

Depresión subumbral: Revisión sistemática de la literatura

Alejandra Quintero Pinilla

Telmo Eduardo Peña Correal  
Director

Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

Universidad del Rosario  
Programa de Psicología

Bogotá, 2017

Nota de autor

El presente trabajo constituye un requisito parcial para obtener el título de Psicóloga de la Universidad del Rosario, bajo la dirección docente de Telmo Eduardo Peña correal.

La correspondencia relacionada con este trabajo de grado debe dirigirse a:

[alejandra.quinterop@urosario.edu.co](mailto:alejandra.quinterop@urosario.edu.co).

**Acta de aprobación del trabajo de grado**

**Universidad del Rosario**  
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud  
Programa de Psicología

**Acta de Aprobación del trabajo de grado**

Los aquí firmantes certificamos que el trabajo de grado elaborado por Alexandra Quintero Pinilla titulado: Depresión Subumbrales: Revisión Sistemática de la Literatura cumple con los estándares de calidad exigidos por el programa de psicología para la aprobación del mismo.

Esta acta se firma a los 30 días del mes de Mayo de 2017.

  
Firma del Director

05/30/2017  
Fecha

  
Firma del Coordinador de T.G.

08/06/2017  
Fecha

**Tabla de contenido**

Página de presentación.....	1
Página de aprobación.....	2
Resumen.....	4
Abstract.....	5
Introducción .....	6
Objetivo .....	20
Método .....	20
Resultados.....	21
El concepto de Depresión Subumbral.....	21
Factores asociados .....	23
Prevalencia.....	46
Búsqueda de servicios de ayuda y atención.....	56
Tratamientos e intervenciones.....	62
Discusión y conclusiones.....	69
Referencias .....	77

### Resumen

Esta revisión sistemática de la literatura tuvo como objetivo investigar sobre la depresión subumbral (DS), un tipo de depresión cuyas características insatisfacen los criterios necesarios para un diagnóstico clínico perteneciente a los diferentes manuales diagnósticos. Diferentes investigaciones han dado cuenta de que esta condición presenta importantes implicaciones para el funcionamiento y el bienestar de las personas. En vista de esto, a partir de la revisión de 66 publicaciones se intentó, además de clarificar el concepto de la DS, identificar datos sobre su prevalencia, los diferentes factores asociados y el carácter prodrómico de la DS sobre cuadros clínicos mayores de la depresión, adicionalmente, se buscó identificar evidencia sobre las posibles intervenciones frente a dicha condición. A partir de la información recopilada, se evidenció que entre los factores asociados a la DS se encuentran los cambios a nivel fisiológico, cambios cognitivos, riesgo suicida y riesgo de escalada hacia un síndrome depresivo completo. Por otro lado, se encontró una variabilidad en la prevalencia, la cual dependió de la forma de operacionalizar la DS. Finalmente se encontró que los principales tratamientos que mostraron eficacia sobre la sintomatología depresiva en individuos con DS fueron las terapias basadas en el modelo cognitivo-conductual principalmente, aquellas realizadas por teléfono o internet.

*Palabras clave:* Depresión, Depresión subumbral, prevalencia, tratamientos, factores asociados, riesgo de escalada

**Abstract**

This systematic review of literature aimed to investigate sub-threshold depression (SD), a type of depression whose characteristics dissatisfy the necessary criteria for a clinical diagnosis pertaining to the different diagnostic manuals. Different studies have shown that this condition has important implications for the functioning and well-being of people. This review of 66 publications attempted to clarify the SD concept, identify its prevalence, and the different factors associated with it, and also the prodromal nature of SD of the main clinical manifestations of depression. In addition, an attempt was made to identify evidence of some possible interventions related to this condition. From the information gathered, it was found that factors associated with SD include physiological changes, cognitive changes, suicidal risk and also a risk of rising towards a complete depressive syndrome. On the other hand, a variability was found in the prevalence, which depended on the way that DS is operationalized. Finally, it was found that the main treatments that showed efficacy on depressive symptomatology in individuals with DS were therapies based on the cognitive-behavioral model, mainly those carried out by telephone or the internet.

*Key words:* Depression, sub-threshold depression, prevalence, treatments, associated factors, risk of escalation

## Introducción

Sin duda alguna, los seres humanos atraviesan diferentes circunstancias a lo largo de sus vidas, en las cuales se ven expuestos a situaciones que superan su capacidad de afrontamiento, llevándolos a caer de algún modo en un estado no deseable conocido como depresión. La depresión ha sido a lo largo de la historia un fenómeno que ha preocupado de manera considerable a los profesionales de la salud y a diferentes investigadores quienes se han visto motivados a orientar sus investigaciones hacia el entendimiento de este fenómeno.

La depresión es considerada un estado afectivo que varía desde el estado de ánimo bajo característico de la vida misma, hasta el síndrome clínico con características de gravedad y duración con síntomas y signos asociados, que son significativamente distintos a la normalidad (Botto, Acuña & Jiménez, 2014).

Se ha utilizado el rótulo de depresión para ordenar un conjunto de comportamientos ubicados en diferentes niveles del funcionamiento de la persona. Radloff y Rae (1979) conceptualizan la depresión como “un estado de ánimo negativo o un sentimiento penetrante de tristeza que suele ir acompañado generalmente por otros síntomas, como un incremento de la irritabilidad y fatiga”. Por otro lado, Craighead, Evans y Robins, (1992, citados por Quiñonez & Sandoval, 1996) plantean que la depresión hace referencia al estado de ánimo disfórico, a un conjunto de signos y síntomas (síndrome) o a un desorden clínico.

Así pues, por depresión se puede entender un síndrome o agrupación de signos y síntomas susceptibles de valoración y ordenamiento en unos criterios diagnósticos (Sdupe, Taboada, Castro & Vazquez, 2006). Este síndrome incluye la presencia de síntomas de la esfera de afectiva como lo son la tristeza patológica, el decaimiento, la sensación de

malestar, la impotencia frente a las exigencias de la vida, y síntomas de tipo cognitivo o incluso somático. La tabla 1 señala los principales síntomas de la depresión y su descripción.

Tabla 1. *Sintomatología de la depresión*

Humor, afecto y sentimientos	Incapacidad de expresar la tristeza, disforia, irritabilidad, afectividad lábil y tendencia al llanto.
Lenguaje	Respuestas simples y cortas con un tono de voz bajo y un tiempo de latencia alargado entre pregunta y respuesta.
Pensamiento	Lento con contenido negativo del mundo y de uno mismo. Frecuentes rumiaciones sobre pérdidas, culpa, ruina, hipocondría, suicidio y muerte. En ocasiones esas ideas llegan a ser delirantes.
Cognición	Orientados pero con una imprecisión subjetiva de merma cognitiva debido al estado anímico. Disminuye la concentración y la atención
Facies depresiva	Facies depresiva y enlentecimiento psicomotor
Anhedonía	Pérdida de interés e incapacidad para experimentar placer
Motricidad	Inhibición y agitación
Rendimiento personal	Disminución del rendimiento personal o sobreesfuerzo para mantener el nivel previo
Ansiedad	Acompaña la depresión en ocasiones
Control de impulsos	Entre el 10- 15% de todos los deprimidos completan un suicidio, siendo 2/3 los que tienen ideación auto lítica
Trastorno del sueño	El patrón de alteración más característico de la depresión severa es el despertar precoz con insomnio medio y tardío con un acortamiento en el número de horas de sueño

Nota: Fuente: Chinchilla, M. A. (2008). *La depresión y sus máscaras: Aspectos terapéuticos*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

Varios autores señalan que la depresión contribuye a la disminución en la calidad de vida, la baja funcionalidad y un aumento de la mortalidad debido a la comorbilidad con otras condiciones médicas (Mori & Caballero, 2010). Esta condición, que aqueja a más de 350 millones de personas en todo el mundo, es un grave problema de salud, particularmente cuando su duración es larga y su intensidad alta (OMS, 2012).

Adicionalmente, se han identificado diferentes cuadros clínicos que incluyen la depresión, basados en la combinación de factores biológicos y clínicos, criterios

etiopatogénicos, pronósticos y terapéuticos. En el ámbito clínico los dos sistemas de clasificación diagnóstica más reconocidos son el DSM-V y la CIE- 10. Estos sistemas han establecido distintos tipos de depresión con base en diferencias en cuanto a sintomatología y duración. Así pues, este consenso ha facilitado el desarrollo de diferentes estudios sobre la evolución, la evaluación y el tratamiento de la depresión en sus diferentes manifestaciones (González, Gil, Carrasco & García, 2001).

Actualmente el DSM-V distingue ocho cuadros clínicos depresivos que se organizan y definen en función de su intensidad, gravedad y duración (Ver Tabla 2). Entre estos cuadros clínicos, la depresión mayor se ha convertido en el más reconocido de los trastornos depresivos, siendo el marco de referencia común para un diagnóstico diferencial, caracterizándose por la presencia de un estado de ánimo disfórico de una intensidad que supera las emociones de tristeza ocasionales de la vida diaria, además de una pérdida de interés o placer por actividades de la vida cotidiana, pérdida significativa de peso, alteraciones en los patrones de sueño y otros síntomas somáticos, todo esto durante la mayor parte del tiempo en un periodo de dos semanas (Chinchilla, 2008).

Por otro lado la CIE-10, distingue entre 6 categorías de los trastornos del humor; episodio maniaco, trastorno bipolar, episodio depresivo, trastorno depresivo recurrente y trastornos del humor (afectivos) persistentes entre los cuales se encuentran la ciclotimia, la distimia, otros trastornos del humor persistentes y el trastorno del humor persistente sin especificación.

Tabla 2. *Clasificación DSM- V: Trastornos depresivos y criterios diagnósticos*

Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo	A. Accesos de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente (p. ej., rabieta verbales) y/o con el comportamiento (p. ej.,
---	--



- 
- agresión física a personas o propiedades) cuya intensidad o duración son desproporcionadas a la situación o provocación.
- B. Los accesos de cólera no concuerdan con el grado de desarrollo.
  - C. Los accesos de cólera se producen, en término medio tres o más veces por semana.
  - D. El estado de ánimo entre los accesos de cólera es persistentemente irritable o irascible la mayor parte del día, casi todos los días y es observable por parte de otras personas (p. ej., padres, maestros, compañeros).
  - E. Los Criterios A-D han estado presentes durante 12 o más meses. En todo este tiempo, el individuo no ha tenido un periodo que durara tres o más meses consecutivos sin todos los síntomas de los Criterios A-D.
  - F. Los criterios A y D están presentes al menos en dos de tres contextos (es decir, en casa, en la escuela, con los compañeros) y son graves en al menos uno de ellos.
  - G. El primer diagnóstico no se debe hacer antes de los 6 años o después de los 18 años.
  - H. Por la historia o la observación, los criterios A-E comienzan antes de los 10 años.
  - I. Nunca ha habido un periodo bien definido de más de un día durante el cual se hayan cumplido todos los criterios sintomáticos, excepto la duración,
  - J. Los comportamientos no se producen exclusivamente durante un episodio de trastorno de depresión mayor y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del espectro del autismo, trastorno de estrés postraumático, trastorno por ansiedad de separación, trastorno depresivo persistente [distimia])
- Nota:** Este diagnóstico no puede
-

---

coexistir con el trastorno negativista desafiante, el trastorno explosivo intermitente o el trastorno bipolar. Si un individuo no ha tenido nunca un episodio maniaco o hipomaniaco, no se debe hacer el diagnóstico de trastorno de desregulación destructiva del estado del ánimo.

- K. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica o neurológica
- 

Trastorno de depresión mayor

Episodio único o Recurrente

- Leve
- Moderado
- Grave
- Con características psicóticas
- En remisión parcial
- En remisión Total
- No especificado

- A. Cinco o más de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés y de placer.

**Nota:** No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: en niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable).
  2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
  3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes)
-

---

o disminución o aumento del apetito casi todos los días.

(Nota: En los niños considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
  5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
  6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
  7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
  8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

**Nota:** Los criterios A-C constituyen un episodio de depresión mayor.

**Nota:** Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida

---

---

de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maniaco o hipomaniaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica

**Nota:** Se debe hacer una especificación de su curso es decir si el evento es único o recurrente. Para que un episodio se considere recurrente, debe haber un intervalo mínimo de dos meses consecutivos entre los episodios, durante el cual no se cumplen los criterios para un episodio de depresión mayor. De igual manera se debe especificar su gravedad:

*Leve:* pocos o ningún síntoma más que los necesarios para cumplir los criterios diagnósticos, la intensidad de los síntomas causa malestar pero es manejable y los síntomas producen poco deterioro en el

---

---

funcionamiento social o laboral.

*Moderado:* El número de síntomas, la intensidad de los síntomas y/o el deterioro funcional están entre los especificados para “leve” y “grave”.

*Grave:* el número de síntomas supera notablemente los necesarios para hacer el diagnóstico, la intensidad de los síntomas causa gran malestar y no es manejable, los síntomas interfieren notablemente en el funcionamiento social y laboral.

*Con características psicóticas:* Presencia de delirios y/o alucinaciones.

*En remisión parcial:* Los síntomas del episodio de depresión mayor inmediatamente anterior están presentes pero no se cumplen todos los criterios o, cuando acaba un episodio de este tipo, existe un periodo que dura menos de dos meses sin ningún síntoma significativo de un episodio de depresión mayor.

*En remisión total:* Durante los últimos dos meses no ha habido signos o síntomas significativos del trastorno.

---

#### Trastorno depresivo persistente (distimia)

En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM. IV.

- A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días de los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas durante un mínimo de dos años.

Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.

- B. Presencia, durante la depresión de dos (o más) de los síntomas siguientes:
1. Poco apetito o sobrealimentación.
  2. Insomnio o hipersomnia.
  3. Poca energía o fatiga.
-

- 
4. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
  5. Sentimientos de desesperanza.
- C. Durante el periodo de dos años (un año en niños y adolescentes) el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los criterios A y B durante más de dos meses seguidos.
  - D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.
  - E. Nunca ha habido un episodio maniaco o un episodio hipomaniaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
  - F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.
  - G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).
  - H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

**Nota:** Como los criterios para un episodio de depresión mayor incluyen cuatro síntomas que no están en la lista de síntomas del trastorno depresivo persistente (distimia), un número muy limitado de individuos tendrán síntomas depresivos que han persistido durante más de dos años pero no cumplirán los criterios para el trastorno depresivo persistente. Si en algún momento durante el episodio actual de la enfermedad se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión

---

---

mayor, se hará un diagnóstico de trastorno de depresión mayor, de no ser así, está justificado un diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado o de un trastorno depresivo no especificado.

---

Trastorno disfórico pre menstrual

- A. En la mayoría de los ciclos menstruales, al menos cinco síntomas han de estar presentes en la última semana antes del inicio de la menstruación, empezar a *mejorar* unos días después del inicio de la menstruación y hacerse *mínimos* o desaparecer en la semana después de la menstruación.
- B. Uno (o más) de los síntomas siguientes han de estar presentes:
1. Labilidad afectiva intensa (p. ej., cambios de humor; de repente esta triste o llorosa, o aumento de la sensibilidad al rechazo).
  2. Irritabilidad intensa, o enfado o aumento de los conflictos interpersonales.
  3. Estado de ánimo intensamente deprimido, sentimiento de desesperanza o ideas de autodesprecio.
  4. Ansiedad, tensión y/o sensación intensa de estar excitada o con los nervios de punta.
- C. Uno (o más) de los síntomas siguientes también han de estar presentes, hasta llegar a un total de *cinco* síntomas cuando se combinan con los síntomas del criterio B.
1. Disminución del interés por las actividades habituales (p. ej., trabajo, escuela, amigos, aficiones).
  2. Dificultad subjetiva de concentración.
  3. Letargo, fatigabilidad fácil o intensa falta de energía.
-

- 
4. Cambio importante del apetito, sobrealimentación o anhelo de alimentos específicos.
  5. Hipersomnia o insomnio.
  6. Sensación de estar agobiada o sin control.
  7. Síntomas físicos como dolor o tumefacción mamaria, dolor articular o muscular, sensación de hinchazón o aumento de peso.

Nota: Los síntomas de los Criterios A-C se han de haber cumplido durante la mayoría de los ciclos menstruales del año anterior.

- D. Los síntomas se asocian a malestar clínicamente significativo o interferencia en el trabajo, la escuela, las actividades sociales habituales o la relación con otras personas (p. ej., evitación de actividades sociales; disminución de la productividad y la eficiencia en el trabajo, la escuela o la casa).
  - E. La alteración no es simplemente una exacerbación de los síntomas de otro trastorno como el trastorno de depresión mayor, el trastorno de pánico, el trastorno depresivo persistente (distimia) o un trastorno de la personalidad (aunque puede coexistir con cualquiera de estos).
  - F. El Criterio A se ha de confirmar mediante evaluaciones diarias prospectivas durante al menos dos ciclos sintomáticos (**Nota:** el diagnóstico se puede hacer de forma provisional antes de esta confirmación).
  - G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).
- 

Trastorno depresivo inducido por sustancia/ medicamento

- A. Alteración importante y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y que se
-



---

caracteriza por estado de ánimo deprimido, disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades.

- B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de ( 1) y (2):
    1. Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.
    2. La sustancia/ medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.
  - C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno no inducido por una sustancia/ medicamento.
  - D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.
  - E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, labora, y otras áreas importantes de funcionamiento
- 

Trastorno depresivo debido a otra afección médica

- A. Un periodo importante y persistente de estado de ánimo deprimido o una disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades predomina el cuadro clínico.
  - B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.
  - C. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de adaptación, con estado de ánimo deprimido, en el que el factor de estrés es una afección médica grave.
-

---

	<p>D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.</p> <p>E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, labora, y otras áreas importantes de funcionamiento</p>
--	---

---

Otro trastorno depresivo especificado	<p>Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, labora, y otras áreas importantes de funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos. La categoría de otro trastorno depresivo especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno depresivo específico. Esto se hace registrando “otro trastorno depresivo especificado” y a continuación el motivo específico (p. ej., “episodio depresivo de corta duración”).</p>
---------------------------------------	---

---

Otro trastorno depresivo no especificado	<p>Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, labora, y otras áreas importantes de funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos. La categoría de otro trastorno depresivo especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no comunicar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno depresivo específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para</p>
--	--

---

---

hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias)

Nota Fuente: Manual El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5<sup>a</sup> edición, American Psychiatric Association, 2013).

Si bien existen diferentes tipos de depresión, clasificados según su tiempo de duración o su gravedad, ¿qué sucede cuando las características presentadas por un individuo no alcanzan a satisfacer ningún cuadro clínico de los manuales diagnósticos? En este caso se habla de “depresión subumbral” también conocida como “depresión subsindrómica” o “depresión subclínica”. Esta forma de depresión es una condición que presenta importantes implicaciones para el funcionamiento y el bienestar de las personas siendo de gran prevalencia en la práctica habitual clínica; sin embargo, hacen falta estudios que aclaren su definición y que profundicen en su significación clínica y su impacto en la salud (Rivas, Nuevo & Ayuso-Mateos, 2010). En este trabajo se empleará el término depresión subumbral (DS).

Una de las razones por las que este tema adquiere relevancia es por el carácter prodrómico que tiene la DS sobre cuadros clínicos mayores de la depresión. Diferentes investigaciones se han enfocado en la descripción y el estudio de este fenómeno como escalada hacia una depresión mayor en adolescentes al llegar a su adultez, esto con el fin de identificar los predictores de dicha escalada hacia un síndrome completo como lo puede ser una depresión mayor (Klein, Shankman, Lewinsohn & Seeley, 2009). Lo anterior se complementa con el interés de que se identifiquen las posibles intervenciones que logren prevenir la aparición de cuadros clínicos severos, para los cuales las intervenciones y tratamientos son más costosos y prolongados (Allart-Van Dam, Hosman, Hoogduin & Schaap, 2003).

Por otro lado la DS, al ser una condición para la cual no existe formalmente un rótulo diagnóstico, da cabida a un desconocimiento de las necesidades de las personas que

la presentan y en consecuencia de los factores que determinan la inclinación a los diferentes tipos de ayuda. (Van Zoonen et al., 2016). En esta revisión de literatura se pretende abordar este tipo de depresión, que por diferentes razones no se ajusta a los criterios necesarios para ser diagnosticada dentro de un esquema clínico, así como su tasa de prevalencia, los factores asociados a esta y las diferentes aproximaciones sobre su intervención.

Para el alcance de estos objetivos se llevó a cabo una revisión de diferentes fuentes primarias y secundarias como libros, artículos indexados, tesis entre otros, en diferentes bases de datos.

Se detectaron e integraron en la revisión de literatura un total de (66) publicaciones, entre artículos, libros y páginas web institucionales. Posteriormente se realizó una clasificación donde se identificaron las temáticas centrales y de mayor impacto o notable relevancia sobre las cuales tomará dirección la revisión.

Respecto a los criterios de elección de las fuentes, debido al limitado número de estudios sobre este tema no se estableció un criterio temporal. Así pues, se incluyeron además de literatura histórica, artículos publicados entre el año 1992 y 2017, en inglés y español tales como publicaciones académicas; meta análisis, revisiones de literatura e investigaciones empíricas realizadas con adolescentes, mujeres y adultos. Para su elección se tuvo en cuenta que en el título se encontraran los términos depresión subumbral o en su defecto depresión subclínica o subsindrómica.

La información obtenida de los artículos se recopiló en fichas que incluyeron los siguientes datos: título, año de publicación, autores, referencia, origen de la publicación, objetivo, resumen, metodología, resultados, discusión y conclusiones, con el fin de tener la información sintetizada para el momento de la elaboración del documento.

### **El concepto de depresión subumbral**

Desde tiempos antiguos se han venido desarrollando acercamientos hacia lo que hoy se entiende como depresión subumbral, subclínica o subsindrómica. Kielhoz (1973) presentó la descripción de lo que se conoce como depresiones enmascaradas, donde prevalecen los síntomas somáticos ocultando las manifestaciones psíquicas. Sin embargo, previamente ya estaba la propuesta de Kraepelin (1921) sobre los síntomas prodrómicos leves en el comienzo de cuadros afectivos. Más adelante, en la década de los noventa, se llegó a la descripción de lo que se conoce como depresión breve recurrente y depresión menor con o sin afección del humor. Sin embargo, estas últimas alcanzan a tener una significancia clínica y en consecuencia a pertenecer a una categoría más formal en los manuales diagnósticos como el DSM y el CIE 10 (Vallejo, 2007).

A pesar de que en la revisión de literatura realizada la DS ha sido nombrada de diferentes maneras (depresión subsindrómica, depresión subclínica y depresión subumbral), diferentes estudios se apoyan en la definición propuesta por Judd en 1994, sin establecerse distinción alguna entre estos nombres. Esta definición postula que se trata de la presencia de dos o más síntomas simultáneos de depresión (descritos en la Tabla 1) que se encuentran presentes la mayor parte del tiempo, como mínimo durante dos semanas, y que se encuentran asociados a evidencia de disfunción social, todo esto en un individuo que no cumple criterios para el diagnóstico de depresión menor, depresión mayor y/o distimia (Judd, Rutherford & Paulus, 1994).

Klein et al., (2009) definen la DS como un episodio de estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer que dura al menos una semana presentándose al menos dos de los otros siete síntomas de la depresión mayor dando un total de al menos tres síntomas depresivos.

Como se puede ver, la distinción de la DS con respecto de otros tipos de depresión es bastante imprecisa. La mayor dificultad se presenta al momento de establecer la distinción entre la DS y la depresión menor o la depresión leve; sin embargo, Vallejo (2007) propone que esta distinción se fundamenta en la medida en la DS que no cumple necesariamente necesaria tristeza/anhedonia, característica de los otros dos cuadros mencionados, sin embargo, esta descripción sigue siendo imprecisa ya que no queda descartada la posibilidad de que esta se presente.

Si bien existe un reconocimiento por parte del DSM-V de otros cuadros depresivos diferentes a la depresión mayor y la distimia, como lo son la depresión menor y la depresión breve recurrente, diferentes investigadores han mostrado la importancia que la DS tiene, aún cuando su manifestación no satisfaga los criterios de uno de los cuadros clínicos definidos.

Es importante recalcar que a pesar de los diferentes intentos de diferentes autores para proporcionar una definición concreta de la DS, no parece ser claro dicho concepto así como los medios por los cuales se ha intentado operacionalizar. Una de las inconsistencias identificada en las definiciones propuestas, partiendo de la definición de Judd (1994), es el criterio de la cantidad de síntomas que se establece para DS. Así pues, se sugiere que se trata de la presencia de dos o más síntomas simultáneos de depresión. Esto sin embargo, deja abierta la posibilidad de que se presenten en simultáneo todos los síntomas de depresión o por lo menos los suficientes para acercarse a alguno de los cuadros clínicos previamente mencionados. Por otro lado, en las definiciones planteadas se argumenta que lo anterior debe ocurrir en un mínimo de dos semanas, sin embargo, no se establece un periodo máximo de duración, pudiéndose extender hasta a dos años lo que dificulta una distinción clara con un cuadro como lo es la distimia.

De igual manera, en varios estudios los criterios para hablar de DS se basan en ciertas puntuaciones de diferentes escalas o inventarios, lo que genera cierto grado de ambigüedad, ya que cada uno maneja no solo rangos diferentes, sino diferentes ítems para la medición de la depresión. En vista de lo anterior se puede afirmar que no existe una clara definición de lo que es DS y que en ausencia de esta, es difícil distinguirla de ciertos cuadros clínicos.

### **Factores asociados a la DS**

La DS, como los demás cuadros clínicos depresivos, es una condición que se asocia a diferentes factores fisiológicos, psicológicos y sociales. Así pues, diferentes investigaciones a lo largo de los años han intentado esclarecer dichos factores y el impacto de los mismos en la vida de los individuos que están bajo esta condición.

*Cambios fisiológicos a nivel cerebral.* Uno de los principales intereses respecto a la DS han sido algunos cambios en el cerebro que están asociados con la DS. Así pues, se han desarrollado estudios que buscan establecer las diferencias existentes entre personas con DS, con depresión mayor y sin depresión en cuanto a la presencia de anomalías en algunas estructuras cerebrales.

Hayakawa et al. (2013) realizaron un estudio con el fin de explorar la medida en que las anomalías del cerebro pueden ser identificadas en estructuras cerebrales específicas de adultos con (DS). Para esto utilizaron una muestra de 21 adultos con DS que previamente obtuvieron más de 16 en la Escala de Depresión de Estudios Epidemiológicos CES-D, un inventario de autoinforme de 20 ítems que evalúa la gravedad y la frecuencia de los síntomas depresivos experimentados en la semana previa a la evaluación. Los participantes no cumplían los criterios para depresión mayor en el Manual de Diagnóstico y Estadística

de los Trastornos Mentales IV, adicionalmente se incluyó un grupo control de 21 adultos sin síntomas depresivos. Ninguno de los dos grupos tenía antecedentes neurológicos o psiquiátricos.

Los participantes fueron sometidos a la toma de imágenes de resonancia magnética cerebral y para esto los investigadores utilizaron morfometría basada en voxel (VBM), una técnica de análisis en neuroimagen que permite la investigación de diferencias focales en la anatomía del cerebro, usando una aproximación estadística paramétrica. De esta manera se analizaron las diferencias en el volumen regional de la materia gris entre los dos grupos.

Los hallazgos evidencian que a pesar de que no hubo diferencias significativas en materia gris y blanca entre los sujetos con DS y el grupo de control, los volúmenes tanto del giro anterior cingulado como del giro rectal derecho eran menores en las mujeres con DS que en las mujeres del grupo control. Los autores plantean que el hecho de que se evidencien más diferencias significativas entre mujeres, puede deberse a que las tasas de prevalencia de depresión son de 2 a 3 veces superiores a las de los hombres, lo que sugiere una vulnerabilidad de estas a desarrollar DS cuando hay cambios estructurales del cerebro o viceversa,

Mediante el mismo método utilizado en el estudio anterior, (VBM), Zhou et al. (2016) realizaron un estudio en 19 adultos mayores con DS para explorar la existencia de alteraciones estructurales de hipocampo / parahipocampo y las correlaciones entre su volumen y los síntomas depresivos autoinformados de los participantes. La muestra fue seleccionada a partir de una evaluación previa a 1100 sujetos en las comunidades locales de Beijing, China por medio de la CES-D; adicionalmente, se utilizó un grupo de control compuesto por 17 adultos mayores sin ningún grado de depresión.



Aunque el 20% cumplió con los criterios definidos para DS, la mayoría no pudo participar debido a diferentes condiciones corporales como enfermedad cardiocerebrovascular y problemas de discapacidad motriz. El criterio para ser categorizados en el grupo de DS fue haber obtenido 8 o más en el CES-D y que no cumplieran con los criterios diagnósticos del DSM-IV para otro tipo de depresión. Se recogieron imágenes de resonancia magnética cerebral en ambos grupos, estableciendo posteriormente análisis correlacionales entre las diferentes estructuras antes mencionadas, el volumen de materia gris y la presencia de DS. Así pues, el análisis correlacional mostró que la presencia de DS se correlacionó inversamente con los volúmenes del parahipocampo izquierdo e hipocampo derecho. Adicionalmente se evidenció que en comparación con el grupo control, los volúmenes de materia gris habían reducido significativamente.

De igual manera recientemente Li et al. (2017) realizaron un estudio similar en Beijing, en el que se propusieron investigar los cambios volumétricos comunes del cerebro en individuos jóvenes y de mediana edad con DS. Esta muestra estuvo compuesta por 57 individuos con DS y un grupo de control de 76 individuos. Los criterios de inclusión para DS fueron tener una edad comprendida entre los 18 y 60 años y una puntuación  $\geq 16$  en el CES-D así como una puntuación entre 7 y 17 de la escala de depresión de Hamilton (HAMD). Todos los participantes fueron sometidos a (VBM).

A partir de este análisis se encontró que en comparación con el grupo control, los individuos con DS mostraron una disminución del volumen de materia gris en el globus pallidus bilateral y giro precentral así como un aumento en el volumen de la materia gris en el tálamo izquierdo y cortical cingulado anterior y corteza prefrontal medial.

Teniendo en cuenta que la depresión se contempla como una causa importante de disfunción en la actualidad y que esto tendrá un fuerte impacto a futuro, diferentes autores

plantean la pertinencia de identificar los diferentes patrones de vulnerabilidad de respuestas psicológicas, fisiológicas y neurales a la evaluación social como aspecto central del estrés psicológico (Dickerson, Mycek & Zaldivar, 2008).

Con el objetivo de identificar diferencias existentes entre personas con DS y personas sin síntomas de depresión a nivel psicológico, endocrino y neural y patrones de respuesta a la amenaza de la evaluación social, Dedovic et al. (2014) realizaron un estudio con 49 participantes, 23 pertenecientes al grupo con DS (12 hombres y 11 mujeres) y 26 como grupo control sin ningún síntoma de depresión (12 hombres y 14 mujeres).

Para tomar esta muestra, 64 estudiantes universitarios completaron los cuestionarios de depresión de Beck y de Hamilton, así como la escala de autoevaluación de depresión de Montgomery-Asberg. Se incluyeron en el grupo con DS aquellos sujetos que puntuaron por encima de un punto de corte para el rango normal de humor depresivo y por debajo de un punto de corte para el rango clínico de humor depresivo en esta última escala.

Los autores examinaron específicamente cambios en los niveles de cortisol y estructuras cerebrales (hipocampo, amígdala, córtex prefrontal medial (PFC) y corteza cingulada anterior subgenual (sgACC) así como cambios en la autoestima, el estado de ánimo, como posibles indicadores tempranos de vulnerabilidad frente al desarrollo de patologías severas.

Para evaluar los niveles de cortisol se tomaron ocho muestras de saliva. Estas muestras se recogieron por medio del dispositivo muestreo de saliva (Sarstedt Inc., Quebec, Quebec, Canadá) en diferentes momentos; la primera muestra se tomó aproximadamente una hora después de que los participantes llegaron al laboratorio y antes de la exploración. La segunda muestra de saliva se tomó durante la tarea de sesgo de atención antes y posteriormente se tomaron muestras de saliva durante diferentes momentos del MIST.

Por otro lado los participantes completaron una tarea de sesgo de atención, seguida de un escaneo estructural y finalmente dos ejecuciones de la tarea modificada de Stress de imagen de Montreal MIST. La (MIST) es una tarea de estrés psicosocial que gracias a la aritmética mental combina los componentes situacionales clave mostrados para facilitar el montaje de una respuesta al estrés.

Posteriormente se realizó con ayuda de la Escala de Pensamientos Actuales (Heatherton y Polivy, 1991), una evaluación psicológica donde se evaluaron los niveles de desempeño y autoestima social de los sujetos. Adicionalmente se evaluaron los cambios en el estado de ánimo actual utilizando el perfil de los estados del estado de ánimo que incluía las siguientes subescalas: depresión, ansiedad, ira, fatiga, vigor y confusión.

Los datos fisiológicos muestran que los sujetos con DS presentan niveles globales más bajos de cortisol durante el transcurso del MIST en comparación con el grupo control, de igual manera se revelaron activaciones en el hipocampo izquierdo y desactivaciones en el sgACC en el grupo control a diferencia del grupo DS quienes mostraron un aumento de la actividad en el hipocampo derecho.

Adicionalmente, se encontró principalmente que los participantes del grupo control tenían niveles de autoestima en general más altos en comparación con los del grupo DS. Finalmente respecto al estado de ánimo después de la MIST evidenciaron como lo esperaban los investigadores, niveles más altos de depresión en el grupo con DS que en el grupo control así como los niveles de ansiedad. Únicamente en el caso de ira el grupo control evidencio más altos niveles. Adicionalmente sólo en los participantes con DS la disminución en la autoestima se asoció con un aumento de los niveles de depresión después de la MIST.

Es importante destacar que estos resultados parecen evidenciar que incluso en respuesta a un desafío psicosocial leve, los individuos vulnerables a la depresión es decir los del grupo con DS ya muestran patrones de respuesta mal adaptativos importantes a niveles psicológicos y neuronales. De igual manera los hallazgos de los estudios previos dejan en evidencia que las alteraciones estructurales cerebrales pueden ocurrir en una etapa temprana de la depresión y que estos cambios no son exclusivos de una depresión clínicamente significativa como la depresión mayor.

***Cambios a nivel cognitivo.*** Diferentes estudios han trascendido la búsqueda de diferencias netamente estructurales cerebrales en sujetos con DS, llegando a mostrar un fuerte interés por los cambios en las funciones cognitivas, principalmente en la memoria, atención, procesamiento e interpretación de la información.

Diferentes autores han planteado que la depresión afecta la memoria explícita, es decir donde los individuos recuerdan intencional y conscientemente los acontecimientos pasados, sin embargo, la investigación sobre la memoria implícita o recuerdo no intencional de la experiencia pasada ha sido escasa (Burt, Zembar & Niederehe, 1995).

Algunos estudios han encontrado diferencias entre la memoria implícita y la explícita, sin embargo poco se ha hablado respecto a diferencias presentadas en personas con depresión con relación a dos diferentes formas de la memoria implícita: conceptual y perceptual. Así pues, se ha propuesto que en comparación con los sujetos sin depresión, los sujetos deprimidos producen niveles iguales de priming<sup>1</sup> en la terminación del fragmento de palabras, Sin embargo, en memoria implícita conceptual, los participantes deprimidos

---

<sup>1</sup> Efecto relacionado con la memoria implícita por el cual la exposición a determinados estímulos influye en la respuesta que se da a estímulos presentados con posterioridad.

muestran una disminución significativa del recuerdo junto con un menor recuerdo en pruebas de memoria explícita. (Jenkins & McDowall, 2001).

De esta manera Mulligan (2011) realizó un estudio en el que buscó identificar si existen diferencias significativas en el deterioro de la memoria implícita y explícita entre un grupo de personas con DS y un grupo de personas no deprimidas. La hipótesis que manejó este autor fue que si la depresión generalmente disminuye los procesos de memoria conceptual, los pacientes con DS deberían mostrar una memoria implícita (priming) deteriorada.

Para el desarrollo de este estudio se utilizó una muestra de 132 estudiantes de pregrado, elegidos de un grupo de participantes que previamente habían completado el inventario de depresión de Beck, así pues los participantes con una puntuación de 10 o más pertenecieron al grupo con DS y los que puntuaron 5 o menos a los no deprimidos. Esta clasificación sin embargo, es confusa pues no se indica hasta qué puntuación va el rango para clasificar a los individuos en DS, lo que admite la idea de que obtener un puntaje máximo en este inventario también permite la categorización en dicho grupo.

Inicialmente se les comunicó a los participantes que se trataba de un estudio de percepción de palabras y resolución de problemas, de esta manera se les advirtió que se les presentaría una serie de palabras en una pantalla donde cada una duraría 5 segundos, solicitando a su vez que calificaran su percepción sobre cada palabra en términos de agradable, neutro o desagradable. Posteriormente se les proporcionaron dos tareas distractoras de tres minutos de duración con el fin de animarlos a ver la prueba de memoria implícita posterior como una prueba de una serie de tareas no relacionadas.

Adicionalmente se tomaron en cuenta dos categorías, la de los participantes que se hacían conscientes de la prueba y aquellos que no. De esta manera un participante se

clasificó como consciente de la prueba si se da cuenta de la relación estudio-prueba es decir del objetivo real de la prueba, en cualquier momento durante la misma, incluso si esto ocurría en el ensayo final.

A partir de este estudio se encontró que el número de ítems o palabras que se recordaron fue significativamente menor para los participantes con DS que para los participantes no deprimidos, de igual manera, se evidenció que para los participantes no deprimidos, que además eran conscientes de los verdaderos objetivos de la prueba, el priming conceptual fue significativamente mayor en comparación que los participantes con DS conscientes de la prueba, sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en el priming conceptual entre los participantes con DS no conscientes de la prueba y los no deprimidos, esto según el autor indica que en ausencia del conocimiento del verdadero sentido de la prueba los participantes con DS podrían recordar con mayor facilidad lo que deben recordar.

Con relación a los cambios cognitivos en personas con DS y más específicamente en cuanto a la memoria, McLaren, Szymkowicz, Kirton y Dotson, (2015) argumentan que existen factores para contrarrestar dichos cambios en la memoria como el nivel educativo, el cual considera un factor protector sobre el envejecimiento no patológico. Por ejemplo, Wight, Aneshensel, y Seeman, (2002) encontraron que la educación más baja y los síntomas depresivos más altos se asociaron con un peor desempeño en un breve cuestionario de estado mental en ancianos. Sin embargo, estos hallazgos surgieron de personas con depresiones más severas.

McLaren et al. (2015) por su parte llevaron a cabo un estudio con el fin de comprobar si el nivel educativo modera la relación entre los síntomas depresivos y la función cognitiva. La muestra utilizada para el estudio consistió en 73 adultos libres de

demencia de 18 a 81 años, quienes previamente completaron cuestionarios de depresión y ansiedad.

Los síntomas de la depresión se evaluaron usando la CES-D y fueron incluidos en el estudio quienes puntuaron 8 o más sin cumplir criterios para otro tipo de depresión, la ansiedad se evaluó utilizando la forma estatal de la Ansiedad Estado-Rasgo Inventario (STAI-S) y se les administró una breve batería neuropsicológica que se centró en las medidas de recuperación inmediata total y recuperación tardía de la Prueba de Aprendizaje Verbal de Hopkins-Revisada (HVLTR, Brandt y Benedict, 2001), tiempo de terminación en las partes A (TMT-A) B (TMT-B, Reitan, 1992), y la puntuación de interferencia de Color-Palabra de Stroop (Golden, 1978).

A partir de lo anterior se encontró una interacción significativa de los síntomas depresivos y la educación para la memoria verbal inmediata y retrasada, es decir que aquellos con un nivel de educación superior se desempeñaron bien en las pruebas neuropsicológicas independientemente de la sintomatología depresiva, mientras que aquellos con menor educación y altos síntomas de depresión tuvieron un bajo rendimiento.

Por otro lado Everaert, Tierens, Uzieblo y Koster, (2013) plantean que existen diversas variables cognitivas en el contenido y en el nivel de procesamiento de la información que juegan un papel perjudicial en el inicio y mantenimiento de síntomas depresivos. En línea con esto, argumentan que los individuos deprimidos clínicamente o subumbralmente tienden a enfocarse selectivamente en la información negativa y así mismo a interpretar la información ambigua de manera negativa recordando desproporcionadamente más recuerdos negativos.

Para llegar a estas afirmaciones Everaert et al. (2013) realizaron un estudio que evaluó el efecto indirecto del sesgo de atención en la memoria a través del sesgo de

interpretación como variable interviniente en una muestra mixta de individuos no deprimidos e individuos con DS. Para esto utilizaron una muestra de 64 estudiantes (56 mujeres y 8 hombres seleccionados a partir de los niveles de severidad de los síntomas depresivos evaluados por medio del Inventario de Depresión de Beck II.

Para la evaluación de los sesgos cognitivos se evaluó la atención selectiva por una tarea espacial modelada. En cada ensayo de la tarea, los participantes debían centrar su atención en una cruz de fijación negra presentada durante 500 ms en el centro de una pantalla con fondo blanco. A continuación, se les mostraba una palabra con valencia positiva, neutral o negativa, la cual aparecía durante 1500 ms en algún lado de la pantalla. Los participantes tuvieron que detectar la posición del objetivo, con la mayor rapidez y precisión posible, presionando una de las teclas de un teclado.

Los sesgos emocionales en la tendencia del individuo al interpretar información ambigua se evaluaron por medio de una prueba de sentencias codificadas, donde debían elaborar oraciones con las palabras que recordaran de las presentadas anteriormente y finalmente para el sesgo de memoria se utilizó una prueba de recuperación libre incidental, en la cual los participantes debían recordar con la mayor precisión posible las oraciones que habían construido anteriormente.

A partir del análisis de los resultados se encontró que aunque no se observó una correlación entre las puntuaciones de depresión y el sesgo de atención, se identificó que el efecto indirecto del sesgo de atención sobre el sesgo de memoria a través del sesgo de interpretación fue positivo, es decir que un sesgo negativo en la atención tiene un efecto indirecto sobre la memoria a través de un sesgo negativo en la interpretación.

Los autores sugieren que la presencia de un sesgo cognitivo en un nivel de procesamiento puede mantener las actitudes disfuncionales a través del impacto en las



etapas posteriores de procesamiento. Por ejemplo, al prestar atención a la información negativa en lugar de positiva las personas podrían aprobar posteriormente interpretaciones más negativas de esta información y en consecuencia estas interpretaciones negativas podrían consolidar creencias desadaptativas y activar más memorias congruentes con el estado de ánimo deprimido.

Este estudio proporciona evidencia de cómo pueden mantenerse síntomas de la depresión aún en etapas leves como en la DS a partir de los sesgos que existen en términos de procesamiento de la información. Así pues se abre un camino frente a un campo sobre el cual se puede intervenir con el fin de dismantelar ese mantenimiento de creencias desadaptativas y así mismo lograr una posible disminución en la sintomatología depresiva.

De igual manera, otros estudios han investigado la manera en que la memoria depende de sesgos en la atención y la interpretación, argumentando que la atención sesgada tiene un efecto indirecto en la memoria gracias a su impacto en la interpretación, es decir que una vez que la información negativa entra en el foco de atención los individuos deprimidos tienen dificultades para desprender su atención de ella, generando así una constante elaboración e interpretación sesgada. (Clark, Beck & Alford, 1999).

De este modo diferentes estudios han demostrado que los individuos deprimidos tienen dificultad para dirigir la atención lejos de distractores negativos lo que se ha denominado “interferencia afectiva”, que adicionalmente guarda relación con distintos mecanismos neurales (Kaiser et al., 2015). Con relación a esto los distintos trabajos dirigidos a identificar dichos mecanismos se centran en la implicación de regiones cerebrales involucradas en el control cognitivo como la corteza prefrontal lateral, la corteza cingulada anterior dorsal y la ínsula anterior (Mitterschiffthaler et al., 2008).

Kaiser et al. (2015) realizaron un estudio con el fin de investigar los sistemas neuronales involucrados en la interferencia afectiva en individuos con niveles variables de síntomas depresivos, desde los no deprimidos hasta depresión clínica actual. Para esto utilizaron una muestra que consistió en 92 participantes nativos de habla inglesa (de 18 a 25 años de edad, 58% mujeres y 42% hombres), los cuales fueron reclutados de la Universidad de Illinois en Urbana-Champaign.

Los participantes se seleccionaron a partir de los resultados en la subescala de la depresión de ocho ítems (MASQ-AD8) del Cuestionario de Síntomas de Humor y Ansiedad (MASQ, Watson et al., 1995) y fueron sometidos a escáner con resonancia magnética funcional mientras realizaban una tarea de Stroop de emoción (Williams et al., 1996), solicitándoles que dirigieran su atención al color de tinta en el cual se imprime una palabra emocional ignorando su significado. Adicionalmente, se incluyeron palabras distractoras escritas en colores de tinta diferentes como “rojo escrito en verde”.

Los hallazgos de este estudio mostraron que los participantes con niveles altos de depresión tuvieron un deterioro del desempeño en el test de Stroop para los distractores negativos, pero también en cierta medida en los neutrales. Adicionalmente se evidenció que una depresión mayor predijo una mayor actividad en la corteza cingulada anterior dorsal, de la cual se ha dicho desempeñar un papel importante en el control cognitivo.

Con estos resultados se sugiere que la interferencia afectiva en la depresión está relacionada con el control cognitivo excesivo o disfuncional y la asignación interrumpida de los recursos cognitivos a los sistemas de atención interna o externa. Sin embargo, este estudio, aunque en su título refiere estar dirigido a personas con DS carece de concordancia a la hora de especificar su muestra, incluso se hace mayor énfasis en los resultados obtenidos en individuos con depresión mayor. Es por esto que hacen falta estudios que

permitan identificar diferencias entre individuos con DS, individuos no deprimidos e individuos con depresiones severas.

Otros estudios, además de interesarse en los cambios en las funciones cerebrales en individuos con DS como medio de identificación precoz de riesgo y la prevención de la aparición de un cuadro clínico completo, se han interesado en las diferencias entre hombres y mujeres. Sumich, Kumari, Heasman, Gordon, y Brammer, (2006) realizaron un estudio cuyo objetivo fue investigar las diferencias de sexo en los potenciales relacionados con eventos (ERP)<sup>2</sup> asociados con la DS. Para esto utilizaron una muestra de 140 sujetos sanos de 20 a 60 años, la cual fue escogida gracias a diferentes criterios de exclusión como incluyeron antecedentes personales o familiares de trastornos psiquiátricos (incluyendo cualquier tipo de depresión clínica), antecedentes personales de trastorno neurológico, historial de abuso de sustancias pasadas o actuales u otros problemas de salud importantes relacionados con el corazón, la glándula tiroides o el cáncer.

Por otro lado, previamente completaron un cuestionario demográfico basado en Internet que incluía la Escala de Ansiedad y Depresión de Depresión (DASS) y un cuestionario de auto informe de 12 ítems que es una versión breve de la Salud Somática y Psicológica Informe (SPHERE). Finalmente los participantes fueron distribuidos en 4 grupos de 35 personas, según su condición (DS o no deprimidos (ND)) y según su sexo.

---

<sup>2</sup> Medida de la respuesta cerebral que es resultado directo de un evento específico sensorial, cognitivo o motriz. De manera más formal, es cualquier respuesta electrofisiológica estereotipada a un estímulo.

Los participantes completaron una tarea auditiva y a partir de repetidas medidas de análisis de varianza se probaron las diferencias en N200<sup>3</sup> y P300<sup>4</sup> amplitud entre los 4 grupos.

Así pues, a partir de los resultados se encontraron correlaciones positivas entre la ansiedad y el estrés en ambos sexos y entre el estrés y la depresión en las mujeres con DS, de igual manera los individuos del grupo ND mostraron una asimetría en N200 en los sitios centrales que no estaba presente en individuos con DS. Por otro lado, los hombres del grupo ND mostraron una asimetría en los sitios posteriores que no estaba presente en los hombres con DS.

Estos hallazgos sugieren que los individuos con DS y los individuos sin depresión pueden diferir en la lateralización de los mecanismos involucrados en la generación N200 y que este efecto se evidencia más fuertemente en los hombres. Finalmente, los resultados apoyan la hipótesis de que mecanismos cognitivos medidos por P300 y N200 en los síntomas depresivos subumbrales pueden depender del sexo (Sumichet al., 2006).

***Riesgo de suicidio u otras conductas problemáticas como la agresividad o el consumo de sustancias.*** Diferentes estudios han mostrado evidencia respecto a cómo la depresión juega un papel importante en la ideación suicida, sin embargo aunque se ha sugerido que esta última es comúnmente experimentada por individuos que presentan cuadros depresivos severos, parece existir un descuido en aquellos que los individuos que experimentan síntomas depresivos que no alcanzan a cumplir con los criterios de cuadros clínicos de depresión (Konick & Gutiérrez, 2005). Es por esto que dentro de los diferentes

---

<sup>3</sup> Es un tipo de ERP, principalmente de es una onda negativa que alcanza picos de 200-350 ms post-estímulo y se encuentra principalmente sobre los sitios anteriores del cuero cabelludo.

<sup>4</sup> ERP que puede ser registrado mediante electroencefalografía como una deflexión positiva de voltaje con una latencia de unos 300ms en la electroencefalografía.

estudios con relación a la DS se encuentra esta problemática como uno de los centrales focos de atención enfocándose principalmente en muestras adolescentes.

Fergusson, Horwood, Ridder y Beautrais (2005) por ejemplo, realizaron un estudio no solo para estimar la prevalencia de DS, sino el riesgo de suicidio en individuos que la presentan. Para esto utilizaron una muestra de 1265 jóvenes quienes fueron interrogados sobre la frecuencia de los pensamientos suicidas o los intentos de suicidio ocurridos en las últimas dos semanas. A partir de esto los autores encontraron que en comparación con los individuos asintomáticos, los jóvenes con DS reportaron mayor cantidad de pensamientos suicidas, resultados que sugieren que los individuos con DS son una población en alto riesgo de desarrollo de cuadros más severos de depresión.

Del mismo modo, Cukrowicz et al. (2011) evaluaron la relación entre los síntomas depresivos subumbrales y la ideación suicida en múltiples muestras de estudiantes de diferentes universidades que variaron en términos de ubicación geográfica y diversidad étnica.

El primer estudio tuvo una muestra de 222 participantes, 158 mujeres y 64 hombres, universitarios predominantemente caucásicos en una universidad del sureste de los Estados Unidos, con un promedio de edad de 19,2 años a quienes se les aplicó el Índice de Severidad de la Depresión- subescala de Suicidio para evaluar la ideación suicida. Este instrumento incluye 4 ítems diseñados para evaluar la ideación suicida actual. Adicionalmente se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (BDI) para evaluar la presencia de síntomas depresivos en las dos últimas semanas, de igual manera el ítem 9 evalúa los pensamientos suicidas actuales. Se encontró entonces, que la ideación de suicidio fue significativamente mayor para todos los grupos que reportaron síntomas moderados o altos de depresión en el BDI en comparación con el grupo de puntuaciones mínimas, lo que

sugiere que la ideación de suicidio debe considerarse en participantes con cualquier elevación en los síntomas depresivos aun cuando estos no alcancen los criterios para cuadros severos.

En el segundo estudio 309 estudiantes fueron reclutados de la misma universidad del estudio anterior. En este estudio se aplicó la Escala Beck de Suicidio, una escala de 21 ítems que evalúa la severidad de la ideación y el comportamiento suicidas. En este caso, se evidenció una similitud entre los índices de ideación suicida de los participantes con puntuaciones severas en el BDI y los participantes con puntuaciones moderadas, estas similitudes proponen que los síntomas moderados de la depresión pueden garantizar un nivel similar de atención clínica como los de una depresión más severa.

Finalmente en el tercer estudio los investigadores se interesaron en determinar si los hallazgos de los Estudios 1 y 2 se extenderían a una muestra más grande y una ubicación diferente del país. Así pues se utilizó el Cuestionario de Ideación Suicida para Adultos (ASIQ) y el BDI en una muestra de 914 participantes (700 mujeres y 214 hombres con una edad media de 22,18 años pertenecientes a una universidad en el sur de los Estados Unidos. Los resultados en este estudio fueron similares a los de los estudios anteriores permitiendo que la asociación entre los síntomas depresivos subumbrales y la ideación suicida no es exclusiva de muestras con una alta representación de los estudiantes caucásicos.

Estos hallazgos sugieren que la ideación suicida elevada no se encuentra limitada a estudiantes universitarios con síntomas depresivos severos, es decir que los individuos con síntomas mínimos y moderados de depresión también pueden estar propensos a experimentar pensamientos de suicidio (Cukrowicz et al., 2011). Sin embargo, sería pertinente que se realizara un estudio que evaluara la ideación suicida tanto en individuos

con DS como en individuos con depresiones clínicamente diagnosticadas, esto con el fin de identificar diferencias significativas entre ambos grupos ya que si bien en este estudio se tomaron en cuenta síntomas depresivos severos, moderados y mínimos, no se menciona en ningún caso la presencia de una depresión mayor u otro cuadro clínico.

Tras la revisión de este trabajo compuesto por tres estudios se evidencia que a pesar de que el estudio se titula “La ideación suicida entre estudiantes universitarios que evidencian depresión subclínica” no es del todo clara la operacionalización de la DS, pues se hace énfasis en los síntomas moderados de la depresión, sin establecer si con esto se refieren a DS. Sin embargo, de ser así y de suponer que aluden a lo mismo, continua la falta de claridad pues no existe nada que delimite una diferencia entre la DS entendiéndola aquí como la presencia de síntomas moderados de depresión y un cuadro clínico depresivo cuya sintomatología sea moderada, lo que nuevamente mantiene la dificultad de una definición concreta de DS.

Otros autores además de interesarse en el riesgo suicida en individuos con DS, han identificado factores problemáticos en muestras adolescentes como la agresión y el abuso de sustancias. Kang, Eno Louden, Ricks y Jones (2015) examinaron en delincuentes juveniles con DS no solo la ideación suicida, sino sus niveles de agresión y el abuso de sustancias, esto con la hipótesis de que estos individuos se encuentran en riesgo más alto de ser agresivos, tener ideas o intentos de suicidio y ser propensos a desarrollar un abuso de sustancias en comparación con delincuentes sin ningún trastorno del estado del ánimo y que adicionalmente no diferirían con aquellos que presentan depresión mayor.

Se ha planteado que la falta de reconocimiento de este riesgo en delincuentes con DS puede aumentar la probabilidad de que estos problemas progresen a niveles más altos, esto debido a que en ausencia de los criterios necesarios para un diagnóstico clínico estos

individuos normalmente no son elegibles para servicios especializados o tratamientos como sí ocurre con delincuentes con depresión mayor (Almquist & Dodd, 2009).

La muestra utilizada en este estudio estuvo compuesta 489 delincuentes juveniles quienes fueron ubicados en tres categorías dependiendo de la presencia, gravedad y duración de sus síntomas de depresión. Estas categorías fueron: delincuentes juveniles que cumplían con los criterios del DSM-IV-TR para depresión mayor (8,0%), delincuentes juveniles con DS (27,8%) y delincuentes juveniles sin trastorno del estado de ánimo (64,2%). Los participantes fueron entrevistados usando el programa de Kiddie para Trastornos Afectivos y Esquizofrenia (K-SADS), (Kaufman, Birmaher, Brent, Rao & Ryan, 1996).

A partir de esta evaluación se encontró que la agresión reportada por los delincuentes juveniles con DS fue significativamente mayor que la agresión reportada por los jóvenes sin trastorno del estado de ánimo. El 22,8% de los delincuentes juveniles con DS perdió su temperamento durante 5 a 7 días por semana en comparación con el 5,1% de los delincuentes juveniles sin trastorno del estado de ánimo. Por otro lado la agresión reportada por delincuentes juveniles con DS no fue significativamente mayor que la agresión reportada por delincuentes juveniles con depresión mayor.

Respecto a los intentos de suicidio específicamente, el 10,1% de los delincuentes juveniles con DS habían intentado suicidarse previamente, en comparación con el 0% de los delincuentes juveniles sin trastorno del estado de ánimo. Con relación al grupo de depresión mayor el 45,9% habían intentado suicidarse previamente en comparación con el 10,1% de los delincuentes juveniles con DS.

El uso de sustancias en los delincuentes juveniles con DS fue significativamente mayor que el encontrado en los delincuentes juveniles sin trastorno del estado de ánimo: el



36,8% de los delincuentes juveniles con DS tenían un trastorno de uso de sustancias en comparación con el 22,0% de los delincuentes juveniles sin trastorno del estado de ánimo. Sin embargo, el grupo con DS y los delincuentes juveniles con depresión mayor no difirieron significativamente en la frecuencia del trastorno por uso de sustancias.

Estos hallazgos demuestran que al parecer los delincuentes juveniles con DS experimentan un deterioro considerable similar al experimentado por los delincuentes juveniles con depresión mayor, aun en ausencia de los criterios diagnósticos de un trastorno mental. Adicionalmente se demuestra que los agentes encargados de las correccionales de menores no deben ignorar las necesidades de los jóvenes con DS, ya que a la hora de proponer algún tipo de intervención exclusivamente a individuos diagnosticados con algún cuadro clínico frente a los factores aquí evaluados, se ve limitada la posibilidad de que al intervenir a individuos con DS se actúe de manera preventiva frente al desarrollo de dichos cuadros mayores.

***Riesgo de escalada de la DS a un trastorno de depresión mayor.*** Una de las mayores preocupaciones de varios investigadores con relación a la DS es el papel prodrómico que esta puede desempeñar frente al desarrollo de un trastorno de depresión mayor.

Klein et al. (2009), por ejemplo, llevaron a cabo un estudio con el objetivo de examinar los predictores de la escalada desde DS en la mitad de la adolescencia hasta los trastornos depresivos de síndrome completo en la edad adulta. Para esto utilizaron una muestra de 225 participantes, muestra seleccionada tras el uso de los datos del Proyecto de Depresión de Adolescentes en Oregón (PDAO), un estudio longitudinal de estudiantes de secundaria que fueron evaluados dos veces durante la adolescencia, una tercera vez aproximadamente a los 24 años y una cuarta vez aproximadamente a los 30 años. Estas

evaluaciones se catalogaron del siguiente modo: Evaluación inicial (T1), segunda evaluación realizada aproximadamente un año después (T2), tercera evaluación (T3) y última evaluación (T4).

Así pues, en T1 y T2, se entrevistó a los participantes con una versión de la Lista de trastornos afectivos y esquizofrenia para niños en edad escolar (K-SADS) (Orvaschel, Puig-Antich, Chambers, Tabrizi, Johnson, 1982), la cual incluye elementos adicionales para obtener diagnósticos del DSM- III. Las evaluaciones de seguimiento en T2 y T3 se realizaron conjuntamente con la Evaluación de Seguimiento del Intervalo Longitudinal (LIFE) (Keller, Lavori & Friedman, 1987).

La aplicación de estos instrumentos proporcionó información sobre el inicio y el curso de los trastornos desde la entrevista anterior. La entrevista T4 consistió en una administración conjunta de LIFE y la Entrevista Clínica Estructurada para DSM- IV (First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1996), para investigar episodios nuevos o continuos desde T3. Adicionalmente completaron una batería de cuestionarios entre los cuales se encontraba el BDI, por otro lado, se entrevistaron a familiares de los participantes para recolectar datos de antecedentes familiares.

A partir de esto se encontró que de los 225 adolescentes con DS y sin antecedentes de trastorno del estado de ánimo por T1, 116 (porcentaje ponderado del 46,5%) desarrollaron un trastorno depresivo de síndrome completo en su último seguimiento (115 desarrollaron depresión mayor y 1 desarrolló trastorno distímico). Los autores sugieren entonces, que el riesgo de escalada de DS a un estado depresivo clínicamente significativo aumentó linealmente con el tiempo. Entre las variables que predijeron significativamente la escalada al síndrome completo de trastorno depresivo se identificó el sexo femenino, las puntuaciones más altas de BDI, síntomas médicos, antecedentes de ideación suicida y

antecedentes de ansiedad. Por otro lado de los adolescentes con DS identificada en T1, el 26,3% cumplió nuevamente los criterios de DS durante el intervalo T1-T2, el 11,0% ascendió a un trastorno depresivo de síndrome completo y el 62,7% no presentó ningún síntoma de depresión. Con relación a esto se sugiere que los jóvenes que cumplieron los criterios para DS de nuevo durante el paso de T1 a T2 tendrían un mayor riesgo de escalamiento durante T2 a T4 que los jóvenes sin DS durante T1 a T2.

De los anteriores hallazgos se puede evidenciar que una considerable parte de los adolescentes con DS desarrollaron un trastorno depresivo de síndrome completo de depresión hacia los 30 años. Adicionalmente el estudio evidencia que el ser mujer y tener antecedentes de otros trastornos como la ansiedad predicen significativamente el desarrollo a largo plazo de una depresión más severa, esto puede llevar a futuras intervenciones que se orienten principalmente hacia estas variables.

De igual manera Hill, Pettit, Lewinsohn, Seeley y Klein, (2014) realizaron un estudio similar con 424 adolescentes del (PDAO), donde se midieron siete variables psicosociales en T1: Síntomas depresivos (gravedad de los síntomas subumbrales en el BDI), eventos negativos importantes de la vida (ENI) (eventos negativos en el año anterior a T1)], molestias menores (frecuencia de ocurrencia de eventos desagradables en el mes anterior a T1), actitudes disfuncionales (tendencia a generalizar a partir de un evento específico, baja autoestima), respuesta emocional (deseabilidad y necesidad de aprobación por medio de la subescala de dependencia emocional del inventario de dependencia interpersonal), apoyo familiar y apoyo social (amigos). Para el análisis de esto los autores utilizaron como enfoque estadístico un análisis de árbol de clasificación (CTA) el cual facilitó la identificación de los efectos interactivos entre las variables o factores de riesgo.

A partir de los resultados obtenidos se identificó que el predictor más fuerte es el apoyo social (amigos), seguido de antecedentes de ansiedad y ENI, lo que significa que aquellos individuos con un bajo nivel de apoyo social, que adicionalmente reportaron dos o más ENI (n = 60) fueron significativamente más propensos al riesgo de escalada que aquellos que reportaron menos de dos ENI. Por otro lado en aquellos individuos que reportaron un mejor apoyo social y dos o más ENI no se evidenciaron significativos, más que el antecedente de ansiedad.

La importancia de estos hallazgos en congruencia con el anterior estudio radica en la identificación de factores que en ocasiones se subestiman a la hora de abordar cuadros que no se encuentran clínicamente diagnosticados como lo es la DS. Claramente se puede evidenciar cómo el apoyo social principalmente en la adolescencia juega un papel crucial, sobre el cual se debe intervenir con el fin no solo de disminuir la presencia de sintomatología depresiva subumbral, sino prevenir una progresión de esta a un cuadro más completo.

Finalmente, y no menos importante los autores reportan que la ansiedad también es un predictor significativo lo que corrobora reportes de la alta comorbilidad entre depresión y ansiedad no solo en términos de cuadros clínicos. Sin embargo actualmente existe una escasa literatura respecto a la asociación entre ansiedad y DS.

Jeuring, Huisman, Comijs, Stek Y Beekman, (2016) por su parte realizaron un estudio longitudinal con el fin de identificar los predictores de la depresión mayor. El estudio se realizó con 341 participantes con DS, previamente identificados tras la aplicación de la CES-D. Se incluyeron en la muestra a los individuos con sintomatología depresiva clínicamente relevante pero sin diagnóstico de depresión mayor.

Los participantes, fueron evaluados en ciclos separados por tres años aproximadamente, logrando un máximo de 17 años como periodo de observación, midiendo la proporción de personas que desarrollaron depresión mayor, las que se mantuvieron en DS o quienes llegaron a alcanzar nulos síntomas depresivos.

Los resultados evidenciaron que 153 individuos (44,9%) disminuyeron sus síntomas depresivos subumbrales, 138 (40,5%) permanecieron con DS y 50 (14,7%) desarrollaron depresión mayor. Por otro lado, tras un análisis de regresión se encontró que ser mujer, puntuar en neocriticismo alto, padecer enfermedades más crónicas, el alto índice de masa corporal, el consumo de tabaco y menos apoyo social predice la escalada de DS a depresión mayor y que ser hombre, el bajo neuroticismo y la ausencia de dolor predijeron el mantenimiento de DS.

En este estudio muestra que a pesar de que el porcentaje de individuos que escalaron de DS a depresión mayor es bajo en comparación con quienes mantuvieron la DS o quienes dejaron de presentarla, se logra identificar que existe, como en estudios previos, una población en riesgo de desarrollar cuadros depresivos mayores que causan deterioro clínicamente significativo, sin embargo, se evidencia que existen otros factores como los ya mencionados que pesan como predictores de depresión mayor, más que la misma DS.

Por otro lado, los intervalos de tiempo entre evaluaciones parecen ser insuficientes y probablemente prolongados, lo que puede limitar el alcance de los hallazgos e incluso la posibilidad de que sean más los casos de escalada en un menor tiempo. Igualmente, estos autores argumentan que la prevención a tiempo en individuos con DS puede reducir la incidencia de depresión mayor, evidenciándose en porcentajes menores en escalada de DS a depresión mayor.

En síntesis los estudios anteriores dejan en evidencia la relevancia que cobran las terapias cognitivo- conductuales en la intervención preventiva sobre la DS, adicionalmente, se destaca la preferencia por intervenciones de mínimo contacto como las telefónicas y las proporcionadas por medio de internet. Es importante resaltar que existe una baja evidencia sobre la efectividad de dichas intervenciones a largo plazo.

### **Prevalencia de la DS**

La DS es una condición que presenta importantes implicaciones para el funcionamiento y el bienestar de los individuos (Maier, Gansicke, & Weiffenbach, 1997).

*Prevalencia de la DS en los Estados Unidos.* En 1994, Judd et al. gracias al uso de un análisis del estudio del Área de Captación Epidemiológica (ECA) realizado en 1982, informó una prevalencia de 11.8% de la DS en la población general de adultos estadounidenses. Esta información es citada en diferentes estudios, sin embargo se desconoce la metodología explícita por medio de la cual se llegaron a estos resultados.

Pietrzak et al. (2013) realizaron un estudio en el cual uno de sus objetivos principales fue realizar una evaluación más actualizada de la prevalencia de la DS en la población adulta de los Estados Unidos. En este estudio identificaron que un 11,6% de adultos estadounidenses presentaban DS. Para esto realizaron entrevistas estructuradas de diagnóstico para evaluar la presencia de algún cuadro depresivo del DSM-IV en una muestra representativa a nivel nacional de 34. 653 adultos estadounidenses que fueron entrevistados en dos puntos de tiempo separados por 3 años.

Así pues, a todos los participantes se les preguntó por un lado si en toda su vida alguna vez habían tenido un momento en el cual se hubieran sentido tristes la mayor parte del tiempo durante al menos dos semanas y por otra parte si durante su vida habían sentido durante al menos dos semanas que no les importaban las cosas que normalmente les

importaban o no disfrutaban de cosas que usualmente disfrutaban. Al aprobar cualquiera de estas dos preguntas se preguntó a los participantes acerca de los síntomas específicos experimentados durante este tiempo en el que su estado de ánimo era más bajo o se preocupaban menos por las cosas. Posteriormente si reportaban por lo menos cuatro de los otros síntomas de la depresión, se les preguntó por el impacto de estos síntomas en su vida. Finalmente los participantes que no afirmaron tener el estado de ánimo depresivo o la pérdida de interés se clasificaron como el grupo asintomático o "Ninguno". Las personas que aprobaron al menos cinco de los síntomas, incluyendo un estado de ánimo depresivo o una pérdida de interés, pero que no cumplían con el criterio de angustia o impedimento para la depresión mayor, se clasificaron como el grupo "Depresión subumbral sin angustia". Finalmente los individuos que cumplían con el criterio de angustia o impedimento se incluyeron en el grupo de "depresión mayor". A partir de esto encontraron que un total de 6.594 de los encuestados (18,7%) tenían depresión mayor; 4.049 (11,6%) SD sin angustia / deterioro; y 23.214 (69,4%) no cumplían los criterios de estudio para la depresión subsindrómica o mayor en sus vidas.

***Prevalencia de DS en Colombia.*** En el 2004 se realizó el primer estudio que buscó establecer un diagnóstico epidemiológico de depresión en Colombia mediante una entrevista estructurada donde se encontró que de las 6.116 personas encuestadas 87 (1,5%) presentaban DS. En este reporte puede haber un error de cálculo ya que 81 casos corresponde al 1,3% de los encuestados.

Por otra parte, los autores manifiestan que se encontraron síntomas de DS en 59 mujeres (1,5%; IC95%: 1,1 a 1,9) y 28 hombres (1,36%; IC95%: 0,9 a 1,9), sin embargo no dejan en claro a que se refieren con síntomas de la DS. Igualmente, tras los hallazgos se encontró que la proporción de sujetos con DS aumentó con la edad siendo de 1,13%

(IC95%: 1,0 a 2,6) en el grupo de 18 a 30 años, de 1,38% (IC95%: 0,9 a 2,0) en el grupo de 30 a 45 años, de 1,66% (IC95%: 1,0 a 2,6) en el de 45 a 60 años y de 2,07% (IC95%: 1,2 a 3,3) en los mayores de 60 años (Gómez-Restrepo et al., 2004). Este estudio muestra varias inconsistencias no solo en los errores estadísticos sino en la escasa claridad respecto a lo que ellos llaman “síntomas depresivos subumbrales”.

Para lograr sus objetivos los autores establecieron una clasificación de las diferentes formas de la depresión donde mencionan cómo se caracteriza la DS. Frente a esto la única definición que ofrecen es: “Se caracteriza por presentar menos síntomas y de menor gravedad que los necesarios para un diagnóstico de depresión. Las personas que presentan este trastorno se encuentran en alto riesgo de sufrir episodios depresivos en el futuro y tienen dificultades para realizar sus funciones y lograr su bienestar.” (Gómez-Restrepo et al., 2004 p. 381). Lo anterior no solo evidencia poca claridad sino que se presta para confusiones debido a la manera en que presentan la depresión como un cuadro clínico único. Adicionalmente al hacer referencia a “menos síntomas de menor gravedad” no se especifica cuáles serían los síntomas y gravedad de una “depresión”

***Prevalencia de la DS en Europa.*** Rivas, Nuevo y Ayuso-Mateos, (2011) realizaron un estudio para identificar la prevalencia de la DS y su impacto en la salud en España. Para esto seleccionaron las respuestas para España obtenidas de la base de datos pública con los resultados de la Encuesta Mundial de Salud de la OMS, encuesta realizada en el 2002 en un total de 68 países representativos de todas las regiones del mundo.

Entre las respuestas para España, la muestra analizada fue de 5.542 sujetos, conformada por las personas con DS, es decir con síntomas depresivos sin cumplir los criterios diagnósticos para algún cuadro del CIE-10 y el DSM IV (83 individuos) y las personas sin ningún diagnóstico de depresión (5.459 individuos).



Los autores reportan que la prevalencia de la DS fue del 1,3%, sin embargo no presentan datos totales que justifiquen esta afirmación. Así pues este estudio parece tener varias limitaciones, entre estas el hecho de que la muestra seleccionada no incluye datos de personas con otro tipo de depresión como la depresión mayor, y por el contrario únicamente hacen uso de una muestra conformada por asintomáticos y por personas que, presentan DS según ciertos criterios tampoco especificados claramente.

Es importante dejar claro que a pesar de estas falencias en el estudio los autores buscaban identificar el impacto de la DS en diferentes áreas funcionales de las personas, es por esta razón que los instrumentos empleados en el estudio se limitaron a dicho objetivo.

Recientemente Vaccaro et al., (2017) realizaron un estudio cuyo objetivo principal era estimar las tasas de prevalencia de DS y la depresión clínicamente significativa (D) en una sección de la población italiana de edad avanzada entre los 70 y los 74 años que viven en Abbiategrosso, una ciudad del norte de Italia. Para esto se utilizó una muestra de 1254 adultos mayores extraídos de la muestra de un estudio longitudinal de la población, basado en el envejecimiento del cerebro y la demencia. Los participantes fueron sometidos a una evaluación multidimensional (social, médica y neuropsicológica).

Así pues, el criterio de valoración primario fue el estado depresivo clasificado como depresión sub-umbral (DS), depresión clínicamente significativa (D) o sin depresión (noD). La presencia de humor depresivo fue evaluada como parte de la evaluación médica y neuropsicológica.

A partir de las directrices del Instituto Nacional de Excelencia Clínica (NCCMH 2010), SD fue definida como la presencia de al menos un síntoma clave de la depresión, pero con insuficientes síntomas para cumplir con los criterios de un diagnóstico de depresión. De acuerdo con el sistema DSM-IV-TR por lo menos cinco síntomas de nueve

tenían que estar presentes para un diagnóstico de depresión mayor, y debían estar presentes durante al menos dos semanas. El diagnóstico de distimia se basó en la presencia de al menos dos años de historia de estado de ánimo depresivo más al menos dos de cada seis síntomas, de este modo depresión mayor y distimia fueron condiciones que constituían D.

Adicionalmente se consideró que DS se presentaba si el participante mostraba una impresión clínica de depresión más uno o dos de los siguientes rasgos adicionales: (a) un historial positivo de depresión, (b) el uso de antidepresivos o ansiolíticos / hipnóticos, (c) una puntuación de  $\geq 6$  en la Escala de Depresión Geriátrica de 15 ítems (GDS-15; [17]), y (d) respuestas positivas a dos preguntas clave sobre el estado de ánimo deprimido, tomadas del CES-D [18]: En el último mes, ¿te has molestado a menudo por sentirte abatido, deprimido o desesperanzado? "Y" durante el último mes, ¿te has molestado a menudo por poco interés o placer en hacer las cosas?". Todas las personas que no cumplían los criterios antes mencionados para SD o D se consideraron sin depresión (noD).

A partir de esto se encontró que la prevalencia de DS en la muestra de adultos mayores fue 15.71%, mientras que la de D fue 5.58%. Indudablemente esta prevalencia es significativamente alta con relación a otros estudios, pero no muy diferente a EEUU. Una de las posibles razones para que esto ocurra es la manera de operacionalizar DS en el presente estudio ya que a diferencia de otras investigaciones incluye características adicionales. Por otra parte la muestra utilizada a diferencia de las de los otros estudios estuvo basada en adultos mayores, esto puede indicar que en este tipo de población la prevalencia de DS es mayor que en muestras de adolescentes o adultos jóvenes. Cherubini et al. (2012) por ejemplo, sugieren que varios estudios epidemiológicos han demostrado que la depresión mayor tiene una prevalencia más baja en adultos mayores y que aunque la heterogeneidad de los criterios diagnósticos no permite proporcionar cifras exactas, se ha

registrado que la DS es mucho mayor que la de la depresión mayor y la distimia, afectando a alrededor del 10% de los sujetos de la comunidad 20% de los pacientes ancianos de atención primaria, y hasta el 30% de los ancianos hospitalizados.

*Prevalencia de la DS en otros países.* Goldney, Fisher, Dal y Taylor, (2004) por su parte, realizaron un estudio en Australia para identificar la prevalencia, el uso de los servicios en salud y la calidad de vida en personas con DS. Para lograr esto los investigadores tomaron una muestra aleatoria y representativa de la población de Australia del Sur, a quienes se les evaluó la depresión gracias al módulo de estado de ánimo de la Evaluación de la Atención Primaria del Instrumento de Trastornos Mentales (PRIME-MD), el cual consta de 16 preguntas (categorizados sí / no), que se relacionan con diferentes síntomas de depresión con el fin de identificar cuáles de ellos fueron experimentados durante las últimas dos semanas. La DS se definió como al menos dos o más síntomas depresivos actuales, presentes durante la mayor parte o la totalidad del tiempo, con una duración de al menos 2 semanas, en las personas que no cumplen los criterios para la depresión mayor, distimia o depresión menor.

Definiciones como la propuesta en este estudio sobre la DS abren paso a que se presente una ambigüedad en el concepto de este fenómeno, debido a que no existe ninguna especificación con relación al máximo de síntomas que se pueden presentar para que se siga manteniendo el criterio de DS y no pasar a ser otra forma de depresión clínicamente significativa.

A partir de esto encontraron que de los 3.010 encuestados, 389 (12,9%) tenían DS [11,6% hombres, 14,2% mujeres, con una edad media (SD) = 41,8 (19,2) años]; 205 (6,8%) tenían depresión mayor [5,4% varones, 8,1% mujeres, 42,6 (17,1) años]; 319 (10,6%) tenía otra depresión [10% hombres, 11,2% mujeres, 42,9 (19,2) años] que consisten en 130

(4,3%) con depresión menor [4,1% varones, 4,5% mujeres, 44,3 (20,5) años], 105 (3,5%) con remisión parcial de la depresión mayor [3,1% varones, 3,9% mujeres, 41,5 (17,0) años], 79 (2,6%) con distimia [2,7% hombres, 2,6% mujeres, 43,0 (20,1) años] y 5 (0,2%) con el trastorno bipolar [0,1% hombres, 0,2% mujeres, 38,1 (8,8) años] y no se detectó ningún tipo de depresión en 2097 (69,7%) de los encuestados [73% hombres, 66,5% mujeres, 44,5 (18,5) años]. Con relación a estos hallazgos se puede identificar que la DS se encuentra entre las condiciones más prevalentes de la muestra australiana, superando a la depresión mayor.

Estos hallazgos difieren de otros estudios como los realizados en Latinoamérica y Europa donde la prevalencia de la DS es menor que en la depresión mayor. Estas diferencias pueden estar asociadas a la forma particular como se realizaron los estudios y la población utilizada.

Fergusson et al. (2005) en su estudio para evaluar la prevalencia y el riesgo de escalada de DS a una depresión mayor, utilizaron una muestra de 1265 adolescentes (635 varones, 630 mujeres) nacidos en la región urbana de Christchurch (Nueva Zelanda). Sin embargo, de esta muestra original solo 1006 jóvenes fueron evaluados en medidas de depresión a los 18 años y posteriormente a las edades de 21 y 25 años.

A los 18 años, los participantes tuvieron una entrevista integral de salud mental diseñada para evaluar aspectos del ajuste psicosocial; parte de esta entrevista utilizó elementos de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI) para evaluar los criterios propuestos en el DSM IV para depresión mayor. Así pues, fueron interrogados acerca de los síntomas actuales (últimos meses) y los síntomas ocurridos en los últimos 12 meses, así como cualquier deterioro asociado.

De este modo, los miembros de la muestra que informaron 5 o más de los criterios diagnósticos relevantes para un episodio depresivo mayor en cualquier momento en los últimos 12 meses y que también reportaron deterioro severo en al menos 1 área de funcionamiento de la vida, fueron clasificados en el grupo con depresión mayor (18.4% muestra). Aquellos que cumplieron con los criterios de síntoma básico de estado de ánimo deprimido o pérdida de interés durante un período de al menos 2 semanas, pero que no cumplieron con el punto de corte diagnóstico de 5 o más síntomas o que no informaron un malestar significativo o deterioro del funcionamiento, fueron clasificados como depresión subumbral (7,3%). Los restantes miembros de la muestra se clasificaron como asintomáticos (74,4%).

A diferencia de la prevalencia de DS encontrada en el estudio anterior, Singhal, Manjula, y Sagar, (2016) reportaron que la prevalencia fue de un 18% en una muestra de 800 adolescentes de edades entre 13-18 años, de cinco escuelas de la ciudad de Bangalore de los grados 8, 9 y 11, en la cual se usaron medidas estandarizadas de auto-reporte. Para este estudio la DS fue operacionalizada como síntomas depresivos dentro del rango de corte (14-24) en el Children's Depression Inventory (CDI). Este inventario es una medida de autoreporte que incluye ítems de síntomas depresivos como estado de ánimo bajo, irritabilidad, problemas de conducta, anhedonia y síntomas somáticos.

A pesar de que en el anterior estudio reportan un alto porcentaje de prevalencia de la DS en comparación con otras investigaciones, no se reportan datos sobre otros tipos de depresiones que permitan establecer un punto de comparación y en consecuencia un punto de referencia para saber qué tan grande es dicha prevalencia.

Los diferentes hallazgos sobre la prevalencia de la DS muestran una gran variabilidad. Van Zoonen et al., (2014) plantean que esta variación radica en la definición

de DS, la población y los instrumentos utilizados para su evaluación. Con el fin de mostrar las diferencias en los hallazgos en relación con la prevalencia de la DS en diferentes zonas geográficas, y en diferentes poblaciones los hallazgos previamente presentados se resumen en la Tabla 3.

Tabla 3. *Prevalencia de depresión subclínica en diferentes áreas geográficas*

<b>Autor (es)</b>	<b>País</b>	<b>Población y muestra</b>	<b>Prevalencia DS</b>	<b>Prevalencia en depresión mayor</b>	<b>Criterio para diagnosticar DS</b>
Pietrzak et al. (2013)	Estados Unidos	34. 653 adultos estadounidenses	11.8%	18,7%	Las personas que aprobaron al menos cinco de los síntomas, incluyendo un estado de ánimo depresivo o una pérdida de interés, pero que no cumplían con el criterio de angustia o impedimento para la depresión mayor
Gómez-Restrepo et al., (2004)	Colombia	6.116 personas encuestadas	1,3%	--	“Se caracteriza por presentar menos síntomas y de menor gravedad que los necesarios para un diagnóstico de depresión. Las personas que presentan este trastorno se encuentran en alto riesgo de sufrir episodios

					depresivos en el futuro y tienen dificultades para realizar sus funciones y lograr su bienestar.”
Rivas, Nuevo y Ayuso-Mateos, (2011)	España	5.542 sujetos, conformada por las personas con DS	1,3%,	--	Síntomas depresivos sin cumplir los criterios diagnósticos para algún cuadro del CIE-10 y el DSM IV
Vaccaro et al., (2017)	Italia	1254 de la población italiana de edad avanzada entre los 70 y los 74	15,71%	5,58%	Al menos un síntoma clave de la depresión, pero con insuficientes síntomas para cumplir con los criterios de un diagnóstico de depresión.
Goldney, Fisher, Dal y Taylor, (2004)	Australia	3.010 de la población Australiana del sur	12%	6,8	Al menos dos o más síntomas depresivos actuales, presentes durante la mayor parte o la totalidad del tiempo, con una duración de al menos 2 semanas, en las personas que no cumplen los criterios para la depresión mayor, distimia

					o depresión menor.
Fergusson et al. (2005)	Nueva Zelanda	1006 adolescentes (635 varones, 630 mujeres) nacidos en la región urbana de Christchurch (Nueva Zelanda)	7,3%	18,4%	Aquellos que cumplieron con los criterios de síntoma básico de estado de ánimo deprimido o pérdida de interés durante un período de al menos 2 semanas, pero que no cumplieron con el punto de corte diagnóstico de 5 o más síntomas o que no informaron un malestar significativo o deterioro del funcionamiento, fueron clasificados como depresión subumbral
Singhal, Manjula,y Sagar, (2016)	India	800 adolescentes de edades entre 13-18 años	18%	--	Síntomas depresivos dentro del rango de corte (14-24) en el Children's Depression Inventory (CDI)

### Búsqueda de servicios de ayuda y atención en DS



Teniendo en cuenta la prevalencia de la DS, resulta necesario que los profesionales de la salud se encaminen hacia la atención de individuos que la presentan y que están en un alto riesgo de desarrollar una depresión mayor. Desafortunadamente, se estima que solo el 1% de las personas con DS buscan ayuda para el alivio de sus síntomas (Van Zoonen et al., 2016).

Existen diferentes factores que delimitan no solo el servicio de ayuda prestado sino la solicitud de este por parte de la población misma. Andersen y Newman, (2005) por ejemplo, plantean que entre los determinantes de la conducta de búsqueda de ayuda se encuentran tres tipos de factores: factores de necesidad como la gravedad y la duración de los síntomas, determinados tanto por el juicio individual de las personas respecto a su salud (necesidad percibida), como la evaluación profesional basada en un instrumento clínico (necesidad real), factores de predisposición como características personales, sociales y culturales (género, estructura social, nivel educativo, estado civil, etc.) y los factores habilitadores que se relacionan con la disponibilidad y accesibilidad a los sistemas de atención en salud mental como la situación económica, la ubicación geográfica, entre otros.

Van Zoonen et al., (2014) basados en la distinción de los tres factores anteriores, llevaron a cabo un estudio para identificar las características que distinguen a las personas con DS con necesidades insatisfechas, sin necesidades percibidas, y aquellas que recibían ayuda profesional, además de las razones por las cuales estos individuos no buscan ayuda.

Para este estudio utilizaron una muestra de 162 personas con DS quienes fueron seleccionadas únicamente si eran mayores de 18 años, si puntuaron 20 o más en el Kessler - 10 (K10) un instrumento de tamizaje para la depresión y si no cumplían con los criterios para la depresión mayor. Se evaluaron, a partir de un cuestionario varios dominios como el uso de la atención de la salud, la personalidad y la necesidad percibida de atención, además

de preguntarles sobre su conocimiento acerca de las intervenciones preventivas y la atención de salud mental. Las cuatro características demográficas tenidas en cuenta fueron estado civil, educación, género y edad. Adicionalmente se evaluó la búsqueda de ayuda, la calidad de vida relacionada con la salud, los síntomas depresivos y su duración, la ansiedad, el uso del alcohol, el neocriticismo, el locus de control y el estigma personal.

Se encontró que el 27% de la muestra utilizada había recibido ayuda frente a sus síntomas, y de estos el 30% recibió ayuda en atención primaria, el 14% en atención de salud mental especializada, el 9% atención primaria más atención de otro tipo, y un 7% habían recibido atención primaria, atención especializada y otros cuidados. Adicionalmente el 33% de la muestra total manifestó que de haber tenido conocimiento de intervenciones preventivas habrían participado. Por otro lado, 40% de la muestra no percibieron la necesidad de una atención profesional propiamente psicológica. Se indagó sobre las razones para no solicitar un servicio de ayuda o ser parte de intervenciones preventivas frente a lo que refirieron sentirse capaces de resolver sus propios problemas, no conocer los servicios o intervenciones, no conocer sus síntomas y no tener accesibilidad para esto. En cuanto al género, aunque no se evidenció una diferencia significativa, las mujeres resultaron ser más propensas a solicitar ayuda en comparación con los hombres.

Se identificó también que las personas que se encuentran en una relación de pareja tienen menos percepción de la necesidad y las personas solteras sí perciben la necesidad pero esta se encuentra insatisfecha. En cuanto el nivel socioeconómico o estrato no se identificaron diferencias significativas.

Lo que se evidencia en el anterior estudio es la baja tasa participativa en las intervenciones preventivas para la depresión, por diferentes factores que se relacionan entre sí. Por otro lado, según los autores el hecho de que las personas más jóvenes se encuentren

más propensas a solicitar ayuda profesional puede deberse a que las personas mayores se encuentran más familiarizadas con sus síntomas depresivos subumbrales en el pasado y ya han encontrado la manera de lidiar con esto, además de estar predispuestas al mal servicio de salud por experiencias previas (Van Zoonen et al., 2014).

Más adelante, Van Zoonen et al. (2016) realizaron un estudio para examinar los factores determinantes de la actitud hacia el cuidado de la atención profesional de la salud mental, la ayuda informal y la autosuficiencia en personas con DS. Entre estos factores se examinó la edad, el género, el nivel educativo, el estado civil, la situación laboral, la gravedad de los síntomas, la accesibilidad a la atención profesional y las actitudes hacia el cuidado de la salud mental.

Con el fin de establecer la actitud de las personas hacia el cuidado de la salud mental utilizaron una versión corta del cuestionario de la confianza en el cuidado de la salud mental (Friele, Verhaak, & Andela, 2000). Este cuestionario consta de cinco preguntas dando lugar a tres tipos de actitudes: la actitud hacia la atención profesional, la actitud hacia la ayuda informal y la actitud hacia la autosuficiencia. Los resultados mostraron que el ser hombre, ser más joven, sentir control sobre sus vidas y tener fácil acceso a la atención profesional se relacionan con una actitud más positiva en la atención profesional de salud mental, sin embargo, estos resultados contradicen otros hallazgos previos como Jagdeo, Cox, Stein, & Sareen, (2009) que sugieren que los hombres tienen un índice menor respecto a la búsqueda de atención profesional en general.

Por otra parte, el desempleo y la sensación de mayor control se encuentran relacionadas con actitudes más positivas hacia la ayuda informal, es decir la de familia y amigos. De igual manera, se evidenció que en personas con edad avanzada se presenta una actitud más positiva hacia la autosuficiencia, es decir que las personas mayores tienden a

preferir resolver sus problemas por sí mismos. Otro de los factores importantes para determinar la actitud hacia la búsqueda de ayuda profesional a diferencia de la informal y la autosuficiencia, es la inaccesibilidad a los servicios formales de atención (Van Zoonen et al., 2016).

Igualmente se evidencia que existen barreras que limitan una actitud positiva hacia la búsqueda de atención en las personas con DS. Entre estas barreras se encuentran el estigma, el temor o la vergüenza de revelar datos personales, creencias de autosuficiencia y accesibilidad al sistema de salud (Mackenzie et al., 2014). Estas barreras se han vuelto más poderosas a través del tiempo lo que ha demandado la necesidad de trabajar sobre ellas para mejorar la actitud hacia los diferentes servicios de ayuda en general.

Otros estudios han intentado establecer una comparación entre diferentes grupos respecto a la búsqueda de servicios de ayuda por parte de personas con DS. Goldney, Fisher, Dal y Taylor (2004) evaluaron la frecuencia del uso de una gama de servicios, entre las cuales se encuentran las consultas con profesionales específicos y otros servicios de la comunidad y el uso de fármacos para la depresión en personas con depresión mayor, otros tipos de depresiones como distimia o depresión menor, DS y no deprimidos. La Tabla 4 muestra los porcentajes de uso de servicios de salud y el tipo de servicio de salud en el último mes (publicación de 2004) en Australia por personas que habían sido diagnosticadas por diferentes tipos de depresión.

Tabla 4. *Uso de servicios de salud en el último mes*

Servicio de salud utilizado el mes pasado	Sin depresión (n = 2097) % (OR)	Depresión subumbral (DS) (n = 389) % (OR: 95% CI)	Otras depresiones (n = 319) % (OR: 95% CI)	Depresión mayor (n = 205) % (OR: 95% CI)
Médico general	40.2 (1.0)	52.6 (1.6: 1.3–2.0)***	55.4 (1.9: 1.5–2.4)***	69.3 (3.4: 2.5–4.6)***
Psiquiatra	0.2 (1.0)	0.3 (1.5: 0.2–11.6)	3.2 (16.3: 5.2–51.0)***	10.6 (58.2: 20.3–166.7)**
Psicólogo	0.3 (1.0)	0.3 (0.5: 0.0–7.4)	0.6 (2.1: 0.4–10.5)	5.3 (19.0: 7.0–51.8)***
Servicio de salud comunitario o de distrito	1.6 (1.0)	4.6 (3.0: 1.7–5.4)***	6.0 (3.9: 2.2–7.0)***	11.7 (8.2: 4.7–14.2)***
Trabajador social	0.5 (1.0)	0.5 (0.9: 0.2–4.2)	2.5 (4.6: 1.9–11.6)**	4.9 (9.1: 3.8–21.8)***
Otro consejero	0.5 (1.0)	(3.2: 1.2–8.8)*	2.3 (4.8: 1.8–12.4)***	4.4 (9.3: 3.8–23.0)***
Clínica ambulatoria	6,4 (1.0)	11.8 (2.0: 1.4–2.8)***	8.3 (1.3: 0.8–2.0)	18.2 (3.2: 2.2–4.8)***
Hospitalización	1,9 (1.0)	4.9 (2.7: 1.6–4.7)***	1.7 (0.9: 0.4–2.2)	4.6 (2.5: 1.2–5.2)*
Otro médico especialista	6.6 (1.0)	13.1 (2.1: 1.5–3.0)***	8.0 (1.2: 0.8–1.9)	10.8 (1.7: 1.1–2.7)*
Terapeuta (naturópata, herbolario, quiropráctico)	7.0 (1.0)	12.6 (1.9: 1.4–2.7)***	6.6 (0.9: 0.6–1.5)	8.3 (1.2: 0.7–2.0)

\* p < 0.05; \*\* p < 0.01; \*\*\* p < 0.001; CI confidence interval; OR odds ratio

Nota: Fuente: Goldney, R.D., Fisher LJ, Dal GE, Taylor AW.(2004). Subsyndromal depression: prevalence, use of health services and quality of life in an Australian population. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*. 39, 293-298.

Estos resultados sugieren que el uso más alto de servicios es por parte de personas con depresión mayor seguida por personas con otras depresiones, sin embargo en comparación con los no deprimidos, las personas con DS fueron significativamente más propensas a visitar uno de estos servicios un mes antes de la entrevista. Los autores argumentan que las personas con DS tienen una inclinación hacia la búsqueda de ayuda y

una discapacidad social similar a personas con cuadros clínicos como la depresión mayor o la distimia y menos similar a los no deprimidos lo que sugiere que esta condición requiere de una mayor atención (Goldney, Fisher, Dal & Taylor, 2004).

### **Tratamientos e intervenciones para la DS**

A pesar de que las personas que presentan cuadros de depresión clínicos pueden beneficiarse de la psicoterapia o farmacoterapia muchas personas con depresión siguen sin ser reconocidas y sin tratamiento (Hirschfeld, Keller, Panico & Arons, 1997). En los capítulos anteriores se evidenció que la DS es una condición que se asocia con varios cambios y problemas futuros, y por esto, varios autores han sugerido la importancia de implementar intervenciones no solo con el fin de disminuir la presencia de DS sino de prevenir el posible desarrollo a cuadros clínicos severos, a partir de la reducción de los factores de riesgo y la mejora de los factores protectores.

Así pues, diferentes estudios han intentado probar la eficacia de programas o técnicas específicamente frente a esta condición. Allart-Van Dam et al., (2003) por ejemplo, realizaron un estudio para investigar la eficacia a corto plazo de un curso de afrontamiento con depresión en una muestra de adultos con DS argumentando que se podría reducir el riesgo de que este grupo cruce el umbral de la depresión mayor y podría reducir la carga de los mismos síntomas. Esta intervención psicoeducativa cognitivo-conductual fue originalmente desarrollada como un tratamiento para la depresión mayor que se basa en la teoría del aprendizaje social de la depresión.

Desde esta perspectiva la depresión es percibida como un patrón de respuestas aprendidas que pueden ser desaprendidas (Teri & Lewinsohn, 1986). Para esto los autores utilizaron una muestra de 110 adultos entre los 18 y los 65 años con síntomas de depresión subclínica, que no habían sido expuestos a tratamiento psicosocial o médico para problemas

mentales. Los participantes fueron asignados aleatoriamente a la condición experimental de "curso en grupo" (n=68) o la condición de control de evaluación y asesoramiento (n = 42). Para ser incluidos en el estudio los participantes debían tener un nivel elevado de síntomas depresivos, es decir una puntuación de 10 o más en el BDI, voluntad de dar su consentimiento informado, ningún diagnóstico actual de depresión mayor o un historial de trastorno bipolar y ningún diagnóstico psiquiátrico actual que justifique un tratamiento o que pueda interferir con la participación en el curso grupal, para estos dos últimos criterios se utilizó el CIDI con el fin de descartar dichos diagnósticos.

El curso estaba compuesto de varios elementos orientados a proporcionar información sobre la depresión y la perspectiva cognitivo-conductual sobre la misma, ofrecer técnicas de relajación, sugerir actividades agradables, el entrenamiento en habilidades cognitivas, habilidades sociales y asertividad y técnicas de prevención de recaídas. El curso tuvo 12 sesiones semanales de 2 horas y seis semanas después de haber completado el mismo hubo una sesión de refuerzo, en la cual hubo discusiones, asignaciones de tareas, conferencias y capacitación práctica.

De esta manera los investigadores confirmaron a partir de una prueba T el efecto a corto plazo de la intervención en las puntuaciones de depresión en el BDI. A partir de los resultados obtenidos se encontró que la mayoría de participantes en el grupo de curso (52,5%) obtuvieron una puntuación en el rango no sintomático del BDI ( $BDI < 10$ ) en comparación con los participantes en el grupo control (31,7) después de la intervención.

Estos resultados a corto plazo evidencian la eficacia del curso de afrontamiento en depresión como tratamiento en personas con DS específicamente en la reducción de síntomas depresivos, lo que puede tener implicaciones para la prevención de la depresión mayor a futuro, sin embargo, este estudio llega a ser insuficiente para confirmar la

reducción del riesgo del desarrollo de un cuadro de depresión mayor ya que no presentan evidencia de la eficacia del curso a largo plazo.

Poppelaars et al. (2016) por su parte, realizaron un estudio por medio del cual buscaron probar la efectividad de dos programas cognitivo conductuales en la prevención de la depresión mayor en adolescentes con síntomas depresivos subumbrales. Por un lado, el Op Volle Kracht (OVK)), un programa escolar de prevención de la depresión para adolescentes holandeses (Tak et al., 2012), que constaba de dieciséis lecciones incluyendo tareas, de las cuales las ocho primeras lecciones enseñaron los principios de la terapia cognitivo-conductual (TCC); las últimas ocho lecciones se enfocaron en la resolución de problemas sociales y por otro lado un programa computarizado (SPARX) basado en la TCC para la depresión clínica en forma de un juego de fantasía interactivo destinado a adolescentes. Dicho programa constaba de siete niveles en los que se les exhibía un mundo ficticio donde se presentaban problemas y pensamientos negativos asociados a estos frente a los cuales los participantes debían hacer frente, así pues los principios de la TCC se introducen y practican a través de desafíos, interacciones educativas con una guía y tareas de tareas de la vida real. (Merry et al., 2012).

Para esto se utilizó una muestra de 208 mujeres adolescentes entre los 11 y los 16 años que puntuaron en o por encima del percentil 70 en síntomas depresivos en la Escala Reynolds de Depresión en Adolescentes (RADS-2). Posteriormente se tomaron en cuenta cuatro condiciones a las que pertenecieron las participantes de manera aleatoria: únicamente OVK(50), únicamente SPARX( 51), OVK y SPARX combinados ( 56) y una condición de control (51) en la cual solo se tomaron las medidas de depresión en los mismos tiempos que los demás grupos. La principal hipótesis de los autores fue que los síntomas depresivos serían menores en las participantes que recibieron OVK y / o SPARX



en comparación con quienes pertenecieron al grupo de control un año después de las intervenciones.

Así pues, se tomaron medidas de los síntomas de depresión antes de la implementación de los programas (T1), semanalmente a lo largo de las intervenciones (T2-T8), una semana después de finalizar las intervenciones (T9) y en los 3, 6 y 12 meses de seguimiento (T10 - T12).

A partir de lo anterior los autores encontraron que los síntomas depresivos disminuyeron significativamente en todas las condiciones durante el período de estudio. Sin embargo, a pesar de que los análisis no mostraron diferencias en los síntomas depresivos entre las condiciones, incluida la condición de control, no puede decirse que los programas evaluados carecen de eficacia. Una de las hipótesis planteadas por los autores para no haber encontrado diferencias con relación a la condición de control, es que las evaluaciones periódicas de los síntomas de depresión pudieron llevar a los individuos a identificar la presencia de los mismos y buscar algún tipo de ayuda alterna para disminuirlos.

Es importante que a la hora de realizar estudios de esta índole se tengan en cuenta diferentes factores intervinientes de los cuales no hacen referencia en el estudio, como la posibilidad de que estas evaluaciones periódicas de los síntomas depresivos conduzca a los participantes a un sesgo, repitiendo las mismas respuestas para mantener un mismo resultado o cambiándolas en función de una aprobación social. Por otro lado, en similitud con la mayoría de estudios mencionados anteriormente, se evidencia una dificultad para delimitar los criterios de inclusión en las muestras de individuos con DS.

Recientemente, Zhou, Li, Pei, Gao, y Kong, (2016) realizaron un metaanálisis con 8 ensayos controlados con la intención de revisar sistemáticamente, la evidencia que indica la

eficacia de los programas de los tratamientos cognitivo-conductuales basados en internet (TCCI) en la mejora de los síntomas depresivos en personas con DS.

Este metaanálisis reveló un efecto de tratamiento significativo en favor de TCCI sobre los grupos de control ( $SMD^5 = -0,46$ , CI [-0,70, -0,22];  $I^2 = 86\%$ ). En tres estudios que utilizaron el Patients Health Questionnaire (PHQ), el efecto de TCCI en los síntomas depresivos también fue significativo ( $MD = -2.99$ , CI [-4.13, -1.86],  $I^2 = 93\%$ ). Por otro lado, se examinó la efectividad de los programas TCCI en la mejora de la depresión en la etapa de seguimiento en todos los estudios, así pues las puntuaciones de depresión fueron seguidas a las 6 semanas informando un efecto no significativo de TCCI sobre el grupo de control. Se evidencia entonces que TCCI tuvo un efecto significativo en la mejoría de los síntomas depresivos en individuos con DS en la etapa posterior a la intervención en comparación con los grupos de control. Sin embargo, en línea con estudios anteriores, los autores sugieren que es insuficiente la evidencia existente respecto a efectos a largo plazo.

Por otro lado, Krishna, Lepping, Jones y Lane, (2015) realizaron una revisión sistemática de 8 ensayos controlados aleatorios de psicoterapia grupal en adultos con DS, con el fin de dar un panorama de la evidencia disponible respecto a su efecto sobre la sintomatología depresiva y la prevención de la depresión mayor incidente. A partir de esto, con relación a la psicoterapia de grupo en comparación con la lista de espera / tratamiento habitual control, hubo un total de 257 sujetos en los grupos de tratamiento, 238 en los grupos de control, encontrándose una diferencia estadísticamente significativa a favor de la intervención ( $MD = 3,48$ , CI del 95%:  $\delta 5.02$ ,  $\delta 1,93$   $z = 4,41$ ,  $p < 0,0001$ ).

---

<sup>5</sup> Diferencia de medias estandarizada

Respecto a la psicoterapia grupal vs otras intervenciones hubo un total de 208 sujetos en los grupos de tratamiento y 213 en los grupos de control activo. Dos grupos de control activo identificados fueron la terapia cognitivo-conductual computarizada la educación grupal, así pues, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos en medidas individuales y combinadas. (MD = 0,37 CI del 95%:  $\Delta$  1,29 a 2,04  $z = 0,44$ ,  $p = 0,66$ ). Adicionalmente, al evaluar el efecto de la intervención grupal sobre la sintomatología depresiva tras los seguimientos, se encontró que a los seis meses de seguimiento, no hubo diferencias significativas entre los grupos en las medidas individuales y combinadas (MD = 1,54, CI del 95%:  $\Delta$  1,36 a 4,45,  $z = 1,04$ ,  $p = 0,30$ ) y el intervalo de confianza de ambas comparaciones cruzó la línea sin efecto. Por otro lado, a los doce meses de seguimiento hubo dos comparaciones entre la intervención de grupo y la lista de espera / tratamiento como los grupos habituales, donde se evidenció un efecto significativo global en favor del grupo control (MD = 2,79, CI del 95%: 0,56 - 5,02,  $z = 2,45$ ,  $p = 0,01$ ). Sin embargo, la mayor parte de este efecto proviene de un solo estudio y ambas comparaciones cruzaron la línea sin efecto.

De esta manera, este metaanálisis indica que el grupo de tratamiento cognitivo conductual para la DS obtuvo una mejoría en los síntomas depresivos en el post-tratamiento en comparación con los controles de la lista de espera. Por otro lado, se evidenció que los beneficios informados de la intervención grupal en comparación con otras intervenciones activas no alcanzaron significación estadística, es decir que la psicoterapia grupal no fue mejor que la terapia cognitiva conductual computarizada o la educación grupal para reducir los síntomas depresivos después del tratamiento. Lo anterior sugiere que a pesar de los beneficios proporcionados por la psicoterapia grupal, el tamaño total del efecto es moderado ( $Z = 0.44$  ( $P = 0.66$ );  $Z = 0.90$  ( $P = 0.37$ )).

Autores como Smit et al. (2006) han planteado que la psicoterapia de mínimo contacto parece ser más efectiva en la prevención de un trastorno depresivo mayor en comparación con terapias habituales presenciales, esto en pacientes que acuden a servicios de atención primaria con síntomas depresivos subumbrales. Lo anterior es argumentado a partir de un estudio realizado con 206 pacientes de atención primaria con DS, quienes fueron asignados a dos grupos, psicoterapia con mínimo contacto (n= 107) atención habitual (n=109). De este modo, la psicoterapia de mínimo contacto cognitivo conductual se basó en un manual de autoayuda con instrucciones sobre la gestión del estado de ánimo. Esta terapia consistió en seis llamadas breves. Por otro lado la intervención de control basó en la atención habitual proporcionada por médicos generales en atención primaria. A partir de esto los resultados evidenciaron que a los 12 meses de seguimiento, la tasa de incidencia del trastorno depresivo fue de 11,9% en los participantes sometidos a la psicoterapia telefónica el adyuvante y de 18,3% en el grupo que recibió sólo la atención habitual.

Los estudios anteriores evidencian que los tratamientos psicológicos como la TCC tienen un alto grado de eficacia, sin embargo tras la revisión de la bibliografía sobre este aspecto, llama la atención el fuerte interés por las intervenciones basadas en la web las cuales incluyen elementos como psicoeducación, la reestructuración cognitiva, el monitoreo del comportamiento y la activación del comportamiento, entre otros. Diferentes autores plantean que la pertinencia de estas intervenciones radica en sus bajos costos y en la atracción que genera sobre la población por su novedosa presentación (Buntrock et al., 2017), adicionalmente la ausencia del carácter presencial, facilita el acceso de personas que de otro modo no buscarían tratamiento por falta de tiempo o dificultades de movilización.

Por otro lado, vale la pena resaltar que en la presente revisión de literatura no se encontraron reportes sobre otro tipo de intervenciones o técnicas diferentes a la TCC.

### **Discusión y conclusiones**

A partir de esta revisión se intentaron esclarecer diferentes aspectos relacionados con la DS. Uno de los principales intereses radicó en la identificación de la definición operacional de este fenómeno, sin embargo, se evidenció poco consenso y claridad respecto al mismo, así como los medios por los cuales se buscó llegar a dicha definición.

Así pues la definición utilizada en la mayoría de los estudios postula que se trata de la presencia de dos o más síntomas simultáneos de depresión que se encuentran presentes la mayor parte del tiempo, como mínimo durante dos semanas, y que se encuentran asociados a evidencia de disfunción social, todo esto en un individuo que no cumple criterios para el diagnóstico de depresión menor, depresión mayor y/o distimia (Judd, Rutherford & Paulus, 1994). Sin embargo, se identificó que el hecho de no establecer un límite en el número de síntomas presentes en DS y su tiempo de duración máximo, resulta problemático en el sentido que deja abierta la posibilidad de que se presenten en simultáneo todos los síntomas de depresión o que se prolongue por mucho tiempo haciendo que incluso se torne difusa su diferenciación con otros cuadros clínicos previamente mencionados.

Por otro lado, la utilización de diferentes escalas o inventarios en diferentes estudios para la operacionalización de la DS, parece haber generado cierto grado de ambigüedad, ya que se evidencian varias diferencias en sus ítems y en los rangos establecidos como criterio para justificar la presencia de este cuadro. En vista de esto parece ser que la DS es más un rotulo de exclusión, que se le otorga a aquellas personas a quienes no se les puede incluir en

otra categoría por alguna razón, pero que sin embargo presentan cierta sintomatología depresiva.

Sin embargo, a pesar de la falta de claridad del concepto de DS, se reconoce que existe una condición, que aún en ausencia de significancia clínica, tiene implicaciones en la vida de las personas, significativamente similares a quienes presentan cuadros severos de depresión.

Tras la revisión se identificó que existen diferentes factores asociados a este cuadro que van desde lo biológico hasta lo social y psicológico. En vista de esto se evidenció que existen diferentes investigaciones que dan cuenta de los cambios en el cerebro en personas con DS en comparación con personas sin depresión y personas con cuadros depresivos severos. Entre lo más evaluado para identificar dichos cambios se encontró que en los distintos estudios se analizaron diferencias en el volumen regional de la materia gris y blanca, alteraciones estructurales de hipocampo / parahipocampo, amígdala, córtex prefrontal medial (PFC) y corteza cingulada anterior subgenual (sgACC) y cambios en los niveles de cortisol (Dedovic et al., 2014).

A partir de los resultados obtenidos en estos trabajos, se evidenció que existen más diferencias significativas entre mujeres con DS y mujeres sanas que las presentadas entre hombres con DS y hombres sin depresión, lo que sugiere una vulnerabilidad de estas a los cambios estructurales del cerebro a un nivel subumbral, Hayakawa et al. (2013) De igual manera los hallazgos en torno a esto, dejan en evidencia que las alteraciones estructurales cerebrales pueden ocurrir en una etapa temprana de la depresión y que estos cambios no son exclusivos de una depresión clínicamente significativa como la depresión mayor.

Otro de los aspectos investigados con relación a la DS fueron los cambios a nivel cognitivo, más específicamente con relación a la memoria y la atención. De esta manera se

evidenció que existen diferencias en el deterioro de la memoria implícita y explícita entre individuos con DS e individuos sin síntomas depresivos, por ejemplo, Mulligan (2011) encontró que el número de ítems o palabras recordadas en un ejercicio de percepción de palabras y resolución de problemas fue significativamente menor para los participantes con DS que para los participantes no deprimidos.

Otro hallazgo importante fue el papel que juega la interferencia afectiva, es decir la dificultad para dirigir la atención lejos de distractores negativos, en el mantenimiento y aumento de la sintomatología depresiva. Así pues la presencia de un sesgo cognitivo en el procesamiento de información puede mantener actitudes disfuncionales consolidando creencias desadaptativas y poner en funcionamiento recuerdos congruentes con el estado de ánimo deprimido. Esto adquiere relevancia en el sentido en que surgen nuevos aspectos sobre los cuales se puede intervenir con el objetivo de erradicar ese mantenimiento de creencias desadaptativas y así mismo lograr una posible disminución en la sintomatología depresiva.

Los resultados de esta revisión permitieron poner en evidencia el gran interés por el riesgo que tienen los individuos con DS frente a la ideación suicida. En línea con esto varias investigaciones se vieron principalmente orientadas a evaluar dicho riesgo en poblaciones adolescentes.

Entre los principales hallazgos se demostró que a pesar de que la relación entre depresión e ideación suicida es común en cuadros depresivos mayores, la presencia de DS tiene efectos sobre dicha variable si se compara con la ausencia total de síntomas depresivos. Así pues, varios resultados demostraron que el riesgo suicida presentado por individuos con DS difería significativamente del riesgo presentado por personas sin sintomatología depresiva, sin embargo se evidenció poca documentación sobre la

comparación del riesgo suicida entre individuos con DS y cuadros depresivos mayores. (Fergusson et al.,2005; Cukrowicz et al., 2011 & Kang et al., 2015)

Por otro lado en adición al riesgo suicida se encontró que en una muestra de delincuentes juveniles los niveles de agresión de aquellos con DS fue significativamente mayor que la agresión reportada por los jóvenes sin sintomatología depresiva así como el abuso de sustancias (Fergusson et al.,2005). Este hallazgo principalmente intenta hacer un llamado a los agentes encargados de las correccionales de menores, con el fin de que las necesidades de los jóvenes con DS no sean ignoradas, y así no se vea limitada la posibilidad de intervenir y actuar de manera preventiva frente al desarrollo cuadros mayores.

Siguiendo esta línea, además de la preocupación sobre el riesgo suicida existe un gran reconocimiento del papel prodrómico de la DS frente al desarrollo de cuadros depresivos mayores. De este modo, varios investigadores realizaron estudios longitudinales con el fin de valorar en que media se presenta dicha escalada.

Entre los principales hallazgos se encontró que el riesgo de escalada de DS a un estado depresivo clínicamente significativo aumentó linealmente con el tiempo. Adicionalmente entre las variables que predijeron significativamente la escalada al síndrome completo de trastorno depresivo se identificó el sexo femenino, las puntuaciones más altas de BDI, síntomas médicos, antecedentes de ideación suicida y antecedentes de ansiedad. De igual manera se identificó que un predictor fuerte es el bajo apoyo social y familiar así como la presencia de eventos negativos durante el último año principalmente en muestras adolescentes (Klein et al., 2009).

Estos hallazgos sugieren la importancia de la identificación de factores que en ocasiones no son tomados en cuenta al momento de abordar cuadros que no se encuentran



clínicamente diagnosticados como lo es la DS, factores sobre los que se debe intervenir con el fin no solo de disminuir la presencia de sintomatología depresiva subumbral, sino prevenir una progresión de esta a un cuadro más completo.

Uno de los estudios mostró que el porcentaje de individuos que escalaron de DS a depresión mayor fue en comparación con quienes mantuvieron la DS o quienes dejaron de presentarla (Jeuring et al., 2016). Estos resultados difirieron de otras investigaciones donde se logra identificarla existencia de una población en riesgo de desarrollar cuadros depresivos mayores que causan deterioro clínicamente significativo. Esta discrepancia parece ser justificada debido a que los intervalos de tiempo entre evaluaciones parecen ser insuficientes y probablemente prolongados, lo que puede limitar el alcance de los hallazgos e incluso la posibilidad de que sean más los casos de escalada en un menor tiempo. Respecto a esto se sugiere que la intervención con fines preventivos en individuos con DS puede disminuir la incidencia de depresión mayor.

En vista de que la DS es una condición que presenta importantes implicaciones para el funcionamiento y el bienestar de los individuos, diferentes estudios buscaron estimar en qué medida esta condición se presentaba. Con respecto a esto se encontró que en países como Australia e Italia la prevalencia de DS fue significativamente alta a diferencia de la depresión mayor, siendo de un 12% y un 15% contra un 6,6% y un 5,58% respectivamente.(Goldney et al., 2004 & Vaccaro et al., 2017).Por el contrario en países como Estados Unidos y Nueva Zelanda se evidencio una menor prevalencia de DS (11,6% y 7,3%) en comparación con la prevalencia de depresión mayor (18,7% y 18,4%) respectivamente (Pietrzak et al., 2013 & Fergusson et al., 2005).

Por otro lado otros estudios en otros países como Colombia (Gómez-Restrepo et al., 2004), España (Rivas et al., 2011) e india (Singhal et al., 2016), destacaron índices de

prevalencia diferentes a los ya expuestos (1,5%, 1,3%, 18%) sin embargo, no presentaron datos de otro tipo de depresión para establecer ninguna distinción.

En el caso de Latinoamérica no se encontraron investigaciones adicionales a la población Colombiana la cual, no solo presentó varias inconsistencias en los errores estadísticos sino en la escasa claridad respecto a lo que ellos llaman “síntomas depresivos subumbrales”.

Los diferentes hallazgos sobre la prevalencia de la DS muestran una gran variabilidad, esta variación puede radicar en diferentes aspectos como la población y muestra establecida para cada estudio, los instrumentos empleados para la evaluación, y los criterios para proporcionar una definición de DS. Lo anterior se evidencia en las diferencias encontradas por regiones geográficas y la diferencia en los hallazgos entre adolescentes y adultos jóvenes y adultos mayores (Ver tabla 3).

Indudablemente a partir de lo que se ha expuesto hasta hora queda claro que la ausencia de una definición operacional clara sobre DS, no solo dificulta la identificación de los factores relacionados a esta sino la identificación de su prevalencia. Si bien es cierto que la mayoría de las propuestas para definir DS destacan el no cumplimiento de criterios para una depresión mayor, aún hace falta un consenso para proporcionar información sobre lo que sí es más allá de resaltar lo que no es.

A pesar de que existen diferentes planteamientos que sugieren que esta condición aun sin ser un cuadro clínico significativo presenta implicaciones en la vida de los individuos y que puede llegar a avanzar hasta un cuadro de mayor severidad, diferentes investigadores han planteado que solo el 1% de individuos con DS buscan ayuda para la disminución de sus síntomas (Van Zoonen et al., 2016).

Uno de los aspectos que parecen justificar la limitada búsqueda de ayuda es el desconocimiento de las personas sobre su condición y en consecuencia el desconocimiento sobre los servicios adecuados frente a esta. Por otro lado, en vista del carácter no patológico o la ausencia de diagnóstico clínico de la DS, las personas que lo presentan pueden desestimar el riesgo del empeoramiento de sus síntomas si no se toman medidas preventivas.

Sin embargo diferentes estudios evidenciaron que entre la poca población con DS que busca algún servicio de ayuda frente a sus síntomas las mujeres resultan ser más propensas a dicha búsqueda. Por otro lado, se encontró que el estado civil tenía un efecto en la búsqueda de ayuda, así pues se evidencio que las personas en una relación de pareja percibían menos necesidades que las personas solteras y en consecuencia no acudían a ningún servicio Van Zoonen et al. (2014)

Adicionalmente se encontró que las personas jóvenes se encuentran más propensas a solicitar ayuda en comparación con los adultos mayores quienes aparentemente se encuentran más familiarizados con sus síntomas depresivos y han encontrado la manera de lidiar con ello además de la predisposición al sistema de salud por experiencias previas.

De igual manera el desempleo y la sensación de mayor control se encuentran relacionadas con actitudes más positivas hacia la ayuda informal, es decir la de familia y amigos. Finalmente, se encontró que existen diferentes barreras que limitan la búsqueda de ayuda como lo son el estigma, la vergüenza, las creencias de autosuficiencia y la baja accesibilidad al servicio de salud (Van Zoonen et al., 2016).

Finalmente con relación a los tratamientos e intervenciones orientados a la DS, se evidenció que sobresalen las terapias cognitivo conductuales que en su mayoría incluyen

elementos de psicoeducación, técnicas de relajación, entrenamiento en habilidades cognitivas, habilidades sociales y asertividad y técnicas de prevención de recaídas.

Por otro lado, una de las características principales de los estudios sobre los tratamientos fue el énfasis en los efectos sobre la sintomatología depresiva a corto plazo y la poca documentación de evidencia sobre los efectos a largo plazo. Adicionalmente se encontró que entre estos programas cognitivo conductuales se destacan los programas de mínimo contacto por medio de llamadas telefónicas e internet respecto a esto diferentes autores plantean que estos programas son fácilmente difundibles y podrían beneficiar a un gran número de personas con algunos síntomas depresivos pero que no han recibido un diagnóstico completo de depresión de una manera conveniente. Así mismo se argumenta que la forma en que se presenta esta intervención facilita el acceso de personas que de otro modo no buscarían tratamiento por falta de tiempo o dificultades de movilización.

En conclusión, la DS, a pesar de no pertenecer a una categoría diagnóstica, tiene importantes implicaciones en la vida de los individuos, y es por esto que es indudable la pertinencia de diferentes programas que vayan dirigidos no solo a la disminución de la sintomatología depresiva sino a la prevención de una escalada a cuadros depresivos mayores en vista del carácter prodrómico de este cuadro.

Por otro lado se sugiere que hace falta una operacionalización más exacta que permita que la DS sea fácilmente diferenciada de otros cuadros depresivos, de igual manera, como se menciona con anterioridad, se sugiere que dicha operacionalización se realice en función de características existentes y no de lo que el cuadro carece.

### Referencias

- Allart-Van Dam, E., Hosman, C., Hoogduin, C., & Schaap, C. (2003). The coping with depression course: Short-term outcomes and mediating effects of a randomized controlled trial in the treatment of subclinical depression. *Behavior Therapy, 34*(3), 381-396. doi:10.1016/S0005-7894(03)80007-2
- Almquist, L., & Dodd, E. (2009). *Mental health courts: A guide to research-informed policy and practice*. New York, NY: Council of State Governments Justice Center.
- Andersen, R., & Newman, J. (2005). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Quarterly, 83*(4), 779-800
- Botto, A., Acuña, J., & Jiménez, J.P. (2014). La depresión como un diagnóstico complejo: Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas / A new proposal for the diagnosis of depression. *Revista Médica De Chile, 142*(10), 1297-1305. <https://doi-org.ez.urosario.edu.co/10.4067/S0034-98872014001000010>
- Buntrock, C., Berking, M., Smit, F., Lehr, D., Nobis, S., Riper, H., ... Ebert, D. (2017). Preventing Depression in Adults With Subthreshold Depression: Health-Economic Evaluation Alongside a Pragmatic Randomized Controlled Trial of a Web-Based Intervention. *Journal of Medical Internet Research, 19*(1), 1-16  
<http://doi.org.ez.urosario.edu.co/10.2196/jmir.6587>
- Burt, D. B., Zembar, M. J., & Niederehe, G. (1995). Depression and memory impairment: A metaanalysis of the association, its pattern, and specificity. *Psychological Bulletin, 117*, 285-305.
- Brandt, J., & Benedict, R. H. B. (2001). *Hopkins Verbal Learning Test-Revised. Professional manual*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.

- Caballero, J., Mori, N., (2010). Historia natural de la depresión. *Revista Peruana de Epidemiología*, 14, 86-90. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203119666002>
- Cherubini, A., Zampi, E., Nistico, G., Rozzini, R., Liperoti, R., Bernabei, R., &, Trabucchi, M. (2012). Subthreshold depression in older subjects: An unmet therapeutic need. *Journal of Nutrition, Health And Aging*, 16(10), 909-913. doi:10.1007/s12603-012-0373-9
- Chinchilla, M. A. (2008). *La depresión y sus máscaras: Aspectos terapéuticos*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Clark, D. A., Beck, A. T., & Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York, NY: Wiley.
- Cukrowicz, K. C., Schlegel, E. F., Smith, P. N., Jacobs, M. P., Van Orden, K. A., Paukert, A. L., & Joiner, T. E. (2011). Suicide Ideation Among College Students Evidencing Subclinical Depression. *Journal of American College Health*, 59(7), 575-581.
- Dedovic, K., Duchesne, A., Engert, V., Lue, S., Andrews, J., Efanov, S., & ... Pruessner, J. (2014). Psychological, endocrine and neural responses to social evaluation in subclinical depression. *Social Cognitive And Affective Neuroscience*, 9(10), 1632-1644.
- Dickerson, S., Mycek, P., & Zaldivar, F. (2008). Negative Social Evaluation, but Not Mere Social Presence, Elicits Cortisol Responses to a Laboratory Stressor Task. *Health Psychology*, 27(1), 116-121. doi:10.1037/0278-6133.27.1.116
- Everaert, J., Tierens, M., Uzieblo, K., & Koster, E. W. (2013). The indirect effect of attention bias on memory via interpretation bias: Evidence for the combined cognitive bias hypothesis in subclinical depression. *Cognition & Emotion*, 27(8), 1450-1459.

- Fergusson, D., Horwood, L., Ridder, E., & Beautrais, A. (2005). Subthreshold depression in adolescence and mental health outcomes in adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 62(1), 66-72.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., & Williams, J. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Non-Patient Edition (SCID-NP, Version 2.0)*. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute
- Goldney, R.D., Fisher LJ, Dal GE, Taylor AW.(2004). Subsyndromal depression: prevalence, use of health services and quality of life in an Australian population. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*. 39, 293-298
- Gómez-Restrepo, C., Bohórquez, A., Pinto, D., Gil, J.F.A., Rondón, M., & Díaz-Granados, N. (2004). Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 16(6),378–386.
- Gonzalez, M., Gil, P., Carrasco, I., & García, S. (2001). *Depresión: un enfoque gerontológico*. Madrid. Ediciones.
- Halgin, R. P. y Whitbourne, S. K. (2009). *Psicología de la anormalidad. Perspectivas clínicas en los trastornos psicológicos* (5a ed.). México: McGrawHill.
- Hayakawa, Y., Sasaki, H., Takao, H., Mori, H., Hayashi, N., Kunimatsu, A., & ... Ohtomo, K. (2013). Structural brain abnormalities in women with subclinical depression, as revealed by voxel-based morphometry and diffusion tensor imaging. *Journal of Affective Disorders*, 144(3), 263-268.
- Hill, R. M., Pettit, J. W., Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., & Klein, D. N. (2014). Escalation to Major Depressive Disorder among adolescents with subthreshold depressive symptoms: evidence of distinct subgroups at risk. *Journal of Affective Disorders*, 158, 133-138. doi:10.1016/j.jad.2014.02.011

- Hirschfeld, R. M. A., Keller, M. B., Panico, S., & Arons, B. S. (1997). The National Depressive and Manic-Depressive Association consensus statement on the undertreatment of depression. *Journal of the American Medical Association, 277*, 333-340.
- Jagdeo, A., Cox, B. J., Stein, M. B., & Sareen, J. (2009). Negative attitudes toward help seeking for mental illness in 2 population- based surveys from the United States and Canada. *Canadian Journal of Psychiatry, 54*, 757-766.
- Jenkins, W., & McDowall, J. (2001). Implicit memory and depression: An analysis of perceptual and conceptual processes. *Cognition and Emotion, 15*, 803-812.
- Jeuring, H., Comijs, H., Stek, M., Beekman, A., & Huisman, M. (2016). The long-term outcome of subthreshold depression in later life. *Psychological Medicine, 46*(13), 2855-2865. doi:10.1017/S0033291716001549
- Kaiser, R. H., Andrews-Hanna, J. R., Spielberg, J. M., Warren, S. L., Sutton, B. P., Miller, G. A., & Banich, M. T. (2015). Distracted and down: neural mechanisms of affective interference in subclinical depression. *Social Cognitive & Affective Neuroscience, 10*(5), 654-663. doi:10.1093/scan/nsu100
- Kang, T., Eno Loudon, J., Ricks, E., & Jones, R. (2015). Aggression, substance use disorder, and presence of a prior suicide attempt among juvenile offenders with subclinical depression. *Law And Human Behavior, 39*(6), 593-601. doi:10.1037/lhb0000145
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., & Ryan, N. (1996). *Kiddie-SADS-present and lifetime version (K-SADS-PL)*. Pittsburgh, PA: University of Pittsburgh, School of Medicine.



- Keller, M.B., Lavori, P.W., & Friedman, B. (1987). The Longitudinal Interval Follow-up Evaluation: a comprehensive method for assessing outcome in prospective longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry Journal*, *44*, 540-548.
- Kessler, R.C., Zhao, S., Blazer, D.G., Swartz, M. (1997). Prevalence, correlates, and course of minor depression and major depression in the National Comorbidity Survey. *Journal of Affective Disorders*, *45*, 19-30.
- Kielholz, P. (1973). *Masked depression*. Berna: Hans Huber Publ.
- Klein, D., Shankman, S., Lewinsohn, P., & Seeley, J. (2009). Subthreshold Depressive Disorder in Adolescents: Predictors of Escalation to Full-Syndrome Depressive Disorders. *Journal of The American Academy of Child And Adolescent Psychiatry*, *48*(7), 703-710.
- Konick, L.C., & Gutierrez, P.M. (2005) Testing a model of suicide ideation in college students. *Suicide Life Threatment Behaviour*, *35*, 181–192.
- Kraepelin, E. (1921). *Manic-depressive insanity and paranoia*. Edinburgh: Livingstone.
- Krishna, M., Lepping, P., Jones, S., & Lane, S. (2015). Systematic review and meta-analysis of group cognitive behavioural psychotherapy treatment for sub-clinical depression. *Asian Journal of Psychiatry*, *167*. doi:10.1016/j.ajp.2015.05.043
- Li, J., Wang, Z., Hwang, J., Zhao, B., Yang, X., Xin, S., & Kong, J. (2017). Anatomical brain difference of subthreshold depression in young and middle-aged individuals. *Neuroimage: Clinical*, *14*, 546-551. doi:10.1016/j.nicl.2017.02.022
- Mackenzie, C. S., Erickson, J., Deane, F. P., & Wright, M. (2014). Changes in attitudes toward seeking mental health services: a 40-year cross-temporal meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *34*(2), 99-106. doi:10.1016/j.cpr.2013.12.001

- Maier, W., Gansicke, M., & Weiffenbach O. (1997) The relationship between major and subthreshold variants of unipolar depression. *Journal of Affective Disorders*, 45, 41-51.
- McLaren, M. E., Szymkowicz, S. M., Kirton, J. W., & Dotson, V. M. (2015). Impact of Education on Memory Deficits in Subclinical Depression. *Archives Of Clinical Neuropsychology: The Official Journal of the National Academy of Neuropsychologists*, 30(5), 387-393. doi:10.1093/arclin/acv038
- Merry, S. N., Stasiak, K., Shepherd, M., Frampton, C., Fleming, T., & Lucassen, M. F. G. (2012). The effectiveness of SPARX, a computerised self help intervention for adolescents seeking help for depression: randomised controlled non-inferiority trial. *BMJ*, 344, e2598. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e2598>.
- Mitterschiffthaler, M.T., Williams, S.C.R., Walsh, N.D., et al. (2008). Neural basis of the emotional Stroop interference effect in major depression. *Psychological Medicine*, 38, 247–56.
- Mulligan, N. W. (2011). Implicit memory and depression: Preserved conceptual priming in subclinical depression. *Cognition & Emotion*, 25(4), 730-739.
- Orvaschel, H., Puig-Antich, J., Chambers, W.J., Tabrizi, M.A., Johnson, R. (1982). Retrospective assessment of prepubertal major depression with the Kiddie-SADS-E. *Journal American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 21, 392-397.
- Pietrzak, R. H., Kinley, J., Afifi, T. O., Enns, M. W., Fawcett, J., & Sareen, J. (2013). Subsyndromal depression in the United States: prevalence, course, and risk for incident psychiatric outcomes. *Psychological Medicine*, 43(7), 1401. doi:10.1017/S0033291712002309

- Poppelaars, M., Tak, Y., Lichtwarck-Aschoff, A., Engels, R., Lobel, A., Granic, I., & Lucassen, M. (2016). A randomized controlled trial comparing two cognitive-behavioral programs for adolescent girls with subclinical depression: A school-based program (Op Volle Kracht) and a computerized program (SPARX). *Behaviour Research and Therapy*, 80, 33-42. doi:10.1016/j.brat.2016.03.005
- Radloff, L. & Rae, D. (1979). Susceptibility and precipitant factors in depression: Sex differences and similarities. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 174-181. doi:10.1037//0021-843X.88.2.174.
- Reitan, R. (1992). *Trail Making Test: Manual for administration and scoring*. Tucson, AZ: Reitan Neuropsychological Laboratory.
- Rivas, M., Nuevo, R., & Ayuso-Mateos, J.L. (2010). Subclinical depression in Spain: prevalence and health impact. *Revista de Psiquiatría y Enfermedad Mental*. 4 (3), 144-149. doi: 10.1016/j.rpsm.2011.05.005
- Singhal, M., Manjula, M., & Sagar, K. V. (2016). Subclinical depression in Urban Indian adolescents: Prevalence, felt needs, and correlates. *Indian Journal of Psychiatry*, 58(4), 394-402. doi:10.4103/0019-5545.196727
- Smit, F., Willemse, G., Koopmanschap, M., Onrust, S., Cuijpers, P., & Beekman, A. (2006). Cost-effectiveness of preventing depression in primary care patients - Randomised trial. *British Journal of Psychiatry*, 188, 330-336
- Sudupe, J.A., Taboada, O., Castro, C., & Vazquez, C. (2006) Depresión. Guías clínicas. 6 (11) 1- 6. Recuperado de <http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf>

- Sumich, A., Kumari, V., Heasman, B., Gordon, E., & Brammer, M. (2006). Anormal asymmetry of N200 and P300 event-related potentials in subclinical depression. *Journal of Affective Disorders, 92*(2-3), 171-183.
- Tak, Y. R., Van Zundert, R. M. P., Kuijpers, R. C. W. M., Van Vlokhoven, B. S., Rensink, H. F. W., et al. (2012). A randomized controlled trial testing the effectiveness of a universal school-based depression prevention program ‘Op Volle Kracht’ in The Netherlands *BMC Public Health, 12*, 21- 29
- Teri, L., & Lewinsohn, P. M. (1986). Individual and group treatment of unipolar depression: Comparison of treatment outcome and identification of predictors of successful treatment outcome. *Behavior Therapy, 17*, 215-228.
- Vallejo, J. (2007). Revisión: Depresión subumbral. *Psiquiatría Biológica, 14*, 211-216. doi:10.1016/S1134-5934(07)73287-6
- Van Zoonen, K., Kleiboer, A. M., Beekman, A. T. F., Smit, J. H., Boerema, A. M., & Cuijpers, P. (2014). Reasons and determinants of help-seeking in people with a subclinical depression. *Journal of Affective Disorders, 173*, 105–112. doi:10.1016/j.jad.2014.10.062
- Van Zoonen, K., Kleiboer, A., Cuijpers, P., Smit, J., Penninx, B., Beekman, A., & Verhaak, P. (2016). Determinants of attitudes towards professional mental health care, informal help and self-reliance in people with subclinical depression. *International Journal Of Social Psychiatry, 62*(1), 84-93. doi:10.1177/0020764015597014
- Vaccaro, R., Borrelli, P., Abbondanza, S., Davin, A., Polito, L., Colombo, M., Vitali, S.F., Villani, S., & Guaita, A. (2017). Subthreshold Depression and Clinically Significant Depression in an Italian Population of 70–74-Year-Olds: Prevalence and

Association with Perceptions of Self. *Biomedic Research International*, 20(17) 1-8

doi:10.1155/2017/3592359

Watson, D., Clark, L.A., Weber, K., Assenheimer, J.S., Strauss, M.E., McCormick, R.A.

(1995a). Testing a tripartite model: II. Exploring the symptom structure of anxiety and depression in student, adult, and patient samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 15–25.

Wight, R. G., Aneshensel, C. S., & Seeman, T. E. (2002). Educational attainment, continued learning experience, and cognitive function among older men. *Journal of Aging and Health*, 14, 211–236.

Williams, J.M., Mathews, A., MacLeod, C. (1996). The emotional Stroop task and psychopathology. *Psychological Bulletin*, 120, 3–24.

Zhou, H., Li, R., Ma, Z., Zhu, X., Li, J., & Rossi, S. (2016). Smaller gray matter volume of hippocampus/parahippocampus in elderly people with subthreshold depression: A cross-sectional study. *BioMedCentral Psychiatry*, 16 (1), 1-9, doi:10.1186/s12888-016-0928-0

Zhou, T., Li, X., Pei, Y., Gao, J., & Kong, J. (2016). Internet-based cognitive behavioural therapy for subthreshold depression: A systematic review and meta-analysis. *BioMedCentral Psychiatry*, 16(1), 1-12, doi:10.1186/s12888-016-1061-9