

Tutora: Juana M^a Santos Sancho

Convocatoria: Junio 2018

INDICE

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	3
Epidemiología	4
Diagnóstico	4
Tratamiento	5
OBJETIVO	6
MATERIAL Y MÉTODOS	7
Variables estadísticas y definiciones	7
Análisis estadístico	9
RESULTADOS	10
DISCUSIÓN	14
CONCLUSIÓN	17
BIBLIOGRAFÍA	17

RESUMEN

La depresión es una enfermedad compleja y heterogénea con una alta incidencia. Su impacto funcional y su tendencia a la cronicidad y la recurrencia, hacen que sea una de las principales causas de discapacidad. Se caracteriza por síntomas afectivos como tristeza, apatía o desesperanza.

Se ha realizado un estudio epidemiológico observacional, descriptivo y transversal sobre las características epidemiológicas de los individuos que padecen depresión, a través del análisis de la información recogida por la Encuesta Europea de Salud, en 2014, en España. Para evaluar si existe una asociación estadísticamente significativa se utilizó un nivel de decisión de $p < 0.05$. Para estudiar si había asociación con las variables cualitativas se ha realizado la prueba de Chi-Cuadrado (χ^2) y con las variables cuantitativas la prueba de *t*-Student.

Según nuestros resultados, el 73,3% de las personas que padecen depresión, son mujeres. Además, el 54,7% de los pacientes con depresión llevaban en paro más de 2 años.

Con los resultados obtenidos, nuestra conclusión es que el perfil del paciente con depresión es el de una mujer de 62 años, con bajo nivel socioeconómico, que vive sola, que tiene algún tipo de limitación y también padece ansiedad.

Palabras clave: depresión, epidemiología, Encuesta Nacional de Salud.

INTRODUCCIÓN

La depresión es un conjunto de síntomas afectivos (tristeza, apatía, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar). Aún así, también cursa con síntomas de tipo cognitivo.¹ Se puede desarrollar a cualquier edad.

Las personas con depresión tienen altas tasas de comorbilidad y mortalidad. La asociación entre depresión y otras enfermedades físicas y mentales, así como con el abuso de sustancias y

conductas suicidas es considerable. La relación es compleja, ya que la depresión predispone a su padecimiento pero el padecimiento incrementa la probabilidad de sufrir depresión.²

Epidemiología

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión afecta a 121 millones de personas en el mundo. Además, debido a su temprano inicio, su impacto funcional y a su tendencia a la cronicidad y la recurrencia, es una de las principales causas de discapacidad.³

Factores de riesgo

La depresión es un proceso multifactorial cuyo desarrollo depende de un amplio grupo de factores de riesgo, que aún no se han podido establecer en su totalidad ni tampoco las interacciones entre ellos.

- **Factores personales y sociales.** La prevalencia e incidencia de la depresión es mayor en mujeres que en hombres.⁴ Las enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales, y el consumo de alcohol y tabaco también son factores de riesgo importantes.⁵ También influye el bajo nivel de recursos económicos y las malas circunstancias laborales. El estado civil (estar soltero/a, divorciado/a o viudo/a) también se relaciona con una mayor probabilidad de desarrollar depresión.⁶
- **Factores genéticos.** Los familiares de primer grado de pacientes con depresión tienen el doble de posibilidades de presentar la enfermedad que la población general.⁷ Un factor de riesgo es la presencia de un polimorfismo del gen que codifica el transportador de la serotonina, que produce una disminución en el transporte de dicho neurotransmisor.⁸

Diagnóstico

Los criterios diagnósticos más utilizados son los de la clasificación de la American Psychiatric Association (DSM).

- Cinco (o más) de los síntomas siguientes están presentes durante un periodo de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de placer.
 - Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días.
 - Disminución importante del interés o del placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
 - Pérdida importante de peso sin hacer dieta o disminución del apetito casi todos los días.
 - Insomnio o hipersomnias casi todos los días.
 - Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
 - Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 - Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada, no simplemente el autor reproche o la culpa por estar enfermo.
 - Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones casi todos los días.
 - Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes, intento de suicidio.
- Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social y laboral.
- El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.⁹

Tratamiento

El tratamiento de la depresión puede ser psicoterapéutico o farmacológico.

El tratamiento psicoterapéutico consiste en una interacción del paciente con psicoterapeutas, con el objetivo de mitigar o eliminar los síntomas, cambiar actitudes y patrones de comportamiento alterados, y favorecer un proceso de desarrollo, salud mental y bienestar.¹⁰

El tratamiento farmacológico se lleva a cabo con antidepresivos. Existen diferentes tipos según su estructura química y su mecanismo de acción:

- **Antidepresivos clásicos.**
 - Inhibidores de la monoamino-oxidasa (IMAO) no selectivos: trancipromina.
 - IMAO selectivo MAO-A: moclobemida.

- Heterocíclicos.
 - Tricíclicos: imipramina, clomipramina, trimipramina, amitriptilina, nortriptilina, doxepina.
 - Heterocíclicos: amoxapina, mianserina, maprotilina.
- **Antidepresivos de nueva generación.**
 - Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS): citalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina, escitalopram.
 - Inhibidores selectivos de la recaptación de dopamina y noradrenalina (IRDN): bupropion.
 - Inhibidores de la recaptación de noradrenalina y serotonina (IRSN): venlafaxina, desveladaxina, duloxetina.
 - Antagonistas de los receptores serotoninérgicos 5-HT₂ e inhibidos de la captación de 5-HT (ASIR): trazodona.
 - Antagonistas selectivos de serotonina y noradrenalina (NASSA): mirtazapina.
 - Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (IRNA): reboxetina.
 - Agonistas melatoninérgicos: agomelatina.

Los antidepresivos clásicos presentan más efectos secundarios e interaccionan de forma importante con otros fármacos o alimentos, por lo que, en la actualidad, no se utilizan.¹¹ Las interacciones farmacocinéticas de los antidepresivos se producen por inhibición de las enzimas del sistema citocromo P450.

Existe un tiempo de latencia al comienzo de los efectos terapéuticos de los fármacos, que puede ser de 2 a 4 semanas.

OBJETIVO

La depresión es una enfermedad prevalente con una gran repercusión social, epidemiológica, clínica y económica, siendo, por tanto, un importante problema de salud pública. Debido a ello, en nuestro trabajo, nos hemos planteado estudiar el perfil epidemiológico de los pacientes con depresión en España.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio epidemiológico que se presenta es de tipo observacional, descriptivo, no longitudinal y transversal. Se estudian las características de las personas que padecen depresión en nuestro país. Para ello se ha utilizado la Encuesta Europea de Salud en España (EESE) en 2014.

La EESE es un estudio seriado de encuestas que se realizan a la población española de más de 15 años de forma periódica a través del Sistema de Información Sanitario del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), dentro del Plan Estadístico Nacional (PEN) y en colaboración con el Instituto Nacional de Estadística (INE). Su objetivo principal consiste en proporcionar información sobre la salud de la población española, de forma armonizada y comparable a nivel europeo, con la finalidad de planificar y evaluar las actuaciones en materia sanitaria.

En cuanto al diseño muestral de la encuesta, se ha utilizado un muestreo trietápico con estratificación de las unidades de primera etapa. Las unidades de primera etapa son las secciones censales, las de segunda etapa son las viviendas familiares principales y, por último, dentro de cada hogar se selecciona a un adulto (15 años o más).

Para cubrir los objetivos y que las estimaciones tengan un nivel de precisión aceptable a nivel nacional y de Comunidad Autónoma, se ha determinado una muestra de, aproximadamente, 37.500 viviendas distribuidas en 2.500 secciones censales. La muestra se distribuye entre Comunidades Autónomas, asignando una parte uniformemente y otra proporcionalmente al tamaño de la Comunidad.¹²

Variables estadísticas y definiciones

• **Características sociodemográficas**

- Sexo. Variable cualitativa dicotómica: hombre/mujer.
- Edad. Variable cuantitativa.

- Comunidad Autónoma. Variable cualitativa clasificada en varias categorías (tantas como CCAA).
- Convivencia en pareja. Variable cualitativa dicotómica: conviviendo en pareja/no conviviendo en pareja.
- Clase social. Variable cualitativa clasificados en seis categorías: directores y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados y profesionales/directores y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados y profesionales/ocupaciones intermedias y trabajadores por cuenta propia/supervisores y trabajadores en ocupaciones técnicas cualificadas/trabajadores cualificados del sector primario y otros trabajadores semicualificados/trabajadores no cualificados.
- Nivel de estudios. Variable cualitativa clasificada en ocho categorías: estudios universitarios/enseñanza profesional de grado superior/enseñanza profesional de grado medio/estudios de Bachillerato/primer etapa de enseñanza secundaria/educación primaria completa/educación primaria incompleta/no sabe leer o escribir.
- Tiempo en paro. Variable cualitativa clasificada en cinco categorías: no ha trabajado nunca/menos de 6 meses/de 6 meses a menos de 1 año/de 1 año a menos de 2 años/más de 2 años.
- **Variables relacionadas con los hábitos de vida**
 - Alcohol. Variable cualitativa dicotómica: toma alcohol actualmente/no toma alcohol actualmente.
 - Tabaco. Variable cualitativa dicotómica: consume tabaco actualmente/no consume tabaco actualmente.
 - Ejercicio físico. Variable cualitativa dicotómica: hace deporte actualmente/no hace deporte actualmente.
 - IMC. Variable cuantitativa. Esta variable se calculó a partir de la talla (cm) y del peso (Kg) autodeclarados, mediante la ecuación:

$$IMC = peso/(talla/100)^2$$

Se clasificaron las respuestas en cuatro categorías:

- Peso insuficiente. $IMC < 18,5$
 - Normopeso. IMC entre $18,8$ y $24,9$
 - Sobrepeso. $IMC > 25$
 - Obesidad. $IMC > 30$
- **Variables relacionadas con el estado de salud**

- Accidentes en casa. Variable cualitativa dicotómica: ha tenido accidentes en casa en los últimos 12 meses/no ha tenido accidentes en casa en los últimos 12 meses.
- Accidentes en su tiempo libre. Variable cualitativa dicotómica: ha tenido accidentes en su tiempo libre en los últimos 12 meses/no ha tenido accidentes en su tiempo libre en los últimos 12 meses.
- Accidentes de tráfico. Variable cualitativa dicotómica: ha tenido accidentes de tráfico en los últimos 12 meses/no ha tenido accidentes de tráfico en los últimos 12 meses.
- Servicio de urgencias. Variable cualitativa dicotómica: ha utilizado el servicio de urgencias en los 12 últimos meses/no ha utilizado el servicio de urgencias en los 12 últimos meses.
- Ingreso hospitalario. Variable cualitativa dicotómica: ingresado en los últimos 12 meses/no ingresado en los últimos 12 meses.
- Limitación. Variable cualitativa dicotómica: limitado/no limitado.
- Permanencia en cama. Variable cualitativa dicotómica: ha permanecido en cama en las dos últimas semanas/no ha permanecido en cama en las dos últimas semanas.
- Enfermedad crónica. Variable cualitativa dicotómica: la padece/no la padece.
- Ansiedad. Variable cualitativa dicotómica: la padece/no la padece.
- Toma de tranquilizantes. Variable cualitativa dicotómica: tiene tranquilizantes recetados/no tiene tranquilizantes recetados.
- Estado de salud percibido. Variable cualitativa clasificada en cinco categorías: muy buena/buena/regular/mala/muy mala.

Análisis estadístico

Se utilizó el programa informático SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 19.0 para Windows.

Se agruparon variables cuando fue necesario, así como las categorías de respuesta.

Para evaluar si existía una asociación estadísticamente significativa, se utilizó un nivel de decisión de $p < 0.05$. Para estudiar si había asociación con las variables cualitativas se ha realizado la prueba de Chi-Cuadrado (χ^2) y con las variables cuantitativas la prueba de *t*-Student. Asimismo, para describir las variables cuantitativas se calculó la media, junto con su

intervalo de confianza al 95%, la desviación típica, la mediana, los valores máximos y mínimos, y los percentiles.

RESULTADOS

A partir de los datos obtenidos en la Encuesta Europea de Salud del año 2014 en España (22.842 personas), se observa que el 10,5% (2.409 personas) padece depresión, siendo el 73,9% (1.780 personas) mujeres. Fig 1.

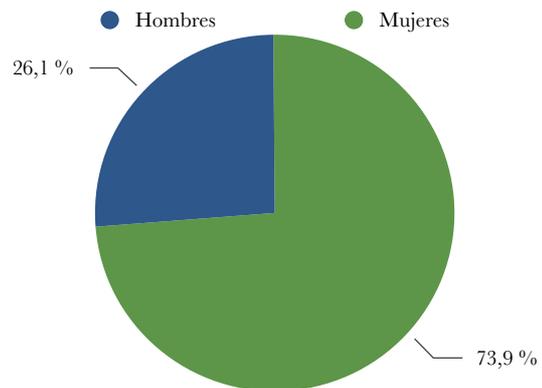


Figura 1. Porcentaje de enfermos de depresión según el

El origen de los pacientes con depresión se observa en la figura 2. La Comunidad Autónoma en la que existe mayor incidencia de depresión es Andalucía (13,8%) y en la que menor, Melilla (0,7%).

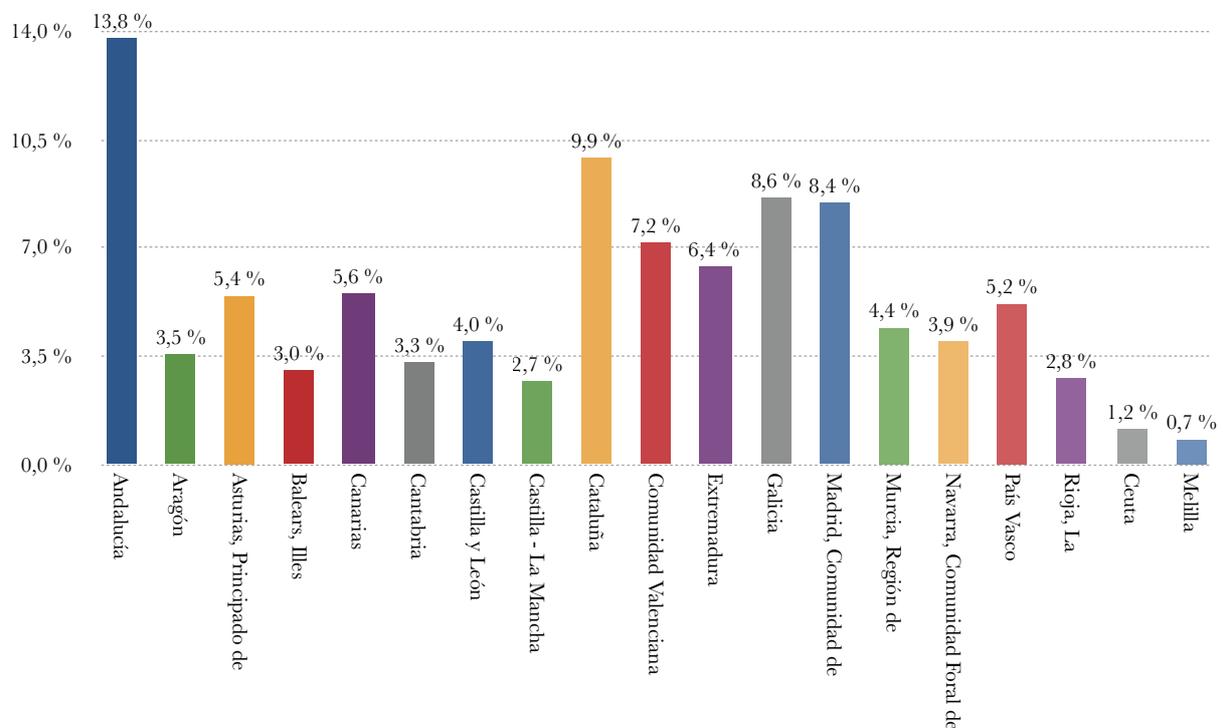


Figura 2. Porcentaje de enfermos de depresión en las Comunidades Autónomas, teniendo en cuenta su población

La edad media de las personas con depresión es de 61,59 años (IC95%= 60,95-62,22) y la desviación típica de 15,89 años. Mientras, la edad media del resto de la población es de 51,24 años (IC95% = 50,99-51,50) y la desviación típica de 18,79 años.

Atendiendo a la convivencia en pareja, existe un mayor número de enfermos de depresión entre las personas que no conviven en pareja (54,8%) frente a los que sí conviven en pareja (45%).

Los datos de la clase social a la que pertenecen los enfermos de depresión y su nivel de estudios se reflejan en las figuras 3 y 4.

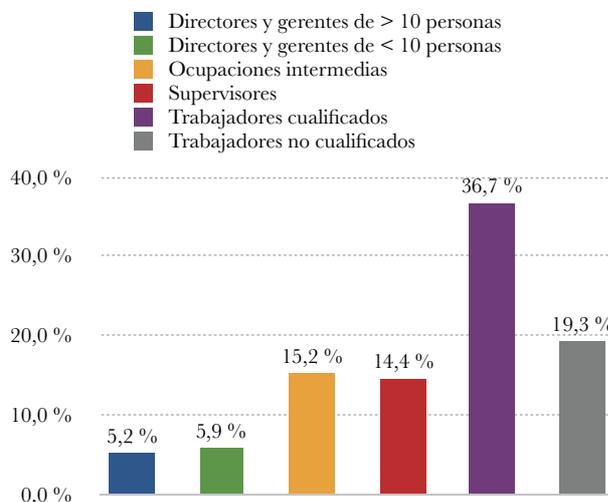


Figura 3. Porcentaje de enfermos de depresión según la clase social

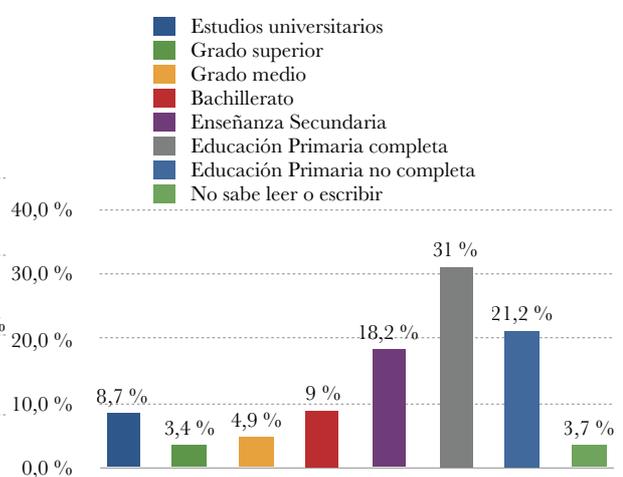


Figura 4. Porcentaje de enfermos de depresión según el nivel de estudios

Con respecto al tiempo en que los pacientes llevan en paro, también existe una clara asociación con padecer depresión, siendo mayor la incidencia en aquellas personas con más de 2 años en paro (54,7%). Fig 5.

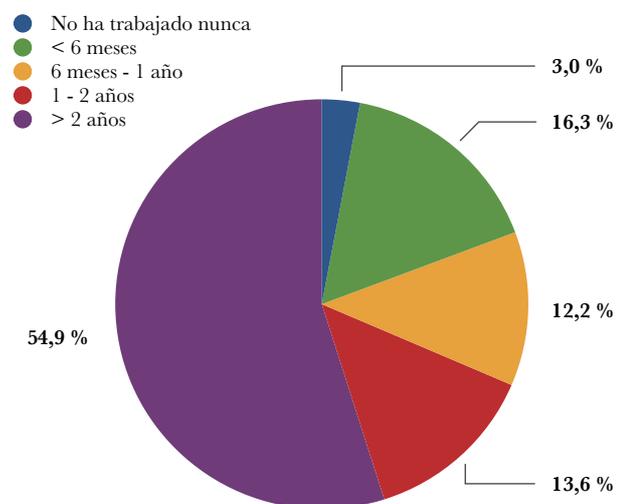


Figura 5. Porcentaje de enfermos de depresión según el tiempo en paro

En cuanto a las variables relacionadas con los hábitos de vida, nos hemos centrado en el consumo de alcohol y tabaco, y en la realización de ejercicio físico.

Con respecto al consumo de alcohol, el 46,4% (1.119 personas) consumen alcohol, aunque sea de manera ocasional, mientras que el 53,4% (1.286 personas) no lo hace. Con respecto al consumo de tabaco, el 22,7% (546 personas) consumen tabaco, aunque sea de manera ocasional, mientras que el 77,2% (1860 personas) no lo hace. Por último, con respecto al ejercicio físico, el 52,7% (1.270 personas) de las personas con depresión no realizan ejercicio físico, mientras que el 47,1% (1.135 personas) sí lo hace, aunque sea de manera ocasional. Fig 6.

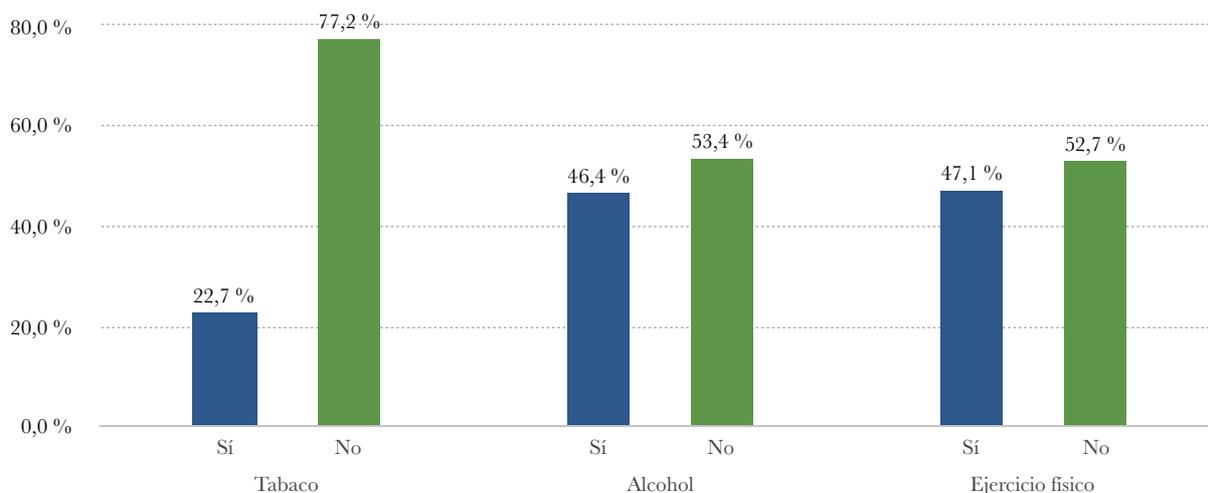


Figura 6. Porcentaie de enfermos de depresión según la clase social

El Índice de Masa Corporal (IMC) se refleja en la figura 7.

Con respecto a las variables relacionadas con el estado de salud, se tuvieron en cuenta los accidentes que habían sufrido los pacientes, ya fuese en casa, en su tiempo libre o de tráfico.

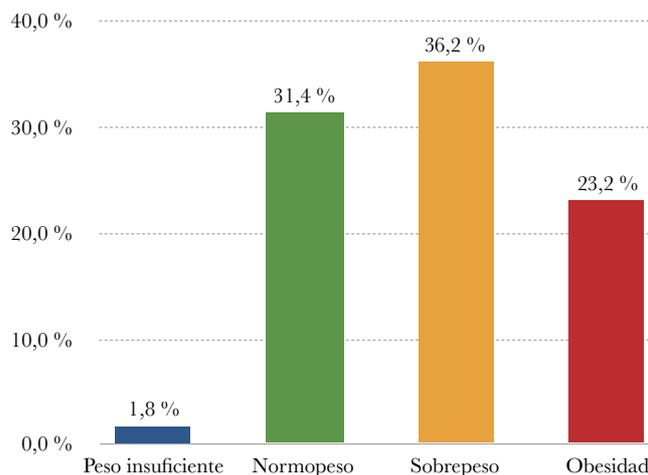


Figura 7. Porcentaje de enfermos de depresión según su IMC

En cuanto a los accidentes ocurridos en casa, entre los pacientes con depresión, un 10,5% ha sufrido este tipo de accidentes, mientras que entre las personas sin depresión, un 3,0% los han sufrido. En cuanto a los accidentes ocurridos en el tiempo libre, entre los

pacientes con depresión, un 5,1% ha sufrido este tipo de accidentes, mientras que entre las personas sin depresión, un 3,4% los han sufrido. Por último, en cuanto a los accidentes de tráfico, entre los pacientes con depresión, un 2,0% ha sufrido este tipo de accidentes, mientras que entre las personas sin depresión, un 1,6% los han sufrido.

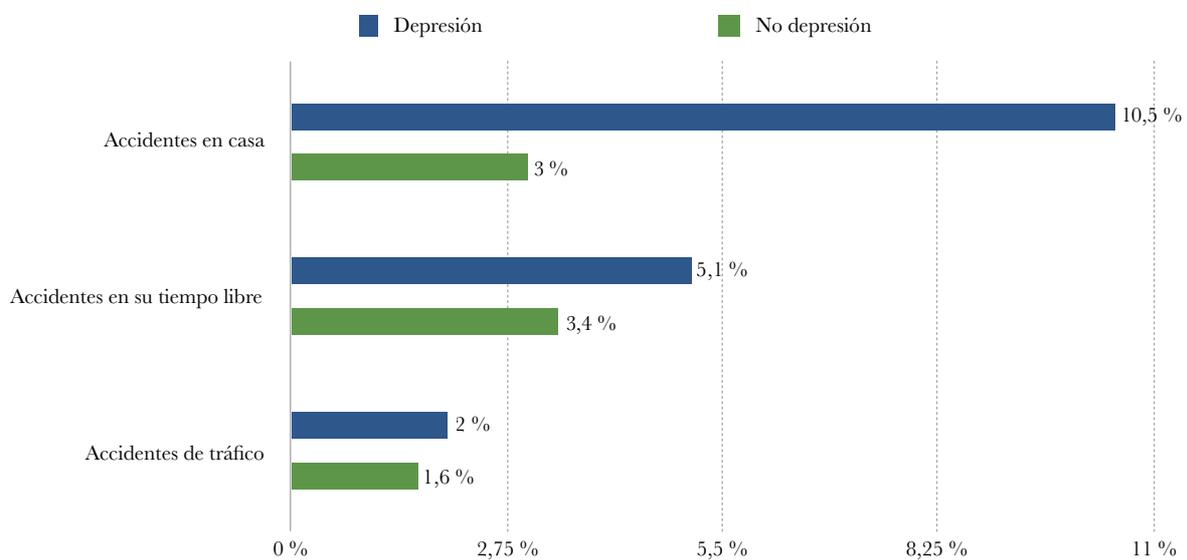


Figura 8. Porcentaje de enfermos de depresión según los accidentes sufridos

También se tuvieron en cuenta si los pacientes con depresión han utilizado el servicio de urgencias o si han tenido un ingreso hospitalario en los últimos 12 meses. En cuanto a la utilización del servicio de urgencias, entre los pacientes con depresión, un 43,8% lo había utilizado, mientras que entre las personas sin depresión, solo un 25,2% lo habían hecho. Además, entre los pacientes con depresión, un 15,9% había tenido algún ingreso hospitalario, mientras que entre las personas sin depresión, solo un 7,7% lo habían tenido.

En cuanto a si tienen algún tipo de limitación, los pacientes con depresión tienen un número casi tres veces mayor que los no enfermos (64,5% vs. 24,4%). Lo mismo ocurre con respecto a la permanencia en cama, ya que también hay un porcentaje mayor entre los pacientes con depresión (18,7% vs 5,1%).

Se ha observado, asimismo, correlación entre padecer cualquier enfermedad crónica y la prevalencia de la depresión. Entre las personas que padecen depresión, un 95,3% padece también alguna enfermedad crónica, mientras que entre las personas que no padecen depresión, solo un 60,9% padece alguna enfermedad crónica. Además, dado su grado de

asociación de la depresión con la ansiedad, también se ha estudiado el porcentaje de personas con ansiedad que también padecen depresión. Entre los pacientes con depresión, un 52,9% padece también ansiedad, mientras que de las personas sin depresión, solo la padece un 3,4%. Además, entre los pacientes con depresión, un 60% toma tranquilizantes, mientras que entre las personas sin depresión, solo un 9,2% los toma.

Por último, con respecto a la percepción de su estado de salud de los pacientes con depresión comparados con los pacientes sin depresión, que se muestra en la figura 11.

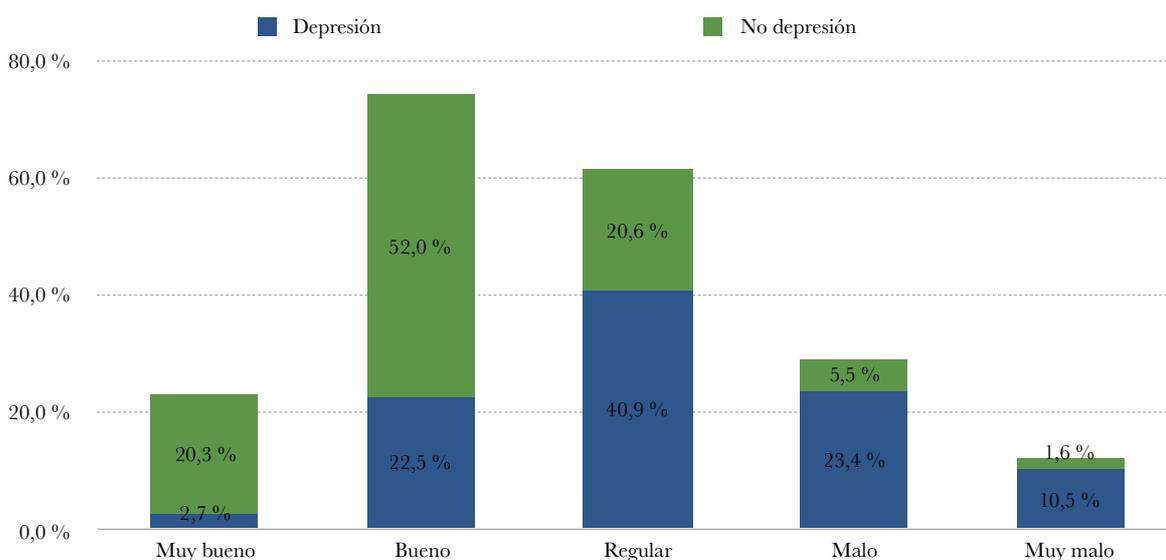


Figura 11. Porcentaje de enfermos de depresión según su percepción de su estado de salud

De todas las variables estudiadas, únicamente no se encontró asociación estadísticamente significativa entre los pacientes con y sin depresión con los accidentes de tráfico.

DISCUSIÓN

Según los datos del estudio ESEMed, que se llevó a cabo en diferentes países europeos entre los que se encuentra España, la prevalencia a lo largo de la vida de depresión en nuestro país es de 10,5%¹³, lo que concuerda con nuestros resultados, que también muestran que es más prevalente en mujeres. El género es uno de los principales factores asociado a presentar depresión, según el estudio transversal de Gabarrón Hortal y colaboradores, realizado en Barcelona en 2002.¹⁴ Según nuestro estudio, la prevalencia en mujeres es casi 3 veces superior que en varones (73,9% vs. 26,1). Algunos estudios, como el del profesor Martín Prince y sus

colaboradores, realizado en 2007, resaltan que la diferencia de prevalencia entre géneros está relacionada con la posición socioeconómica, el acceso a los recursos y los roles sociales, entre otros.¹⁵ Por lo tanto, otro aspecto a tener en cuenta, es que pertenecer a las clases sociales más desfavorecidas y tener un nivel de estudios más bajo está asociado con una mayor prevalencia de depresión, como se muestra en algunos estudios, como el de Fryers, realizado en Inglaterra en 2003,¹⁶ y que también está reflejado en nuestros resultados.

La edad media de las personas con depresión, según nuestros resultados, es de 61'59 años con una desviación típica de 15'89, lo cual concuerda con algunos estudios, como el de Noelia Ortuño y colaboradores, realizado en Barcelona en 2012, en los que afirman que el 12% de las personas mayores de 65 años padece depresión.¹⁷ Este resultado se puede deber a que, con la edad, estas personas pueden haber sufrido enfermedades crónicas debilitantes, pérdidas de seres queridos e incapacidad para participar en actividades de las que antes disfrutaban.

Otro aspecto que se debe considerar es el hecho de que las personas que viven solas y que, por lo tanto, estén solteras, separadas o divorciadas, o sean viudas, tienen mayor prevalencia de depresión, lo cual se observa en nuestros resultados y es apoyado por la literatura, como, por ejemplo, en el estudio de Plaisier, realizado en Holanda en 2007.¹⁸ Esto se puede deber a que vivir con otras personas puede proporcionar soporte emocional, mientras que vivir solo puede originar sentimiento de aislamiento y falta de integración social.

La prevalencia de depresión también es mayor en personas desempleadas y aumenta proporcionalmente al tiempo que se lleva en paro, ya que según nuestros resultados, el 54% de los pacientes con depresión, llevan más de 2 años en paro. Esto se confirma con estudios anteriores, como en el estudio ESEMed, mencionado anteriormente.¹⁹

En cuanto a las variables relacionadas con el estado de salud, se ha encontrado asociación con el consumo de alcohol, el consumo de tabaco y la no realización de ejercicio físico. Aún así, la asociación es mayor con el consumo de tabaco. Algunos estudios, como el realizado por Ana Moreno Coutiño en 2008, afirman que los pacientes con depresión son más susceptibles a fumar que la población en general y revelan una importante reducción en la severidad de sus síntomas al consumir nicotina.²⁰ Se ha pensado que las personas con depresión fuman como una forma de automedicación contra sus síntomas.

Las enfermedades mentales y las lesiones por accidentes de tráfico constituyen los dos principales problemas de salud de la población mundial en el primer cuarto del siglo XXI, según estimaciones de la OMS.²¹ En general, las alteraciones psicológicas o psiquiátricas poseen un mayor riesgo de verse implicadas en accidentes de tráfico. Los fármacos utilizados para tratar estas enfermedades, en muchas ocasiones producen efectos secundarios importantes que aconsejan que el paciente no conduzca. Aún así, en nuestro estudio no se ha observado una asociación entre estas dos variables.

Según el estudio de Fryers mencionado anteriormente, hasta un 60% de los pacientes que son ingresados en el hospital tiene una enfermedad mental, entre las que destaca la depresión.¹⁶ Nuestros resultados son inferiores, ya que la prevalencia de personas que han tenido un ingreso hospitalario y padecen depresión es menor a un 20%. Esto puede ser debido a que el estudio de Fryers habla sobre enfermedades mentales en general, mientras que nuestro estudio se centra meramente en la depresión, por lo que su porcentaje debería ser mayor que el nuestro.

Otra variable que también está asociada con padecer o no depresión es el estar limitado para realizar las actividades cotidianas. Según el estudio de Ustün, realizado en 2004, la depresión es la cuarta causa de limitación.²² Según nuestro estudio, de las personas que tienen algún tipo de limitación, los enfermos de depresión tienen un número casi tres veces mayor que los no enfermos (64,5% vs. 24,4%), lo que ocurre de igual manera con las personas que permanecen en cama (18,7% vs 5,1%). Es importante considerar la relación entre los problemas de salud física y de salud mental, para que se puedan desarrollar procedimientos de tratamiento dirigidos a ambos tipos de enfermedad en conjunto.

Entre las variables que presentan una asociación mayor con la depresión está el tener enfermedades crónicas. Además, el estudio de Gispert, realizado en Cataluña en 2006, ha confirmado que cuanto mayor es el número de trastornos, mayor es la prevalencia de problemas de salud mental.²³ Según nuestros resultados, entre los pacientes con depresión, el 95,3% padece alguna enfermedad crónica. Además, la ansiedad y la depresión tienen una asociación especial. Según nuestros resultados, más de la mitad de los pacientes con depresión

padece también ansiedad. Aún así, aún no se conoce cual de las dos enfermedades es la causa y cual la consecuencia, por lo que esta relación se debería estudiar más a fondo.

Por último, observamos en nuestros resultados que las personas con depresión tienen una peor percepción de su salud que las personas que no padecen esta enfermedad. En el estudio de Portellano-Ortiz, realizado en España en 2016,²⁴ la mala percepción de la salud física fue la variable más relevante asociada a la depresión.

CONCLUSIÓN

Con los datos obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud del año 2014, estimamos una frecuencia de la depresión en la población de un 10'5%. El perfil del paciente con depresión sería el de una mujer de 62 años, con bajo nivel socioeconómico, que vive sola, que tiene algún tipo de limitación y también padece ansiedad.

Nuestro estudio confirma la utilidad de la Encuesta Nacional de Salud de 2014 como fuente válida de información para la investigación epidemiológica de los individuos que padecen depresión.

No obstante, es importante dejar la puerta abierta a nuevas investigaciones, proponiendo estudios longitudinales que podrían obtener conclusiones más exactas, estudiando posibles factores que predispongan al paciente a sufrir esta enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. The National Institute for Health and Care Excellence. The NICE Guideline on the Treatment and Management of Depression. NICE guidelines. (2009)
2. World Health Organization. Mental Health Action Plan 2013-2020. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. (2013). 1-44.

3. Álvarez Ariza, M., Atienza Merino, G., Ávila González, M., y cols. Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). 21-223.
4. Bellón, J.Á., Moreno-Küstner, B., Torres-González, *et al.* Predicting the onset and persistente of episodes of depression in primary health care. The predictD-Spain study: Methodology. BMC Public Health. (2008). 8. 1-9.
5. Hamalainen, J. Cigarette smoking, alcohol intoxication and major depressive episode in a representative population sample. Journal of Epidemiology & Community Health. (2001). 55. 573-576.
6. Haro, J.M., Palacin, C., Vilagut, G., *et al.* [Prevalence of mental disorders and associated factors: Results from the ESEMeD-Spain study]. Medicina Clínica. (2006). 126. 445-451.
7. Sullivan, P.F., Neale, M.C, Kendler, K.S. Genetic Epidemiology of Major Depression: Review and Meta-Analysis. American Journal of Psychiatry (2000). 157. 1552-1562.
8. Cervilla, J.A., Rivera, M., Molina, E., *et al.* The 5-HTTLPR genotype at the serotonin transporter gene (SLC6A4) increases de risk for depression in a large cohort of primary care attendees: the PREDICT-gene study. American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics. (2006)
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. American Psychiatric Association. (2013)
10. European Association for Psychotherapy. Definition of the profession of Psychotherapy. European Association for Psychotherapy. (2013)
11. Gartlehner, G. Hansen, R.A., Morgan, L.C., *et al.* Second-Generation Antidepressants in the Pharmacologic Treatment of Adult Depression. Agency for Healthcare Research and Quality. (2007)
12. Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta Europea de Salud en España 2014. EESE-2014. Metodología. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). 2-7.
13. Vindel, C., Martín, J., Wood, M., *et al.* (2012). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77823404001>.
14. Gabarrón Hortal, E., Vidal Royo, J. M., Haro Abad, J. M., y cols. Prevalencia y detección de los trastornos depresivos en atención primaria. Atención Primaria. (2002). 29(6). 329-335.

15. Prince, M., Patel, V., Saxena, S., *et al.* No health without mental health. *Lancet*. (2007). 370. 859-877.
16. Fryers, T., Melzer, D., y Jenkins, R. Social inequalities and common mental disorders: A systematic review of the evidence. *Psychiatric and Psychiatric Epidemiology*. (2003). 38. 229-237.
17. Ortuño, N., Cobo, J., González, E., *et al.* Association of antidepressant treatment with emergency admission to medical units for patients 65 years or older. *Revista de Psiquiatría Y Salud Mental (English Edition)*. (2016). 9(4). 210-218.
18. Plaisier, I., Bruijn, J.G., Smit, J.H., *et al.* Work and family roles and the association with depressive and anxiety disorders: Differences between men and women. *Journal of Affective Disorders*. (2008). 105. 63-72.
19. Alonso, J., y Lepine, J.P. Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *Journal of Clinical Psychology* (2007). 68. 3-9.
20. Coutiño, A. M., & Icaza, M. E. M. Tabaquismo y depresión. (2008) 31(5). 409-415.
21. Alonso, F., Esteban, C., Calatayud, C., y cols. *Salud Vial*. (2008)
22. Chatterji, S., Mathers, C., & Murray, C. J. L. Global burden of depressive disorders in the year 2000. (2014). 386-392.
23. Gispert, M.R., Puig, O.X., Palomera, F.E., *et al.* Individual and ecological factors related to the geographical variability of psychological distress among some areas: A multilevel analysis in Catalonia, Spain. *Revista Española Pública*. (2006). 80. 335-347.
24. Portellano-Ortiz, C., Garre-Olmo, J., Calv-Perxas, L., & Conde-Sala, J. L. Depression and associated variables in people over 50 years in Spain. *Revista de Psiquiatría Y Salud Mental*. (2016).