

Jules Angst<sup>1</sup>  
Michael P. Hengartner<sup>1</sup>  
Vladeta Ajdacic-Gross<sup>1</sup>  
Wulf Rössler<sup>1</sup>

# ¿El criterio de duración de dos semanas es el óptimo para la depresión mayor?

<sup>1</sup>Department of Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatics  
Psychiatric Hospital, University of Zurich, Switzerland

**Introducción:** Una clasificación diagnóstica de utilidad clínica debe identificar la mayoría de los pacientes que son tratados. Para nuestra sorpresa, los criterios del DSM-IV para el trastorno depresivo mayor (TDM) detectaron menos de 50% de una muestra de la comunidad (el estudio de Zurich) que habían recibido tratamiento para depresión. Los sujetos tratados experimentan a menudo episodios que duran menos de 2 semanas, o presentan menos síntomas de los requeridos para un diagnóstico de TDM.

**Método:** Nuestro documento se centra en la validez y la relevancia clínica de la duración de los síndromes depresivos, que se define por la presencia de 5 o más de los 9 síntomas de diagnóstico (DSM-IV).

**Resultados:** Encontramos síndromes depresivos que duran menos de 2 semanas que eran altamente prevalentes y algunos que duran 4 + días tienen la misma validez (antecedentes familiares, la edad de inicio, curso) y las tasas de tratamiento de los episodios de 2-4 semanas.

**Conclusiones:** El criterio de 2 semanas para TDM parece cuestionable. Nuestros resultados necesitan ser confirmados por estudios epidemiológicos más amplios.

**Palabras clave:** Episodio depresivo mayor, Criterios diagnósticos, Duración mínima, Validez

*Actas Esp Psiquiatr* 2014;42(1):18-27

## Is two weeks the optimum duration criterion for major depression?

**Introduction:** A clinically useful diagnostic classification should identify most patients who are treated. To our surprise, DSM-IV criteria for major depressive episodes (MDE) detected fewer than 50% of a community sample (the Zurich study) who had received treatment for depression.<sup>1</sup> Treated subjects often experience episodes lasting under 2 weeks, or with fewer symptoms than required for a DSM diagnosis.

**Methods:** Our paper focuses on the validity and clinical relevance of the length of depressive syndromes, defined by the presence of 5 or more of 9 diagnostic symptoms (DSM-IV).

**Results:** We found depressive syndromes lasting under 2 weeks to be highly prevalent, and those lasting 4+ days to have equal validity (family history, age of onset, course) and treatment rates to episodes of 2-4 weeks.

**Conclusions:** The 2-week criterion for MDE would appear questionable. Our results need confirmation by larger epidemiological studies.

**Keywords:** Major depressive episodes, Diagnostic criteria, Minimum duration, Validity

---

Correspondencia:  
Jules Angst  
jules.angst@uzh.ch  
Teléfono: +41 44 384 2611  
Fax: +41 44 384 2446

## INTRODUCCIÓN

La duración del episodio suele ser un criterio básico de los diagnósticos psiquiátricos. Existen dudas sobre si las actuales definiciones son válidas y clínicamente significativas a este respecto, en el sentido de que engloben tantos pacientes tratados en la comunidad como sea posible. La magnitud de este problema se ilustra por la definición del trastorno de ansiedad generalizada (TAG). La duración mínima de un episodio para el diagnóstico del TAG ha fluctuado a lo largo de los años en el sistema DSM: era de 1 mes en el DSM-III, 3 meses en el DSM-III-R, 6 meses en el DSM-IV y ha vuelto a 3 meses DSM-5.

Para la depresión, la situación es clara: se toma como referencia la duración mínima no cuestionada de 2 semanas para la definición de episodios depresivos mayores considerada tanto por el DSM como por la CIE, aunque esta definición tampoco de cobertura a más de la mitad de los pacientes tratados por algún tipo de depresión.<sup>1</sup> Nuestros estudios previos demostraron que (a) el malestar subjetivo y (b) la incapacidad laboral son los factores que más se asocian a la búsqueda de tratamiento para muchos síndromes.

Este artículo cuestiona el criterio de duración de las dos semanas para la depresión partiendo del estudio de datos epidemiológicos de duraciones de diferentes episodios a partir de variables significativas que denotan validez y relevancia clínica. Nos centraremos en la relevancia clínica de los episodios más breves de depresión, por ejemplo aquellos de 4+ días en comparación con los de 2 semanas. Presentaremos adicionalmente algunos datos sobre la búsqueda de tratamiento.

## MÉTODOS

### Muestreo y procedimiento

El estudio de Zurich comprendía una cohorte de 4547 sujetos (v=2201; m=2346) representativa del cantón de Zurich en Suiza. Los participantes fueron examinados con el *Symptom Checklist 90-R* en 1978 cuando los varones tenían 19 años y las mujeres 20. El reclutamiento para el estudio fue diferente en varones y mujeres. Para los varones éste se basó en el *test* de revisión del ejército al que todos los varones suizos son sometidos a los 19 años de edad. Los reclutas de un área de reclutamiento constituyen por tanto el grupo completo de varones de esta edad del área. Con el consentimiento de las autoridades militares, pero con independencia de sus procedimientos se examinó aleatoriamente a todos los reclutas de este grupo de edad del cantón de Zurich. La tasa de rechazo fue del 0,3%. En el caso de las mujeres el muestreo se basó en el registro electoral del cantón de Zurich. El 50% de las mujeres de la muestra fueron seleccionadas aleatoriamente y recibieron cuestionarios por correo, a los que respondieron el 75% de éstas.

Para incrementar la probabilidad de observación de síndromes psiquiátricos se seleccionó para su entrevista una submuestra estratificada de 591 sujetos (292 varones, 299 mujeres) de los que dos tercios de sujetos presentaban puntuaciones altas (definidas a partir del percentil 85 o superior del índice de Gravedad Global (GSI) del SCL-90-R) y un tercio de sujetos control, por debajo del percentil 85. Este procedimiento de dos fases consistente en un *screening* inicial y posterior entrevista a una submuestra estratificada es bastante común en la investigación epidemiológica.<sup>3</sup>

Los entrevistados fueron sometidos a la entrevista "Structured Psychopathological Interview and Rating of the Social Consequences of Psychological Disturbances for Epidemiology" (SPIKE),<sup>4</sup> por psicólogos clínicos y psiquiatras con formación específica al efecto. Esta entrevista, desarrollada específicamente para estudios epidemiológicos en investigación psiquiátrica, evalúa información socio-demográfica, síndromes somáticos, psicopatología, consumo de sustancias, medicación, servicios de salud, incapacidad y actividad social. La fiabilidad y validez de esta entrevista ha sido analizada en trabajos previos.<sup>5</sup>

En total se realizaron siete sesiones de entrevistas: en 1979, 1981, 1986, 1988, 1993, 1999 y 2008 (véase figura 1). Un análisis realizado en 1999 demostró que la distribución inicial de los dos grupos, por encima y debajo del percentil 85 del GSI, no cambiaba en el tiempo, si bien los rechazos tendían a producirse entre aquellos sujetos con puntuaciones extremas del GSI.<sup>6</sup> Se repitió el análisis de abandono para la última entrevista realizada, en 2008, y se descubrió adicionalmente, que los participantes que abandonaron el estudio no diferían significativamente de aquellos que seguían

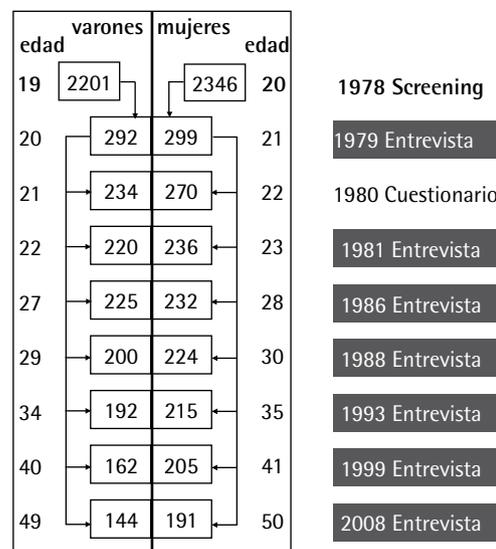


Figura 1

Prevalencia del SM en pacientes con o sin criterios del SM-NCEP/ATP III

adelante con éste por razón de status socioeconómico y nivel de educación al comienzo del estudio. Tampoco se apreciaba una diferencia en las discapacidades psicopatológicas iniciales de acuerdo a las nueve subescalas del SCL-90-R. Se observaron, sin embargo moderados sesgos atendiendo al sexo: la tasa de rechazo entre los varones fue superior (OR=1,82; 95%-IC=1,31-2,53).

## Definición y evaluación de los síndromes depresivos

A los efectos de este análisis, el síndrome de depresión fue definido por la presencia de cualquier episodio depresivo (independientemente de su duración) con 5 o más de los 9 síntomas diagnósticos según el DSM-IV y la CIE-10. Sus consecuencias (malestar, discapacidad) no fueron incluidas en la definición.

Los datos recabados en las siete entrevistas variaron en paralelo a las revisiones del DSM. De este modo, para la depresión, el número de síntomas depresivos (incluyendo las tendencias suicidas) evaluados fue de 9 en 1979, 12 en 1981, 28 en 1986, 33 en 1988, 33 en 1993, 34 en 1999 y 39 en 2008; la evaluación se completó sistemáticamente con una pregunta final abierta sobre otros síntomas. Para la definición de síndromes depresivos se añadió, en 1979 y 1981, la información del *checklist* lista de verificación de autoevaluación de síntomas (*self-assessment symptom checklist (SCL-90-R)*) que contiene 13 ítems de depresión en relación a las cuatro semanas previas.<sup>2</sup>

En cada una de las 7 entrevistas se recopiló información sobre la búsqueda de tratamiento e incapacidad laboral a lo largo de los doce meses previos. Se evaluó el malestar mediante escalas visuales análogas de 0 a 100; además, en las 4 últimas entrevistas, se evaluó el nivel de incapacidad laboral de la misma manera.

La duración de los episodios depresivos fue clasificada por su extensión: 3 meses, 1 mes, 2 semanas, 4 días o más y de 1 a 3 días. Con el fin de incrementar la capacidad estadística de estos análisis, la variable de diagnosis utilizada no toma en consideración la duración del episodio en cada momento de medición, sino que éste es medido de manera acumulativa, por ejemplo, la puntuación más alta durante el periodo de participación de un sujeto. De este modo, para un sujeto que participase únicamente en dos sesiones de evaluación, se consideró únicamente la más larga de las dos duraciones observadas. Todos los episodios tuvieron lugar durante el año previo a las entrevistas.

La entrevista no evaluó el momento de aparición de los episodios (en la vida de los sujetos) sino el tratamiento de la depresión a lo largo de sus vidas. Aquellos sujetos que habían sido tratados de depresión pero no habían tenido manifestaciones de episodios depresivos en cualquiera de los siete años de entrevistas fueron considerados un grupo específico.

El tratamiento se definió como un tratamiento desarrollado por profesionales (médicos o psicólogos). En la evaluación, por supuesto, se evaluó la ocurrencia anual tanto de los síntomas depresivos como del tratamiento por depresión durante los 30 años de observación y se calculó el porcentaje intra-individual de años en el cual los sujetos tuvieron síntomas o los trataron.

Los rasgos de personalidad de los participantes fueron evaluados de acuerdo al Inventario de Personalidad de Freiburg,<sup>7</sup> el *General Behaviour Inventory*<sup>8</sup> y una pregunta de la entrevista en la que se les preguntaba si habían sufrido más ansiedad que sus compañeros durante su edad escolar. El afrontamiento (dominio y autoestima) fue evaluado por el instrumento desarrollado por Pearlin and Schooler.<sup>9</sup>

## Estadísticas

En primer lugar se llevaron a cabo una serie de análisis transversales. Se aplicaron métodos no paramétricos (tests  $\chi^2$ - para variables categoriales y tests Kruskal-Wallis para variables continuas) para comparaciones generales entre grupos y una serie de modelos lineales generalizados (MLGs) para asociaciones específicas de 4+ días vs duraciones de 2 semanas. En todos los MLG, la duración del síndrome de depresión fue introducida como variable dependiente y varias características clínicas como variables de predicción. Se aplicó un estimador robusto para reducir la influencia de los datos atípicos y las observaciones contaminantes.

Para análisis longitudinales de asociaciones entre el uso de tratamientos y las características clínicas se calcularon una serie de ecuaciones de estimación generalizada (GEEs). Estos análisis fueron introducidos para ajustarse a modelos de regresión que explican la correlación entre sujetos, un elemento inherente a los estudios longitudinales que dependen de medidas repetidas. Los GEEs permiten especificar la matriz de correlación existente y ajustar la distribución y la función de enlace. Debido a las variables de respuesta dicotómica la función que mejor se ajustó a los datos fue una distribución lineal con función de enlace. La estructura de covarianza intrasujetos se especificó con un tipo de correlación "desestructurada" para evitar las restricciones de la estructura de covarianza. Una vez más, se hizo uso de un estimador robusto y se incluyó en el análisis el estudio de la intersección y la pendiente.

Por último, se llevó a cabo una serie de análisis de características del receptor operador (ROC) para examinar que variables continuas de predicción permitían realizar discriminación más ajustada entre el recurso o no a tratamientos. Se realizaron análisis no paramétricos con la versión de 9 de SAS para Windows. Todos los demás análisis se llevaron a cabo con la versión 20 de SSPP para Macintosh.

Tabla 1	Síndromes depresivos por duración: asociaciones con variables de categoría								
	Grupo 1: 3 meses	Grupo 2: 1 mes	Grupo 3: 2 semanas	Grupo 4: 4 + días	Grupo 5: 1-3 días	Grupo 6: Tratam. depresión	Grupo 7: otros	Significación	
N	94	72	42	56	135	25	167	$p(1-7)$	$p(1-4)$
	%	%	%	%	%	%	%		
Sexo									
- Hombres	35,1	38,9	38,1	51,8	50,4	44	64,1		
- Mujeres	64,9	61,1	61,9	48,2	49,6	56	35,9	0,0001	0,24
Prevalencia (ponderada)									
- Hombres	5,0	10,2	4,5	7,9	20,6	4,1	47,8		
- Mujeres	14,0	15,8	5,9	6,7	22,3	4,2	31,1		
- H+M	9,6	13,1	5,2	7,3	21,4	4,1	39,3		
Prevalencia de tratamiento ponderada									
- Tratamiento de depresión durante la vida	6,7	8,6	3,8	3,4	7,5	4,1	0		
- Tratamiento de depresión 1979-2008	6,4	7,3	2,4	2,2	3,8	1,1	0		
Tratamiento de ansiedad 1979-2008	2,7	3,8	2,6	2,6	2,7	0,6	0,6		
Tratamiento de ansiedad/pánico 1979-2008	2,9	3,9	2,7	2,6	3,3	1,0	0,6		
Antecedentes familiares									
- Depresión	60,6	66,7	66,7	69,6	48,2	28,0	21,0	0,0001	0,69
- Ansiedad	29,0	38,0	43,6	38,9	27,1	26,1	16,4	0,005	0,36
- Ansiedad/pánico	29,8	37,5	42,9	39,3	27,4	28,0	11,4	0,0001	0,43
- Tendencias suicidas	23,4	18,1	23,8	23,2	14,1	4,0	9,0	0,008	0,83
Tratamiento 1979-2008									
- Depresión	68,1	50,0	50,0	48,2	28,2	36,0	0	0,0001	0,04
- Ansiedad/pánico	46,8	38,9	42,9	44,6	24,4	20,0	3,6	0,0001	0,78
Tratamiento durante la vida									
- Depresión	75,5	66,7	64,3	66,1	44,4	100	0	0,0001	0,44
- Manía/hipomanía	11,7	2,8	2,4	3,6	2,2	0	0	0,0001	0,05
- Ansiedad	57,5	47,2	47,6	57,1	34,1	56,0	5,4	0,0001	0,46
- Ansiedad/pánico	63,8	51,4	50,0	57,1	35,6	56,0	5,4	0,0001	0,32
Tendencias suicidas durante la vida									
- intentos de suicidio	35,1	19,4	26,2	7,1	10,4	8,0	0,6		
- planes de suicidio firmes	41,5	43,1	33,3	57,1	34,1	28,0	16,8		
- Ideación suicida	12,8	16,7	19,1	12,5	14,8	4,0	2,4		
- ninguno	10,6	20,8	21,4	23,2	40,7	60,0	80,2	0,0001	0,02
Variables socio-demográficas									
- vivir solo	29,8	26,4	16,7	21,4	20,7	12,0	16,2	0,14	0,37
- sin pareja ( <i>single</i> )	34,0	41,7	26,2	44,6	28,9	24,0	51,5	0,0005	0,21
- trabajo a tiempo completo	46,1	51,6	57,1	59,3	61,3	45,8	81,2	0,0001	0,46
- ama de casa	8,5	11,1	11,9	8,9	9,6	4,0	6,6	0,83	0,90

Tabla 1	Continuación									
	Grupo 1: 3 meses	Grupo 2: 1 mes	Grupo 3: 2 semanas	Grupo 4: 4 + días	Grupo 5: 1-3 días	Grupo 6: Tratam. depresión	Grupo 7: otros	Significación		
Estado civil										
- soltero	34,0	41,7	23,8	44,6	28,9	24,0	51,5			
- casado	36,2	41,7	50,0	33,9	48,9	56,0	38,3			
- separado/divorc./viudo	29,8	16,7	26,2	21,4	22,2	20,0	10,2	0,0008	0,35	
Nivel educativo										
- básico	38,7	23,5	27,5	25,0	35,3	32,0	44,9			
- secundario	35,5	47,1	35,0	34,6	33,8	40,0	34,0			
- superior	25,8	29,4	37,5	40,4	30,8	28,0	21,2	0,09	0,21	
Temperamento										
- Ansioso	29,8	14,3	10,6	8,6	28,0	9,7	10,8	0,0001	0,02	
- Ciclotímico	38,5	32,1	25,8	28,6	26,0	16,1	16,9	0,0001	0,37	
- Depresivo (PDD.GBI2x)	18,6	12,9	11,4	26,0	14,8	4,7	1,2	0,002	0,23	

## RESULTADOS

### Frecuencias e índices de prevalencia de síndromes depresivos

Se diagnosticó un síndrome depresivo definido por la presencia de 5+/9 síntomas de depresión en las siete entrevistas, cada una de las cuales hacía referencia a los doce meses anteriores; en esta primera fase no se tuvo en cuenta ni el malestar ni la incapacidad.

Se detectó un síndrome depresivo de entre 1 y 3 días de duración en 399 sujetos de una muestra total de 591; el índice ponderado acumulado de prevalencia fue del 56,6%. Se detectó un síndrome depresivo de al menos 4 días en 264 sujetos (prevalencia del 35,2%). Los dos grupos de interés específico (grupos 3 y 4 de la tabla 1) tenían una dimensión suficiente para su análisis (duraciones de 4 o + días N=56 y 2 semanas N=42).

Como se esperaba, los síndromes depresivos fueron más comunes entre las mujeres; la preponderancia femenina crecía significativamente a medida que se incrementaba la duración de los episodios: en tanto que no existía una clara diferencia de género en cuanto a los índices de prevalencia de los síndromes depresivos más cortos de 1 a tres días (M 22,3% vs V 20,6%) o de 4 a 13 días (M 6,7% vs V 7,9%), hubo más mujeres en los grupos de 2 semanas (M 5,9% vs V 4,5%) y 1 mes (M 15,8% vs V 10,2%); los síndromes depresivos de tres meses de duración eran casi tres veces más comunes entre las mujeres que entre los hombres (M 14% vs V 5%).

A lo largo de los 30 años de estudio, la prevalencia de tratamiento ponderada a lo largo de la vida fue del 34,1%:

para síndromes depresivos de 2 o más semanas de duración, 19,1; para síndromes de duración inferior a 2 semanas, 10,9%; un 4,1% adicional de los sujetos no presentó ninguna depresión durante los años de entrevista pero había sido tratado al menos una vez a lo largo de su vida.

La prevalencia de tratamiento restringida al período cubierto por las entrevistas (1979-2008) fue del 22,3%.

### Validez de diagnóstico de la duración de la depresión

El objetivo de este trabajo es determinar la duración óptima de un episodio depresivo en términos de tratamiento y de validez. La Tabla 1 presenta los datos categoriales y la Tabla 2 las variables continuas. Se calcularon los pesos relativos de todos los subgrupos, pero prestando especial atención a las diferencias entre los cuatro primeros grupos: *depresión de 3 meses de duración, 1 mes, 2 semanas y 4 días o +*. El grupo 5, un gran grupo de 153 sujetos con episodios de duraciones entre 1 y 3 días, no es relevante en este contexto, ya que no nos centramos en la depresión breve recurrente.

Nuestros cuatro grupos de análisis no difirieron significativamente entre sí en lo que respecta los antecedentes familiares positivos (FH+) o depresión, tendencias suicidas, ansiedad o pánico. Sin embargo todas ellas difirieron significativamente respecto a los 173 sujetos sin depresión.

Como se señaló previamente, la información sobre tratamiento (sí/no) se calculó de dos maneras 1) tratamiento en los 12 meses anteriores a la entrevista, y 2) tratamiento a lo largo de la vida. Los cuatro grupos no difirieron en sus índices de tratamiento de depresión o ansiedad/pánico bajo

Tabla 2

## Síndromes depresivos por duración: asociaciones con variables continuas

N	Grupo 1: 3 meses		Grupo 2: 1 mes		Grupo 3: 2 seman.		Grupo 4: 4 + días		Grupo 5: 1-3 días		Grupo 6: tratam. depresión		Grupo 7: otros		Significación	
	m	DS	m	DS	m	DS	m	DS	m	DS	m	DS	m	DS	p (1-7)	p (1-4)
Edad de inicio/comienzo																
- Depresión	15,8	7,2	14,8	4,7	15,2	5,5	15,1	5,2	16,4	5,9	20,3	9,4	17,7	6,5	0,003	1,0
- Ansiedad	18,5	10,5	18,6	11,2	14,9	7,7	16,1	9,2	17,7	9,1	20,8	11,0	17,4	9,4	0,37	0,25
- Ansiedad/pánico	17,3	10,1	18,1	11,0	13,1	6,5	15,1	8,4	17,7	9,6	20,0	9,9	16,8	9,2	0,15	0,15
- Manía/hipomanía	20,9	9,0	23,0	10,8	22,0	9,5	22,3	9,8	22,6	9,4	21,3	14,8	20,1	8,9	0,95	0,96
Curso 1978-2008																
- % años con síntomas	53,8	25,6	48,9	26,0	59,3	26,0	56,3	22,3	46,9	26,8	25,3	21,0	22,5	26,4	0,0000	0,18
- % años tratado	16,0	19,7	8,8	11,4	12,2	19,9	10,6	15,0	4,4	8,1	8,7	9,1	0	0	0,0000	0,07
Malestar (0-100)																
- Depresión 1*	87,2	11,7	84,0	15,9	76,3	21,5	75,5	22,7	71,3	25,0					0,0000	0,005
- Ansiedad/pánico	68,3	34,7	71,2	32,1	66,0	35,3	64,3	32,6	58,9	35,4					0,08	0,52
Incapacidad laboral (0-100)																
- Depresión 2*	54,7	28,3	41,0	30,1	51,4	21,2	36,3	28,2	31,0	24,6					0,0000	0,001
- Ansiedad/pánico	42,5	35,2	30,7	34,2	44,4	27,4	34,9	29,1	25,0	30,1					0,004	0,12
FPI																
- Agresión	19,3	7,4	18,0	7,1	17,7	7,5	19,1	6,7	18,1	7,7	15,9	7,8	14,6	6,1	0,002	0,43
- Extraversión	17,5	7,5	18,1	8,0	19,3	7,9	15,4	7,8	18,2	7,8	20,1	7,5	20,8	7,5	0,02	0,15
- Neuroticismo	19,8	7,0	16,9	7,0	17,0	5,3	19,2	8,4	16,7	7,0	13,6	4,2	11,8	4,3	0,0000	0,05

1\* malestar por depresión, t-test grupo 3 vs 4:  $p < 0,60$

2\* incapacidad laboral por depresión: grupo 3 vs 4: Wilcoxon dos colas,  $p < 0,02$

ninguno de los métodos de cálculo. Más concretamente, los índices de tratamiento para la depresión de los pacientes con síndromes depresivos de duraciones de 4 o + días (48,2%) no difirieron estadísticamente de aquellos con episodios de 2 semanas de duración (50,0%). Estos grupos tampoco difirieron estadísticamente en cuanto al porcentaje de años de tratamiento a lo largo del período de 30 años.

La tendencia suicida a lo largo de la vida difirió notablemente entre los cuatro grupos. Las tasas de intentos de suicidio fueron más altas entre sujetos con síndrome depresivos de 3 meses (35,1%) y más bajas entre aquellos con síndromes depresivos de duraciones de 4 o + días (7,1%). Se detectaron diferencias significativas similares entre grupos para temperamentos ansiosos, pero no para temperamentos ciclotímicos o tipos de personalidad depresiva.

Son de gran importancia clínica el malestar y la incapacidad laboral, que se han medido a través de una escala de 0 a 100 (Tabla 2). Los sujetos con depresiones de 3 meses o 1 mes puntuaron más alto (medias de 87 y 85) que aquellos con depresiones de 2 semanas o 4 o + días; pero los dos últimos grupos también presentaron puntuaciones

relativamente altas, con medias equiparables alrededor de 76 en la escala de 0 a 100. El nivel de incapacidad laboral varió sustancialmente pero de manera no sistemática entre medias de 40 y 55. Se detectaron variaciones no sistemáticas similares para neuroticismo, afrontamiento, autoestima y gravedad de los síntomas evaluados por el SCL-90-R entre 1978 y 2008. No se detectaron diferencias relevantes entre los cuatro grupos de duración de episodios (1-4) en relación a la edad en momento de comienzo de la depresión y ansiedad o a rasgos de personalidad de extraversión y agresión.

### Comparación de la depresión de dos semanas con la depresión de cuatro días

La discriminación entre síndromes depresivos de 4 días de duración y aquellos de más de 2 semanas haciendo uso de modelos lineales generalizados se recoge en la Tabla 3. Se tomó como referencia una duración de 4 o + días. En los análisis bivariantes ninguna de las variables incluidas discriminaba suficientemente entre duraciones de 4 o + días y 2 semanas, si bien los *odds* ratios de la frecuencia de síntomas fueron significativos. En una muestra más grande esas aso-

**Tabla 3** Depresiones de 4 o + días vs depresiones de 2-semanas, resultados de una serie de modelos lineales generalizados (MLGs)

Predictor		OR (IC 95%)	Wald $\chi^2$ (df)	Sig
Frecuencia de episodios depresivos a lo largo de los últimos doce meses	1-3 por año	3,18 (0,77; 13,23)	2,534 (1)	0,111
	4-11 por año	2,18 (0,88; 5,42)	2,831 (1)	0,092
	Min. 1x por mes	1,15 (0,58; 2,27)	0,163 (1)	0,687
	Min. Semanalmente	Referencia		
N de días deprimido durante el último año	Aumento de 1 DS	0,85 (0,60; 1,21)	0,850 (1)	0,357
N de síntomas depresivos	Aumento de 1 DS	0,95 (0,46; 1,93)	0,023 (1)	0,880
Malestar (0-100)	Aumento de 1 DS	1,07 (0,67; 1,72)	0,083 (1)	0,773
Edad de comienzo	Aumento de 1 DS	0,81 (0,55; 1,20)	1,075 (1)	0,300
Sexo	Mujer	1,24 (0,67; 2,30)	0,471 (1)	0,493
	Hombre	Referencias		
Tendencia suicida	Ninguna	0,78 (0,36; 1,70)	0,385 (1)	0,535
	Leve	1,09 (0,55; 2,16)	0,064 (1)	0,800
	Grave	Referencia		
Incapacidad laboral	No	1,49 (0,50; 4,50)	0,507 (1)	0,476
	Sí	Referencia		

ciaciones podrían haber alcanzado la significación estadística. Teniendo en cuenta el pequeño tamaño muestral no se llevó a cabo ningún análisis multivariante.

### Variables asociadas a la búsqueda de tratamiento

Clínicamente hablando, una buena definición casuística debería tener en cuenta a tantos pacientes tratados como fuera posible. La distinción entre la depresión de 2 semanas y la de 4 días resultó en una sensibilidad de 62 vs 76 y una especificidad de 78 vs 71 para la búsqueda de tratamiento.

También se hizo uso de las GEEs (ecuaciones de estimación generalizada) para examinar longitudinalmente nueve variables adicionales como predictores de búsquedas de tratamiento para la depresión.

Las asociaciones bivariantes se recogen en la Tabla 4. Todas las variables incluidas fueron estadísticamente significativas. Se detectaron asociaciones fuertes para el número de criterios de síntomas depresivos, malestar y tendencias suicidas. El análisis multivariante confirmó que estas variables eran relevantes, si bien de una manera atenuada (véase la tabla 5).

### Malestar e incapacidad laboral asociados a la búsqueda de tratamiento

Por último por medio de análisis ROC se investigó qué ítem, incapacidad laboral o malestar general (ambos medidos en una escala de 0 a 100), discriminaba mejor entre la búsqueda o no de tratamiento.

Se llevaron a cabo modelos separados para los episodios de duraciones mínimas de 4 días y 2 semanas. Bajo análisis ROC, el área bajo la curva (AUC) define el potencial de discriminación total de una variable dada. Un AUC=1,00 denotaría una discriminación perfecta y un AUC=0,5 puro azar y ausencia total de potencial discriminatorio.

Los resultados fueron los siguientes. Para malestar general en episodios depresivos de  $\geq 4$  días: AUC=0,669; para malestar general en episodios depresivos de  $\geq 2$  semanas: AUC=0,665; para episodios depresivos de  $\geq 4$  días de incapacidad laboral: AUC=0,627; y por último para episodios depresivos de  $\geq 2$  semanas: AUC=0,643.

En la comparación entre depresiones de 4 días y 2 semanas, el malestar fue igual, pero la incapacidad laboral fue significativamente superior en el segundo grupo. Comparando sujetos tratados y no tratados el malestar general resultó ser un discriminador ligeramente mejor que la incapacidad laboral. La Figura 2 recoge la curva ROC de malestar general en episodios depresivos de 4 días con al menos 5 síntomas.

### Discusión

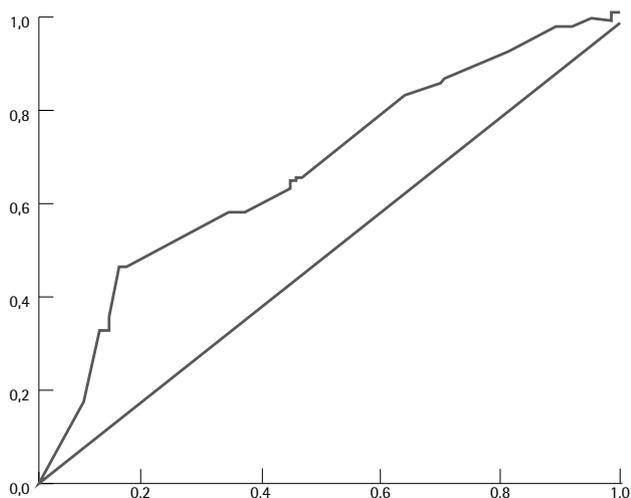
A nuestro entender este es el primer estudio epidemiológico que analiza la duración de los episodios depresivos como criterio diagnóstico, en términos de validez, relevancia clínica y consecuencias (la búsqueda de tratamiento, malestar e incapacidad laboral). Este artículo continúa un análisis previo de la asociación entre algunos síntomas psiquiátricos

Tabla 4		Resultados de una serie de una serie de modelos lineales generalizados (GEEs): asociaciones bivariantes de búsquedas de tratamiento entre pacientes con depresión		
Predictor		OR (IC95%)	Wald $\chi^2$ (df)	Sig
Frecuencia de episodios depresivos a lo largo de los últimos doce meses	1-3 por año	0,58 (0,39; 0,86)	7,371 (1)	0,007
	4-11 por año	0,32 (0,20; 0,53)	19,506 (1)	0,000
	Min. 1x por mes	0,63 (0,40; 1,00)	3,775 (1)	0,052
	Min. Semanalmente	Referencia		
N de días deprimido durante el último año	Aumento de 1 DS	1,63 (1,36; 1,97)	26,584 (1)	0,000
N de síntomas depresivos	Aumento de 1 DS	3,81 (3,21; 4,51)	239,065 (1)	0,000
Duración máxima de los episodios depresivos	1-3 días	0,20 (0,13; 0,30)	51,674 (1)	0,000
	4 días	0,41 (0,25; 0,68)	12,174 (1)	0,000
	2 semanas	0,33 (0,18; 0,61)	12,475 (1)	0,000
	1 mes	0,55 (0,34; 0,89)	6,897 (1)	0,015
	3 meses o más	Referencia		
Malestar (0-100)	Aumento de 1 DS	2,07 (1,75; 2,45)	70,638 (1)	0,000
Edad de comienzo	Aumento de 1 DS	0,75 (0,61; 0,91)	8,669 (1)	0,003
Sexo	Mujer	2,03 (1,48; 2,80)	18,822 (1)	0,000
	Hombre	Referencia		
Tendencia suicida	Ninguna	0,13 (0,09; 0,19)	118,870 (1)	0,000
	Leve	0,66 (0,45; 0,97)	4,512(1)	0,034
	Grave	Referencia		
Incapacidad laboral	No	0,40 (0,28; 0,55)	29,171 (1)	0,000
	Sí	Referencia		

Tabla 5		Resultados de un GEE: Asociaciones multivariantes de búsquedas de tratamiento en sujetos deprimidos		
Predictor		OR (IC95%)	Wald $\chi^2$ (df)	Sig
Frecuencia de los síntomas	1-3 por año	0,68 (0,45; 1,02)	3,531 (1)	0,060
	4-11 por año	0,66 (0,40; 1,08)	2,753 (1)	0,097
	Min. 1x por mes	0,98 (0,62; 1,57)	0,006 (1)	0,940
	Min. semanalmente	Referencia		
N de síntomas	Aumento de 1 DS	1,85 (1,39; 2,46)	17,696 (1)	0,000
Duración máxima	1-3 días	0,38 (0,23; 0,61)	16,060 (1)	0,000
	Min. 4 días	0,57 (0,34; 0,98)	4,225 (1)	0,040
	Min. 2 semanas	0,38 (0,18; 0,79)	6,772 (1)	0,009
	Min. 1 mes	0,83 (0,49; 1,40)	0,503 (1)	0,478
	Min. 3 meses	Referencia		
Malestar (0-100)	Aumento de 1 DS	1,45 (1,20; 1,76)	14,713 (1)	0,000
Edad de comienzo	Aumento de 1 DS	0,93 (0,78; 1,12)	0,524 (1)	0,469
Sexo	Mujer	1,51 (1,08; 2,13)	5,690 (1)	0,017
	Hombre	Referencia		
Tendencia suicidas	Ninguna	0,60 (0,40; 0,92)	5,542 (1)	0,019
	Leve	0,76 (0,51; 1,13)	1,855 (1)	0,173
	Grave	Referencia		
Incapacidad laboral	No	0,57 (0,41; 0,80)	10,417 (1)	0,001
	Sí	Referencia		

y la búsqueda de tratamiento, en una muestra comunitaria que mostraba que los conceptos diagnósticos del DSM-IV daban cobertura a menos del 50% de los pacientes tratados.<sup>1</sup> A la vista de la relevancia social de la búsqueda de

tratamiento, nuestro objetivo es contribuir a la mejora de la cobertura de diagnóstico a partir de datos representativos replicados de países en los que el tratamiento está a disposición de toda la población.



Curva para malestar general (0-100) como discriminador entre el tratamiento y no tratamiento de síndromes depresivos DeSY (grupos 1-4). El área sobre la diagonal representa el potencial/la capacidad discriminador/a por encima del azar puro

Figura 2

Curva ROC

Antes de comparar los dos grupos de mayor interés (episodios depresivos de 2 semanas y 4 días) consideraremos todos los subgrupos de duración (3 meses, 1 mes, 2 semanas, 4 días). El 68% de los sujetos del grupo de 3 meses había sido tratado y aproximadamente el 50% de los integrantes de los otros grupos también lo fue. Como se ha mencionado previamente, el amplio grupo de depresión de 1 a 3 días no se tuvo en cuenta para análisis posterior; su índice de tratamiento, significativamente inferior (28%), introduce el criterio de recurrencia y la depresión breve recurrente no es objeto de este artículo.

El test de validez de los cuatro grupos no mostró diferencias respecto a la edad de inicio de síntomas depresivos, el porcentaje de años mostrando síntomas de depresión, antecedentes familiares de depresión, tratamiento por depresión a lo largo de la vida, temperamento ciclotímico o depresivo o rasgos de personalidad (extraversión, agresión). Sin embargo, como era de esperar, los cuatro grupos no mostraron diferencias en lo que respecta a las tasas de tratamiento durante los años cubiertos por las siete entrevistas, tendencias suicidas, algunos rasgos de personalidad (i.e. temperamento ansioso y neuroticismo); las puntuaciones más altas se dieron sistemáticamente en sujetos con depresiones de 3 meses (grupo 1).

Más importante aún, se detectó que los dos grupos de mayor interés (episodios depresivos de 2 semanas y 4 días) no diferían en cuanto a antecedentes familiares, edad de inicio y curso (porcentaje de años con síntomas depresivos). Los dos grupos también mostraron índices de tratamiento casi

idénticos (50% vs 48,2%) una proporción idéntica de años de tratamiento (medianas de 3,2) y de malestar subjetivo comparable (medias de 76,3 vs 75,5). La incapacidad laboral como consecuencia de la severidad fue apreciablemente inferior en el grupo de duración de 4 días (media de 44,4 vs 34,9) así como el índice de intentos de suicidio (26,2% vs 7,1%).

También sorprendentemente, los análisis MLGs más sensibles comparando los dos grupos críticos mostraron ausencia de diferencias significativas por razón de sexo, edad de inicio, número total de días depresivos a largo de los doce meses previos, número de síntomas diagnósticos, malestar (escala 0-100) o presencia de incapacidad laboral (sí/no). Únicamente la frecuencia en el año anterior de episodios depresivos mostró un efecto sustancial, pero, dado el reducido número de casos, las asociaciones no fueron estadísticamente significativas. En general, los resultados de la definición de 4 días muestran una validez comparable a la definición de 2 semanas, pero para la definición de episodios depresivos mayores el malestar y la incapacidad deberían ser incluidos como en el DSM-IV y en la CIE-10.

La aplicación del criterio diagnóstico de 2 semanas para depresión identificó únicamente a algunos de los sujetos tratados por depresión durante los años de entrevistas (tasa/índice de prevalencia de tratamiento del 19,1%). Esta tasa mejoraría ampliando el criterio de duración, por ejemplo, incluyendo la depresión de 4 o más días de duración e incluso más incluyendo la depresión breve recurrente. Esto identificaría a un 11% adicional de sujetos tratados con 5 síntomas diagnósticos de depresión e incrementaría la cobertura en un 50%.

El estudio detectó una proporción de prevalencia para la depresión tratada del 34,1%; debería sin embargo recordarse que los sujetos de control tenían edades inferiores a los 50 años en la última de las entrevistas y que a medida que la edad aumenta, estos niveles también se incrementan. Estas elevadas tasas de tratamiento excedían de lejos la prevalencia de vida para *episodios depresivos mayores* publicados en los mejores estudios epidemiológicos, en los que también se incluyen sujetos no tratados: 20% en el estudio Nemesi,<sup>10</sup> 21,9% en países desarrollados en los amplios *WHO Mental Health Surveys*,<sup>11</sup> 22,3%<sup>12</sup> y 24,2% en el estudio NCS-R a partir de entrevistas SCID.<sup>13</sup> Por otro lado, las nuevas estimaciones de prevalencia acumulada a lo largo de la vida del 41,4% para el DSM-IV MDE (sólo por encima de los 32 años de edad) recogidas en un estudio prospectivo de cohorte de nacimiento, llevado a cabo por Moffitt, son compatibles con los resultados de este estudio.<sup>14</sup>

Como era de esperar, la búsqueda de tratamiento estaba asociada con el sexo femenino, la edad de comienzo, la gravedad de la depresión medida por el número de síntomas criterio, la duración y frecuencia de los episodios, las tendencias suicidas, el malestar y la incapacidad laboral. La

edad temprana de comienzo de los episodios también resultó estar correlacionada con el tratamiento tardío en un estudio sobre trastornos bipolares.<sup>15</sup> La mayoría de las variables son dimensionales y apoyan las conclusiones de Westen et al. sobre una clasificación dimensional de los trastornos de estado de ánimo.<sup>16</sup>

## CONCLUSIÓN

Hasta donde sabemos, este estudio es el primero que evalúa la duración de los episodios como criterio diagnóstico de la depresión. Sus limitaciones son el tamaño relativamente reducido de la muestra y la restricción a una edad cohorte. Su fortaleza proviene de ser un estudio prospectivo que abarca 30 años. Evidentemente los resultados requieren una réplica antes de modificar el concepto de diagnóstico actual que requiere una duración mínima de 2 semanas para la diagnosis de episodios depresivos mayores. Confiamos haber cuestionado la definición actual y estimular investigaciones futuras para su mejora.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Angst J, Gamma A, Clarke D, Ajdacic-Gross V, Rössler W, Regier D. Subjective distress predicts treatment seeking for depression, bipolar, anxiety, panic, neurasthenia and insomnia severity spectra. *Acta Psychiatr Scand.* 2010;122:488-98.
2. Derogatis LR. SCL-90-R. Administration, scoring & procedures manual-II for the R(evised) version and other instruments of the psychopathology rating scale series. Second edition ed. Towson: Clinical Psychometric Research, 1983.
3. Dunn G, Pickles A, Tansella M, Vazquez-Barquero J-L. Two-phase epidemiological surveys in psychiatry. *Br J Psychiatry.* 1999;174:95-100.
4. Angst J, Dobler-Mikola A, Binder J. The Zurich Study - a prospective epidemiological study of depressive, neurotic and psychosomatic syndromes. I. Problem, methodology. *Eur Arch Psychiatr Neurol Sci.* 1984;234:13-20.
5. Angst J, Gamma A, Neuenschwander M, Ajdacic-Gross V, Eich D, Rössler W, et al. Prevalence of mental disorders in the Zurich cohort study: a twenty year prospective study. *Epidemiol Psychiatr Soc.* 2005;14:68-76.
6. Eich D, Ajdacic-Gross V, Condrau M, Huber H, Gamma A, Angst J, et al. The Zurich study: participation patterns and symptom checklist 90-R scores in six interviews, 1979-99. *Acta Psychiatr Scand.* 2003;108(suppl 418):S11-S4.
7. Fahrenberg J, Selg H, Hampel R. Das Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI. Handanweisung. (3., ergänzte Auflage). Göttingen Toronto Zürich: Hogrefe, 1978.
8. Depue RA. General Behavior Inventory (Manual). Assessment manual. Minneapolis: University of Minnesota, 1987.
9. Pearlin LI, Schooler C. The structure of coping. *J Health Soc Behav.* 1978;19:2-21.
10. de Graaf R, ten Have M, van Gool C, van Dorsselaer S. Prevalence of mental disorders and trends from 1996 to 2009. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Soc Psychiat Epidemiol.* 2012;47:203-13.
11. Kessler RC, Ormel J, Petukhova M, McLaughlin KA, Greif Green J, Russo LJ, et al. Development of lifetime comorbidity in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Arch Gen Psychiatry.* 2011;68:90-100.
12. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62:593-602.
13. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Keretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder. Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA.* 2003;289:3095-105.
14. Moffitt TE, Caspi A, Taylor A, Kokaua J, Milne BJ, Polanczyk G, et al. How common are common mental disorders? Evidence that lifetime prevalence rates are doubled by prospective versus retrospective ascertainment. *Psychol Med.* 2010;40:899-909.
15. Suominen K, Mantere O, Valtonen H, Arvilommi P, Leppämäki S, Paunio T, et al. Early age at onset of bipolar disorder is associated with more severe clinical features but delayed treatment seeking (Abstract from the 3rd Biennial Conference of the International Society for Bipolar Disorders. January 27-28, 2008. Delhi, India. January 30, 2008. Agra, India.). *Bipolar Disord.* 2008;10:56.
16. Westen D, Malone JC, DeFife JA. An empirically derived approach to the classification and diagnosis of mood disorders. *World Psychiatry.* 2012;11:172-80.