

ARTÍCULOS ORIGINALES

## Prevalencia de cuadros depresivos y factores asociados en mujeres adultas de la Isla de Chiloé

RUBÉN ALVARADO,<sup>(1)</sup> JACOBO NUMHAUSER<sup>(2)</sup>

### RESUMEN

*Su objetivo es describir la tasa de prevalencia instantánea de cuadros depresivos en mujeres de la Isla de Chiloé, la asociación con sintomatología y trastornos de tipo ansioso y somatoforme y estudiar la asociación con un conjunto de factores sociales. Se trata de un estudio transversal, con una muestra poblacional de tipo probabilística compuesta por 153 mujeres adultas, de 18 a 64 años, beneficiarias de Fonasa, que viven en la Isla Grande de Chiloé. La encuesta fue realizada en el domicilio por técnicos y profesionales de la salud previamente entrenados. Se utilizó una encuesta socio – económica precodificada y una escala para medir trastornos depresivos, ansiosos y somatoformes. Se encontró una prevalencia instantánea de 5,9% (IC95% entre 2,2% y 9,6%) para trastornos depresivos y de 20,3% (IC95% entre 13,9% y 27,2%) para cuadros subclínicos. Además, se observó una fuerte asociación entre los síntomas depresivos y los de tipo ansioso ( $r = 0,84$ ) así como entre los síntomas depresivos y los de tipo somatoformes ( $r = 0,67$ ). Entre los factores sociales estudiados, sólo se encontró asociación estadísticamente significativa con el nivel educacional: las mujeres sin un cuadro clínico tenían una mayor cantidad de años de escolaridad que las que presentaban un cuadro depresivo (subclínico o un trastorno). Las mujeres que eran separadas y viudas, las que tenían un mayor número de hijos, las que vivían en zonas urbanas y las que referían tener un menor nivel de participación social, presentaban cifras más elevadas de trastornos depresivos, aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa. La prevalencia poblacional de trastornos depresivos es similar a la encontrada en otras zonas del país. La prevalencia poblacional en mujeres de cuadros depresivos de tipo subclínico no ha sido estudiada previamente en nuestro medio, pero la cifra es similar a la descrita en estudios en Estados Unidos y se discute la posibilidad de desarrollar programas preventivos. La estrecha asociación encontrada entre síntomas depresivos y los de tipo ansioso y somatoforme, tiene implicancias para la práctica clínica y para la organización de programas de atención. La asociación entre baja escolaridad y cuadros depresivos da relevancia al desarrollo de políticas sociales que buscan incrementar el nivel de escolaridad entre las jóvenes, ya que tendría -además- un efecto positivo y protector en su salud mental. Se discute la necesidad de avanzar en la elaboración de un modelo multidimensional para la explicación de estos cuadros depresivos.*

**Palabras clave:** Prevalencia, depresión, factores sociales de riesgo.

<sup>(1)</sup> Escuela de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. ralvarado@med.uchile.cl

<sup>(2)</sup> Unidad de Salud Mental. Hospital de Ancud.

## ABSTRACT

### PREVALENCE OF DEPRESSIVE MANIFESTATIONS AND ASSOCIATED FACTORS IN ADULT WOMEN OF THE CHILOÉ ISLAND

*The objective of this study is that of describing the instant prevalence rate of depressive symptoms in women of the Chiloé Island, its relation with anxiety type and somatoform symptomatology and disturbances, and to look into its association with a series of social factors. The study carried out is a cross-sectional survey with a probabilistic type populational sample consisting of 153 adult women, from 18 to 64 years of age, all of them Fonasa beneficiaries, who live on the Chiloé Island. The survey was carried out in the homes by previously trained technicians and health professionals. A precodified socioeconomic survey was used, and a scale to measure depressive, anxious or somatoform disturbances. An instant prevalence of 5.9% (IC95% between 2.2% and 9.6%) was found for depressive disorders, and of 20.3% (IC95% between 13.9% and 27.2%) for subclinical manifestations. Also, a strong association was observed between depressive symptoms and those of an anxious type ( $r = 0.84$ ) as also between the depressive symptoms and those of a somatoform type ( $r = 0.67$ ). Among the social factors studied, a statistically significant association was only found with the educational level: the women without clinical manifestations had a longer period of schooling than those presenting depressive symptoms (both subclinical or disturbances). Those women who were separated or widowed, those having a larger number of children, those living in urban areas and those who reported having a lower level of social participation, presented a higher number of depressive disorders, although this difference was not statistically significant. The populational prevalence of depressive disorders is similar to that found in other regions of the country. The populational prevalence of depressive symptoms of a subclinical type in women has not been previously studied in our environment, but the figure obtained is similar to that of studies carried out in the United States, and the possibility of developing preventive programs is being discussed. The close relationship found between depressive symptoms and those of an anxious and somatoform type has implications for clinical practice and for medical care programs. The relationship between low schooling and depressive symptoms is relevant to the development of social policies seeking to increase the schooling level among the young, as this would also have a positive and protecting effect on their mental health. The need for advancing in the elaboration of a multidimensional model for the explanation of these depressive symptoms is being discussed.*

**Key words:** Prevalence, depression, social risk factors.

## INTRODUCCIÓN

Los trastornos depresivos determinan una cantidad importante de pérdida de AVAD en el mundo<sup>1</sup>. Para todas las edades y en ambos sexos, se estima que un 4,4% de los AVAD perdidos se debe a los trastornos depresivos, ocupando el cuarto lugar después de las infecciones de las vías respiratorias inferiores, las afecciones perinatales y el VIH/SIDA<sup>1</sup>.

Si se considera el grupo de adultos más jóvenes (15 a 44 años), para ambos sexos, los trastornos depresivos determinan una pérdida del 8,6% de AVAD, ocupando el segundo lugar después de VIH/SIDA. Se estima que para el año 2020 los trastornos de este tipo pasarán a ocupar el segundo lugar en la proporción de AVAD perdidos que ellos

causarán, para todas las edades y en ambos sexos<sup>2</sup>.

Además, se ha encontrado que los trastornos depresivos se encuentran asociados a una mayor frecuencia de enfermedades crónicas<sup>3</sup>, y en personas de mayor edad habría un riesgo más elevado de morir por éstas<sup>4</sup>. Por otra parte, en estudios poblacionales se ha encontrado que las personas que padecen una depresión tienen una calidad de vida deteriorada, tanto o más que aquellas que sufren otras enfermedades crónicas<sup>5</sup>.

De igual forma, en estudios comunitarios una proporción importante de las personas que padecen un trastorno depresivo tienen al mismo tiempo un trastorno ansioso<sup>6,7</sup>. Los resultados han sido más evidentes cuando se utiliza una perspectiva dimensional de análisis, vale decir, se utilizan instrumentos que miden la intensidad de los síntomas<sup>8</sup>.

Algo similar se ha descrito para la asociación entre síntomas depresivos y somatoformes, aunque existen menos estudios al respecto<sup>9</sup>.

En Chile, durante la década pasada se realizó un programa de investigación epidemiológica de trastornos mentales en muestras comunitarias de cuatro zonas del país: Concepción, Santiago, Iquique y Cautín<sup>10,11,12,13,14</sup>. Los resultados mostraron una prevalencia de vida para cualquier trastorno (de los evaluados por el instrumento) de: 36,0% y una prevalencia para los últimos 6 meses de 22,6%.

De todos los cuadros que fueron estudiados, los trastornos depresivos obtuvieron las cifras más elevadas, con prevalencias de vida que fluctuaron entre 8,4% (en Cautín) y 16,3% (en Concepción), y prevalencias en los últimos 6 meses que van entre 2,8% (en Cautín) y 8,2% (en Iquique).

Los antecedentes previos nos permiten concluir que esta enfermedad tiene una elevada magnitud y una gran relevancia. Así lo muestran estudios internacionales y los realizados en nuestro país.

Por otra parte, desde hace dos décadas se vienen haciendo importantes esfuerzos por dilucidar las causas de los trastornos depresivos, con investigaciones que abordan factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales. La investigación epidemiológica se ha centrado en estos últimos aspectos.

Actualmente, se acepta que una proporción importante del riesgo es explicada por la herencia<sup>15</sup> y otra parte por experiencias tempranas de pérdidas significativas y/o situaciones de violencia en la infancia<sup>16,17,18</sup>. Ambas, condicionan ciertas características en el funcionamiento neurobiológico y en la personalidad<sup>19,20,21</sup> que predisponen al desarrollo de una respuesta depresiva frente a condiciones microsociales tales como eventos vitales negativos y pérdida del apoyo social<sup>22,23</sup>. Finalmente, se han descrito otras condiciones asociadas con depresión: desempleo, matrimonio insatisfactorio y tener tres o más niños menores de 14 años viviendo en la casa<sup>16</sup>. K. Kendler et al.<sup>24</sup> han formulado un modelo que permite integrar las diversas dimensiones que han sido descritas previamente y así avanzar hacia una visión más comprehensiva de la etiología de esta enfermedad en las mujeres.

En nuestro país, los estudios descritos con anterioridad<sup>10,11,12,13,14</sup> analizaron el sexo, la edad, la etnia y la situación socio - económica como poten-

ciales indicadores de riesgo. Se encontró que los trastornos depresivos eran más frecuentes entre las mujeres, en los adultos de edad media y en las personas de más bajo nivel socio - económico. Aunque esto resulta un avance hacia el desarrollo de modelos que permitan explicar la aparición de esta enfermedad en nuestro medio, es necesario profundizar mucho más en el estudio de condiciones remotas (genética y experiencias tempranas), de personalidad (neuroticismo, etc.), microsociales (eventos estresantes, apoyo social y dificultades cotidianas, etc.) y macrosociales (situación laboral, escolaridad, participación social, etc.). El desarrollo de modelos multifactoriales y multidimensionales es una tarea pendiente en nuestro país.

El propósito de este trabajo es describir la tasa de prevalencia instantánea de cuadros depresivos en mujeres de la Isla de Chiloé, la asociación con sintomatología y trastornos de tipo ansioso y somatoforme y avanzar en el estudio de factores asociados. Con esto último se busca contribuir al desarrollo de modelos explicativos de esta enfermedad para nuestro país.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio transversal, basado en una muestra poblacional de mujeres, donde se indaga en forma simultánea por la presencia de un cuadro depresivo y diversos factores que pudiesen estar asociados.

### Universo y muestra

El universo está constituido por todas las mujeres adultas, de 18 a 64 años, beneficiarias de Fonasa, que viven en la Isla Grande de Chiloé. La muestra es de tipo aleatoria estratificada y mantiene la proporción urbano / rural de la isla. Los casos fueron extraídos desde las siguientes zonas: Ancud, Castro, Achao, Quemchi, Dalcahue, Curaco de Vélez, Chonchi, Chacao, Caulin, Linao, Puntra, Manao, Quetalco y Calén. La selección al azar se hizo utilizando la fichas familiares en las zonas rurales y el listado de inscritos para el per cápita en las áreas urbanas.

El tamaño de muestra se calculó considerando una prevalencia cercana al 7% ( $p = 0,07$ ), con un nivel de confianza del 95% y un tamaño máximo de error de 4%, lo que da una cifra de 156 casos.

La encuesta fue aplicada en el domicilio de las mujeres, por entrevistadores que fueron especialmente entrenados para esta tarea. Los encuestadores fueron médicos generales, enfermeras, asistentes sociales y técnicos paramédicos, que trabajan en los centros de salud que correspondía a ese territorio. El entrevistador explicaba los objetivos del estudio y solicitaba la participación voluntaria. Se encontró al 98% de las mujeres seleccionadas y no se registraron rechazos.

La muestra final estuvo constituida por 153 mujeres. Su promedio de edad fue de 40,9 años, con un rango que fluctuaba entre los 21 y 64 años. 77,8% tenían pareja estable (68,6% estaban casadas y 9,2% tenían conviviente), 14,4% eran solteras, 3,3% separadas y 4,6% viudas. La mediana de hijos por mujer fue de 2. Entre ellas 7,2% no tenían hijos.

64,5% de ellas vivía en una zona urbana y 35,5% lo hacía en un área rural. El 59,5% de ellas no tenía trabajo remunerado al momento de ser encuestada y sólo el 20,9% tenía un trabajo estable (las restantes trabajaban en su casa o tenían un trabajo inestable). Respecto del nivel de escolarización, el 45,1% de ellas llegó hasta enseñanza básica y 43,8% hasta enseñanza secundaria. Sólo un 2,6% nunca fueron a la escuela. La mediana de años de estudio para todo el grupo fue de 8 años.

Un 64,1% de ellas no participaba en algún grupo social o lo hacía en forma muy ocasional. El 35,9% participaba en forma frecuente en organizaciones vecinales, de iglesia u otro grupo social.

### **Instrumentos utilizados**

Los instrumentos utilizados en este estudio fueron los siguientes:

- a. Una encuesta de datos personales, que explora la información sobre edad, estado civil y situación de pareja, personas con las que vive, número de hijos, nivel de escolaridad, situación laboral, lugar donde vive y participación en organizaciones sociales. Las preguntas están precodificadas y fueron sometidas a un proceso de validación semántica previa.
- b. Una escala para medir trastornos depresivos, ansiosos y somatoformes<sup>25</sup>, que está compuesta por 35 preguntas precodificadas que permiten diferenciar los tres tipos de cuadros (Subescala Para Trastornos Depresivos, Subescala Para Trastornos Ansiosos y

Subescala Para Trastornos Somatoformes), y puede ser utilizada en forma dimensional o categorial (en este último caso se diferencian tres categorías en cada caso: sin cuadro clínico, con cuadro subclínico y con trastorno clínico); que fue construida, validada y estandarizada en nuestro país usando como referencia los criterios diagnósticos DSM III-R para dichos trastornos. Estudios previos han permitido conocer su comportamiento con dimensiones psicossociales<sup>26</sup>. También ha sido usada en estudios de prevalencia poblacional<sup>27</sup>. Para esta investigación se utilizará el concepto de "cuadro depresivo" para englobar los cuadros depresivos subclínicos y los trastornos depresivos en forma conjunta.

### **Análisis de los datos**

Para el cálculo de la prevalencia de momento se utilizaron las categorías de la Subescala para Trastornos Depresivos. Se realizó una estimación puntual y por intervalo al 95% de confianza. Para los estudios de asociación se realizaron análisis de varianza (o prueba de Kruskal - Wallis cuando el test de Bartlett para estudiar la homogeneidad de las varianzas entre los grupos era de  $p < 0,10$ ), prueba de chi cuadrado y análisis de correlación (específicamente para ver la asociación entre las tres subescalas de síntomas).

Todo el análisis estadístico se realizó en EPI INFO 6.04.

## **RESULTADOS**

### **Prevalencia de cuadros depresivos**

En la Tabla 1 se muestra la prevalencia instantánea de cuadros depresivos para el grupo estudiado. Un 20,3% de ellas presentaba un cuadro subclínico (IC95% entre 13,9% y 27,2%) y un 5,9% padecía un trastorno depresivo (IC95% entre 2,2% y 9,6%).

### **Asociación de cuadros depresivos con cuadros ansiosos y somatoformes**

La Tabla 2 nos muestra la asociación de cuadros depresivos y cuadros ansiosos. Se encontraron 100 casos (65,4%) donde no existía ninguno de

**Tabla 1. Prevalencia instantánea de cuadros depresivos, en una muestra poblacional de mujeres de la Isla de Chiloé (n = 153)**

Cuadros depresivos	Prevalencia		
	n	est puntual	IC95%
Sin cuadro depresivo	113	73,9	
Con cuadro depresivo subclínico	31	20,3	13,9 – 27,2
Con trastorno depresivo	9	5,9	2,2 – 9,6

estos tipos de cuadros. Entre los 31 casos donde se registró un cuadro depresivo subclínico, 54,8% presentaba al mismo tiempo un cuadro ansioso subclínico y un 19,4% tenía un trastorno ansioso. Entre los 9 casos donde se detectó un trastorno depresivo, 11,1% presentaba un cuadro ansioso subclínico y 77,8% padecía un trastorno de tipo ansioso.

Por otra parte, si se estudia la puntuación en la escala de ansiedad para cada categoría de cuadros depresivos, se observa que ésta fue cada vez más alta a medida que eran más intensos los síntomas depresivos. Los promedios y desviaciones estándar en la subescala de ansiedad para cada categoría de la subescala de depresión son los siguientes:

- Sin cuadro depresivo = 5,2 ± 3,4
- Con cuadro subclínico = 12,2 ± 3,6
- Con trastorno depresivo = 18,6 ± 5,3

En el análisis de varianza se obtuvo un  $p < 0,0001$ . El análisis de comparaciones múltiples muestra que las puntuaciones entre los tres grupos son significativamente distintas entre sí.

Por otro lado, el análisis de correlación para la puntuación en las subescalas de depresión y de ansiedad mostró un  $r=0,84$  y  $p\text{-value} < 0,0001$ .

Todo lo anterior nos hace plantear que existe una estrecha asociación entre los cuadros ansiosos y depresivos en esta muestra comunitaria de mujeres.

En la Tabla 3 se presenta la asociación de cuadros depresivos con cuadros somatoformes. Se observaron 99 casos (64,7%) donde no existía ninguno de estos tipos de cuadros. Entre los 31 casos que presentaban un cuadro depresivo subclínico, 16,1% presentaba al mismo tiempo un cuadro somatoforme subclínico y un 35,5% tenía un trastorno somatoforme. Entre los 9 casos donde se detectó un trastorno depresivo, 11,1% presentaba un cuadro somatoforme subclínico y 77,8% padecía un trastorno de este tipo.

Al analizar la puntuación en la subescala para trastornos somatoformes según la categoría de cuadros depresivos, encontramos una situación similar a la descrita anteriormente para los cuadros ansiosos. Los promedios y desviaciones estándar son los siguientes:

**Tabla 2. Asociación de cuadros depresivos y cuadros ansiosos, en una muestra poblacional de mujeres de la Isla de Chiloé (n = 153)**

Cuadros depresivos	Cuadros Ansiosos			Total
	Sin cuadro	Cuadro ansioso subclínico	Con trastorno ansioso	
Sin cuadro	100 88,5 %	13 11,5 %	0 -	113 100,0 %
Cuadro depresivo subclínico	8 25,8 %	17 54,8 %	61 9,4 %	31 100,0 %
Con trastorno depresivo	1 11,1 %	1 11,1 %	7 77,8 %	9 100,0 %
Total	109 71,2 %	31 20,3 %	13 8,5 %	153 100,0 %

**Tabla 3. Asociación de cuadros depresivos y cuadros somatoformes, en una muestra poblacional de mujeres de la Isla de Chiloé (n = 153)**

Cuadros depresivos	Sin cuadro	Cuadros somatoformes		Total
		Cuadro somato subclínico	Con trastorno somatoforme	
Sin cuadro	99 87,6 %	6 5,3 %	8 7,1 %	113 100,0 %
Cuadro depresivo subclínico	15 48,4 %	51 6,1 %	11 35,5 %	31 100,0 %
Con trastorno depresivo	1 11,1 %	1 11,1 %	7 77,8 %	9 100,0 %
Total	115 75,1 %	12 7,8 %	26 17,0 %	153 100,0 %

- Sin cuadro depresivo = 3,9 ± 3,1
- Con cuadro subclínico = 12,6 ± 3,6
- Con trastorno depresivo = 27,3 ± 5,2

En la prueba de Kruskal Wallis se obtuvo un  $p < 0,0001$ . El análisis de comparaciones múltiples muestra que las diferencias de las puntuaciones entre los tres grupos son estadísticamente significativas.

El análisis de correlación para la puntuación en las subescalas de depresión y de trastornos somatoformes mostró un  $r = 0,67$  y  $p\text{-value} < 0,0001$ .

También en este caso encontramos una estrecha asociación entre los cuadros depresivos y somatoformes. Sin embargo, al comparar los valores de  $r$  en ambos casos se puede ver que la asociación es más fuerte entre los cuadros depresivos y los cuadros ansiosos, respecto de los primeros con los cuadros somatoformes.

### Factores asociados a cuadros depresivos

**Edad.** En la Tabla 3 se compara la edad para las tres categorías de la subescala de cuadros depresivos. El grupo con un cuadro subclínico obtuvo el promedio de edad más alto y el que presentaba un trastorno depresivo el más bajo. En el análisis de varianza se obtuvo un  $p = 0,2138$ .

También se realizó un análisis de regresión lineal simple para la edad de la mujer y puntuación en la subescala de depresión, resultando un coeficiente de regresión  $r = 0,14$  y un  $r^2 = 0,02$  (con IC95% entre -0,14 y 0,18).

En síntesis, no se encontró asociación entre la edad de la entrevistada y la existencia de un cuadro depresivo o la intensidad de los síntomas de

este tipo.

**Estado civil y situación de pareja.** En la Tabla 4 se puede apreciar que el grupo que tenía pareja al momento de la entrevista (casado o conviviente) se encontró un 19,3% de mujeres con un cuadro subclínico y un 5,9% con un trastorno depresivo. Entre las solteras estas cifras fueron de 22,7% y 4,5% respectivamente; y entre las separadas y viudas fue de 25,0% y 8,3% respectivamente.

Dado que las cifras más elevadas se encontraron en el grupo de separadas y viudas, se realizó una prueba de homogeneidad de chi cuadrado para comparar la frecuencia de cuadros depresivos entre estas y el grupo formado por solteras, casadas y convivientes, obteniéndose un  $p = 0,8318$ , lo que indica que estas diferencias no son estadísticamente significativas.

**Número total de hijos.** Para este análisis incluyó sólo a las mujeres que tenían hijos (92,8%). Tal como se observa en la Tabla 3, en el grupo sin un cuadro depresivo se encontró una mediana de 2 hijos, cifra similar para el grupo con un cuadro subclínico. En cambio, entre las mujeres con un trastorno depresivo la mediana fue de 3 hijos. En la prueba de Kruskal Wallis se obtuvo un  $p = 0,1176$ , lo que indica que estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

**Zona de residencia urbana o rural.** Entre las mujeres que residían en zonas urbanas encontramos un 20,4% de ellas con un cuadro subclínico y un 8,2% con un trastorno depresivo (Tabla 4). Para las que vivían en áreas rurales estas cifras fueron 20,4% y 1,9% respectivamente.

Para estudiar la asociación fue necesario reunir

**Tabla 4. Edad, número de hijos y años de escolaridad respecto de la presencia de un cuadro depresivo o no, en una muestra poblacional de mujeres de la Isla de Chiloé (n = 153)**

Variable	SCD*	CCS**	CTD***	p-value
Edad (en años) (promedio ± de)	40,6 ± 10,3	43,5 ± 11,2	37,1 ± 10,3	0,2138
Nº total de hijos (mediana)	2	2	3	0,1176
Años de escolaridad (promedio ± de)	8,6 ± 3,4	6,5 ± 4,4	5,8 ± 2,7	0,0016

\* SCD = sin cuadro depresivo

\*\* CCS = con cuadro subclínico

\*\*\* CTD = con trastorno depresivo

en un solo grupo a las que presentaban un cuadro subclínico y las que padecían un trastorno, ya que un valor esperado en un casillero era menor a 5. El valor de p en la prueba de chi cuadrado fue de 0,3949.

**Número de años de escolaridad.** En la Tabla 3 se presentan los valores (promedio y desviación estándar) para cada uno de los grupos. En la prueba de Kruskal Wallis se encontró un  $p = 0,0016$ , evidenciando diferencias significativas entre los grupos, por lo que se procedió a realizar un test de comparaciones múltiples:

- Comparación entre el grupo sin cuadro depresivo y el que tiene un cuadro subclínico:  $p = 0,0022$ ;

- Comparación entre el grupo sin cuadro depresivo y el que tiene un trastorno clínico:  $p = 0,0152$ ;

- Comparación entre el grupo con un cuadro subclínico y el que tiene un trastorno depresivo:  $p = 0,6525$ .

Lo anterior nos permite concluir que el grupo que no presenta un cuadro depresivo tiene una mayor cantidad de años de escolaridad, en contraste con los otros dos (grupos subclínico y clínico). Visto de otra manera, un menor nivel de escolaridad se asocia con la presencia de un cuadro depresivo clínico o subclínico.

**Situación ocupacional.** En el grupo de mujeres que tenía un trabajo remunerado había un 21,0% con un cuadro subclínico y un 4,8% con un trastorno depresivo (Tabla 4). Entre las que no tenían un trabajo remunerado estas cifras fueron de 19,8% y 6,6% respectivamente. La prueba de chi cuadrado arrojó un  $p = 0,8957$ , lo que indica que no hay

diferencias estadísticamente significativas.

**Participación social.** En la Tabla 4 se muestran los resultados para esta variable. Entre las mujeres que señalaron no participar frecuentemente en alguna organización social se encontró un 18,4% con un cuadro subclínico y un 8,2% con un trastorno depresivo. En cambio, entre las que refirieron participar habitualmente dentro de al menos un grupo social estas cifras fueron de 23,6% y 1,8% respectivamente.

En este caso también fue necesario reunir en un solo grupo a las que presentaban un cuadro subclínico y las que padecían un trastorno, ya que nuevamente un valor esperado en un casillero era menor a 5. La prueba de chi cuadrado mostró un  $p = 0,8844$ .

## DISCUSIÓN

En primer lugar, nos parece necesario señalar 3 limitaciones de este estudio que son propias del diseño que se utilizó: a) si bien el tamaño muestral fue estimado para un nivel de confianza del 95% y un error del 4%, una cantidad mayor hubiera permitido tener mayor precisión en las estimaciones de prevalencia y, posiblemente, se hubiese rechazado la hipótesis nula en algunas de las asociaciones estudiadas; b) al tratarse de un estudio transversal sólo es posible identificar la existencia de asociaciones significativas, pero no se puede identificar la direccionalidad de dichas asociaciones, lo que limita el análisis de causalidad; y c) la no utilización de un instrumento estandarizado de tipo categorial para la identificación de "caso", lo que limita la comparación con los otros estudios nacionales.

Respecto del tamaño muestral, la decisión obe-

**Tabla 5. Estado civil, zona de residencia, situación ocupacional y participación social respecto de la presencia o no de un cuadro depresivo, en una muestra poblacional de mujeres de la Isla de Chiloé (n = 153)**

Variable	SCD*	CCS**	CTD***	p-value
<i>Estado civil</i>				
soltera	72,7 %	22,7 %	4,5 %	
casada / conviviente	74,8 %	19,3 %	5,9 %	0,8312
separada / viuda	66,7 %	25,0 %	8,3 %	
<i>Zona de residencia</i>				
urbana	71,4 %	20,4 %	8,2 %	
rural	77,7 %	20,4 %	1,9 %	0,3949
<i>Situación ocupacional</i>				
con trabajo remunerado	74,2 %	21,0 %	4,8 %	
sin trabajo remunerado	73,6 %	19,8 %	6,6 %	0,8957
<i>Participación social</i>				
participa frecuentemente	74,6 %	23,6 %	1,8 %	
no participa frecuentemente	73,4 %	18,4 %	8,2 %	0,8844

\* SCD = sin cuadro depresivo

\*\* CCS = con cuadro subclínico

\*\*\* CTD = con trastorno depresivo

dece a limitaciones económicas ya que este estudio se realizó con el aporte en trabajo de los profesionales y técnicos de las instituciones que participaron en él, no contando con un financiamiento especial. La utilización de un diseño transversal obedece al objetivo central de este estudio, cual es la determinación de la prevalencia poblacional de los cuadros depresivos entre las mujeres.

Mención especial merece la discusión sobre el instrumento para la identificación de "caso". Se optó por usar un instrumento de tipo dimensional que ha sido estandarizado en nuestro medio, con la finalidad de poder detectar los "casos subclínicos" y de poder realizar análisis de la intensidad de los síntomas depresivos como si fuera una variable continua (dimensional). Desde una perspectiva clínica, R. Luque<sup>28</sup> ha resaltado las ventajas de una aproximación de este tipo: "... la aplicación de modelos dimensionales a los síntomas mentales puede suministrar una información más completa del síntoma, aportar datos más relevantes para el estudio neurobiológico y facilitar el análisis pormenorizado y la descripción matemática del fenómeno psicopatológico". De igual forma, en la extensa revisión efectuada por GL. Flett, K. Vredenburg y L. Kramer<sup>29</sup> se señala que, aunque una perspectiva

categorial es útil y necesaria para la definición de casos en la práctica clínica, una perspectiva dimensional se acerca más a la forma en que el fenómeno depresivo existe en las comunidades, como una continuidad entre lo normal y lo patológico, siendo difícil precisar con exactitud el límite entre uno y otro.

Nuestros resultados mostraron una prevalencia de trastornos depresivos de 5,9%, con un intervalo de confianza al 95% (IC95%) que va entre 2,2% y 9,6%. Aunque los estudios realizados en otras zonas del país<sup>10,11,12,13</sup> usaron otro instrumento (CIDI, que es de tipo categorial) y los resultados fueron expresados en prevalencias de período (de 6 meses), es muy interesante el hecho de que nuestros resultados fueran similares con tres de ellos<sup>10,11,13</sup>. Sólo en el caso de Iquique<sup>12</sup>, las cifras fueron más elevadas que en el resto de las regiones estudiadas hasta ahora. Lo anterior nos hace suponer que este tipo de trastornos tiene una magnitud homogénea a lo largo de nuestro país, con la única excepción de Iquique.

Un aspecto que nos parece especialmente relevante es la existencia de un 20,3% de mujeres con cuadros depresivos de tipo subclínico. Esto implica una razón de 3,4 mujeres con un cuadro subclínico por cada mujer con un trastorno clínico.

Los planteamientos más modernos acerca de la evolución de esta enfermedad es que en una proporción mayoritaria de los pacientes la evolución tiende a ser crónica, donde las fases subclínicas pueden ser la etapa previa al inicio del cuadro clínico o la etapa posterior a la remisión de éste<sup>30,31</sup>. Hay que recordar los resultados descritos por E. Howarth et al.<sup>32</sup>, basados en una muestra poblacional que tuvo un seguimiento de un año, donde se encontró que las personas con un cuadro depresivo subclínico tenía un RR de 4,4 de padecer un trastorno depresivo en la segunda evaluación un año después. Estos mismos autores describieron una prevalencia puntual de 24% para personas con síntomas depresivos, cifra que es muy cercana a la que nosotros encontramos.

Por todo lo descrito en el párrafo anterior, es importante destacar la carga de morbilidad actual y futura que implica este grupo de mujeres con un cuadro de tipo subclínico. Tal como lo plantearon E. Horwath et al.<sup>32</sup>, dada la elevada prevalencia de personas con cuadros subclínicos y la fuerte asociación de éstos con el inicio de un trastorno depresivo, se abre una posibilidad para desarrollar estrategias de detección precoz de cuadros depresivos, con intervenciones que pudiesen producir un impacto significativo en la reducción de la carga de discapacidad poblacional que esta enfermedad produce. Esta es una tarea pendiente para el futuro, tanto para investigadores como para planificadores sanitarios.

Otro hallazgo importante fue la fuerte asociación entre los síntomas y cuadros depresivos con los de tipo ansioso, al igual – aunque con una menor fuerza – con los de tipo somatoforme. Esto ha sido resaltado por muchos autores desde hace varias décadas atrás. D. Goldberg y P. Huxley<sup>33,34</sup> resumieron diversos estudios y concluyeron que esta asociación es lo más frecuente cuando se estudian muestras comunitarias (en contraste con muestras de pacientes atendidos en centros especializados u hospitalizados), especialmente con instrumentos que abordan el problema desde una perspectiva dimensional. Lo anterior ha llevado a la necesidad de replantear las clasificaciones y los criterios diagnósticos<sup>35</sup>, asumiendo la existencia de un cuadro mixto depresivo – ansioso<sup>36</sup>, que sería de elevada frecuencia en pacientes que consultan en atención primaria. Esta situación ha sido confirmada en nuestro medio, destacando la importancia de asumir esta complejidad clínica para obtener una mayor efecti-

vidad en los tratamientos<sup>37</sup>.

Respecto de los potenciales factores de riesgo que fueron estudiados, sólo se encontró una asociación significativa con el nivel de escolaridad: las mujeres que no presentan un cuadro depresivo tienen una mayor cantidad de años de estudio que aquellas con un cuadro subclínico o con un trastorno. Por una parte, que no existan diferencias entre los grupos subclínico y con trastorno, siendo el bajo nivel educacional una condición de riesgo para ambos, nuevamente nos plantea la posible continuidad clínica entre ambos grupos, tal como fue analizada y discutida en párrafos anteriores. Por otra parte, este hallazgo nos plantea la posibilidad de que el mayor nivel educacional actúe como una condición protectora para el desarrollo de un cuadro depresivo. Las implicancias que esto tendría para nuestras políticas sociales y su impacto en la salud mental de las mujeres en de gran importancia. Sin embargo, en esta discusión no podemos olvidar que el nivel educacional puede ser una variable intermedia entre pobreza y depresión, o entre condiciones traumáticas de la infancia y depresión. Nuestros resultados en este último punto han sido motivo de otra publicación<sup>38</sup>. Sin embargo, creemos necesario avanzar hacia la elaboración de modelos multidimensionales para depresión, que incorporen factores genéticos, biográficos, micro y macrosociales.

Antes de finalizar, queremos resaltar que en varios de los factores sociales estudiados se puede identificar una cierta tendencia, aunque ésta no fue estadísticamente significativa. Las mujeres separadas y viudas, las que tenían un mayor número de hijos (tres *v/s* dos), las que vivían en zonas urbanas y las que referían tener un menor nivel de participación social, presentaban cifras más elevadas de trastornos depresivos. Creemos importante que en futuros estudios, con muestras mayores, se siga estudiando la posible asociación de estas condiciones con cuadros depresivos.

## REFERENCIAS

- 1.- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Informe sobre la Salud en el Mundo. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. 2001. WHO.
- 2.- ÚSTÜN T B. The Global Burden of Mental Disorders. *Am J Public Health* 1999; 89: 1315 – 8.
- 3.- KATON W, SULLIVAN MD. Depression and chronic medical illness. *J Clin Psychiatry* 1990; 51 (suppl.): 3-11.
- 4.- PENNINX B, GEERLINGS S, DEEG D, VAN EIJK

- J, VAN TILBURG W, BEEKMAN A. Minor and mayor depression and the risk of death in older persons. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 889 - 95.
- 5.- WELLS K B, STEWART A, HAYS R D, BURNAM A, ROGERS W, DANIELS M, BERRY S, GREENFIELD H, WARE J. The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA* 1989; 269: 914 - 9.
  - 6.- KRUEGER R F. The structure of Common Mental Disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 921 - 6.
  - 7.- ACTA PSYCHIATR SCAND 2001. Clinical significance and comorbidity of subthreshold depression and anxiety in the community; 104: 96 - 103.
  - 8.- BLAZER D, SCHWARTZ M, WOODBURY M, MANTON K G, HUGHES D, GEORGE L D. Depressive symptoms and depressive diagnoses in a community population. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 1078 - 84.
  - 9.- SIMON G E, VON KORFF M. Somatization and Psychiatric Disorder in the NIMH Epidemiologic Catchment Area Study. *Am J Psychiatry* 1991; 148 (11): 1494 - 500.
  - 10.- VICENTE B, RIOSECO P, VIELMA M, URIBE M, BOGGIANO G, TORRES S. Prevalencia de vida de algunos trastornos psiquiátricos en la provincia de Concepción. *Rev Psiquiatría* 1992; 9: 1050 - 60.
  - 11.- VICENTE B, RIOSECO P, VIELMA M, URIBE M, BOGGIANO G, TORRES S. Trastornos psiquiátricos en diez comunas de Santiago: prevalencia de seis meses. *Rev Psiquiatría* 1994; 11: 194 - 202.
  - 12.- VICENTE B, RIOSECO P, SALDIVIA S, MADARIAGA C, VIELMA M, MUÑOZ M, REYES L, TOMÉ M. Prevalencia de vida y seis meses de algunos trastornos psiquiátricos en la población de 15 años y más, de la provincia de Iquique. *Rev Psiquiatría* 1998; 15: 59 - 69.
  - 13.- VICENTE B, RIOSECO P, VIELMA M, BOGGIANO G, SILVA L, SALDIVIA S. Prevalencia de vida y seis meses de algunos trastornos psiquiátricos en la provincia de Cautín - Chile. *Rev Psiquiatría* 2000; 12: 75 - 86.
  - 14.- VICENTE B, RIOSECO P, SALDIVIA S, KOHN R, TORRES S. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM III - R / CID1) (E CPP). *Rev Med Chile* 2002; 130: 527 - 36.
  - 15.- SULLIVAN P F, NEALE M C, KENDLER K S. Genetic epidemiology of mayor depression: review and meta - analysis. *Am J Psychiatry* 2000; 157 (10): 1552 - 62.
  - 16.- ROY A. Five risk factors for depression. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 536 - 41.
  - 17.- BERNET C Z, STEIN M B. Relationship of childhood maltreatment to the onset and course of major depression in adulthood. *Depress Anxiety* 1999; 9: 169 - 74.
  - 18.- MACMILLAN H L, FLEMING J E, STREINER D L, LIN E, BOYLE M H, JAMIESON E. et al. Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *Am J Psychiatry*. 2001; 158: 1878 - 1883.
  - 19.- GOLDBERG D. Vulnerability factors for common mental illnesses. *Br J Psychiatry* 2001; 178 (suppl. 40): 69 - 71.
  - 20.- VAN OS J, PARK S B, JONES P B. Neuroticism, life events and mental health: evidence for person - environment correlation. *Br J Psychiatry* 2001; 178 (suppl. 40): 72 - 7.
  - 21.- STRICKLAND P L, WILLIAMS DEAKIN J F, PERCIVAL C, DIXON J, GATER R A, GOLDBERG D P. Bio - social origins of depression in the community. Interactions between social adversity, cortisol and serotonin neurotransmission. *Br J psychiatry* 2002; 180: 168 - 73.
  - 22.- KENDLER K S, KARKOWSKI L M, PRESCOTT C A. Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *Am J Psychiatry* 1999; 156 (6): 837 - 41.
  - 23.- DALGARD O S, BJORK S, TAMBS K. Social support, negative life events and mental health. *Br J Psychiatry* 1995; 166: 29 - 34.
  - 24.- KENDLER K S, KESSLER R C, NEALE M C, HEATH A C, EAVES L J. The prediction of Major Depression in Women: Toward an integrated etiologic model. *Am J Psychiatry* 1993; 150 (8): 1139 - 48.
  - 25.- ALVARADO R, VERA A, TOLEDO M I, SERRANO F, GATICA C G, NÚÑEZ C, GODOY S, SOTO O, ALFARO J, ASÚN D. Validación de Escalas para medir Trastornos Depresivos, por Ansiedad y Somatoformes. Cuadernos de Psicología N° 2, Universidad Diego Portales. Santiago, Chile. 1992.
  - 26.- ALVARADO R, ASÚN D, ALFARO A, VERA A et al. Comparación de variables psicosociales entre un grupo con trastornos emocionales y uno control. *Rev Psiquiatría* 1992; 9: 1141 - 52.
  - 27.- ALVARADO R, VÁSQUEZ P, SOTO S, PÉREZ J, RAFFO S. Diagnóstico de salud mental en trabajadores de hospitales y consultorios de atención primaria. *Cuad Med Soc* 1995; 36 (2): 30 - 4.
  - 28.- LUQUE R. Modelos dimensionales del síntoma psiquiátrico. En: Baca E y Lázaro J (editores). Hechos y valores en psiquiatría. Ed Triacastela, Madrid, 2003. Pp. 175 - 95.
  - 29.- FLETT G L, VREDENBURG K, KRAMER L. The continuity of depression in clinical and nonclinical samples. *Psychological Bull* 1997; 121: 395 - 416.
  - 30.- KLERMAN G L, WEISSMAN M M. The course, morbidity and cost of depression. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 831 - 4.
  - 31.- JUDD L L. Major depressive disorder: longitudinal symptomatic structure, relapse and recovery. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104: 81 - 3.
  - 32.- HOWARTH E, JOHNSON J, KLERMAN G L, WEISSMAN M M. Depressive symptoms as relative and attributable risk factors for first - onset major depression. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 817 - 23.
  - 33.- GOLDBERG D, HUXLEY P. Mental Illness in the community. The pathway to psychiatric care. Londres, Tavistock / Routledge, 1980.
  - 34.- GOLDBERG D, HUXLEY P. Common mental disorders. A bio - social model. Londres, Tavistock

/Routledge, 1992.

- 35.- OJEDA C. Angustia y depresión: ¿comorbilidad o cuadros clínicos complejos?. *Psiquiatría y Salud Mental* 2003; 19 (2): 120 - 6.
- 36.- WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Classification of Disease, 10<sup>o</sup> rev. Chapter V: Mental Disorders. WHO. Geneve. 1994.
- 37.- ALVARADO R, SANHUEZA G, MUÑOZ M G, VEGA J. Necesidades clínicas y psicosociales en mujeres que ingresan al Programa para el Tratamiento Integral de la Depresión en Atención Primaria, en Chile. Por publicar.
- 38.- NUMHAUSER J, ALVARADO R, SOTO P, HERMOSILLA J, VERA A. Eventos traumáticos en la infancia y depresión en la vida adulta, en una muestra comunitaria de mujeres de la Isla de Chiloé. *Psiquiatría y Salud Mental* 2004; 21 (1). En prensa.

Usted puede comentar éste y otros artículos publicados en la Revista Chilena de Salud Pública, enviando un correo electrónico a [revistasp@med.uchile.cl](mailto:revistasp@med.uchile.cl)