

Depresión subclínica: un problema no visibilizado

Romina Capellino¹, Gilda Garibotti², Daniela Zacharías², Juan Pablo Rendo¹,
Juan Manuel Zorzoli¹, Dana Prandi³, Andrés Calderón¹

1. *Neurociencias Aplicadas. Bariloche, Argentina.*

2. *Departamento de Estadística, Centro Regional Universitario Bariloche, Universidad Nacional.*

3. *Carrera de Enfermería, Centro Regional Universitario Bariloche, Universidad Nacional del Comahue, Bariloche, Argentina.*

Autor correspondiente: Romina Capellino, E-mail: rominacapellino@gmail.com

Resumen

La depresión subclínica es común en todo el mundo y tiene importantes efectos sobre la salud y la calidad de vida de los afectados. El objetivo del estudio es evaluar su prevalencia, la utilización de servicios de salud e identificar los grupos más vulnerables en residentes de 18 a 64 años de San Carlos de Bariloche, Argentina. Se realizó una encuesta a una muestra estratificada de la población estudiada. La identificación de depresión subclínica se obtuvo utilizando CESD-R. Se recabó información sociodemográfica y sobre la utilización de los servicios de salud.

Un 10% (IC95%: 6,9%-14,0%) de la población de Bariloche de 18 a 64 años padece depresión subclínica. Se observó una tendencia a mayor prevalencia entre los más jóvenes y en los barrios de menor nivel socioeconómico. La tercera parte de los casos identificados consultaron a un profesional de la salud y menos de la mitad fueron diagnosticados.

La detección y tratamiento temprano de la depresión subclínica es muy importante para disminuir la discapacidad asociada a la misma y prevenir su evolución hacia depresión mayor. Es necesario implementar estrategias de detección temprana de depresión subclínica dirigidas especialmente a los grupos más vulnerables: jóvenes y sectores de menor nivel socioeconómico.

Palabras clave: Trastorno depresivo - Atención primaria de salud - Factores de riesgo - Prevalencia - Argentina.

SUBCLINICAL DEPRESSION: AN OVERLOOKED PROBLEM

Abstract

Subclinical depression is a worldwide spread disease with significant impact on health and life quality. The goal of this study is to assess its prevalence, service utilization, and to identify the most vulnerable groups in 18 to 64 years-old residents of San Carlos de Bariloche, Argentina. A survey was administered to a stratified sample of the study population. The CESD-R scale was applied to establish the diagnosis. Sociodemographic and health-care service utilization information was collected as well.

The prevalence of subclinical depression was 10% (CI 95%: 6.9%-14.0%). A trend of higher prevalence was observed among younger subjects, and in lower socioeconomic neighborhoods. One third of subjects with subclinical depression had previously consulted a health professional and less than half of them had been correctly diagnosed.

Early detection and treatment of subclinical depression is key to diminishing the associated disability and to prevent its evolution to major depression. It is necessary to implement early detection strategies, specifically directed to the most vulnerable groups: younger people and lower socioeconomic strata.

Keywords: Depressive disorder - Primary care - Risk factors - Prevalence - Argentina.

Introducción

La depresión es un síndrome con diferentes componentes sintomáticos: decaimiento del estado de ánimo, disminución de la capacidad de experimentar placer y de la autoestima con manifestaciones afectivas, ideativas, conductuales, cognitivas, vegetativas y motoras (1). Según la Organización Mundial de la Salud, la depresión es la principal causa de discapacidad a nivel mundial (2).

Muchas personas no reúnen los criterios para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor pero sí presentan síntomas depresivos claves. Esta condición recibe distintos nombres en la bibliografía: depresión subclínica, depresión menor, depresión subsindrómica y síntomas depresivos no específicos.

La depresión subclínica es una condición que presenta importantes implicaciones para el funcionamiento y el bienestar de los pacientes. Se ha observado que los sujetos con depresión subclínica tienen un deterioro de su calidad de vida y presentan menor rendimiento laboral, mayor riesgo de sufrir depresión mayor y de dependencia del abuso de sustancias que aquellos sin depresión subclínica (3, 4, 5, 6, 7, 8, 9).

Los criterios de definición de depresión subclínica difieren ampliamente en cuanto a la cantidad de síntomas y el tiempo de duración, dificultando la comparación entre estudios (10). Las tasas de prevalencia de depresión subclínica reportadas son muy variables; los relevamientos en la población general reflejan tasas de prevalencia de entre 1,4% y 17,2% (10). Actualmente no existen estimaciones de depresión subclínica en poblaciones argentinas. Relevamientos recientes sobre depresión en Argentina evalúan la patología clínica de depresión mayor (11, 12).

Para obtener información confiable acerca de la prevalencia de depresión en la población es necesario contar con un instrumento de evaluación válido, uno de los más utilizados es la escala CESD-R (13). El CESD-R exhibe buenas propiedades psicométricas y alta consistencia interna. La versión anterior de CESD-R, CESD, que tiene mínimas diferencias con su sucesora, fue validada en su versión en español por Ruíz y colaboradores (14). El Plan Nacional de Salud Mental de 2013 propone acciones y metas de trabajo para asegurar el derecho a la protección de la salud mental de la población y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas personas con padecimientos mentales (15). La falta de información específica a nivel nacional y local representa un obstáculo para estimar la carga total asociada a la depresión subclínica tanto en relación a discapacidad, el grado de las necesidades de tratamiento e intervención alcanzados y no alcanzados y las implicancias y costo directo e indirecto total para el sistema de salud.

Para formular políticas, planes y programas tendientes a disminuir la incidencia y mejorar la calidad de atención de enfermedades mentales es necesario contar con información epidemiológica sobre la magnitud de la problemática, sus factores de riesgo y sus determinan-

tes. La información epidemiológica, además, establece la línea de base y permite monitorear la efectividad de las acciones. La información debe incluir datos sobre morbilidad y factores de riesgo. Para obtener información sobre prevalencia y factores de riesgo de depresión es necesario desarrollar estudios epidemiológicos específicos como el abordado en esta propuesta.

Métodos

La población de estudio fue los habitantes de 18 a 64 años de San Carlos de Bariloche, una de las ciudades más pobladas del sur de Argentina. En 2010, año del último censo poblacional, el número de habitantes de 18 a 64 años era de 70316 distribuidos en 35767 hogares.

El estudio se basó en la aplicación de una encuesta cara a cara en hogares a una muestra estratificada, polietápica y probabilística de personas de 18 a 64 años residentes en el municipio de San Carlos de Bariloche. Etapas de muestreo: i) selección de radios censales del Censo 2010 (16) siguiendo un muestreo estratificado por quintil de nivel socioeconómico; ii) selección aleatoria de la manzana de inicio; iii) selección sistemática con inicio aleatorio del hogar; iv) selección de la persona a entrevistar: muestreo de cuotas según género y edad, según la distribución del universo de estudio.

Las entrevistas se realizaron tras habersele proporcionado al entrevistado una descripción cuidadosa de los objetivos del estudio y obtener el consentimiento informado. No se brindó ningún incentivo financiero para la participación. Las entrevistas se realizaron en abril de 2017. Los entrevistadores fueron estudiantes de la carrera de Enfermería de la Universidad Nacional del Comahue.

Todos los procedimientos de reclutamiento y consentimiento fueron aprobados por el comité de ética de la Provincia de Río Negro. El estudio está registrado en Registro Nacional de Investigaciones de Salud, IS001652.

El instrumento de recolección de datos incluyó la escala CESD-R para evaluar síntomas depresivos, aspectos sociodemográficos, de acceso a servicios de salud, comorbilidad y consumo de alcohol (17). La escala CESD-R consiste en 20 reactivos para medir la frecuencia de manifestación de síntomas depresivos durante los últimos 15 días. Los resultados de la escala CESD-R clasifican a los respondientes en episodio depresivo mayor (EDM), probable EDM, posible EDM, depresión debajo del umbral o sin depresión. La depresión subclínica es una condición que forma parte de un continuo entre la salud/tristeza normal y la depresión mayor. En este artículo consideramos como caso de depresión subclínica a todos aquellos que presentan alguna sintomatología depresiva relevante comprendiendo los casos de probable EDM, posible EDM o depresión debajo del umbral de la escala CESD-R.

Las variables sociodemográficas consideradas fueron género, grupo etario (18-24, 25-34, 35-49, 50-64), máximo nivel educativo alcanzado (ninguno, primaria, secundaria, superior), estado civil (casado/conviviente,

divorciado/separado/viudo, nunca casado), vive solo (sí/no) y ocupación (estudiante/jubilado/trabaja, desocupado/no trabaja ni busca trabajo).

Las variables relacionadas con la utilización de servicios de salud fueron visita a un proveedor de salud mental (como psiquiatra, psicólogo) y a cualquier proveedor de salud por problemas emocionales, nerviosos o de salud mental en el período de 12 meses previo a la entrevista (sí, no), algún profesional dijo que tenía depresión en los 12 meses previos a la entrevista (sí, no), medicación para la depresión en las dos semanas anteriores a la entrevista (sí, no).

Se consultó por comorbilidades (sí/no) y se utilizó el cuestionario CAGE para evaluar consumo de alcohol. CAGE consta de cuatro preguntas, en base a éstas definimos una variable que indica si el consumo de alcohol es problemático (sí: 2 o más respuestas positivas, no: ninguna o una respuesta positiva).

Se realizó la prueba chi-cuadrado para evaluar diferencias en la prevalencia de depresión subclínica entre grupos definidos por las variables sociodemográficas. Todos los análisis fueron realizados utilizando R-3.2.2 (18).

Resultados

Se entrevistaron 299 personas. La tasa de respuesta fue 71,3% de las personas que fueron invitadas a participar. La distribución por género fue 145 (48%) del masculino y 154 (52%) del femenino. La media de edad fue 39,3 años y el desvío estándar 13,6 años. En relación al nivel educativo, 6,0% no completó ningún nivel, 29,2% completó el nivel primario, 44,0% el nivel secundario y 20,8% estudios terciarios o universitarios. La distribución por género, edad y nivel educativo fue muy similar a la de la población de Bariloche de 18 a 64 años.

La prevalencia de depresión subclínica fue 30 (10,0%, IC 95%: 6,9%-14,0%). De acuerdo a las categorías de CESD-R, los casos de depresión subclínica se distribuyen en 5 con probable EDM, 1 con posible EDM y 24 debajo del umbral.

Se observó una tendencia a mayor prevalencia en los barrios de menor nivel socioeconómico que en los de mayor (11,3% y 8,8%, respectivamente).

La relación entre los factores sociodemográficos y la depresión subclínica se describe en la Tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas y depresión subclínica

Característica	Depresión subclínica		p-valor
	N	(%)	
Género			0,014
Masculino	8	(5,7)	
Femenino	22	(15,5)	
Edad (años)			0,478
18-24	8	(16,3)	
25-34	8	(11,1)	
34-49	9	(9,8)	
50-64	5	(7,2)	
Educación (nivel máximo completado)			0,592
Ninguno	3	(18,8)	
Primario	7	(8,8)	
Secundario	15	(12,0)	
Terciario o universitario	5	(8,3)	
Estado civil			0,535
Casado/a o cohabitando	14	(9,0)	
Divorciado/a, separado/a, viudo/a	7	(12,5)	
Soltero/a	9	(13,6)	
Ocupación			1,000
Estudiante, jubilado/a, trabajador/a	27	(10,6)	
Desempleado/a, no trabaja ni busca trabajo	3	(11,1)	

Se encontró diferencia significativa en la prevalencia de depresión subclínica entre hombres y mujeres, la proporción de mujeres con depresión subclínica fue 2,7 veces mayor que la de hombres. La asociación con las otras variables sociodemográficas consideradas no resultó estadísticamente significativa; sin embargo, se observó una tendencia a mayor prevalencia entre los más jóvenes.

Entre los casos de depresión subclínica, 46,7% presentó comorbilidades, mientras que entre los que no tenían depresión subclínica 36,2% reportaron haber tenido otros problemas de salud física o mental en los 12 meses previos a la entrevista. Al considerar específicamente la relación entre depresión subclínica y consumo problemático de alcohol, no se observaron diferencias: 11,1% de los casos de depresión subclínica y 10,9% de los que no tenían depresión subclínica presentaron problemas con el alcohol.

De los casos de depresión subclínica identificados, 11 (36,7%) habían consultado por problemas emocionales, nervios o salud mental, 8 lo hicieron a un psicólogo o psiquiatra. Entre los casos de depresión subclínica, a 4 (13,3%) le dijeron que tenían depresión. La distribución de las consultas en los estratos presentó diferencias; en los dos estratos de menor nivel socioeconómico lo hicieron 2 de los 12 casos (16,7%), mientras que en los restantes tres estratos lo hicieron 9 de los 18 casos de depresión subclínica (50%). En cuanto a la edad, sólo 25% de los que tenían entre 18 y 24 años consultaron, comparado con 60% entre los de 50 a 64 años.

Discusión

Distintos estudios postulan la idea de un continuo de los trastornos depresivos desde la "no-depresión" hasta la depresión mayor. La depresión se presenta así como una entidad continua en vez de una colección de categorías claramente definidas, compartiendo idénticos sustratos biológico y clínico (10, 19). Sustentan este enfoque los siguientes hallazgos: a) los pacientes con depresión subclínica o mayor comparten características sociodemográficas (20), b) estudios genéticos han reportado que una definición del fenotipo depresivo más amplia, que incluya a las formas de depresión más leves, provee un sustento significativamente mejor para los modelos genéticos aplicados (21), c) estudios neurofisiológicos del sueño muestran biomarcadores comunes en los sujetos con depresión mayor, distimia y depresión subclínica (22), d) los pacientes con depresión subclínica presentan un deterioro significativo de la calidad de vida y el desempeño en las actividades cotidianas, criterio principal para determinar cuándo una condición pasa a ser considerada un trastorno (19).

La tasa de prevalencia de depresión subclínica en residentes de San Carlos de Bariloche de 18 a 64 años fue 10% (IC 95%: 6,9%-14,0%), lo que indica que el número de afectados estaría entre 4830 y 9800. Esta prevalencia está dentro del rango observado en otros estudios epidemiológicos (10).

La relación encontrada entre los síntomas depresivos y las características sociodemográficas siguió tendencias acordes con los hallazgos en otros estudios (6, 19, 23, 24, 4).

La depresión subclínica fue 2,7 veces más frecuente en mujeres que en hombres, esto es compatible con los resultados de otras encuestas (23, 19). Fils y colaboradores hallaron mayor frecuencia de depresión subclínica en personas casadas o en pareja estable que en aquellas en otras situaciones de convivencia (24). Sin embargo, nuestro relevamiento no halló diferencias significativas en la prevalencia de depresión subclínica entre personas solteras y en pareja estable.

Estudios previos han encontrado resultados disímiles en la relación entre la prevalencia de depresión subclínica y el estrato socioeconómico. Mientras el grupo de Goldney no encontró asociaciones estadísticamente significativas entre la depresión subclínica y el estrato socioeconómico, Judd y Akiskal hallaron una correlación inversa entre el ingreso económico promedio y el grado de severidad de la sintomatología depresiva (4, 19). En nuestro estudio no se halló diferencia significativa en relación al estrato socioeconómico.

La presencia de desempleo en las personas con depresión subclínica ha demostrado ser un factor sumamente variable entre diferentes estudios. Fils y su grupo de investigación refieren una proporción de sujetos desempleados entre los que padecen depresión subclínica del 47% (24) mientras Graaf y col. encontraron una tasa del 17%. (25). En nuestro estudio 10% de las 30 personas con depresión subclínica estaban desempleadas.

Aunque existen tratamientos efectivos para la depresión, una proporción muy alta de los afectados permanecen sin diagnóstico y sin tratamiento. A nivel mundial, cerca de la mitad de los casos de depresión no se diagnosticaron y sólo la mitad de los identificados recibieron un tratamiento que incluyó una prescripción médica (26). En América Latina y el Caribe la brecha en el tratamiento de depresión, expresada en términos del porcentaje de personas que necesitaban tratamiento y no lo recibieron, varía entre 43% y 78% (27). En el caso de la depresión subclínica, la terapia cognitiva conductual ha demostrado buenos resultados (28). Sin embargo, en un contexto en donde el margen de diagnóstico y tratamiento de la depresión mayor es tan amplio existen controversias sobre si conviene tratar la patología subclínica o si se debiera mejorar la detección y tratamiento de depresión mayor.

La falta de tratamiento y diagnóstico de los trastornos depresivos se asocia a una alta discapacidad en términos de días de trabajo perdidos, lo que representa una importante carga para la sociedad (27, 29). Además, la depresión afecta no sólo a quienes la padecen sino también al grupo familiar. Si bien la depresión subclínica no tiene un impacto tan importante sobre la calidad de vida de una persona como la depresión mayor, el mismo es significativo en comparación con las personas sanas (19, 26). Más aún, no se puede soslayar el riesgo que tiene un sujeto con depresión subclínica de evolucionar a un tras-

torno depresivo más severo (29). En un estudio, 32% de los pacientes con depresión subclínica evolucionó a un trastorno depresivo más grave y solo el 1,5% presentó una remisión espontánea en un período de un año (19). Howarth y col. hallaron que la probabilidad de un sujeto con depresión subclínica de desarrollar una depresión mayor en el transcurso de un año es 5,5 veces mayor que la de un sujeto sano (30). Cuijpers, Smit y Van Stralen han demostrado el efecto positivo del tratamiento psicoterapéutico para prevenir el ulterior desarrollo de una depresión mayor en personas con depresión subclínica (31). La evidencia empírica apunta a que la depresión subclínica, sin tratamiento, tiene baja probabilidad de desaparecer por sí sola. La detección y tratamiento temprano de la depresión subclínica es muy importante para disminuir la discapacidad asociada a la misma y como manera de prevenir su evolución hacia depresión mayor. En nuestra muestra, sólo el 37% de las personas con depresión subclínica realizaron una consulta profesional. El sistema de atención primaria de la salud debe estar especialmente atento a este problema ya que la mayoría de las personas consultan en este ámbito (32).

Es de destacar que si el sistema de salud no se encuentra familiarizado con la detección de este cuadro nosológico, el mismo podría quedar inadvertido y subtratado. Menos de la mitad de los casos de depresión subclínica identificados en este estudio que habían consultado un profesional, fueron diagnosticados. Aumentar la capacidad de los efectores de atención primaria de identificar personas con síntomas de depresión subclínica puede contribuir a un diagnóstico temprano.

Un aspecto especialmente alarmante de los trastornos depresivos es el suicidio. En Argentina, en 2016, el suicidio representó casi el 3% de todas las muertes de personas de 15 a 64 años, y fue la segunda causa de muerte entre las personas de 15 a 24 años, que representa el 14,1% de las muertes en este grupo de edad (33). En la práctica diaria, muchas veces se subestima el riesgo sui-

cida que la sintomatología depresiva constituye. Se ha encontrado que las personas con depresión subclínica tienen 3,4 veces más probabilidad de cometer intentos de suicidio que una persona sin patología mental (19).

Nuestro estudio tiene varias limitaciones. La identificación basada únicamente en una entrevista estructurada administrada por entrevistadores no especializados, la naturaleza generalmente estigmatizadora del trastorno y la alta tasa de rechazo a la participación del individuo elegible pueden ser fuentes de sesgo. El tamaño de la muestra, que fue elegido para estimar la prevalencia de depresión en la población, resulta insuficiente para tener la potencia necesaria para estudiar factores de riesgo, debido a la baja prevalencia de la condición.

Según el mejor conocimiento de los autores, este es el primer estudio sobre la prevalencia de la depresión subclínica y el uso de los servicios en la región. Aún con las limitaciones señaladas, los resultados dan indicios sobre la existencia de grupos más vulnerables que sería interesante confirmar en un nuevo estudio con una muestra de mayor tamaño.

La alta prevalencia hallada y la baja tasa de identificación ponen de manifiesto la necesidad de adoptar políticas de salud pública sobre depresión subclínica.

Agradecimientos

Los autores agradecen a B. Macedo, B. Alvarado, A. Calligaris, E. Fekete, M. Figueredo, M. López Wortzman, N. Ormeño, E. Rottari, C. Terreni, S. Terrero, C. Zavalía y los estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional del Comahue por su colaboración en realizar las entrevistas. Esta investigación fue parcialmente financiada por la Universidad Nacional del Comahue, subsidio de la Secretaría de Investigación 04B223.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores no declaran conflictos de intereses. ■

Referencias bibliográficas

1. Rojtenberg S. Depresiones: bases clínicas, dinámicas, neurocientíficas y terapéuticas: Polemos; 2006.
2. Organización Mundial de la Salud. 2018 [Internet. Acceso: Septiembre de 2018. Disponible en: www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/details/depression.
3. Rucci P, Gherardi S, Tansella M, Piccinelli M, Berardi D, Bisoffi G, et al. Subthreshold depressive disorders in primary care: prevalence and associated characteristics. *J Affect Disorders*. 2003; 76: p. 171-81.
4. Goldney R, Fisher L, Dal Grande E, Taylor A. Subsyndromal depression: prevalence, use of health services and quality of life in an Australian population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004; 39: p. 293-8.
5. Solomon A, Haaga D, Arnow B. Is clinical depression distinct from subthreshold depressive symptoms? A review of continuity issue in depression research. *J Nerv Ment Dis*. 2001; 189: p. 498-506.
6. Ayuso-Mateos J, Nuevo R, Verdes E, Naidoo N, Chatterji S. From depressive symptoms to depressive disorders: the relevance of thresholds. *Br J Psychiatry*. 2010; 196: p. 365-71.
7. Chachamovich E, Fleck M, Laidlaw K, Power M. Impact of major depression and subsyndromal symptoms on quality of life and attitudes towards aging in an international sample of older adults. *Gerontologist*. 2008; 48(5): p. 593-602.
8. Beekman A, Deeg D, Braam A, Smit J, Van Tilburg W. Consequences of major and minor depression in later life: a study of disability, well-being and service utilization. *Psychol Med*. 1997; 27(6): p. 1397-409.

9. Baumeister H. A Clinical Significance Criterion is Essential for Diagnosing Subthreshold Depression. *Am J Psychiatry*. 2010;(167 (7)): p. 866-7.
10. Rivas M, Nuevo R, Chatterji S, Ayuso-Mateos J. Definitions and factor associated with subthreshold depressive conditions: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2012; 12: p. 181.
11. Daray F, Rubinstein A, Gutierrez L, Lanas F, Mores N, Calandrelli M, et al. Determinants and geographical variation in the distribution of depression in the Southern cone of Latin America: A population-based survey in four cities in Argentina, Chile and Uruguay. *J Affect Disord*. 2017; 220: p. 15-23.
12. Stagnaro J, Cia A, Aguilar S, Vazquez N, Sustas S, Benjet C, et al. Twelve-month prevalence rates of mental disorders and service use in the Argentinean Study of Mental Health Epidemiology. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2018; 53(2): p. 121-9.
13. Center for Epidemiological Studies. CESD-R. 2018 [Internet. Acceso en 2018. Disponible en: cesd-r.com].
14. Ruiz P, Loret C, Vega J, Arevalo J, Chavez K, Vilela A, et al. Validation of the Spanish Center for Epidemiological Studies Depression and Zung Self-Rating Depression Scales: a comparative validation study. *PLoS One*. 2012; 7(10): p. e5413.
15. Ministerio de Salud. 2013. [Internet. Disponible en: www.boletinoficial.gov.ar].
16. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Censo 2010. [Internet. Acceso 2016. Disponible en: sig.indec.gov.ar/censo2010/].
17. Ewing J. Detecting alcoholism. The cage questionnaire. *JAMA*. 1984; 252(14): p. 1905-7.
18. R Core Team. R: a language and environment for statistical computing. Vienna, Austria: R foundation for statistical computing; 2018. Report No.: 3-900051-07-0.
19. Judd L, Akiskal H, Paulus M. The role and clinical significance of subsyndromal depressive symptoms (SSD) in unipolar major depressive disorder. *J Affect Disord*. 1997;(45(1-2)): p. 5-17.
20. Sherbourne C, Wells K, Hays R, Rogers W, Bumam M, Judd L. Subthreshold depression and depressive disorder: clinical characteristics of general medical and mental health specialty outpatients. *Am J Psychiatry*. 1994;(151(12)): p. 1777-84.
21. Kendler K, Neale M, Kessler R, Heath A, Eaves L. A population-based twin study of major depression in women: the impact of varying definitions of illness. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;(49(4)): p. 257-66.
22. Akiskal H, Rosenthal T, Haykal R, Lemmi H, Rosenthal R, Scott-Strauss A. Characterological Depressions clinical and sleep EEG findings separating 'subaffective dysthymias' from 'character spectrum disorders'. *Arch Gen Psychiatry*. 1980;(37(7)): p. 777-783.
23. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: Global health estimates. Geneva; 2017.
24. Fils J, Penick E, Nickel E, Othmer E, Desouza C, Gabrieli W, et al. Minor versus mayor depression: a comparative clinical study. *Prime Care Companion. J Clin Psychiatry*. 2010;(12(1)).
25. de Graaf L, Huibers M, Cuijpers P, Arntz A. Minor and major depression in the general population: does dysfunctional thinking play a role? *Compr Psychiatry*. 2010;(51(3)): p. 266-274.
26. Sartorius N, Üstün T, Lecrubier Y, Wittchen H. Depression comorbid anxiety: Results from the WHO Study of Psychological Disorders in Primary Health Care. *Br J Psychiatry*. 1996; 168(Supl): p. 38-43.
27. Kohn R, Levav I, de Almeida J, Vicente B, Andrade L, Caraveo J, et al. Mental disorders in Latin America and the Caribbean: a public health priority. *Rev Panam Salud Publica*. 2005; 4-5: p. 229-40.
28. Cuijpers P, Koole S, van Dijke A, Roca M, Li J, Reynolds C. Psychotherapy for subclinical depression: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2014; 205(4): p. 268-74.
29. Broadhead W, Blazer D, George L, Tse C. Depression, disability days and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. *JAMA*. 1990;(264(19)): p. 2524-8.
30. Horwath E, Johnson J, Klerman G, Weisman M. Depressive symptoms as relative and attributable risk factors for first-onset major depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;(49(10)): p. 817-23.
31. Cuijpers P, Smit F, van Straten A. Psychological treatments of subthreshold depression: a meta-analytic review. *Acta Psychiatr Scand*. 2007;(115(6)): p. 434-41.
32. Wang P, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer M, Borges G, Bromet E, et al. Use of mental health services for anxiety, mood and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet*. 2007;(370(9590)): p. 841-50.
33. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas Vitales. 2016. [Internet. Disponible en: www.deis.msall.gov.ar/index.php/estadisticasvital/]