

Percepción de la población española sobre la depresión

The public perception of depression in Spain

<https://doi.org/10.23938/ASSN.0590>

G. Lahera^{1,2}, N. Andrade-González³, V. Gasull⁴, J.R. Pagés-Lluyot⁵, M. Roca^{6,7}

RESUMEN

Fundamento. La depresión constituye una de las principales causas mundiales de discapacidad. El objetivo de este estudio fue conocer la opinión de la población española sobre esta enfermedad, su relación con el suicidio, su sintomatología, los pacientes que la padecen, sus causas, los profesionales que la tratan y la medicación antidepressiva.

Material y métodos. Se administró telefónicamente un cuestionario elaborado *ad hoc* por expertos a 1.700 personas mayores de edad en todas las comunidades autónomas españolas, mediante muestreo polietápico, estratificado por conglomerados, con selección de los municipios de forma aleatoria y de las personas por cuotas de sexo, edad y actividad económica de manera representativa a nivel nacional.

Resultados. El 18% de los encuestados manifestó que padecía o que había padecido depresión, el 86% la consideraba una enfermedad y el 85% que era causa de suicidio. Los síntomas más conocidos (>95%) de este trastorno fueron la tristeza y la apatía. Los encuestados exhibieron algunas actitudes estigmatizadoras hacia las personas con depresión (60% inestabilidad y 49% debilidad), atribuyeron esta dolencia a causas externas (el 95% a acontecimientos adversos de la vida), opinaron que el psicólogo es más adecuado que el psiquiatra para tratarla (47 vs. 29%) y que la medicación antidepressiva genera dependencia (72%) a pesar de ser eficaz (62%); el 67% de los encuestados depresivos manifestó tomarla.

Conclusiones. Las administraciones sanitarias competentes deberían realizar campañas dirigidas a informar sobre la verdadera naturaleza de la depresión, reducir las actitudes estigmatizadoras y clarificar la eficacia y eventuales efectos adversos de la medicación antidepressiva.

Palabras clave. Depresión. Encuesta de opinión. Actitudes. Trastornos afectivos. España.

ABSTRACT

Background. Depression is one of the main causes of disability worldwide. The aim of this study was to determine the opinions of the Spanish population regarding this disease, its relation to suicide, its symptoms, the people who suffer from it, its causes, the professionals who treat it and antidepressant medication

Methods. A questionnaire designed by experts was administered by phone to a representative sample of 1,700 people aged 18 and over in all Spanish autonomous communities using multistage sampling procedure, stratified by clusters, with a random selection of municipalities and population by sex, age and economic activity in a representative way at a national level.

Results. Eighteen percent of the people surveyed said they had depression or had suffered from it previously, 86% thought of it as a disease and 85% considered it to be a cause of suicide. The most well-known symptoms (>95%) were sadness and apathy. The people surveyed expressed certain stigmatizing attitudes towards people who suffer from it (60% *unstable* and 49% *weakness*). Most stated that the causes of this disease are of external origin (95% due to adverse life events), thought that a psychologist is a more appropriate health specialist for treating depression than a psychiatrist (47 vs. 29%) and that antidepressant medication *generates dependency* (72%) despite being effective (62%); 67% of depressed patients reported taking it.

Conclusions. It is suggested that the relevant health administrations should conduct campaigns aimed at informing the public about the true nature of depression, to reduce stigmatizing attitudes and to clarify the efficacy and possible adverse effects of antidepressant medication.

Keywords. Depression. Public opinion survey. Attitudes. Affective disorders. Spain.

An. Sist. Sanit. Navar. 2019; 42 (1): 31-39

1. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares.
2. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM).
3. Grupo de Investigación en Procesos Relacionales y Psicoterapia. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares.
4. Centro de Salud Torrent II. Torrent. Valencia.
5. Fundación ANAED (Asistencia Nacional de Ayuda al Enfermo de Depresión).
6. Hospital Joan March. Universitat de les Illes Balears. Palma de Mallorca.
7. Institut Universitari d'Investigació en Ciències de la Salut (IUNICS/IDIS-PA). Red de Investigación en Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (Rediapp). Palma de Mallorca.

Financiación: El presente estudio ha sido financiado por el Laboratorio Lundbeck.

Recepción: 28/08/2018 / Aceptación provisional: 20/12/2018
Aceptación definitiva: 18/02/2019

Correspondencia:

Nelson Andrade-González
Grupo de Investigación en Procesos Relacionales y Psicoterapia
Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud
Universidad de Alcalá.
Carretera Madrid-Barcelona Km. 33,600
28871 Alcalá de Henares (Madrid)
E-mail: nelson.andrade@edu.uah.es

Conflicto de intereses: Guillermo Lahera ha recibido honorarios por asesoría, actividades docentes o de investigación de los laboratorios Janssen-Cilag, Otsuka-Lundbeck, Lilly, Astra-Zeneca. Ha recibido becas del Instituto de Investigación Carlos III y del CIBERSAM.

Miquel Roca ha recibido ayudas para la Investigación del Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Economía y Competitividad, European Union ERDF y honorarios por su participación en Boards (Janssen, Lundbeck) y en actividades de Educación Médica Continuada (Janssen, Lundbeck, Pfizer).

INTRODUCCIÓN

Los trastornos depresivos afectan a más de 300 millones de personas en el mundo, al tiempo que constituyen una de las principales causas de discapacidad que, en los casos más graves, pueden conducir al suicidio¹. En España, la depresión es la novena enfermedad crónica más frecuente en la población de 15 y más años (ya que la padece el 6,9% de la misma) con mayor presencia en mujeres que en varones² y especial incidencia en la Atención Primaria (AP) de salud³. Respecto al coste económico, el gasto total por depresión en España es de 5005 millones de euros, de los cuales un 71,4% se destina a costes indirectos y el resto a costes directos⁴. La depresión se asocia con frecuencia con trastornos de ansiedad y trastornos relacionados con sustancias, con un trastorno obsesivo-compulsivo, con trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia nerviosas) y con trastorno de la personalidad límite⁵. Nos encontramos, por tanto, ante una enfermedad prevalente (sobre la que además ha influido la crisis económica⁶) que exhibe tendencia a la recurrencia y que, además de las mencionadas características, genera un importante gasto económico y afecta al paciente, pero también al bienestar de su familia y de la sociedad en general⁷.

En distintos países europeos se han realizado trabajos que han examinado la percepción de la población general sobre la depresión. En el Reino Unido, un porcentaje importante de 2.003 encuestados atribuyó la depresión a acontecimientos vitales (un 77% la atribuyó al desempleo) al tiempo que el 60% indicó que si ellos sufriesen una depresión, consultarían a un médico de AP⁸. Además, el 91% de los encuestados opinó que las personas con depresión debían ser tratadas mediante *counselling* y el 78% manifestó que los fármacos antidepresivos *producían adicción*⁸. En Alemania, el 66,7% de 2.534 encuestados declaró que las causas principales de la depresión mayor eran de carácter psicosocial⁹. En Italia, los acontecimientos traumáticos recientes y las situaciones estresantes fueron perci-

bidos como causantes de la depresión por el 90 y el 87%, respectivamente, de 1.001 entrevistados¹⁰. El 75% respaldó la creencia de que estas personas *deberían evitar hablar sobre la depresión*, el 55% consideró que si tuviesen un amigo o un familiar con depresión le recomendarían ir a un psicólogo y, mientras que el 53% se inclinó por la medicación (si bien muchos encuestados pensaban que los fármacos antidepresivos *causaban adicción*), más del 80% opinaba que la depresión debía ser tratada con *counselling*. En Alemania, Hungría, Irlanda y Portugal, el 27,9% de 4.011 entrevistados mostró actitudes estigmatizadoras hacia la depresión y el 46,9% las percibió en los demás (estigma percibido)¹¹. En España se examinó en 2001 la percepción sobre la depresión mediante tres grupos de discusión y 1.001 entrevistas telefónicas¹²; las personas encuestadas declararon que las causas de la depresión eran de carácter psicosocial, dos tercios opinaron que la depresión era una enfermedad, el 80% expresó que era de carácter psicológico y todas manifestaron que era crónica. El 85% de los entrevistados opinó que era necesario tratar la depresión, un 59% consideró adecuada la psicoterapia y un 55% el tratamiento farmacológico; el 92% opinó que preferiría ser tratado por un psicólogo¹².

Es importante conocer las opiniones actuales de la población española sobre la depresión, saber si estas apreciaciones están en sintonía con las halladas en otros países y comparar algunas de ellas con las obtenidas en el último trabajo español realizado hace más de diecisiete años¹². Esta información podrá ayudar a las administraciones sanitarias a efectuar actuaciones específicas que informen a la población general sobre distintos aspectos de la depresión y su tratamiento.

En consecuencia, los objetivos de este trabajo son conocer la opinión de la población española sobre la depresión en general y las causas percibidas de la misma, averiguar cuál es el profesional sanitario que se percibe más adecuado para tratar la depresión, y explorar las actitudes de los españoles hacia el tratamiento farmacológico antidepresivo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Un panel de expertos formado por dos psiquiatras de reconocido prestigio, un médico de familia de dilatada trayectoria clínica y un representante del movimiento asociativo de personas afectadas de depresión y familiares, consensuó la redacción de un cuestionario *ad hoc* a fin de alcanzar los objetivos de este estudio.

El proceso de elaboración de este cuestionario fue el siguiente: los expertos acordaron los aspectos relevantes de la depresión sobre los que se quería conocer la opinión de la población española: diagnóstico, causas de la enfermedad, sintomatología, relación entre depresión y suicidio, consecuencias y tratamiento. A continuación, elaboraron las preguntas y las opciones de respuesta (incluidas algunas preguntas dirigidas a obtener datos sociodemográficos); las preguntas debían ser relevantes, concretas, sencillas, comprensibles por la mayor parte de las personas y carecer de sesgos en su redacción. Se descartaron las preguntas que se solapaban y las que no cumplían los requisitos anteriores, y se seleccionaron las definitivas, de modo que el cuestionario quedó constituido por dos preguntas iniciales (sexo y edad), veintisiete preguntas sobre depresión (dispuestas en una secuencia que iba del diagnóstico al tratamiento) y seis preguntas finales sobre la situación laboral (trabaja actualmente, jubilado/pensionista/incapacitado, parado, estudiante y trabaja en su hogar), nivel de estudios (no sabe leer, sin estudios pero sabe leer, educación preescolar, educación primaria, educación secundaria obligatoria, bachillerato/formación profesional, educación superior/grado y educación superior/máster/doctorado) y estado civil (casado/viviendo en pareja, soltero, separado, divorciado, viudo y no contesta).

Una empresa española de estudios sociológicos (IPSOS) administró este cuestionario mediante una entrevista telefónica asistida por ordenador (sistema CATI) entre el 29 de mayo y el 19 de junio de 2017. La población objetivo fue la población española de ambos sexos de 18 años y más, el ámbito fue nacional (sin incluir Ceuta y

Melilla) y la afijación fue uniforme por comunidad autónoma (CCAA) ($n = 100$). El procedimiento de muestreo fue polietápico, estratificado por conglomerados, con selección de las unidades primarias de muestreo (municipios) de forma aleatoria, y de las unidades últimas (individuos) por cuotas de sexo, edad y actividad económica (activos/inactivos) de manera representativa a nivel nacional. Los estratos se formaron por el cruce de las diecisiete CCAA con el tamaño de hábitat dividido en ocho categorías: menor o igual a 2.000 habitantes, de 2.001 a 10.000, de 10.001 a 20.000, de 20.001 a 50.000, de 50.001 a 100.000, de 100.001 a 500.000, de 500.001 a 1.000.000 y más de 1.000.000 de habitantes. En total, se realizaron 1.700 entrevistas telefónicas que duraron una media de 14 minutos. Con un nivel de confianza del 95,5% y una probabilidad de inclusión $P = Q$, el error real fue de $\pm 2,4\%$ para el conjunto de la muestra y en el supuesto de muestreo aleatorio simple.

En relación con el análisis de datos, estos fueron equilibrados conforme al peso real de cada CCAA en el conjunto nacional, utilizando como fuente los datos del primer trimestre de 2017 publicados por el Instituto Nacional de Estadística. En cada una de las preguntas, los porcentajes de respuesta de los entrevistados por CCAA, sexo, edad y actividad económica se compararon con el porcentaje total de respuestas mediante el estadístico Chi-cuadrado. Los contrastes estadísticos realizados fueron bilaterales y el nivel de significación establecido fue 0,05. El análisis de datos fue realizado con el programa *IBM SPSS Data Collection Base Professional* (v.6.0.1).

RESULTADOS

El 51% de los 1.700 participantes fueron mujeres. La edad media fue de 48 años (DT = 16,90); el grupo de edad con más participantes fue el de 45-59 años (27%), seguido por los grupos de 35-44 (21%), ≥ 65 (19%), 25-34 (13%), 18-24 (11%) y 60-64 años (10%).

En la Tabla 1 se presenta el porcentaje de percepciones sobre la depresión de las personas encuestadas; en el texto se

destacan aquellos resultados estadísticamente significativos. El 18% de las personas encuestadas manifestó que padecía o que había padecido depresión, eran más frecuentemente mujeres, personas entre 60 y 64 años, jubilados y amas de casa. El 86% de los encuestados percibió la depresión como una enfermedad, especialmente mujeres y personas entre 45 y 64 años. El 85% de las personas entrevistadas estu-

vo de acuerdo en que la depresión es la *principal causa de suicidio* y el 94% creyó que una mejora de la atención y del tratamiento reduciría el número de suicidios. Sin embargo, a partir de un conjunto sugerido de enfermedades, los entrevistados posicionaron a la depresión en tercer lugar en el *ranking* de gravedad (27,9%) tras el cáncer (86,2%) y las enfermedades cardiovasculares (59,8%).

Tabla 1. Prevalencia de depresión y percepción sobre el concepto de depresión, su sintomatología y la consideración de las personas que la padecen (%)

	Total n	Sexo		Rangos de edad (años)							Situación laboral				
		V	M	18-24	25-34	35-44	45-59	60-64	65-75	>75	1	2	3	4	5
n	1.700	733	967	132	172	287	535	190	281	103	764	442	207	106	181
Prevalencia^a	18	11	25	7	11	20	20	26	20	19	12	26	25	7	31
Depresión como enfermedad^b	86	82	89	74	79	87	92	94	84	79	87	86	86	74	90
Sintomatología^c															
Tristeza	97	97	98	97	100	98	98	98	94	93	99	95	96	98	96
Apatía (no tener ganas de nada)	95	94	97	95	98	96	94	99	92	92	96	92	95	97	94
Desesperanza o ganas de morirse	89	87	91	91	94	93	88	91	81	79	93	84	81	95	87
No disfrutar	88	88	88	81	95	93	91	87	83	63	93	82	85	89	81
Problemas para dormir	84	82	86	94	89	90	83	87	71	61	88	75	85	90	81
Dificultad en la toma de decisiones y en la planificación de actividades	84	85	83	90	86	88	80	86	81	65	88	82	75	87	76
Cansancio/fatiga	80	75	85	86	90	84	75	81	73	74	80	75	81	87	85
Incapacidad para realizar las actividades diarias	79	80	79	77	76	84	80	87	75	69	82	78	73	79	78
Problemas de concentración	79	80	78	87	87	79	78	85	71	60	82	71	79	88	81
Problemas de atención	77	77	78	80	85	80	77	77	69	69	80	72	77	84	75
Falta de apetito	70	69	71	81	86	75	68	69	54	51	74	55	73	84	75
Disfunción sexual	63	62	64	63	67	74	63	64	53	36	68	56	61	63	57
Aumento de la sensación de dolor	50	47	53	57	60	55	50	45	39	40	56	36	52	47	59
Problemas de memoria	45	39	50	34	51	46	42	45	53	39	43	50	40	36	59
Personas con depresión^d															
Inestables	60	63	58	63	74	52	56	56	66	68	57	65	61	62	62
Débiles	49	50	48	47	60	42	43	49	57	56	46	52	53	41	56
Pueden fingir	48	55	41	51	54	55	44	39	42	45	52	38	48	54	43

V = varón; M = mujer; 1 = trabaja actualmente; 2 = jubilado/pensionista/incapacitado; 3 = parado; 4 = estudiante; 5 = trabaja en su hogar; a = personas encuestadas que padecen o habían padecido depresión; b = percepción de la depresión como una enfermedad; c = percepción sobre los síntomas de la depresión; d = percepción sobre las personas que padecen depresión; los porcentajes significativos se presentan en negra.

Las opiniones de los encuestados sobre cuáles eran los síntomas más importantes de la depresión se presentan en la tabla 1. La apatía, el cansancio o fatiga, el aumento de la sensación de dolor y los problemas de memoria fueron más frecuentemente mencionados por mujeres, mientras que el hecho de no disfrutar, el cansancio o fatiga, los problemas de concentración, la falta de apetito y un aumento de la sensación de dolor fueron indicados en mayor grado por las personas entre 25 y 34 años. Además, nueve síntomas (tristeza, desesperanza, no disfrutar, problemas de sueño, dificultades para tomar decisiones, incapacidad para realizar las actividades diarias, falta de apetito, disfunción sexual y aumento de la sensación de dolor) fueron citados con mayor frecuencia por las personas que tenían trabajo.

El 60% de los encuestados opinó que una persona que padece depresión es alguien *inestable* y el 49% que tiene un *carácter débil*, opiniones más frecuentes en el grupo de 25 a 34 años (74 y 60%, respectivamente). El 73% de los entrevistados pensaban que la forma de afrontar una depresión está muy relacionada con la manera de vivir las enfermedades en casa, al tiempo que el 48%

estuvo de acuerdo en que este trastorno *puede fingirse*, opinión más frecuentemente respaldada por personas entre 35 y 44 años (55%) y las que tenían trabajo (52%). El 88% de pacientes con depresión hablaba de su enfermedad con alguien y, entre quienes no lo hacían, el 31% lo justificaba porque es un *problema personal*, porque *eso no se cuenta*, o *por no preocupar*, y el 8% dijo que no tenía a nadie o no conocía a nadie a quien contarle que padecía depresión.

Las causas de la depresión percibidas por los encuestados se muestran en la tabla 2. Los encuestados de 25 a 34 años atribuyeron la depresión, en mayor medida que el resto, a factores sociales (99%), psicológicos (98%) y adicciones (86%), así como a factores de personalidad y a la soledad (7%). El desconocimiento de las causas de la depresión fue reconocido con mayor frecuencia por las personas de más de 60 años y jubilados (26%), al tiempo que los entrevistados que estaban en activo manifestaron en mayor medida que la depresión se produce por acontecimientos adversos de la vida (97%), por factores sociales (96%), por factores psicológicos (94%) y por la adicción a drogas, alcohol, etc. (82%).

Tabla 2. Percepción sobre las causas de la depresión

Causas	%
Acontecimientos adversos de la vida	95
Factores sociales (paro, marginación...)	94
Factores psicológicos	88
Adicciones (drogas, alcohol...)	77
Factores biológicos/genéticos	48
El éxito de la vida	39
Acontecimientos vitales positivos de la vida	37
No sabe	17
Factores familiares (problemas familiares)	5
Fallecimiento de un ser querido	4
Situaciones que afrontar/problemas que desbordan/fracaso/disgustos	4
Soledad/no poder hablar con alguien	3
Factores de personalidad (carácter débil, falta de personalidad, inseguridad...)	3
Factores laborales (problemas en el trabajo, exceso de trabajo...)	3
Factores de salud (enfermedad/accidente familiar o personal)	2

El psicólogo fue percibido como el especialista sanitario más adecuado para tratar la depresión (47%), por delante del psiquiatra (29%), del médico de familia (7%) o de cualquiera de ellos (13%); un 6% de los encuestados desconocía la respuesta. Esta percepción fue significativamente más frecuente entre encuestados de 18 a 34 años (60%) mientras que los jubilados y los entrevistados de 65 a 75 años consideraron más adecuados al psiquiatra (37%) y al médico de familia (12%), y las personas mayores de 75 al psiquiatra (43%).

El 75% de las personas encuestadas que no padecen o no habían padecido depresión en el pasado manifestó que, si le diagnosticaran esta enfermedad, tomaría medicación antidepressiva. Entre las que no la tomarían, el 24% adujo *tener poca confianza, no gustarle y no creer en ella*, y el 17% declaró que esta medicación *altera la personalidad, no deja ser uno mismo*. El 77% de las personas entrevistadas que habían padecido depresión en el pasado declaró haber tomado medicación antidepressiva. El 27% de quienes no la habían tomado ar-

gumentó *que no le hizo falta* y que la depresión *fue pasajera* y el 19% que *es mejor salir por uno mismo, sin medicamentos y con fuerza de voluntad*. El 67% de los encuestados que en el momento de la encuesta padecía depresión indicó que tomaba medicación antidepressiva; entre los que no la tomaban, el 31% señaló que estos fármacos *alteran la personalidad* y el 15% que *es mejor salir por uno mismo*.

En la tabla 3 se muestran los porcentajes de acuerdo de los entrevistados en relación a seis afirmaciones sobre la medicación antidepressiva, las mujeres y las personas de 25 a 34 años coincidieron en mayor medida con la idea de que los antidepressivos generan dependencia (75 y 82%, respectivamente), mientras que las mujeres (66%), las amas de casa (72%), las personas entre 65 y 75 años (71%) y los jubilados (69%) lo hicieron con que la medicación antidepressiva es un tratamiento seguro y eficaz para curar la depresión. Los encuestados mayores de 65 años convinieron en mayor medida en que una vez que se comienza a tomar antidepressivos *se deben tomar de por vida*.

Tabla 3. Percepción sobre la medicación antidepressiva

Afirmaciones	%
Es mejor tomar antidepressivos que dejar que la enfermedad vaya en aumento	82
Los antidepressivos enganchan, generan dependencia	72
Los antidepressivos son un tratamiento seguro y eficaz para curar la enfermedad	62
Los antidepressivos te anulan, no te dejan ser tú mismo	61
Los antidepressivos tienen más efectos secundarios que otros tratamientos	56
Una vez que comienzas a tomar antidepressivos, los tienes que tomar ya de por vida	24

DISCUSIÓN

En este estudio se ha examinado la percepción de la población española sobre la depresión por medio de una encuesta realizada a una muestra representativa de personas de todas las CCAA.

Cerca de dos de cada diez personas entrevistadas padecen o habían padecido depresión; la mayor prevalencia de depresión en mujeres hallada en este trabajo está en

sintonía con los datos del Instituto Nacional de Estadística² y con los resultados de la encuesta llevada a cabo en Italia¹⁰.

Por otra parte, más del 85% de las personas entrevistadas en esta ocasión percibió la depresión como una enfermedad, lo que supone un aumento respecto a los datos de la encuesta española de 2001 en la que esta cifra alcanzó el 66%¹². El aumento es aún mayor en el porcentaje de encuestados conscientes del papel *causal* de la depre-

sión en el suicidio (85%), puesto que menos del 10% de las personas encuestadas en el estudio de Comas y Álvarez¹² opinaron que ambas variables estaban relacionadas.

En cuanto a la sintomatología percibida, los encuestados de la presente investigación coincidieron en cinco síntomas con los de Comas y Álvarez¹² y en dos con los entrevistados británicos⁸, a la vez que la tristeza, la fatiga, los problemas de concentración y la falta de apetito también fueron identificados por los encuestados en un porcentaje algo mayor que los entrevistados italianos¹⁰.

Un 49% de los encuestados consideraron *débiles* a las personas con depresión, coincidiendo con lo publicado por Comas y Álvarez¹², un porcentaje menor en proporción a los hallados en Grecia (61,3%)¹³ e Italia (55%)¹⁰, y superior a los encontrados por Coppens y col¹¹ en Hungría (46%), Portugal (33,3%), Alemania (26%) e Irlanda (19%). Tanto en el presente estudio como en el publicado por Comas y Álvarez¹², casi la mitad de los encuestados consideraron que esta enfermedad se puede fingir, mientras que la frecuencia de personas afectadas por la depresión que habló de su enfermedad con alguien (88%) fue algo mayor que el hallado en 2001 (82%)¹².

La gran mayoría de encuestados atribuyó la depresión a causas externas, por lo que se adhieren a la tendencia que atribuye este trastorno a acontecimientos vitales y a causas psicosociales^{8-10,12} como los problemas familiares, el fallecimiento de un ser querido, la soledad y los problemas laborales, factores también manifestados por los entrevistados españoles que participaron en el trabajo de Comas y Álvarez¹². Los factores sociales, como estar sin empleo, fueron reconocidos como causantes de la depresión por el 94% de los encuestados del presente estudio y por el 77% de los entrevistados británicos⁸. Por contra, casi la mitad la atribuyeron a factores biológicos y/o genéticos, porcentaje inferior al hallado por Munizza y col¹⁰ en Italia (65%) y por Nakane y col¹⁴ en Australia (68%), y superior al encontrado por estos autores en Japón (35%).

La percepción de que el psicólogo es el profesional más indicado para tratar la

depresión (47% en el presente estudio) es compartida por los encuestados españoles de 2001¹² y por seis de nueve estudios revisados en un reciente metaanálisis¹⁵. El porcentaje de entrevistados (29%) que percibió que el psiquiatra también es un profesional adecuado para tratar esta enfermedad, coincidió con el observado en Italia por Munizza y col¹⁰. En este punto, no se puede olvidar el estigma que rodea a la psiquiatría y al psiquiatra, tal como han evidenciado sociedades científicas europeas que han propuesto campañas específicas para afrontar el problema¹⁶.

En 2017, la eficacia de la medicación antidepresiva percibida por los encuestados españoles (62%) fue claramente superior a la del Reino Unido (46%) y acorde con la percepción de la población italiana de que estos fármacos son la mejor opción de tratamiento (60%). Sin embargo, la afirmación de más del 70% de los entrevistados de que esta medicación *genera dependencia* fue la más mencionada en la encuesta española de 2001¹². Estos resultados forman parte de una tendencia constatada por Priest y col⁸ en Reino Unido (78%), Economou y col¹³ en Grecia (67,3%) y Munizza y col¹⁰ en Italia (64%). El porcentaje de entrevistados españoles que estuvo de acuerdo con que los antidepresivos *alteran la personalidad* fue similar al de los encuestados griegos (56,6%), porcentaje que se reduce a la mitad cuando se trata de pacientes españoles con depresión que manifiestan que este es el motivo por el que no toman dicha medicación.

Entre las limitaciones de esta investigación se encuentran que no se aportan datos sobre la fiabilidad del cuestionario utilizado ni sobre las personas que rechazaron participar en este trabajo; además, no se preguntó a los entrevistados acerca de su percepción sobre la psicoterapia. A pesar de lo anterior, se ofrece información sobre la validez de contenido del cuestionario, una herramienta que ha servido para conocer la visión de la población española sobre aspectos muy variados de la depresión y para comparar los resultados obtenidos con los de la última encuesta española publicada¹² y con los resultados

de encuestas realizadas en distintos países europeos^{8-11,13}, Japón y Australia¹⁴. Asimismo, en este estudio, destaca el elevado número de personas encuestadas, el ámbito nacional de la encuesta y el procedimiento de muestreo empleado.

Algunas opiniones de la población española sobre la depresión deben ser tenidas en cuenta, mientras que otras dan a conocer creencias no sustentadas por la evidencia científica actual, como que una persona con depresión es alguien *inestable* y *débil*, que la depresión es un trastorno que *puede fingirse*, y que los fármacos antidepresivos *causan dependencia*, infravalorando los factores neurobiológicos de vulnerabilidad. Esto puede explicarse porque la población general no distingue la depresión de los trastornos adaptativos e, incluso, de las reacciones emocionales negativas de rabia o tristeza. Por lo tanto, a partir de estos resultados y en sintonía con lo realizado en Alemania¹⁷, Reino Unido¹⁸ y Australia¹⁹, se sugiere que las administraciones sanitarias españolas competentes divulguen información de calidad por medio de campañas de información y de formación dirigidas a informar sobre la verdadera naturaleza de la depresión (asociada a recurrencia y discapacidad), a reducir las actitudes estigmatizadoras hacia las personas que padecen esta enfermedad (sobre todo por parte de personas entre 25 y 44 años y de las que están trabajando) y a indicar que la medicación antidepresiva no produce dependencia ni altera la personalidad de las personas. Por otra parte, puesto que la población española prefiere un psicólogo para tratar la depresión, desde aquí se propone que estos profesionales atiendan a las personas que presenten reacciones emocionales negativas y trastornos adaptativos, e intervengan de forma coordinada junto a los psiquiatras en el diagnóstico y tratamiento de los cuadros depresivos.

En conclusión, es importante que las futuras investigaciones españolas examinen la percepción sobre la depresión en una misma muestra de personas antes y después de la realización de campañas de información sobre esta enfermedad y su tratamiento. Esto ayudará a saber el grado

de eficacia de estas campañas a la hora de aumentar el conocimiento sobre la prevalencia de la depresión, aclarar conceptos, modificar creencias erróneas acerca de distintos aspectos de la enfermedad y mejorar el conocimiento de los recursos sanitarios disponibles.

Agradecimientos

Agradecemos a Laboratorios Lundbeck su patrocinio y apoyo a este proyecto. Ningún empleado de Lundbeck participó en el desarrollo técnico del proyecto en general o de este manuscrito en particular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Depresión. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>. Consultado el 9 de enero de 2019.
2. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Europea de Salud en España. <http://www.ine.es/prensa/np937.pdf>. Consultado el 9 de enero de 2019.
3. ROCA M, GILI M, GARCÍA-GARCÍA M, SALVA J, VIVES M, GARCÍA CAMPAYO J et al. Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *J Affect Disord* 2009; 119: 52-58. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.03.014>
4. SOBOCKI P, JÖNSSON B, ANGST J, REHNBERG C. Cost of depression in Europe. *J Ment Health Policy Econ* 2006; 9: 87-98.
5. American Psychiatric Association. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Washington, DC: Author; 2013.
6. GILI M, ROCA M, BASU S, MCKEE M, STUCKLER D. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *Eur J Public Health* 2013; 23:103-108. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cks035>
7. CASTELLÓN-LEAL E, IBERN-REGÁS P, GILI-PLANAS M, LAHERA-FORTEZA G, SANZ-GONZÁLEZ J, SAIZ-RUIZ J. El abordaje de la depresión en el ámbito del trabajo: recomendaciones clave. *Psiquiatr Biológica* 2016; 23: 112-117. <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2016.08.003>
8. PRIEST RG, VIZE C, ROBERTS A, ROBERTS M, TYLEE A. Lay people's attitudes to treatment of depression: results of opinion poll for De-

- feat Depression Campaign just before its launch. *BMJ* 1996; 313: 858-859. <https://doi.org/10.1136/bmj.313.7061.858>
9. SCHOMERUS G, MATSCHINGER H, ANGERMEYER MC. Public beliefs about the causes of mental disorders revisited. *Psychiatry Res* 2006; 144: 233-236. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.05.002>
 10. MUNIZZA C, ARGENTERO P, COPPO A, TIBALDI G, DI GIANNANTONIO M, PICCI RL et al. Public beliefs and attitudes towards depression in Italy: a national survey. *PLoS One* 2013; 8: e63806. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0063806>
 11. COPPENS E, VAN AUDENHOVE C, SCHEERDER G, ARENSMAN E, COFFEY C, COSTA S et al. Public attitudes toward depression and help-seeking in four European countries baseline survey prior to the OSPI-Europe intervention. *J Affect Disord* 2013; 150: 320-329. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.04.013>
 12. COMAS A, ÁLVAREZ E. Conocimiento y percepción de la depresión entre la población española. *Actas Esp Psiquiatr* 2004; 32: 371-376.
 13. ECONOMOU M, BERGIANNAKI JD, PEPOU LE, KARAYANNI I, SKALKOTOS G, PATELAKIS A et al. Attitudes towards depression, psychiatric medication and help-seeking intentions amid financial crisis: findings from Athens area. *Int J Soc Psychiatry* 2016; 62: 243-251. <https://doi.org/10.1177/0020764015626188>
 14. NAKANE Y, JORM AF, YOSHIOKA K, CHRISTENSEN H, NAKANE H, GRIFFITHS KM. Public beliefs about causes and risk factors for mental disorders: a comparison of Japan and Australia. *BMC Psychiatry* 2005; 5. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-5-33>
 15. ANGERMEYER MC, VAN DER AUWERA S, CARTA MG, SCHOMERUS G. Public attitudes towards psychiatry and psychiatric treatment at the beginning of the 21st century: a systematic review and meta-analysis of population surveys. *World Psychiatry* 2017; 16: 50-61. <https://doi.org/10.1002/wps.20383>
 16. BHUGRA D, SARTORIUS N, FIORILLO A, EVANS-LACKO S, VENTRIGLIO A, HERMANS MHM et al. EPA guidance on how to improve the image of psychiatry and of the psychiatrist. *Eur Psychiatry* 2015; 30: 423-430. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.02.003>
 17. DIETRICH S, MERGL R, FREUDENBERG P, ALTHAUS D, HEGERL U. Impact of a campaign on the public's attitudes towards depression. *Health Educ Res* 2010; 25: 135-150. <https://doi.org/10.1093/her/cyp050>
 18. PAYKEL ES, HART D, PRIEST RG. Changes in public attitudes to depression during the Defeat Depression campaign. *Br J Psychiatry* 1998; 173: 519-522. <https://doi.org/10.1192/bjp.173.6.519>
 19. JORM AF, CHRISTENSEN H, GRIFFITHS KM. The impact of beyondblue: the national depression initiative on the Australian public's recognition of depression and beliefs about treatments. *Aust N Z J Psychiatry* 2005; 39: 248-254. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2005.01561.x>

