
LA EPIDEMIOLOGÍA DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EN EL ESTUDIO NACIONAL DE SALUD MENTAL, COLOMBIA 2003

*MAJOR DEPRESSIVE DISORDER EPIDEMIOLOGY:
COLOMBIAN MENTAL HEALTH NATIONAL STUDY, 2003*

José Posada Villa, MD*, Juan C. Camacho, MD**,
José I. Valenzuela, MD, MSc**, Arturo Argüello, MD**,
Juan G. Cendales, MD**, Roosevelt Fajardo, MD**

RESUMEN

Introducción: Faltan datos epidemiológicos en relación con la prevalencia, factores potenciales de riesgo y predictores de tratamiento en el trastorno depresivo mayor. **Objetivo.** Este estudio se realizó para hacer una estimación de la prevalencia de la depresión, los factores de riesgo asociados y los predictores de tratamiento obtenidos a partir de la base de datos del Estudio nacional de salud mental, Colombia 2003 (ENSM), realizado como parte de la Encuesta Mundial de Salud Mental (WMHS por sus siglas en inglés) de la Organización Mundial de la Salud, la Universidad de Harvard y la Universidad de Michigan. **Material y Métodos.** Se llevó a cabo una encuesta de hogares, a 4.426 adultos de 60

municipios representativos del país. Las principales mediciones de resultados incluyen la prevalencia y correlación del Trastorno Depresivo Mayor (TDM) utilizando la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta de la Organización Mundial de la Salud (CID) por sus siglas en inglés), la severidad evaluada en los últimos 12 meses con el Inventario Rápido de Sintomatología Depresiva Auto-Reportada y con la Escala de Discapacidad de Sheehan. **Resultados.** La prevalencia de vida fue de 13,3% y en los últimos 12 meses fue del 6,2%. Todos los casos en los últimos 12 meses, se clasificaron de forma independiente como clínicamente significativos: 15,3% leves, 33,0% moderados, 34,9% graves, y 14,1% muy graves. La duración media del episodio depresivo fue 30,85 semanas. **Discusión.** El trastorno depresivo mayor,

* Clínica Montserrat – Instituto Colombiano del Sistema Nervioso.

** División de Educación. Fundación Santa Fe de Bogotá, Colombia.
Recibido: 25 de julio de 2010. Aceptado: 31 de agosto de 2010.

generalmente se asocia con severidad de los síntomas y deterioro del desempeño; Si bien el incremento en la atención es alentador, el tratamiento inadecuado constituye una preocupación importante. Se debe enfatizar en el diagnóstico para la identificación precoz de los casos y el inicio temprano del tratamiento y se debe hacer un esfuerzo mayor en la accesibilidad de la calidad de las intervenciones.

Palabras clave: Salud mental, trastornos mentales, depresión, prevalencia, Colombia.

ABSTRACT

Introduction. Epidemiological data is scarce regarding prevalence, potential risk factors and treatment predictors for major depressive disorder (MDD). **Objective.** The present study was designed to make an estimate of the prevalence of depression, associated potential risk factors and treatment predictors, from the National Study of Mental Health, Colombia 2003, carried out as part of the WHO's World Mental Health (WMH) Survey Initiative. **Material and methods.** A face-to-face household community survey in 4.426 adults was undertaken in 60 representative municipalities of the country. Main outcome measures included prevalence and correlates of MDD using the World Health Organization's (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI), 12-month severity with the Quick Inventory of Depressive Symptomatology Self-Report (QIDS-SR) and the Sheehan Disability Scale (SDS). **Results.** Prevalence of CIDI MDD for lifetime was 13.3% and for 12-month was 6.2%. Virtually all CIDI 12-month cases were independently classified as clinically significant using the QIDS-SR, with 15.3% mild, 33.0% moderate, 34.9% severe, and 14.1% very severe. Mean episode duration was 30.85 weeks. Role impairment as measured by SDS was substantial as indicated by 50.3% of 12-month cases with severe or very severe role impairment.

Most 12-month (63.6%) cases had comorbid CIDI/ DSM-IV disorders, with MDD only rarely primary. Sociodemographic correlates of treatment were far less numerous than those of prevalence. **Discussion.** Major depressive disorder is common, widely distributed, usually associated with symptom severity and role impairment. While the increase in treatment is encouraging, inadequate treatment is a serious concern. Screening, early identification of cases and treatment initiation needs to be emphasized. Treatment and intervention quality improvement should be pursued.

Key words: Mental health, mental disorders, depression prevalence, Colombia.

INTRODUCCIÓN

La depresión sigue siendo un importante problema de salud pública en todo el mundo y constituye una de las principales causas de discapacidad (1); en los casos graves, puede conducir al suicidio y a la pérdida de alrededor de 850.000 vidas cada año (2). Solo en los últimos 50 años, las tasas de depresión han aumentado a nivel mundial afectando alrededor de 121 millones de personas en todo el mundo. Aunque en la actualidad la depresión es la 2ª causa de AVAD (Años de Vida Perdidos Ajustados por Discapacidad) en la cohorte de edad de 15-44 años, se calcula que para el año 2020 llegará al 2º puesto en el ranking de AVAD para todas las edades y sexos.

En Colombia, el Trastorno Depresivo Mayor (TDM) ha mostrado consistentemente altas tasas de prevalencia entre todos los tipos de trastorno mental. Según los resultados de la Encuesta Mundial de Salud Mental (WMHS) (3), el país se ubicó segundo en el mundo después de Estados Unidos, en cuanto a la prevalencia de trastornos mentales graves, y

tercero en cuanto a la prevalencia de trastornos moderados. En las Américas, la prevalencia de “cualquier” trastorno en Colombia (“grave”, “moderado” o “leve”) solo fue superado por los Estados Unidos (4). Estos hechos han dado a la salud mental un lugar privilegiado en la agenda nacional (5).

En Colombia fue realizado entre noviembre de 2000 y enero de 2001, un estudio descriptivo transversal cuyo objetivo era evaluar a médicos de atención primaria en su conocimiento sobre los trastornos depresivos y el efecto de una intervención destinada a mejorar el reconocimiento y tratamiento de la depresión por los médicos de este nivel. En 1.116 hombres y mujeres de 18 o más años de edad se constató que el 10% había tenido un episodio depresivo en los 12 meses anteriores a la encuesta y el 8,5% había sufrido un episodio depresivo en el mes anterior, con una mayor proporción en mujeres. La depresión estuvo asociada a: género femenino, percepción de la propia salud como “moderada” o “mala”, sufrir de dolor o incomodidad, dificultades en las relaciones interpersonales, consumo de sustancias adictivas, medicamentos estimulantes o calmantes, ser dependientes del alcohol, estar desempleados y no poder trabajar. Además, entre los resultados generales del ENSM, se reportó una prevalencia de vida del 12,1% para el TDM; de 1,8% para el Trastorno depresivo menor y del 0,7% para la Distimia (6). Bogotá, la capital concentra la gran mayoría de los casos.

Para dirigir los programas de prevención de la depresión en Colombia se requiere mayor información sobre factores de riesgo, alternativas de atención y factores de predicción/pronóstico para el TDM. La información sobre la depresión y desenlaces relacionados con esta, podrían iluminar en gran medida la definición de políticas y los esfuerzos para comprender y prevenir eventos por depresión en todo el país (7-35).

El propósito de este estudio fue estimar la prevalencia de la depresión y aspectos relacionados con ésta, examinar los factores de riesgo asociados y los posibles predictores de tratamiento a partir de la base de datos del ENSM, que hace parte de la Encuesta Mundial de Salud Mental de la OMS. Los datos fueron recolectados en 60 municipios representativos del país, utilizando definiciones ampliamente aceptadas de trastorno depresivo, así como métodos de medición altamente confiables.

MATERIALES Y MÉTODOS

Muestra del estudio

El Ministerio de la Protección Social realizó el ENSM como parte de la Encuesta Mundial de Salud Mental (WMHS) de la OMS. La versión de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta de la Organización Mundial de Salud Mental (CIDI por sus siglas en inglés) se administró a una muestra mediante entrevistas personalizadas. Los sujetos elegibles para ser entrevistados fueron hombres y mujeres de 18 a 65 años de la población general (no institucionalizada) que residían en zonas urbanas de las cinco regiones geográficas de Colombia: Bogotá, D.C.; Región Atlántica (Córdoba, Sucre, Bolívar, Magdalena, Cesar, La Guajira, Atlántico); Región Pacífica (Chocó, Valle del Cauca, Cauca, Nariño); Región Central: (Cauquetá, Huila, Tolima, Quindío, Risaralda, Caldas, Antioquia); y Región Oriental (Meta, Cundinamarca, Boyacá, Santander, Norte de Santander, Arauca). Los municipios y segmentos elegibles para el muestreo fueron seleccionados al azar utilizando un procedimiento de muestreo probabilístico, multietápico, estratificado. Los hogares elegibles se identificaron a través de una muestra maestra para estudios epidemiológicos de salud, propiedad del Ministerio de la Protección Social, basada en datos del censo realizado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística

(DANE). Se encuestaron 4.426 personas de 18 a 65 años en 5.526 hogares de 60 municipios ubicados en 25 departamentos de todo el país, con una tasa de respuesta del 87,7%. El consentimiento informado fue obtenido de cada encuestado antes de estudiar su participación y el estudio fue aprobado por un comité ético.

Recolección de datos

Se llevó a cabo utilizando entrevistas personales, asistidas a través de computador, realizadas por encuestadores profesionales entrenados en el nivel central. En otro lugar se ofrece una descripción detallada de la metodología y los procedimientos de control de calidad utilizados (6). En resumen, la muestra se subdividió en dos grupos: Todos los encuestados completaron la primera parte de la entrevista que incluye evaluaciones de diagnóstico básico y sólo aquellos que cumplieron con los criterios para algún trastorno, y una submuestra de 25% de los demás, completaron la segunda parte. Los encuestados que respondieron la segunda parte fueron ponderados por el inverso de su probabilidad de selección para ajustar el muestreo. Todos los análisis fueron reportados usando la ponderación de la segunda parte.

Las encuestas fueron traducidas del inglés al español utilizando los protocolos de traducción de la OMS. El control de calidad fue llevado a cabo por el centro de coordinación de recolección de datos en el Centro de investigación de encuestas de la Universidad de Michigan. Este proceso se realizó mediante la comprobación de la exactitud de la recolección de los datos, especificando los procedimientos de depuración y codificación de estos. Los datos incluidos en la CIDI incluyen las variables sociodemográficas: edad (grupos de 18-29, 30-44, 45-54, 55-65 años), sexo, estado civil (casado/unión libre, separados/divorciados/viudos,

solteros), nivel educativo (ninguno, escuela primaria, secundaria incompleta, secundaria completa, post-secundaria) e ingreso familiar (bajo, medio-bajo, medio – alto, alto).

Mediciones relacionadas con las consecuencias de la depresión

Los correlatos relacionados con la depresión fueron medidos utilizando la CIDI de la OMS versión 15, un instrumento estructurado para el uso por entrevistadores entrenados cuya administración no requiere experiencia clínica. La CIDI contiene un módulo para la evaluación de depresión y los diagnósticos se basan en los criterios del DSM-IV.

Este informe describe no sólo la prevalencia y los correlatos del TDM, sino también la comorbilidad con trastornos de ansiedad (trastorno de pánico, agorafobia sin pánico, fobia social, fobias específicas, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de estrés postraumático), trastornos por consumo de sustancias (abuso y dependencia de alcohol y de drogas), y trastornos del control de impulsos.

Discapacidad, gravedad y factores de riesgo

La gravedad de los trastornos evaluados en los últimos 12 meses fue clasificada como «grave», «moderada» o «leve», prestando especial atención si en los últimos 12 meses tenía diagnóstico de Trastorno bipolar I, si trató de suicidarse en el último año, si tenía dependencia de sustancias con síntomas fisiológicos o si presentaba al menos dos áreas de incapacidad grave para desempeñar su rol debido a trastorno mental de acuerdo con la Escala de Discapacidad de Sheehan (SDS por sus siglas en inglés) o mostraba deterioro funcional global a un nivel compatible con una evaluación de

50 o menos y habían tenido un trastorno de funcionamiento. Quienes no fueron categorizados como graves, ó fueron clasificados como moderados si tenían, al menos un trastorno y un nivel moderado de discapacidad en cualquier ámbito de la SDS o si tenían dependencia de sustancias sin signos fisiológicos. Por último, se clasificaron como leves todos los demás casos que cumplían criterios para trastorno según el DSM-IV.

A quienes respondieron a la CIDI y tenían TDM en los últimos 12-meses se les administró la SDS (1) para valorar la extensión en la cual la depresión interfería con su funcionamiento en el trabajo, en el hogar, en las relaciones personales y en los roles sociales en el peor mes del año previo al estudio. Las respuestas se puntuaron con una escala visual análoga de 0 a 10 con ninguna opción de respuesta (0), leve (1-3), moderada (4-6), severa (7-9), y muy severa (10). La gravedad de los síntomas se evaluó con los encuestados que reunieron criterios CIDI para TDM en los últimos 12-meses, con la versión abreviada del Inventario Rápido de Sintomatología Depresiva Auto Reportada (IDS por sus siglas en inglés) (1) para evaluar la gravedad de los síntomas en el peor mes del año anterior. Esta escala permite una medición totalmente estructurada que se relaciona estrechamente con el Inventario de sintomatología depresiva (QIDS-C) aplicado por un clínico (1). Las normas desarrolladas para esta escala fueron utilizadas para convertir las puntuaciones a las categorías de gravedad clínica asignada a los rangos convencionales de ninguna, ligera, moderada, grave (severa) y muy grave (muy severa). Un estándar de variables sociodemográficas (edad, sexo, situación laboral, educación, ingresos) fue administrado a todos los encuestados, junto con otras preguntas que identificaban los factores de riesgo para un individuo específico.

TRATAMIENTO

A los encuestados se les preguntó si habían recibido alguna vez tratamiento para “problemas con sus emociones o para los nervios o por uso de alcohol o drogas”. A los sujetos se les entregó una lista de los servicios de salud y proveedores de atención que incluían: psiquiatras, médicos generales o médicos de familia, cualquier otro médico, trabajadores sociales, consejeros y otros profesionales de la salud mental, consejeros espirituales o religiosos, o curanderos (por ejemplo, quiroprácticos, yerbateros). La utilización de servicios de salud durante los últimos 12 meses fue clasificada en los siguientes grupos: psiquiatra, otros servicios de salud mental (no psiquiatra, psicólogo, trabajador social o asesor en un establecimiento especializado de salud mental), servicios de medicina general (médico de atención primaria, otro médico, enfermera), servicios sociales (consejero religioso o espiritual, trabajador social o consejero en cualquier contexto diferente a un establecimiento con atención en salud mental), y servicios de medicina alternativa complementaria (MAC por sus siglas) como quiroprácticos, grupos de apoyo en Internet, grupos de autoayuda). Los psiquiatras y otros servicios de salud mental se combinaron en una categoría sintetizada como «cualquier tipo de atención de salud mental». De igual manera, la atención de la salud mental y la atención de la salud en general se agruparon en una categoría más amplia, “servicios de salud”, y los servicios humanos y de medicina alternativa complementaria se combinaron en una categoría de “distintos a sector salud”.

La definición de tratamiento mínimamente adecuado fue la misma utilizada por Wang PS et al y se sustenta en directrices basadas en evidencia. En resumen, el tratamiento mínimamente adecuado fue definido como recibir farmacoterapia (> 2 meses de un medicamento adecuado para el

trastorno específico y 4 visitas o más a cualquier tipo de médico) o psicoterapia (> 8 visitas con cualquier médico o profesional de servicios sociales, con una duración promedio > 30 minutos para los trastornos de abuso de sustancias, reuniones de grupos de auto-ayuda de cualquier duración). Los medicamentos adecuados incluyeron antidepresivos para los trastornos depresivos, estabilizadores del humor o antipsicóticos para el trastorno bipolar, antidepresivos o ansiolíticos para trastornos de ansiedad, y antagonistas o agonistas (disulfiram, naltrexona, clorhidrato de metadona) para los trastornos por abuso de alcohol y otras sustancias. Para determinar lo adecuado del tratamiento, se consideraron por separado 12 meses del trastorno.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó tabulación cruzada para estimar la prevalencia, la comorbilidad, la gravedad de los síntomas, la discapacidad, el tratamiento y lo adecuado del tratamiento. Se usaron análisis de regresión logística multivariada para estimar las asociaciones entre correlatos socio-demográficos y de diagnóstico retrospectivamente evaluados para cada resultado. Para facilitar la interpretación, los coeficientes de regresión logística y el intervalo de confianza (CI) del 95% se convirtieron en (OR), y las variables continuas fueron divididas en categorías con el fin de minimizar los efectos de valores extremos. Los errores estándar (SE) y las pruebas de significancia se calcularon utilizando el método de las Series de Taylor y el software SUDAAN (23) para ajustar los efectos de diseño. La significancia multivariada se evaluó mediante el test X^2 Wald, basado en matrices de varianza - covarianza con coeficiente de diseño corregido. La significación estadística se evaluó mediante pruebas *.05 nivel (2-tailed)*¹.

¹ Correlación es significativa a nivel *.05 (2-tailed)*.

RESULTADOS

La prevalencia del Trastorno Depresivo Mayor

Las estimaciones de prevalencia de vida del TDM fueron de 13.3% (SE 0.6%), (603 sujetos) y 6.2% (SE 0.4%) para la prevalencia de últimos 12 meses (280 sujetos). La Tabla 1 muestra la distribución por edad y sexo, con mayor prevalencia en el sexo femenino.

Edad de inicio e historia de Trastorno Depresivo Mayor

Para la media de edad de inicio del TDM, el riesgo es significativamente mayor en los grupos de edad de 18-29 y 30-44 años. Tanto el número promedio de años del episodio como el número medio de episodios en la vida son significativamente más altos en los grupos mencionados en comparación con los de personas de mayor edad y en las mujeres, a diferencia de los hombres. Estos hallazgos se correlacionan con la conducta suicida observada en la misma población.

Correlatos sociodemográficos como posibles factores de riesgo

Los correlatos socio demográficos para TDM por grupos de edad mostraron diversas variables que llegan a constituir un factor de riesgo para desarrollar un TDM con significación estadística: sexo femenino, nivel socioeconómico promedio bajo, estudios superiores, soltero (nunca casado, separado, viudo/divorciado) y un bajo promedio de ingresos. A pesar del gran número de asociaciones significativas, sólo unas pocas eran fuertes, es decir, $OR > 3,0$ o $<0,33$.

Comorbilidad: enfermedades psiquiátricas específicas relacionadas y tendencias suicidas

Más de tres quintas partes (60.3%, SE 4.1) de los encuestados con TDM en los últimos 12 meses también reunieron los criterios de al menos 1 de los otros trastornos valorados en la CIDI, incluyendo 53.7% con trastorno de ansiedad (OR 8.2 (5.6-12)), 8.8% (OR 5.7 (2.6-12.6)) con trastorno de abuso de sustancias y 20.3% (OR 7.3 (4.1-13)) con trastorno de control de impulsos. Por grupo de edad, en el grupo de 18-29 años los trastornos de ansiedad fueron la asociación más común, seguidos por el trastorno de control de los impulsos (61,5%, 19,2%, respectivamente). Los trastornos de abuso de sustancias no fueron significativos en esta población (casi 6,0%). Las mismas tendencias persistieron a lo largo de los otros grupos.

En términos de suicidio y desenlaces relacionados con suicidio (Tabla 1), el 32,1% [OR 3,8 (2.4-5.9)] tenía ideación suicida, el 14,5% [OR 4-7 (3.0-7.5)] tenían planes suicidas y otro 14,5% [OR 4,1 (2,4-7,0)] intento de suicidio. Analizando los grupos, la mayor prevalencia de ideación suicida, planes de suicidio e intento de suicidio se encontró en los grupos más jóvenes, es decir, 18-29 y 30-44 años de edad.

Cuando a los encuestados se les preguntó sobre comorbilidad médica se obtuvieron resultados interesantes: el 63,6% de la población inscrita tenía alguna discapacidad física, el 38,7% refirió algún tipo de dolor [OR 3.0 (2.1-4.3)], incluido el dolor crónico [7.5%, OR 2.6 (1.4-4.7)], el 34,9% se quejó de cefalea severa o frecuente [OR 2.9(1.9-4.3)], el 25% se quejó de algún trastorno músculo-esquelético [OR 2.1, (1.3-3.4)] incluyendo problemas de espalda o cuello [20 %, OR 2,4 (1.5-3.8)] o cualquier tipo de artritis o dolor reumático, un 16,9% sufría de

enfermedad respiratoria [OR 2.3 (1.4-3.8)], como alergia estacional (7,1%), asma (3,7%) y enfermedad pulmonar crónica (2,2%). El 12% tenía un diagnóstico de alguna enfermedad cardiovascular como un evento cerebro vascular (1,1%), infarto de miocardio [3,1%, OR 3,3 (1,4-7,9)], hipertensión (7,7%) o diabetes (1,6%); 16,9 % dijeron que tenían un diagnóstico de enfermedad úlcero - péptica con una OR de 2.2 y un 95% CI entre 1.2-4.0. Otras comorbilidades se consideraron relacionadas con la depresión, pero ninguna de ellas mostró un aumento en la probabilidad de presentación relacionada con la depresión (OR no significativa).

Se encontró que la depresión era factor de riesgo para (1) cualquier problema físico (63,6, OR 2,6 [1,8-4,0]), (2) por lo menos dos condiciones físicas diagnosticadas [17,8%, OR 1,8 (1,2-2,8)], y (3) tres o más condiciones médicas (16,3%, OR 3,1 (1.8-5.4)).

Discapacidad

De acuerdo con la SDS, casi todos los encuestados con TDM en los últimos 12 meses informaron al menos algún tipo de discapacidad para el desempeño de rol asociado con su depresión en al menos 1 de los 4 dominios de rol de la SDS, el 50,3% lo reportó como severo. La discapacidad fue mayor en el dominio de relaciones personales (32%) y fue menor en el hogar (25,2%), en el trabajo (24,6%) o en el de rol social (27,4%).

Los encuestados con TDM en los últimos 12 meses informaron una media de 14,7 (SE 3,6) días en el año anterior, en que eran totalmente incapaces de trabajar o llevar a cabo sus actividades normales a causa de su depresión. En general, los resultados de la SDS se relacionaron significativamente ($X^2 = 3,7$, $P = .291$, $DF = 3$) con los días de incapacidad que oscilaron desde un nivel alto, de 49,4 días

Tabla 1. Suicidio en los pasados 12 meses

Tendencias de suicidio en los pasados 12 meses	18-29						30-44						45-54					
	N con TDM	N con dx	%(SE)	OR ² (CI)	cálculo estadístico	N con TDM	N con dx	%(SE)	OR ² (CI)	cálculo estadístico	N con TDM	N con dx	%(SE)	OR ² (CI)	Cálculo estadístico			
Ideación suicida	101	35	35.7 (7.1)	4.7*(2.4-8.9)	X ² =22.7, P=.000	98	29	34.7 (6.7)	3.4*(1.9-6.3)	X ² =17.0, P=.000	41	11	17.3 (6.1)	1.9(0.7-5.1)	X ² =1.9, P=.170			
Plan suicida	101	16	12.4 (3.8)	4.3*(1.9-9.6)	X ² =12.9, P=.000	98	12	19.1 (6.6)	5.3*(2.4-12.1)	X ² =17.0, P=.000	41	5	7.0 (3.7)	2.1(0.6-6.8)	X ² =1.6, P=.212			
Intento suicida	101	17	16.7 (5.4)	4.4*(1.9-10.2)	X ² =12.7, P=.000	98	12	13.5 (5.3)	2.9*(1.1-7.4)	X ² =5.2, P=.023	41	4	10.6 (5.6)	-(-,-)	--			

Tendencia suicida en los pasados 12 meses	Todas las edades											
	N con TDM	N con dx	%(SE)	OR ² (CI)	Cálculo estadístico	N con TDM	N con dx	%(SE)	OR ² (CI)	Cálculo estadístico	Prueba de la diferencia en la prevalencia suicida entre respuestas con TDM cruzando los grupos de edades ³	Prueba de diferencia en ORs cruzando grupos de edades ⁴
Ideación suicida	40	12	28.0 (7.6)	4.3*(1.8-9.8)	X ² =11.9, P=.001	280	87	32.1 (4.6)	3.8*(2.4-5.9)	X ² =35.7, P=.000	X ² =5.5, P=.141, df=3	X ² =4.0, P=.262, df=3
Plan suicida	40	7	18.1 (6.5)	8.9*(2.3-34.4)	X ² =10.5, P=.001	280	40	14.5 (2.7)	4.7*(3.0-7.5)	X ² =46.0, P=.000	X ² =2.2, P=.525, df=3	X ² =3.0, P=.385, df=3
Intento suicida	40	5	13.7 (6.2)	7.7*(1.8-32.4)	X ² =8.0, P=.005	280	38	14.5 (3.0)	4.1*(2.4-7.0)	X ² =29.2, P=.000	X ² =1.1, P=.767, df=3	X ² =1.6, P=.671, df=3

¹ % de los casos con 12-mo MDE quien tiene diagnóstico correspondiente.

² ORs está estimando la posibilidad de cada dx con 12-mo MDE como predicción y control demográfico (sexo, educación, estado civil); raras porciones no están presentes en las celdas donde el conteo correspondiente con TDM es menor de 15, el conteo correspondiente a suicidio es menor de 5.

³ Prueba significativa de grupos con correspondiente a categorías con diferencia en prevalencia, controlando la misma información demográfica. No restricción de pruebas en los grupos estadísticos, los resultados de las líneas con múltiples, pueden ser inestables o no posible convergir.

⁴ La prueba significa la interacción entre los grupos y pronosticar las diferencias entre las categorías OR, controlando la misma área demográfica. No restricción de pruebas en los grupos estadísticos, los resultados de las líneas con múltiples celdas, pueden ser inestables o no posible convergir. Importancia del nivel 0.05.

entre los encuestados que reportaron muy severa discapacidad para su desempeño, a tan bajo como cero entre aquellos que reportaron no haber tenido ninguna discapacidad para su desempeño.

Severidad clínica

Más del 99% de los encuestados con TDM fueron clasificados independientemente mediante el IDS como clínicamente deprimidos durante el peor mes del año, con 15.3% leve, 33.0% moderada, 34.9% severa, y 14.1% muy grave. Los casos leves a graves, tal como los mide el IDS, tuvieron duraciones promedio de 20.1 a 32.6 semanas, mientras que los casos muy graves tuvieron una duración promedio de 32.3 semanas. La severidad de los síntomas estaba fuertemente relacionada tanto con la discapacidad para el desempeño de sus roles como con la comorbilidad.

Tratamiento y sus predictores

Se estima que el 22,8% [OR 6.3 (4.1-9.8)] de los encuestados con TDM en los últimos 12 meses recibió algún tipo de tratamiento en el año anterior a su entrevista. El sector de Servicios de Salud Mental (SSM) participó en la mayor proporción de estos casos (15,5% de los casos tratados) y el sector de medicina alternativa complementaria (MAC) en la proporción más baja (0,6% de los casos tratados), mientras que la gran mayoría de los casos tratados fueron vistos en el sector de Cuidado de la Salud (CS) [SSM (15,5%, OR 8,1 (4.7-14.0)), GM (7,2%, (2,1-7,8)), o uso de medicamentos psicotrópicos. Los Servicios Sociales atendieron el 3,0% de los casos [OR 8.6 (1.9-39.7)].

En términos de severidad, entre los pacientes diagnosticados con TDM severo o muy severo por la SDS, solo 27.4% recibieron algún tipo de tratamiento, de aquellos casos 21.1% recibieron

consejería por especialistas en psiquiatría. La Medicina Alternativa Complementaria (MAC) tuvo la más baja proporción de casos severos y muy severos (1.3%). Los pacientes por fuera de la categoría "severo" (es decir, muy grave) fueron tratados principalmente por un especialista (7.9%). Las tasas de tratamiento para este grupo (cualquier tipo de tratamiento) fueron del 17.7%.

Sorprendentemente, la mayoría de las personas con cualquier TDM que buscaron cualquier tipo de tratamiento pertenecen al grupo de edad 18-29.

A medida que se fueron analizando los predictores de tratamiento, se dividieron los resultados en dos grupos para cada edad: Cualquier tratamiento en los últimos 12 meses y tratamiento especializado en 12 meses. Los resultados mostraron, para todas las edades, con respecto a tratamiento especializados en 12 meses, varios factores predictivos del tratamiento que se consideraron estadísticamente significativas: bajo nivel educativo, bajos ingresos promedio [pobres predictores del tratamiento: 8,6%, OR 0,3 (0,1-1,0) y el 7,0%, OR 0,2 (0,0-7,0), respectivamente] y una puntuación global en la escala de Sheehan que los clasificaba como graves [es más probable que ellos reciban tratamiento por un especialista, el 21,1% (OR 3.2 (1.4-7.2 y 3.2)]. Respecto a los predictores para recibir cualquier tratamiento en 12 meses, la asociación de TDM con cualquier otra condición psiquiátrica aumentó la probabilidad de tratamiento, y bajos ingresos promedio disminuyeron la probabilidad de recibir tratamiento. Los resultados de los predictores de tratamiento de acuerdo a los grupos de edad mostraron resultados diferentes.

En el grupo de edad 18-29, para cualquier período de 12 meses de tratamiento, se encontró asociación negativa con el género femenino [8.7%, OR 0.2 (0.0-0.7)] y asociación positiva con la cate-

goría de “graves” de la escala Sheehan [32.6%, OR 4.0 (1.1-15.0)]. Para tratamiento por especialista 12 - meses, se encontró una asociación negativa en las siguientes variables: sexo femenino [7.0%, OR 0.2 (0.0-0.9)], bajo nivel educativo [3.6%, OR 0.1 (0.0-0.9)] y medio bajo [2.4%, OR 0.1 (0.0-0.5)] e ingresos bajos [5.4%, OR 0.1 (0.0-0.5)]; y se encontró una asociación positiva cuando los encuestados se clasificaron como “severo” en la puntuación global en la escala de Sheehan [28.7%, OR 5.4 (1.2-23.1)].

En el grupo de 30-44 años, para cualquier tratamiento en 12 meses, se encontró asociación negativa con educación media alta [11.8%, OR 0.1 (0.0-0.9)] y asociación positiva cuando al momento del diagnóstico había exactamente 1 trastorno mental [37.1%, OR 3.6 (1.2-73.8)]. Para tratamiento especializado, se encontró una asociación negativa con las siguientes variables: bajo nivel educativo, [8.8%, OR 0.1 (0.0-0.7)] y promedio alto [10.4%, OR 0.1 (0.0-0.8)]; y se encontró una asociación positiva cuando los encuestados tenían exactamente un (1) trastorno mental presente al momento del diagnóstico [34.1%, OR 10.7 (1.0-112.8)].

En el grupo de edad de 45-54 para cualquier tratamiento en 12 meses, sólo se encontró asociación negativa cuando el encuestado tenía bajo nivel educativo [34,9%, OR 9,0 (1.1-70.7)].

En el grupo de edad de más de 55 años, la única asociación positiva encontrada ocurrió cuando el entrevistado tenía más de 1 o exactamente dos patologías psiquiátricas [68,5%, OR 25 (1, 3, 4)].

Se elaboró un modelo para predecir la aparición del TDM, con controles por categoría de edad, sexo, variables en el nivel educativo y estado civil. Se encontraron hallazgos significativos (asociaciones negativas) en diferentes grupos.

En los grupos de 30-44, 45-54 y +55 años, estaba negativamente asociado el comienzo de TDM (OR 0.3, 0.3-0.5; OR 0.2, 0.1-0.2; OR 0.1, 0.1-0.2). Fue más frecuente desarrollar un TDM en el grupo de edad que oscilaba de 18-29 (OR 1.0, 1.0-1.0).

DISCUSIÓN

Los resultados deben interpretarse teniendo en cuenta diversas limitaciones. En primer lugar, los datos se basaron en las respuestas *a posteriori* de la aparición de las condiciones relacionadas con la depresión y sus resultados, y pueden haber estado sesgados por los entrevistados en la encuesta (sesgo de recuerdo).

No se recolectaron datos de terceros informantes para validar los informes de los encuestados. Sin embargo, la exactitud de los resultados es apoyada por las revisiones sistemáticas que muestran que los adultos pueden recordar experiencias pasadas con suficiente confiabilidad como para proporcionar información de valor. Estos datos son especialmente útiles cuando no se dispone de datos prospectivos, como en nuestro caso. Otra limitación es el hecho de que varios trastornos mentales mayores no fueron evaluados en la encuesta, ya que serían difíciles de evaluar mediante entrevista no clínica, teniendo en cuenta el estigma que representan los trastornos mentales en nuestra sociedad y debido a que estudios de validación previos han mostrado que se tiende a exagerar algunos como los trastornos psicóticos, cuando se utilizan cuestionarios aplicados por un entrevistador tales como el CIDI. Esto es lamentable, teniendo en cuenta que estudios anteriores sugieren que los desenlaces relacionados con la depresión presentan patrones de prevalencia únicos.

A pesar de todas las limitaciones, los resultados proporcionan información novedosa y valiosa

sobre la depresión en Colombia. En primer lugar, en comparación con otros países, las estimaciones de prevalencia de vida de TDM fueron de 13,3% y de 6,2% en los últimos 12 meses anteriores a la entrevista, en comparación con las estimaciones de prevalencia de vida en Estados Unidos, 16,2% y 6,6% para los últimos 12 meses previos a la entrevista. Estas cifras son sorprendentemente elevadas para un país de América Latina, situando el problema como cuestión de salud pública que podría explicarse por la carga social del conflicto interno, entre otras situaciones. Los datos anteriores significan que en nuestro país, se han encontrado diversas dificultades para identificar el TDM por parte de los profesionales de la salud, ya sea porque ellos no son conscientes de esta situación en nuestra sociedad, o porque la población afectada simplemente no accede a estos servicios, y por lo tanto no se llega al diagnóstico. Asimismo, es muy importante el estigma social: la población no se siente cómoda buscando profesionales que cuidan de la salud mental (se calcula que sólo el 22,8% de los encuestados con TDM en los últimos 12 meses recibieron algún tipo de tratamiento).

Este informe muestra que los resultados sobre la edad de inicio son consistentes con las encuestas anteriores, al encontrar que el TDM tiene una distribución de aparición temprana (1,2). Es más frecuente desarrollar un TDM cuando el sujeto pertenece a un grupo de edad más joven en comparación con aquellos que forman parte de grupos de mayor edad. Punto muy importante para trabajar, porque esto podría significar que programas de detección adecuados entre la población, combinados con la adecuada conciencia por parte de los médicos, podría ayudar en cierta medida. Tratar los casos en sus etapas tempranas podría representar cambios en la relación costo-beneficio para el sistema de atención de la salud (reducir los costos de las intervenciones mayores cuando la enfermedad que se trata está mucho más avanzada).

Los correlatos sociodemográficos de prevalencia son en su mayor parte consistentes con los de anteriores estudios epidemiológicos (3,4) en la medida que el TDM presenta co-morbilidad con la ansiedad y los trastornos por consumo de sustancias. El trastorno de control de impulsos también fue un hallazgo significativo en nuestros sujetos de estudio, porque el 20% de ellos refirió tener esta condición. El TDM se asocia con otros resultados temibles, como el suicidio. Como nuestro grupo también reportó, el riesgo de resultados relacionados con suicidios fue mayor para los trastornos del estado de ánimo seguidos por trastornos de abuso de sustancias, del control de los impulsos y de ansiedad (5). Como el suicidio es motivo de gran preocupación, importantes esfuerzos para identificar el TDM en etapas tempranas podrían representar ahorros en términos de AVAD y de años potenciales de trabajo de la población, los cuales se pierden cuando el suicidio es un fenómeno constante.

Cuando se trata de la severidad, casi todos los encuestados reportaron algún tipo de discapacidad para el desempeño de su rol asociado con la depresión (50,3% lo reportaron como grave). Además, los sujetos del estudio fueron incapaces de trabajar o llevar a cabo sus actividades normales durante un intervalo medio de 14,7 días. Esto significa que se debe realizar un esfuerzo por parte de las autoridades de salud para buscar un incremento de la calidad del tratamiento en dos aspectos concretos: ayudar a los pacientes para mejorar su acceso a la atención en salud y el desarrollo de directrices adecuadas para el tratamiento basado en la evidencia.

Definitivamente es motivo de preocupación la fuerte asociación que tienen diversos problemas físicos con la depresión, tales como el dolor, la cefalea, los trastornos músculo-esqueléticos, las enfermedades respiratorias y las enfermedades cardiovasculares. Ello significa que los especialistas en campos diferentes a los de la salud mental

deben usar herramientas adecuadas de detección para evaluar de manera temprana estas situaciones, porque el adecuado tratamiento de la depresión tiene un impacto importante en otros problemas físicos, especialmente cuando tales problemas son causados en su mayoría por somatización.

La mayoría de los indicadores negativos para el tratamiento se asocian ya sea con bajo nivel de educación o con bajos ingresos. Estos hallazgos podrían representar un llamado a la sensibilización de las autoridades: la mejora en el acceso y calidad de la atención a las personas pobres y vulnerables y especialmente la detección, educación y entrega de programas de atención en salud mental en zonas remotas (es decir, la telemedicina) podría ayudar a esta población. De esta manera podrá cerrarse la brecha entre ellos y quienes tienen una condición diferente.

Por sobre todo, estos resultados tienen importantes implicaciones desde el punto de vista científico y práctico. Desde el punto de vista científico, los hallazgos de este estudio proporcionan información pertinente sobre la incidencia de resultados asociados con la depresión y sobre la coherencia con muchos hallazgos anteriores. Futuras líneas de investigación incluyen el estudio de los factores determinantes de la prevalencia y la evaluación más compleja de riesgos y de modelos de factores de protección, que tengan en cuenta aspectos tanto comunes como específicos para Colombia. Desde el punto de vista práctico, nuestros datos proporcionan información importante a los investigadores del país para examinar la eficacia de los programas comunitarios de intervención multimodal para la prevención de intentos de suicidio y del suicidio.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Ninguno declarado.

AGRADECIMIENTOS

El Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003 fue realizado en el marco de la Encuesta Mundial de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (WMHS por sus siglas en inglés). Agradecemos a los miembros del equipo coordinador de la WMHS tanto de la OMS, como de la Universidad de Harvard y la Universidad de Michigan por la asesoría y apoyo a la instrumentación, trabajo de campo y análisis de datos. También agradecemos a la Fundación FES Social por su participación en el trabajo de campo; Igualmente, nuestra gratitud al Grupo de trabajo sobre depresión de la WMHS. Una lista completa de publicaciones de la Encuesta mundial de salud mental puede ser encontrada en <http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/> y finalmente nuestro agradecimiento a la enfermera epidemióloga Ximena Ríos Peña por sus valiosos aportes a la construcción de este documento.

REFERENCIAS

1. Christie KA, Burke JDJ, Regier DA, Rae DS, Boyd JH, Locke BZ. Epidemiologic evidence for early onset of mental disorders and higher risk of drug-abuse in young-adults. *Am J Psychiatry*. 1988;145:971-975
2. Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, et al. The epidemiology of major depressive episodes. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2003;12:3-21.
3. US Department of Health and Human Services. *Mental Health: A Report of the Surgeon General*. Rockville, Md: US Dept of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health; 1999
4. Canino GJ, Bird HR, Shrout PE, et al. The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry*. 1987;44:727-735

5. Posada-Villa J et al. Prevalence of suicide risk factors and suicide-related outcomes in the National Mental Health Study, Colombia. *Suicide Life Threat Behav*, 2008. (In Press).
6. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia (National Mental Health Survey). 2003, República de Colombia, Ministerio de la Protección Social, Fundación FES, Bogotá, Colombia, Sur América.
7. Demyttenaere, K., et al., Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*, 2004. 291(21): p. 2581-90
8. Kessler, R.C. and T.B. Ustun, The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res*, 2004. 13(2): p. 93-121.
9. World Health Organization. Preventing suicide. A resource for counselors. 2006, WHO: Geneva.
10. World Health Organization. Suicide rates per 100.000 by country, year and sex. 2007, WHO: Geneva.
11. Forensis 2002, datos para la vida (Forensis 2002, Data for Life). 2003, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, División de Referencia de Información Pericial: Bogotá D.C., República de Colombia. p. p. 275 – 316.
12. Forensis 2003, datos para la vida (Forensis 2003, Data for Life). 2004, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, División de Referencia de Información Pericial: Bogotá D.C., República de Colombia. p. p. 275 – 316.
13. Forensis 2006, datos para la vida. 2007, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, División de Referencia de Información Pericial: Bogotá D.C., República de Colombia. p. p. 275 – 316.
14. Cendales, R., et al., [Suicide trends in Colombia, 1985-2002]. *Rev Panam Salud Publica*, 2007. 22(4): p. 231-8.
15. O'Carroll, P.W., et al., Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide Life Threat Behav*, 1996. 26(3): p. 237-52.
16. Kessler, R.C. and K.R. Merikangas, The National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): background and aims. *Int J Methods Psychiatr Res*, 2004. 13(2): p. 60-8.
17. Kawakami, N., et al., Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan: preliminary finding from the World Mental Health Japan Survey 2002-2003. *Psychiatry Clin Neurosci*, 2005. 59(4): p. 441-52.
18. Naganuma, Y., et al., Twelve-month use of mental health services in four areas in Japan: findings from the World Mental Health Japan Survey 2002-2003. *Psychiatry Clin Neurosci*, 2006. 60(2): p. 240-8.
19. First, M., Spitzer, R.L., Gibbon, M., Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Non-Patient Edition 2002, New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute.
20. Kessler, R.C., et al., Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 2005. 62(6): p. 593-602.
21. Hosmer, D., Lemeshow, S., *Applied Logistic Regression*. 1989, New York: Wiley & Sons.
22. Wolter, K., *Introduction to Variance Estimation*. 1985, New York: Springer-Verlag.
23. SUDAAN: Professional Software for Survey Data Analysis. 2002, Research Triangle Institute: Research Triangle Park, NC.
24. Brewin, C.R., B. Andrews, and I.H. Gotlib, Psychopathology and early experience: a reappraisal of retrospective reports. *Psychol Bull*, 1993. 113(1): p. 82-98.
25. Hardt, J. and M. Rutter, Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: review of the evidence. *J Child Psychol Psychiatry*, 2004. 45(2): p. 260-73.
26. Schlesselman, J., *Case-control studies: Design, conduct, and analysis*. 1982, New York: Oxford University Press.
27. Kendler, K.S., et al., Lifetime prevalence, demographic risk factors, and diagnostic validity of nonaffective psychosis as assessed in a US community sample. *The National Comorbidity Survey*. *Arch Gen Psychiatry*, 1996. 53(11): p. 1022-31.
28. Nock, M.K. and R.C. Kessler, Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: analysis of the National Comorbidity Survey. *J Abnorm Psychol*, 2006. 115(3): p. 616-23.
29. Nock, M.K. and M.J. Prinstein, Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *J Abnorm Psychol*, 2005. 114(1): p. 140-6.
30. Kessler, R.C., G. Borges, and E.E. Walters, Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 1999. 56(7): p. 617-26.
31. Moscicki, E., *Epidemiology of suicide*, in *The Harvard Medical School: guide to suicide assessment and intervention*, D. Jacobs, Editor. 1999, Jossey-Bass: San Francisco. p. 40-51.
32. Rihmer, Z., *Suicide risk in mood disorders*. *Curr Opin Psychiatry*, 2007. 20(1): p. 17-22.
33. Rihmer, Z. and K. Kiss, Bipolar disorders and suicidal behaviour. *Bipolar Disord*, 2002. 4 Suppl 1: p. 21-5.
34. Raja, M. and A. Azzoni, Suicide attempts: differences between unipolar and bipolar patients and among groups with different lethality risk. *J Affect Disord*, 2004. 82(3): p. 437-42.
35. Nierenberg, A.A., S.M. Gray, and L.D. Grandin, Mood disorders and suicide. *J Clin Psychiatry*, 2001. 62 Suppl 25: p. 27-30.