

Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana

Carlos Gómez-Restrepo,¹ Adriana Bohórquez,² Diana Pinto Masis,²
Jacky F. A. Gil Laverde,² Martín Rondón Sepúlveda² y Nancy Díaz-Granados²

Forma de citar

Gómez-Restrepo C, Bohórquez A, Pinto Masis D, Gil Laverde JFA, Rondón Sepúlveda M, Díaz-Granados N. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. Rev Panam Salud Publica. 2004;16(6):378-86.

RESUMEN

Objetivos. Analizar la prevalencia del síndrome depresivo y los factores asociados con la depresión en Colombia entre los años 2000 y 2001.

Métodos. Para este estudio descriptivo de corte transversal se aplicó una encuesta entre noviembre de 2000 y enero de 2001 a 1 116 adultos de 18 años de edad o más de uno u otro sexo que residían en viviendas particulares seleccionadas mediante un muestreo representativo nacional polietápico, estratificado según el grado de urbanización del área incluida en el muestreo. La depresión se clasificó en breve, subclínica o clínica (leve, moderada o grave) en los 30 días y los 12 meses previos a la entrevista. Se calcularon las frecuencias simples y estratificadas por la edad y el sexo, y los intervalos de confianza de 95% (IC95%) de más de 500 variables. La asociación de las variables seleccionadas con episodios depresivos se evaluó mediante un modelo de regresión logística con múltiples variables.

Resultados. De las personas estudiadas, 10,0% (IC95%: 9,2 a 10,7) presentaron algún episodio depresivo en los 12 meses previos a la encuesta y 8,5% (IC95%: 7,8 a 9,2) sufrieron alguno durante el último mes. Hubo una mayor proporción de mujeres con depresión en ambos períodos. Más de 50% de los episodios fueron moderados, tanto en hombres como en mujeres, y las mayores prevalencias se encontraron en las personas mayores de 45 años. Los factores asociados con la depresión en el último mes fueron ser mujer, considerar el estado de salud propio como regular o malo, sufrir de dolores o molestias, tener dificultades en las relaciones interpersonales, consumir marihuana o sustancias adictivas, medicamentos estimulantes o calmantes, tener dependencia del alcohol, o estar desempleado con discapacidad.

Conclusión. La depresión es una afección frecuente en Colombia. Se deben poner en marcha medidas dirigidas a reducir el riesgo de depresión, especialmente en mujeres y en personas mayores de 45 años de edad.

Palabras clave

Depresión, trastorno depresivo, factores de riesgo, Colombia.

¹ Departamento de Psiquiatría y Salud Mental y Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. La correspondencia debe dirigirse a Carlos Gómez Restrepo, Hospital Universitario de San Ignacio, Unidad de Epide-

miología Clínica y Bioestadística. Carrera 7 N° 40-62, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: cgomez@javeriana.edu.co

² Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

Los resultados del estudio sobre la carga mundial de las enfermedades (Global Burden of Disease, GBD) efectuado por la Organización Mundial de

la Salud (OMS) demostraron que la depresión unipolar es la principal causa de años de vida perdidos por discapacidad (APD) y que en 1990 a esta afección le correspondió el 10,5% de los APD en el mundo (1). En los países en desarrollo, esta enfermedad constituye el cuarto problema de salud más importante, con una morbilidad total de 3,4%.

Según las estimaciones realizadas en el estudio GBD, para el año 2000 a la depresión unipolar le correspondería el 4,4% de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD)³ en todas las edades y ambos sexos, y 5,8% de los hombres y 9,5% de las mujeres podrían experimentar un episodio depresivo en un período de 12 meses, aunque este porcentaje podría variar de una población a otra. Se estimó también que para el año 2020, este trastorno podría ser la segunda causa de morbilidad en el mundo y provocar 5,7% de los AVAD (1-3), además de mantenerse como causa principal de APD, con valores superiores a los encontrados en 1996 (1).

Según el Estudio Territorial de Captación Epidemiológica (ETCE) (4) y la Encuesta Nacional de Comorbilidad (ENC) (5, 6), que se realizaron en los Estados Unidos, en un período de 12 meses la prevalencia de depresión mayor en personas entre los 18 y 54 años de edad fue de 6,5% y 10,1%, respectivamente. La prevalencia de episodios depresivos mayores durante el mes previo a esos estudios fue de 2,2% según el ETCE (7) y de 4,9% según la ENC (8).

En una réplica de la ENC realizada entre febrero de 2001 y diciembre de 2002 se encontró una prevalencia de trastorno depresivo mayor de 6,6% para los 12 meses previos, y una prevalencia en toda la vida de 16,2%. Los factores que mostraron una asociación estadística significativa con este trastorno

fueron, entre otros, ser mujer, dedicarse a las labores del hogar, estar jubilado, ser soltero, separado, divorciado o viudo, tener bajo nivel educacional y tener bajos ingresos económicos (9).

En América Latina se han llevado a cabo varias investigaciones sobre este tema, como las realizadas en Chile (10), Brasil (11, 12) y México (13), que han aportado una valiosa información para la realización de investigaciones epidemiológicas a gran escala en la Región. Las prevalencias encontradas en personas mayores de 18 años, medidas en un período de 12 meses en Chile, Brasil y México, variaban entre 4,5% y 7,1%. En Brasil, la prevalencia de episodios depresivos en el último mes fue de 4,5%, mientras que en Chile la prevalencia en los últimos 6 meses fue de 4,6%. En el estudio mexicano se encontró una incidencia de 1,3% en los 12 meses previos al estudio. Los factores asociados con la depresión en Brasil y Chile fueron ser mujer, no tener empleo, tener bajos ingresos económicos, ser soltero o separado y tener bajo nivel educacional.

Por su parte, en la Encuesta Mundial sobre Salud Mental, realizada por la OMS en 14 países, se encontraron prevalencias de trastornos mentales en los 12 meses previos a la consulta entre 4,3% y 26,4%, y de trastornos afectivos en general entre 0,8% y 9,6%, aunque no se informó de resultados específicos relacionados con la depresión (14).

En Colombia se han realizado diversos análisis de la prevalencia de la depresión a partir de los datos obtenidos en la Primera Encuesta Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas aplicada a 25 135 personas de todo el país en 1993 (15). En 1997 se reprocesaron los datos obtenidos mediante la aplicación de la escala de Zung para la depresión y se demostró que 11,8% de la población encuestada mostraba depresión leve y que 4% sufría de depresión mayor (moderada o grave), lo que indicaba que en Colombia había una elevada prevalencia de síndrome depresivo en 1993 (16). También se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la depresión y el sexo femenino, al igual que entre aquella y la ansiedad, los intentos

de suicidio y los antecedentes de problemas mentales en la familia. Al evaluar la relación de la depresión con algunos aspectos socioeconómicos, como las condiciones físicas de la vivienda, se evidenció un leve aumento de la depresión cuando la persona consideraba su espacio físico desfavorable. Otros elementos, como la poca cohesión familiar, los ingresos insuficientes, el mal estado de salud y la poca satisfacción con los logros alcanzados, se percibían desfavorablemente en la medida en que aumentaba la gravedad de la depresión. Finalmente, se observó un ligero aumento en la proporción de personas con elevado consumo de alcohol que presentaban síndrome depresivo.

Otro estudio realizado en 1995 encontró una prevalencia de síntomas de depresión de 72,6% en una muestra de 1 376 pacientes de un hospital de atención primaria en Bogotá (17). La prevalencia fue mayor en las personas separadas, las que vivían solas, las que consumían tranquilizantes menores, marihuana o basuco, y las que reconocían tener conflictos familiares. Sin embargo, en ese estudio se concluyó que la elevada prevalencia de depresión encontrada se debía a que la información no se basó en el diagnóstico, sino en la detección de síntomas depresivos como marcadores de enfermedades mentales. Por lo tanto, esos resultados no pueden compararse con los encontrados en otros estudios.

Según los datos disponibles, en Colombia, la depresión es un problema actual de salud pública que requiere mayor atención y un conocimiento más preciso de su distribución en las diferentes regiones del país. La falta de continuidad de estos estudios y el empeoramiento de las condiciones sociales y económicas que sufre el país desde hace varios años hacen impostergable la actualización de la información relacionada con la prevalencia del síndrome de ansiedad en la población colombiana.

En el presente trabajo se analizan la prevalencia del síndrome depresivo y los factores asociados con la depresión en Colombia entre los años 2000 y 2001.

³ Los AVAD equivalen a la suma de los años de vida perdidos por muerte prematura (APP) y los años de vida perdidos por discapacidad (APD) como consecuencia de los casos incidentes de esa enfermedad en la población.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este estudio descriptivo de corte transversal se realizó en Colombia como parte de la Encuesta Multinacional de Salud y Capacidad de Respuesta del Sistema de Salud (*Health and Health System Responsiveness Survey*) llevada a cabo en 11 países (China, Colombia, Cuba, Egipto, Eslovaquia, Georgia, India, Indonesia, Líbano, Nigeria y Turquía) entre 2000 y 2001. Esta encuesta forma parte de un proyecto de la OMS dirigido a evaluar el desempeño del sistema de salud de esos países en relación con la salud de la población, el grado de respuesta del sistema de salud y la equidad en la financiación⁴. Entre otros aspectos, la encuesta evaluó la frecuencia de episodios depresivos en la población.

La encuesta nacional en Colombia se realizó en hogares de áreas urbanas de 32 municipios de 14 departamentos pertenecientes a cinco regiones del territorio colombiano —Costa Atlántica, Oriente, Occidente, Central y Bogotá— que en conjunto abarcan aproximadamente 98% de la población del país. La encuesta se aplicó a adultos de uno u otro sexo que residían en viviendas particulares seleccionadas mediante un muestreo representativo nacional polietápico y estratificado.

La estratificación de los municipios del país se realizó por regiones, según el tamaño de la zona urbana (grado de urbanización) de cada municipio, y de acuerdo con la situación socioeconómica de la población (según la proporción de la población con necesidades básicas insatisfechas).

Las unidades primarias de muestreo estuvieron constituidas básicamente por municipios; como unidades secundarias de muestreo se definieron conglomerados de 44 viviendas cada uno en promedio, es decir, una o más manzanas. A continuación, cada unidad secundaria de muestreo se dividió en unidades terciarias, conformadas por

11 hogares en promedio. Finalmente, en cada vivienda seleccionada se escogió de manera aleatoria a una persona de 18 años o más según el método de Kish (18).

De un total de 8 320 viviendas seleccionadas, 1 123 (13,5%) estaban vacías y en 577 (7%) los moradores se negaron a participar en el estudio antes de la aleatorización de sus miembros. En las 6 620 viviendas restantes se completó la tarjeta de selección y quedaron seleccionadas para entrevista 6 610 personas mayores de 18 años, de las cuáles 172 se negaron a participar y 320 no se localizaron en sus casas, lo que equivale a un 7% de ausencia de respuesta. Se excluyeron del análisis de los datos dos de las 6 118 entrevistas realizadas debido a la presencia de incongruencias en la información. En 92 de las 6 116 encuestas analizadas faltaba alguna información, pero los restantes datos se tomaron en cuenta en el análisis.

Se evaluaron más de 500 variables individuales distribuidas en los siguientes módulos: identificación, revisión general y demográfica, percepción del estado de salud, estado de salud, salud mental y consumo de sustancias adictivas, evaluación del estado de salud, capacidad de respuesta del sistema de salud, muertes en el hogar en los 24 meses previos a la encuesta, y pruebas de calibración

Para el tamizaje de la depresión se aplicaron los criterios de la 10.^a edición de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE-10) (19) y del *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales* en su 4.^a revisión (DSM-IV), y se utilizó una versión modificada de la sección E de la Entrevista Diagnóstica Compuesta Internacional v. 2.1 (CIDI-2.1) elaborada por la OMS. Este modelo permite diagnosticar los episodios depresivos en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días y clasificarlos como leves, moderados o graves, según el tipo y la gravedad de los síntomas (19–21) (cuadro 1). También se tomaron en cuenta la depresión breve recurrente (4, 21) y la depresión subclínica (19, 20). La dependencia del alcohol se evaluó mediante la CIDI modificada, basada igualmente en los

criterios diagnósticos de la CIE-10, y se preguntó acerca del uso de sustancias psicoactivas.

La adaptación del instrumento desde el punto de vista cultural se realizó según el procedimiento creado por la OMS, que consta de los siguientes pasos: 1) traducción al español de las diferentes versiones de los materiales enviadas por la OMS, realizada por dos médicos que hablan y escriben en inglés con fluidez, pero cuya lengua materna es el español; 2) evaluación de la versión final por un panel de expertos que valoró la calidad de la traducción y se cercioró de que el contenido y el significado de la versión original se conservaran en la versión en español; 3) validación de la versión en español mediante su traducción al inglés por un traductor que no conocía el cuestionario original; 4) solución de las discrepancias encontradas entre ambas traducciones mediante el consenso del panel de expertos; 5) aplicación del instrumento final en una prueba piloto realizada por personal entrenado; 6) armonización internacional del instrumento; y 7) aprobación de la versión final en español con la integración de las correcciones que surgieron durante el proceso de armonización.

Los entrevistadores y supervisores (personal no médico) se entrenaron en cuatro sesiones de 8 horas en los aspectos operativos de la entrevista y en las técnicas a emplear. Ese entrenamiento fue el mismo en todos los países que participaron en el proyecto de la OMS. Las encuestas se realizaron personalmente en el hogar del entrevistado entre noviembre de 2000 y enero de 2001.

Las respuestas de los cuestionarios se introdujeron por duplicado en una base de datos diseñada por la OMS. Después de depurar las incongruencias e imprecisiones, se aplicó un factor de ponderación, calculado a partir de la probabilidad de selección, y se ajustaron los resultados según la ausencia de respuestas.

Se calcularon las frecuencias de las variables en estudio a partir del diagnóstico de depresión y su clasificación en leve, moderada o grave y en las categorías adicionales de breve y subclí-

⁴ El lector puede encontrar información adicional del estudio en <http://www.who.int/evidence/hhsr-survey/>

CUADRO 1. Clasificación de la depresión utilizada en el estudio^a

Clasificación	Descripción
Episodio depresivo leve	Los pacientes están generalmente afligidos por los síntomas y mantienen sus funciones, aunque con algunas dificultades. Deben cumplir los criterios generales y tener dos de los síntomas típicos y dos síntomas adicionales, según la CIE-10.
Episodio depresivo moderado	Se observa una considerable dificultad para mantener las funciones y algunos síntomas pueden ser intensos, pero son menos y de menor gravedad que en el episodio grave. Se deben cumplir los criterios generales y presentar dos de los síntomas típicos y cuatro síntomas adicionales, según la CIE-10.
Episodio depresivo grave	Se observa un considerable sufrimiento y los síntomas son graves. Hay una marcada agitación o retardo motor. Las funciones están muy alteradas. Se deben cumplir los criterios generales para un episodio depresivo y presentar tres síntomas típicos y al menos cinco síntomas adicionales, según la CIE-10.
Trastorno depresivo breve recurrente	Se caracteriza por un ánimo disfórico y la pérdida del interés, con síntomas como la pérdida del apetito, trastornos del sueño, agitación, fatiga, desesperanza, dificultad para concentrarse y tendencias suicidas. Su duración es de menos de 2 semanas, aunque se presenta de forma recurrente.
Depresión subclínica	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.

^a Basado en las referencias 19–21.

nica —no utilizadas habitualmente en la práctica clínica—, así como del diagnóstico de síndrome de dependencia del alcohol. Las frecuencias para los 30 días y los 12 meses previos a la entrevista se calcularon para las variables simples y las estratificadas según la edad y el sexo, junto con sus intervalos de confianza de 95% (IC95%). Para

evaluar la asociación de las variables seleccionadas (cuadro 2) con los episodios depresivos ocurridos en los 30 días y los 12 meses previos a la consulta, se utilizó un modelo de regresión logística con múltiples variables usando variables elegidas mediante el procedimiento de selección paso a paso. Para el análisis se utilizó el pa-

quete estadístico SAS[®] v. 8.2 y se fijó un nivel de significación de 0,05.

RESULTADOS

En el cuadro 3 se presentan las características de las 6 116 personas encuestadas. De ellas, 612 (10,0%; IC95%:

CUADRO 2. Variables utilizadas en el análisis de regresión

Grupo	Variables
Demográficas	Sexo, edad, estado civil en el momento de la entrevista, años de educación completados y actividad laboral principal en los 12 meses previos al estudio.
Salud general en los 30 días previos a la encuesta	Autoevaluación de la salud el día de la entrevista, dificultades en el trabajo o en las actividades del hogar, dolor o molestias. Dificultad para concentrarse o recordar las cosas, dificultad en las relaciones interpersonales o para participar en la comunidad, sentimientos de alegría y felicidad, sentimientos de tristeza, depresión o vacío, irritabilidad o mal genio, preocupación, problemas con el sueño, sentirse lleno de energía, sentir cansancio, y dificultad para analizar y solucionar problemas de la vida diaria.
Impacto económico	En qué grado afectó a la economía del entrevistado o a la de la familia los problemas de salud, según una escala relativa de 0 a 100, donde 0 es que no se afectó y 100 es que se vio obligado a vender bienes del hogar.
Enfermedades previas y crónicas	Si al menos durante el último año padeció una o más de las siguientes enfermedades: hipertensión arterial; diabetes; artritis o artrosis; enfermedad del corazón, enfermedad coronaria o infarto de miocardio; bronquitis crónica o enfisema; asma o enfermedad alérgica respiratoria; dolor de espalda o problemas de la columna vertebral; migraña (dolores fuertes de cabeza); derrame cerebral; depresión o ansiedad; trastornos del sueño; problemas auditivos; problemas visuales; gastritis o úlcera; tumores o cáncer (entre ellos, de la sangre); otra enfermedad no incluida en la lista pero informada por el entrevistado.
Consumo de sustancias adictivas	Síndrome de dependencia del alcohol; consumo de estimulantes o calmantes, marihuana, cocaína, opio, o sus derivados; consumo de alucinógenos; inhalación de solventes

CUADRO 3. Características demográficas de la muestra estudiada

Variable	No. ^a	%
Sexo		
Hombres	2 108	35,5
Mujeres	4 007	64,5
Edad (años)		
18 a 30	1 817	29,7
31 a 45	2 221	36,3
46 a 60	1 233	20,2
> 60	844	13,8
Estado civil		
Soltero	1 389	22,7
Casado	1 989	32,5
Separado	665	10,9
Divorciado	19	0,3
Viudo	461	7,5
Unión libre	1 592	26,1
Nivel escolar vencido		
Primaria incompleta o sin estudios	1 383	22,7
Primaria	1 372	22,4
de 6.º a 9.º grado	1 251	20,5
de 10.º a 12.º grado	1 497	24,5
Técnico o universitario	612	10,0
Ocupación		
Empleado del estado	224	3,7
Empleado particular	822	13,4
Independiente	1 621	26,5
Trabajador voluntario (sin remuneración)	10	0,2
Estudiante	285	4,7
Ama de casa	2 281	37,3
Jubilado o pensionado	245	4,0
Desempleado apto para trabajar	495	8,1
Desempleado no apto para trabajar	131	2,1

^a Las diferencias en los totales se deben a la ausencia de datos en las encuestas. Datos ausentes: sexo = 1, edad = 1, estado civil = 1, nivel de escolaridad = 1 y ocupación = 2.

9,2 a 10,7) tuvieron al menos un episodio depresivo en los 12 meses previos a la encuesta y 520 (8,5%; IC95%: 7,8 a 9,2), algún episodio durante el último mes. Ocho de los entrevistados tuvieron depresión breve (0,13%) y 87 (1,5%; IC95%: 1,2 a 1,8), depresión subclínica.

Se encontró una mayor proporción de mujeres con algún episodio depresivo, tanto en los 12 meses previos a la encuesta como en el último mes (cuadro 4), siendo la razón de mujeres a hombres de 2:1. Se encontraron síntomas de depresión subclínica en 59 mujeres (1,5%; IC95%: 1,1 a 1,9) y 28 hombres (1,36%; IC95%: 0,9 a 1,9). El mayor porcentaje de los casos fue de intensidad moderada, tanto en los 12 meses

previos al estudio como en el último mes (figura 1).

Los grupos de edad con mayor proporción de personas deprimidas en los 12 meses previos a la encuesta fueron el de 46 a 60 años (11,1%) y el de 61 años o más (10,9%). Los mayores porcentajes de depresión en el último mes se encontraron en el grupo de personas mayores de 61 años (9,6%) y en el de 46 a 60 años (9,5%) (cuadro 5). Más de 50% de las personas con depresión en los 12 meses previos al estudio y en el último mes tuvieron depresión moderada, independientemente del grupo de edad.

Al analizar la gravedad de la depresión según el sexo se encontró que la mayor proporción de mujeres con de-

presión tuvo manifestaciones de moderada gravedad, tanto durante el último mes (51,4%) como en los 12 meses previos a la encuesta (54,7%). De manera similar, entre los hombres con depresión, la mayor proporción tuvo episodios moderados durante el último mes (64,1%) y en los 12 meses previos al estudio (67,0%). La proporción de casos con depresión grave fue mayor en mujeres que en hombres, tanto en el último mes (29,2% frente a 19,6%, respectivamente; $P < 0,001$) como en los 12 meses previos (28,1% frente a 19,1%, respectivamente; $P < 0,001$). La proporción de personas con síntomas depresivos subclínicos aumentó con la edad y fue 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.

Como se puede observar en el cuadro 6, entre los principales factores asociados con la depresión en el mes previo a la encuesta, según los resultados del análisis de regresión logística, se encontraban las variables relacionadas con los problemas de salud, las dificultades para las relaciones interpersonales y el consumo de alcohol, marihuana o calmantes.

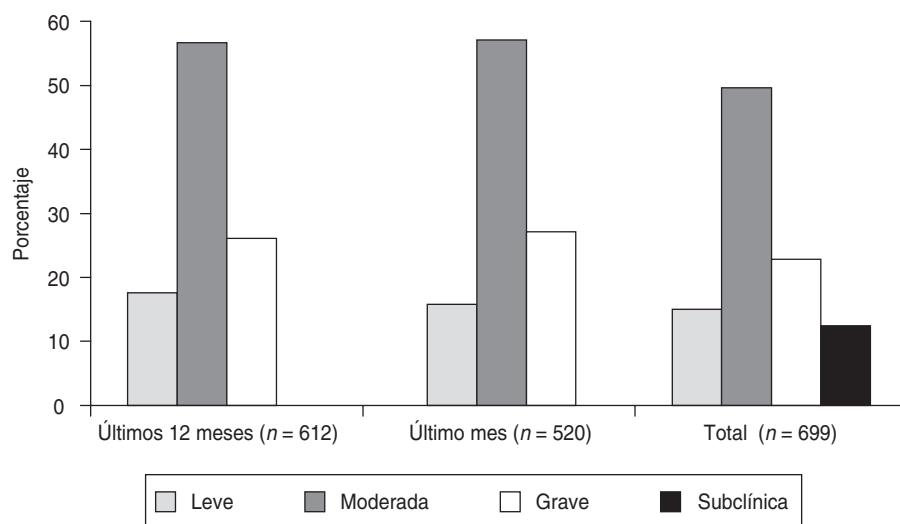
DISCUSIÓN

Este es el primer estudio realizado en Colombia que permite establecer un diagnóstico epidemiológico de la depresión mediante una entrevista estructurada. La prevalencia de síndrome depresivo encontrada en este estudio es menor que la informada en 1997 a partir de los datos de la Primera Encuesta Nacional de Salud Mental (16) realizada en 1993. Sin embargo, los resultados obtenidos en ambos estudios no son comparables por dos razones. Primero, el cuestionario utilizado en el presente estudio es una prueba diagnóstica muy estructurada, mientras que la encuesta empleada en 1993 se basó en una escala autoadministrada de Zung, más apropiada para pruebas de tamizaje dirigidas a evaluar la gravedad de la depresión —ya

CUADRO 4. Depresión y episodios de depresión breve, según el sexo. Colombia, 2000–2001

Sexo	No.	Depresión						Depresión breve		
		12 meses previos	%	IC95%	Mes previo	%	IC95%	12 meses previos	%	IC95%
Mujeres	4 007	481	12,0	11,0–13,0	408	10,2	9,2–11,1	7	0,20	0,05–0,30
Hombres	2 108	131	6,2	5,1–7,2	112	5,3	4,4–6,3	1	0,05	0–0,14
Total	6 115 ^a	612	10,0	9,2–10,7	520	8,5	7,8–9,2	8	0,13	0,1–0,20

^a Una encuesta no tenía información sobre el sexo.

FIGURA 1. Casos de depresión en el último año y en el último mes, según la gravedad.^a Colombia, 2000–2001

^a Entre las 699 personas con síntomas depresivos se cuentan 87 personas con síntomas subclínicos.

que posee una buena sensibilidad al cambio, pero una especificidad diagnóstica de solo 63% (22–25). Segundo, la escala de Zung evalúa los síntomas en un momento puntual, mientras que el cuestionario aplicado en el presente estudio evaluó la presencia de los síntomas en un período de tiempo (30 días y 12 meses previos a la encuesta). En cuanto a la Segunda Encuesta Nacional de Salud Mental, realizada en 1997, el instrumento utilizado y su validación no cumplieron los requisitos científicos de este tipo de investigación, lo que compromete la confiabilidad de los resultados obtenidos.

Según los resultados obtenidos en São Paulo, Brasil (11), la prevalencia de episodios depresivos fue menor

que la encontrada en Colombia, tanto en los 12 meses previos al estudio (7,0% frente a 10,0%) como en el último mes (4,5% frente a 8,5%). La prevalencia de depresión en un período de 12 meses en México (4,5%) fue menos de la mitad de la encontrada en Colombia (13). Tomando en cuenta la estrecha relación cultural y étnica que existe entre estos países, las diferencias encontradas podrían atribuirse a factores socioeconómicos característicos de Colombia —como el alto grado de violencia y el desplazamiento de poblaciones— y al hecho de que el estudio colombiano abarcó áreas con diferente grado de urbanización, a diferencia de los estudios realizados en México y Brasil, cuyas muestras provenían de

ciudades muy densamente pobladas. En cuanto al estudio realizado en Chile (10), su objetivo también fue determinar la prevalencia de trastorno depresivo mayor, pero en los 6 meses previos a la investigación y a lo largo de toda la vida, lo que limita la posibilidad de comparar esos resultados con los obtenidos en Colombia.

La prevalencia observada para los 12 meses previos al estudio es similar a la encontrada en el ENC (8) y es superior a la encontrada en el ETCE (4) y en la réplica del ENC (9). Los valores de prevalencia encontrados en el presente estudio para el último mes son más elevados que los hallados en el ENC (8,5% frente a 4,9%, respectivamente). Sin embargo, se debe tener en cuenta que, al igual que el ETCE y el ENC-R, el estudio ENC se realizó en Estados Unidos, donde las condiciones socio-culturales son muy diferentes de las observadas en la población colombiana. Colombia es un país en desarrollo con graves problemas económicos, mucha violencia, una elevada tasa de homicidios y un alto índice de desempleo. Comparada con la de los Estados Unidos, su población tiene, en promedio, un menor nivel educacional, una peor cobertura de los servicios de salud y un menor nivel de satisfacción de sus necesidades básicas. Estas características deben incidir negativamente en el desarrollo psíquico de las personas y conformar un perfil epidemiológico único con respecto a las enfermedades mentales.

La prevalencia de depresión según el sexo en un período de 12 meses encontrada en el presente estudio coincide con la proyección elaborada para el año 2000 por el estudio GBD. Por lo general, la prevalencia de depresión

CUADRO 5. Depresión y episodios de depresión breve, según los grupos de edad. Colombia, 2000–2001

Edad (años)	No.	Depresión						Depresión breve		
		12 meses previos	%	IC95%	Mes previo	%	IC95%	12 meses previos	%	IC95%
18–30	1 817	170	9,4	8,1–10,8	142	7,9	6,6–9,1	3	0,2	0,03–0,50
31–45	2 221	213	9,6	8,4–10,9	180	8,1	7,0–9,3	3	0,1	0,03–0,40
46–60	1 233	137	11,1	9,4–13,0	117	9,5	7,9–11,3	2	0,2	0,02–0,60
61 ó más	844	92	10,9	8,9–13,2	81	9,6	7,7–11,8	0	0,0	0,0–0,40
Total	6 115 ^a	612	10,0	9,3–10,8	520	8,5	7,8–9,2	8	0,13	0,1–0,25

^a Una encuesta no tenía información sobre la edad.

CUADRO 6. Factores asociados con los episodios depresivos en el mes previo a la encuesta. Colombia, 2000–2001

Factor	Riesgo relativo indirecto (OR)	IC95%
Sexo		
Mujeres	2,1 ^a	1,5–2,7
Hombres	1,0	
Ocupación		
Estudiante	1,2	0,7–1,9
Ama de casa	0,9	0,7–1,9
Jubilado o pensionado	0,5	0,3–1,0
Desempleado apto para trabajar	1,5	1,0–2,2
Desempleado con discapacidad	2,0 ^a	1,2–3,5
Autoevaluación de la salud		
Regular	2,0 ^a	1,6–2,5
Mala o muy mala	3,8 ^a	2,6–5,4
Dificultad en las relaciones interpersonales		
Extrema	1,7	0,7–4,2
Grave	2,7 ^a	1,5–4,6
Moderada	1,7 ^a	1,2–2,5
Poca	1,5 ^a	1,1–2,0
Dolor o molestia		
Extremo	2,2 ^a	1,2–4,3
Intenso	2,0 ^a	1,4–2,7
Moderado	1,4 ^a	1,1–1,9
Poco	1,3	1,0–1,7
Consumo de sustancias adictivas		
Estimulantes o calmantes	1,9 ^a	1,5–2,4
Marihuana	2,7 ^a	1,5–4,9
Trastorno por dependencia del alcohol	2,6 ^a	1,8–3,8
Impacto económico de la salud		
Afecta a la economía personal	1,0	1,0–1,0
Antecedentes patológicos (al menos uno)	2,1 ^a	1,5–2,8

^a $P < 0,05$.

en mujeres es mayor que en hombres, con una razón de hombre a mujer entre 1,5:1 y 2:1, en dependencia del estudio (4–5, 7–13, 15–17, 26). En la presente investigación, esta razón se elevó a 2:1 y se confirmó la asociación

significativa entre la depresión y el sexo femenino. Esta asociación aumentó con la edad, quizá debido a factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales, entre ellos la alta tasa de violencia doméstica y sexual (2, 25).

Los resultados encontrados demuestran que la prevalencia de síntomas depresivos tiende a aumentar con la edad. En los Estados Unidos se ha encontrado que 37% de los ancianos atendidos en el nivel primario tienen síntomas de depresión, aunque sus manifestaciones clínicas pueden variar según las enfermedades que los afectan (6).

En cuanto a la relación entre la prevalencia de episodios depresivos y el estado de salud, los resultados obtenidos confirman los de estudios anteriores, según los cuales la depresión es más frecuente entre las personas afectadas por una enfermedad o discapacidad física (2, 6, 26, 27). Al igual que en la Encuesta Nacional de Salud (16), la autoevaluación del estado de salud como “malo o muy malo” se asocia con la presencia de episodios depresivos en el último mes. También se ha observado la asociación de la depresión con otras enfermedades mentales concomitantes. En el estudio ENC se encontró que 56,3% de las personas entre los 15 y 54 años de edad que habían sufrido depresión en los últimos 30 días estaban afectadas simultáneamente por alguna otra enfermedad mental (2), especialmente la ansiedad y los trastornos por el abuso o la dependencia de sustancias adictivas. En este estudio se confirmó que las personas con síndrome de dependencia del alcohol y las que consumen marihuana presentan un mayor riesgo relativo de sufrir episodios depresivos.

Algunos autores han encontrado una asociación entre la depresión y algunos factores psicosociales, como la

ocupación laboral, el nivel educativo, el estado civil y la composición del hogar, la situación económica y los sucesos estresantes sufridos (2, 5, 7, 8, 28, 29). En Colombia se encontró que el desempleo con discapacidad y las dificultades en las relaciones interpersonales incrementan el riesgo de sufrir un episodio depresivo.

Teniendo en cuenta el carácter descriptivo transversal de este estudio, las conclusiones respecto al modelo de asociación no permiten establecer una relación de causalidad, sino únicamente una relación de asociación. Una de las limitaciones de este estudio es la mayor proporción de mujeres en la muestra estudiada. Esto se debió a dos razones fundamentales: primero, en la población colombiana hay menos hombres debido a su mayoritaria participación en el conflicto armado que sacude el país y a la mayor mortalidad masculina por causas violentas; segundo, existe un gran número de mujeres que son jefes de hogar en Colombia, (aunque esto no significa que se haya favorecido la selección del jefe de hogar en la encuesta). Teniendo en cuenta estas dos consideraciones, la probabilidad de seleccionar a una mujer mayor de 18 años en las vivien-

das encuestadas fue mayor que la de escoger a un hombre adulto. Esto puede haber llevado a sobreestimar la prevalencia general de depresión en este estudio, ya que las mujeres tienen un mayor riesgo de sufrir episodios depresivos que los hombres. Sin embargo, esto no les resta validez a los hallazgos encontrados, ya que estos reflejan la realidad social del país y se basan en análisis estratificados por sexo.

Por último, el diseño de la encuesta no permitió establecer la asociación entre la depresión y la discapacidad o la evaluación del sistema de salud, debido a que ambas variables se trataron en un contexto general que no particularizaba los trastornos depresivos. No se comparan los datos del tamizaje de depresión con los de otros países que participaron en este estudio multinacional debido a que aún no se han publicado esos resultados.

A pesar de las limitaciones enumeradas, los resultados obtenidos demuestran que la depresión es una afección frecuente en Colombia, especialmente en mujeres y en personas mayores de 45 años de edad. Los principales factores asociados con la depresión en la muestra colombiana fueron la percep-

ción del propio estado de salud como malo o regular, la presencia simultánea de otras enfermedades y trastornos psiquiátricos, la dependencia de sustancias adictivas y la dificultad en las relaciones interpersonales. Se deben poner en marcha medidas dirigidas a reducir el riesgo de depresión, especialmente en los grupos de personas más afectados.

Agradecimientos. Los autores agradecen a la OMS el apoyo brindado al equipo de investigación de la Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística de la Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, durante la Encuesta Multinacional sobre la Capacidad de Respuesta del Sistema de Salud – Colombia, en especial a Christopher Murray y a Bedirhan Üstün.

La Encuesta Multinacional sobre la Capacidad de Respuesta del Sistema de Salud en Colombia fue financiada por la OMS como parte de su proyecto Salud y Capacidad de Respuesta del Sistema de Salud. Las opiniones expresadas por los autores en este artículo no representan necesariamente las opiniones de otros investigadores que participaron en el proyecto ni los puntos de vista o políticas de la OMS.

REFERENCIAS

- Murray CJL, López AD, eds. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1996.
- Organización Mundial de la Salud. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. En: Informe sobre la salud en el mundo, 2001. Ginebra: OMS; 2001. Hallado en: <http://www.who.int/whr/2001/es/>. Acceso el 16 de octubre de 2004.
- Gómez-Restrepo C, Ospina MB, Diaz-Granados N. Carga de la enfermedad mental en el mundo: un esbozo de la relevancia de los trastornos psiquiátricos. En: Gómez-Restrepo C, Hernández-Bayona G, Rojas-Urrea A, Santacruz-Oleas H, Uribe-Restrepo M, eds. Fundamentos de psiquiatría clínica: niños, adolescentes y adultos. Colección Biblioteca del Profesional. Bogotá: Centro Editorial Javeriano; 2002.
- Reiger DA, Kaelber CT. The Epidemiologic Catchment Area (ECA) program: studying the prevalence and incidence of psychopathology. En: Tsuang MT, Tohen M, Zahner GEP, eds. Textbook in psychiatric epidemiology. New York: Wiley; 1995. Pp. 135–55.
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Esleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry. 1994;51(1):8–19.
- U.S. Department of Health and Human Services. Mental health: a report of the Surgeon General. Rockville (Maryland): National Institute of Mental Health; 1999. Hallado en: <http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth>. Acceso el 16 de octubre de 2004.
- Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Myers JK, Kramer M, Robins LN, et al. One month prevalence of mental disorders in the United States and sociodemographic characteristics: the Epidemiologic Catchment Area study. Acta Psychiatr Scand. 1993;88(1):35–47.
- Blazer DG, Kessler RC, McGonagle KA, Swartz MS. The prevalence and distribution of major depression in national community sample: The National Comorbidity Survey. Am J Psychiatry. 1994;151(7):979–86.
- Kessler R, Berglund P, Delmon O, Jin R, Koretz D, Merikangas K, et al. The epidemiology of major depressive disorder. Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). JAMA. 2003;289(23):3095–105.
- Vicente B, Rioseco P, Valdivia S, Kohn R, Torres S. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECP). Rev Med Chile. 2002;130(5):527–36.

11. Andrade L, Walters E, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002; 37(7):316–25.
12. Kratz GF, Silva de Lima M, Frank TB, Curi HP. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2004;38(3):365–71.
13. Caraveo-Anduaga J, Colmenares E, Saldívar G. Estudio clínico-epidemiológico de los trastornos depresivos. *Salud mental*. 1999;22(2): 7–17.
14. The WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*. 2004;291(21):2581–90.
15. Posada JA, Torres de Galvis Y. Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas. Colombia, 1993. Bogotá: Ministerio de Salud; 1994.
16. Gómez-Restrepo C, Rodríguez MN. Factores de riesgo asociados al síndrome depresivo en la población colombiana. *Rev Col Psiquiatría*. 1997;26(1):23–35.
17. Rodríguez C, Puerta G. Prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad en los pacientes de consulta no-psiquiátrica. Hospital Samper Mendoza, octubre-noviembre de 1995. *Rev Col Psiquiatría*. 1997;26(4):273–88.
18. Kish L. Muestreo de encuestas. México: Trillas; 1972.
19. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: WHO; 1993.
20. World Psychiatric Association, International Committee for Prevention and Treatment of Depression WPA/PTD. Module 1: Overview and fundamental aspects. En: Educational program on depressive disorders. New York: NCM Publishers; 1997.
21. Angst J, Hochstrasser B. Recurrent brief depression: The Zurich Study. *J Clin Psychiatry*. 1994;55(Suppl4):3–9.
22. Burt T, IsHak W. Outcome measurement in mood disorders. En: IsHak W, Burt T, Sederer L, eds. Outcome measurement in psychiatry. Washington, D.C.: American Psychiatric Press; 2002.
23. Skodol A, Bender D. Diagnostic interviews for adults. En: Rush AJ, Zarin DA. Handbook of psychiatric measures. Washington, D.C.: American Psychiatric Press; 2000.
24. Yonkers K, Sanson J. Mood disorders measurement. En: Rush AJ, Zarin DA. Handbook of psychiatric measures. Washington, D.C.: American Psychiatric Press; 2000.
25. Grupo Hospital Mental de Antioquia, Servicio de Farmacodependencia. Manual de aplicación, calificación e interpretación. Segundo Taller sobre Aplicación de Instrumentos Clínicos Investigativos en la Adicción. Medellín, Colombia: Hospital Mental de Antioquia; 1988.
26. Baca E. Epidemiología de los trastornos afectivos y factores de riesgo de cronicación y recurrencia. En: Sociedad Española de Psiquiatría. Guía práctica para el tratamiento prolongado de la depresión [sitio en Internet]. Sociedad Española de Psiquiatría. Hallado en: http://www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria/html/informacion_sociedad/guia/cap-1.htm. Acceso el 16 de octubre de 2004.
27. Katona C, Livingston G. Impact of screening old people with physical illness for depression. *Lancet*. 2000;356(9224):91–2.
28. Patel V, Araya R, de Lima M, Ludermir A, Tood C. Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Soc Sci Med*. 1999;49(11):1461–71.
29. Saraceno B, Barbui C. Poverty and mental illness. *Can J Psychiatry*. 1997;42(3):285–90.

Manuscrito recibido el 5 de marzo de 2004. Aceptado para publicación, tras revisión, el 5 de octubre de 2004.

ABSTRACT

The prevalence of and factors associated with depression in Colombia

Objectives. To analyze the prevalence of depression and the factors associated with it in Colombia in 2000 and 2001.

Methods. For this descriptive cross-sectional study a survey was conducted between November 2000 and January 2001 with 1 116 men and women 18 years of age or older who were living in private homes that were selected through a multistage national representative sampling, stratified according to the degree of urbanization of the area included in the sampling. Depression was classified as brief recurrent depression, sub-clinical depression, or mild, moderate, or serious clinical depressive episodes in the 30 days and in the 12 months prior to the interview. Simple and stratified frequencies of over 500 variables, along with their 95% confidence intervals (95% CIs), were calculated by age and gender. The association that the selected variables had with depressive episodes was evaluated through a multivariate logistic regression model.

Results. Of the persons studied, 10.0% of them (95% CI: 9.2% to 10.7%) had had a depressive episode in the 12 months prior to the survey, and 8.5% (95% CI: 7.8% to 9.2%) had suffered a depressive episode in the preceding month. There was a higher proportion of women with depression in both of the periods. More than 50% of the episodes were moderate, in both men and women. There were higher prevalences of depression in persons older than 45 years. The factors associated with depression in the preceding month were: female gender; considering one's health to be moderate or bad; suffering from pain or discomfort; having difficulties in interpersonal relations; consuming marijuana, addictive substances, stimulants, or tranquilizers; being dependent on alcohol; and being unemployed and unable to work.

Conclusions. Depression is a frequent disorder in Colombia. Measures directed at reducing the risk of depression should be implemented, especially among women and in persons over 45 years old.