

Factores personales y sociales asociados al trastorno de depresión mayor, Medellín (Colombia), 2012

Personal and Social Factors Associated with Major Depression Disorder, Medellín (Colombia), 2012

Alejandra Agudelo Martínez ¹✉ ORCID - Catherine Ante Chaves ²✉ CvLAC - Yolanda Torres de Galvis ³✉ CvLAC

Universidad CES

Colombia

Fecha correspondencia:

Recibido: febrero 18 de 2016.

Aceptado: noviembre 25 de 2016.

Forma de citar:

Agudelo, A., Ante Ch, C., & Torres de G., Y. (2017). Factores personales y sociales asociados al trastorno de depresión mayor, Medellín (Colombia), 2012. *Rev. CES Psicol.*, 10(1), 21-34.

Open access

© Copyright

Licencia creative commons

Ética de publicaciones

Revisión por pares

Gestión por Open Journal System

DOI: [http://dx.doi.org/10.21615/](http://dx.doi.org/10.21615/cesp.10.1.2)

[cesp.10.1.2](http://dx.doi.org/10.21615/cesp.10.1.2)

ISSN: 2011-3080

Sobre los autores:

1. MsC. en Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad CES.

2. MsC. en Salud Pública. Facultad de Fisioterapia. Universidad CES.

Resumen

Introducción: actualmente más de 350 millones personas de todas las edades viven en el mundo con trastorno de depresión mayor, siendo este un problema común en la población general que por la persistencia y la severidad de los síntomas que presenta afecta las esferas personal y social de los individuos. **Objetivo:** determinar los factores personales y sociales asociados al trastorno de depresión mayor en la población de 13 a 65 años de edad de la ciudad de Medellín en el periodo 2011-2012. **Materiales y métodos:** se analizó la información obtenida en el Primer estudio de salud mental poblacional representativo de hogares para la ciudad de Medellín recopilada a través de entrevistas, realizadas con el *World Health Organization Composite International Diagnostic Interview*. Se tomaron 4.176 registros. El procesamiento de la información se realizó mediante el programa SPSS versión 21.0 (Licencia Universidad CES). **Resultados:** la prevalencia para el trastorno de depresión mayor anual en la ciudad de Medellín en el año 2012 fue de 4,1 %. Las mujeres presentaron 2,4 veces más el riesgo de estar afectadas por trastorno de depresión mayor en comparación a los hombres. Tener una percepción regular/mala sobre la salud mental representa un riesgo 6,0 veces mayor que tener una percepción muy buena/excelente; presentar un grado medio de resiliencia representa casi 2 veces más el riesgo de presentar trastorno de depresión mayor en comparación con los que presentan un grado alto de resiliencia, y no poder desahogarse con la familia representa un riesgo de 1,9 veces en comparación a los que sí pueden hacerlo. **Conclusiones:** los factores personales que se asocian al trastorno de depresión mayor son ser mujer, tener una regular o mala percepción sobre su propia salud mental, no hacer ejercicio, presentar un grado medio de resiliencia; mientras que entre los factores sociales asociados se destacaron aspectos relacionados con la familia como no poder desahogarse y que ésta constantemente realice demandas a sus integrantes.

Palabras clave: Depresión mayor, Jóvenes, Adultos, Resiliencia, Familia, Percepción de Salud.

Comparte



3. Dra HC. MsC en Salud Pública.
Jefe Centro de Excelencia
de Investigación en Salud
Mental. Facultad de Medicina.
Universidad CES.

Abstract

Introduction: mental disorders are one of the major health problems worldwide, more than 350 million people of all ages are facing major depressive disorder; this is being a common problem in the general population and its persistence and harshness of the symptoms affect personal and social aspects of an individual. **Objective:** determining personal and social facts associated to the major depression disorder, in a population aged from 13 to 65 years old, in Medellin city, during 2011-2012 years. **Materials and methods:** it was analyzed the information obtained in the First Population Mental Health Survey representative of households for Medellin city, collected through interviews and conducted in cooperation with the World Health Organization Composite International Diagnostic Interview. 4,176 records were taken. The information processing was performed using the SPSS software version 21.0 (License for use of CES University). **Results:** the prevalence for major depressive disorder in the city of Medellin in 2012 was 4.1 %. Women were 2.4 times more likely to be affected by major depressive disorder compared to men. Having a fair / poor perception of mental health represents a 6.0 higher risk than having a very good / excellent perception; Presenting an average degree of resilience would represents almost 2 times of the risk of having major depressive disorder compared to those with a high degree of resilience, and who are not able to relieve oneself with their family represents a risk of 1.9 times in comparison to those who can do it. **Conclusions:** personal factors associated with major depressive disorder include facts such as: being female, having fair or poor mental health perception, not exercising, having an average degree of resilience; while in terms of the social aspects, they were highlighted aspects related to family, as it is the case of not being heard and being demanded constantly by the family members.

Keywords: Major Depressive, Adolescent, Adult, Resilience, Family, Health Perception.

Introducción

La salud mental, la salud física y la salud social son componentes esenciales de la vida que están estrechamente relacionados. Cuando mayores son los conocimientos sobre esta relación, más evidente resulta la importancia básica de la salud mental para el bienestar general de los individuos, las sociedades y los países.

Los trastornos mentales constituyen uno de los mayores problemas de salud en todo el mundo, hace poco más de dos décadas un estudio de la carga global de la enfermedad resaltó la magnitud de estos padecimientos como un problema prioritario en salud pública y señaló que la carga que representaban estaba siendo subestimada al considerar solo tasas de mortalidad, dejando a un lado las de discapacidad ([Organización Mundial de la Salud, 2001](#)). A partir de esta consideración, los trastornos mentales se reconocieron entre los que más carga representan a escala mundial. Se les atribuyó 10,0 % de la carga global de la enfermedad (estimando que aumentará hasta 15,0% para 2020). El trastorno de depresión mayor se destacó por ocupar el cuarto lugar mundial en la carga de la enfermedad, y se estimó que para el año 2020 ocupará el segundo lugar y el primero en países en desarrollo ([Rueda Sánchez, Díaz Martínez, & Rueda Jaimes, 2008](#); [World Health Organization, 2006](#)).

Actualmente más de 350 millones de personas de todas las edades viven en el mundo con trastorno de depresión mayor, siendo éste un problema común en la población general. Se estima que el 20,0 % de la población general tiene el riesgo de desarrollar este trastorno en algún momento de su vida y que afecta dos a tres veces más a la mujer que al hombre. Las personas que sufren depresión experimentan deterioro funcional, pérdida de productividad, incremento del riesgo de suicidio; lo que genera altos gastos en atención en salud. El trastorno de depresión mayor está asociado a una mayor mortalidad, es así que los sujetos que lo padecen y que mueren por suicidio llegan al 15,0 % ([Pinto Masís et al., 2010](#); [Lujan, Ramirez, García, Berrocal, & Armando, 2003](#)).

En Colombia, el Estudio Nacional de Salud Mental realizado en el año 2003 ([Ministerio de la Protección Social República de Colombia, 2003](#)) reportó una prevalencia de vida del trastorno de depresión mayor del 12,1 %, siendo la proporción de mujeres que padecen este trastorno, como poco, el doble de los hombres. El grupo poblacional con mayor prevalencia fue el de población adulta, aunque en la actualidad existe evidencia del comienzo cada vez más temprano de este padecimiento. Estas edades tempranas de inicio implican muchos años de sufrimiento y interrupciones en diferentes ámbitos de la vida como la educación, el empleo, la elección de pareja, entre otras.

Actualmente más de 350 millones de personas de todas las edades viven en el mundo con trastorno de depresión mayor, siendo éste un problema común en la población general. Se estima que el 20,0 % de la población general tiene el riesgo de desarrollar este trastorno en algún momento de su vida y que afecta dos a tres veces más a la mujer

En el departamento de Antioquia, dos municipios (Medellín e Itagüí) cuentan con un diagnóstico de salud mental desde el año 2012; los principales hallazgos de estos estudios indicaron que 10 personas de cada 100 han presentado trastorno de depresión mayor en la vida y por grupo de edad las prevalencias más altas registradas se dieron de los 45 a 65 años de edad (The WHO World Mental Health Survey Consortium, Centro de Excelencia en Investigación en Salud Mental, & Secretaría de Salud de Medellín, 2011).

Hallazgos encontrados en algunos estudios a nivel nacional han ayudado a identificar posibles factores asociados con síntomas y/o riesgo de depresión, más no con el trastorno de depresión mayor, tales como problemas psicosociales, relacionados con el estado de salud físico, y en las relaciones familiares e interpersonales; otros elementos, como la poca cohesión familiar, los ingresos insuficientes y la poca satisfacción con los logros alcanzados, son aspectos percibidos como desfavorables en la medida en que aumentan la gravedad de la depresión ([Rueda Sánchez, Díaz Martínez, & Rueda Jaimes, 2008](#); [Gómez Restrepo, Bohórquez, Pinto Masís, Rondón Sepulveda, & Díaz Granados, 2004](#); [Gómez-Restrepo et al., 2004](#)).

En este orden de ideas y teniendo en cuenta la situación mencionada anteriormente, el trastorno de depresión mayor es un problema actual de salud pública que requiere atención y un conocimiento más preciso de los factores que se relacionan a él. A través del presente artículo se pretende determinar los factores personales y sociales asociados al trastorno de depresión mayor en la población general de la ciudad de Medellín para el año 2012, con el propósito de establecer la influencia de los factores mencionados en la estructuración del trastorno, ofreciendo la oportunidad a los encargados de la toma de decisiones de reorientar las políticas y las intervenciones hacia las situaciones y grupos prioritarios.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio analítico *cross-sectional* representativo de la población de 13 a 65 años de edad residente en el municipio de Medellín. Para el análisis se tomó información del primer estudio de salud mental en población general del año 2012 (estudio primario) realizado por el Centro de Excelencia de Investigación en Salud Mental (CE-SISM) de la Universidad CES, la Secretaría de Salud de Medellín y con la asesoría del

Consortio de Epidemiología Psiquiátrica de la Universidad de Harvard. La información de este estudio fue recopilada a través de la aplicación de entrevistas estructuradas en el hogar, utilizando la *World Health Organization Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) para la generación de los diagnósticos de trastornos mentales, entre ellos el trastorno de depresión mayor; además de trastornos mentales, la CIDI indaga información adicional como datos demográficos, finanzas personales, utilización de servicios de salud, condiciones crónicas de salud, eventos vitales, resiliencia, red de apoyo, entre otras, siendo los dos últimos aspectos, objeto de análisis en el presente estudio. La resiliencia que evalúa la CIDI corresponde a la escala construida por Wagnild y Young, compuesta de 25 ítems que puntúan en una escala tipo Likert de 7 puntos, en la que 1 es en desacuerdo, y un máximo de acuerdo de 7.

Los participantes indicaron el grado de conformidad con cada ítem; el puntaje total fue codificado en bajo, medio y alto, siendo los puntajes altos indicadores de mayor resiliencia ([Wagnild & Young, 1993](#)); por su parte, la red de apoyo contempló el análisis de 10 ítems, que fueron examinados de forma independiente, los cuales hacen referencia a la relación con familia y amigos. La CIDI fue aplicada por sociólogos y trabajadores sociales con experiencia en aplicación de entrevistas y su entrenamiento se realizó bajo las exigencias del Consorcio Harvard-OMS, que supone la explicación y manejo de la CIDI, recomendaciones para abordar la entrevista, formular las preguntas, identificar respuestas y técnicas habituales para pedir especificaciones, tratar negativas y situaciones problemáticas, entre otras ([Rubio Stipeć, Bravo, & Canino, 1991](#)).

La población de estudio estuvo constituida por población civil no institucionalizada, e incluyó adolescentes (13 a 18 años) y adultos (19 a 65 años); el tamaño de la muestra del estudio primario fue calculado con base en la fórmula de estimación de una proporción poblacional, para lo cual se utilizó un nivel de confianza del 95%, una precisión del 5% y una prevalencia estimada del 6,9% (prevalencia esperada para depresión según resultados del Estudio Nacional de Salud Mental de 2003) obteniendo un tamaño de muestra de 4.179 personas. El diseño del proceso de selección de las personas a entrevistar fue probabilístico, multietápico, a partir del marco muestral que comprendía la totalidad de las viviendas de la ciudad, ubicadas en las 16 comunas y 5 corregimientos que la conforman. El tamaño de la muestra a la que finalmente se aplicó la entrevista fue de 4.176 personas previa aplicación del asentimiento (menores de edad) y consentimiento informado, teniendo un porcentaje de respuesta del 99,9%. La recolección de los datos fue realizada por entrevistadores legos, previamente capacitados por el equipo de investigadores.

Para el desarrollo del análisis propuesto en el presente estudio, se incluyeron todos los registros de la base de datos del estudio primario antes mencionado, correspondientes al total de la población entrevistada (4.176); es de resaltar que se tomaron medidas de control de calidad de la información, correspondientes a la selección y depuración de las variables requeridas para el análisis.

El análisis de la información se hizo mediante una descripción de los factores personales y sociales de la población de estudio, mediante la obtención de frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y el cálculo de medidas de resumen para las variables cuantitativas (medidas de tendencia central, posición y dispersión).

Adicionalmente se obtuvieron las prevalencias de vida y anual del trastorno de depresión mayor con sus respectivos intervalos de confianza según las variables sexo, grupo de edad y lugar de residencia. Se realizaron tablas de contingencia tomando el

trastorno depresivo mayor en el último año como variable dependiente y los factores personales y sociales como variables independientes. El análisis se apoyó en las pruebas estadísticas, Chi-Cuadrado de Independencia de Pearson y el Test Exacto de Fisher, se realizó el cálculo de OR crudos con intervalos de confianza del 95%. Finalmente, se realizó un modelo multivariado de regresión logística binaria con el fin de ajustar el riesgo de trastorno de depresión mayor de la población general entrevistada con 16 potenciales factores (5 personales y 11 sociales) que en el análisis bivariado se encontraron relacionados y que fueron significativos a un nivel de significación estadística de 0,25 según el criterio de Hosmer-Lemeshow; tales factores fueron: sexo, tenencia de hijos, percepción de salud mental, percepción de salud física, ejercicio físico, estado civil, nivel de escolaridad, lugar de residencia, apoyo de la familia, posibilidad de desahogarse con la familia, demandas constantes de la familia, presencia de discusiones con la familia, interacciones con los amigos, apoyo de los amigos, posibilidad de desahogarse con los amigos y presencia de discusiones con los amigos. El procesamiento de información se realizó en el programa SPSS® versión 21 (licencia Universidad CES).

El estudio fue avalado por el comité de ética de la Universidad CES de Medellín y de acuerdo a sus características se clasificó como una investigación sin riesgo, con base en el artículo 11, numeral a), de la resolución 8430 de 1993, de la Dirección de desarrollo científico y tecnológico del, entonces, Ministerio de Salud de Colombia. Con base en los principios éticos de la investigación (respeto por las personas, beneficencia y justicia) los resultados obtenidos no fueron utilizados para fines distintos a los de determinar los factores personales y sociales asociados al trastorno de depresión mayor de la población general de Medellín.

El 90 % de la población general encuestada presentó un nivel alto de resiliencia, siendo los aspectos más relevantes, el sentido de la vida, sentirse orgulloso por las cosas que han logrado en la vida y ser amigo de sí mismo, y entre los aspectos que causan más dificultad se destacaron hacer planes, llevarlos a cabo y manejar muchas cosas al mismo

Resultados

De los 4.176 registros analizados, la distribución porcentual por sexo arrojó que el 58,5 % de los entrevistados fueron mujeres. Por grupos de edad se evidenció que el grupo más representativo porcentualmente fue el de los 45 a 65 años con un 34,3 %, seguido del grupo de 30 a 44 años con 24,1%. La menor representación se encontró en el grupo de 13 a 18 años con el 22,2 % ([The WHO World Mental Health Survey Consortium](#), Centro de Excelencia en Investigación en Salud Mental, & Secretaría de Salud de Medellín, 2011).

En el análisis de otras características personales, se logró identificar que el 58,9 % de los entrevistados ha tenido hijos; en cuanto a la percepción de salud mental y física el 65,8 % y el 51,4 % tenían una percepción entre regular y mala, respectivamente, y el 62,7 % reportó no hacer ejercicio durante el tiempo libre.

El 90 % de la población general encuestada presentó un nivel alto de resiliencia, siendo los aspectos más relevantes, el sentido de la vida, sentirse orgulloso por las cosas que han logrado en la vida y ser amigo de sí mismo, y entre los aspectos que causan más dificultad se destacaron hacer planes, llevarlos a cabo y manejar muchas cosas al mismo tiempo.

En el análisis porcentual según el estado civil, se observó que la mayor distribución se localizó entre los solteros y los casados o en unión libre con 49,1 % y 39,5 %, respectivamente; en cuanto al nivel educativo, se observó que solo el 3,4 % tuvo educación de posgrado, 11,4 % educación universitaria y 49,6 % secundaria, este último con el porcentaje más representativo.

La distribución porcentual por lugar de residencia fue equitativa para las 16 comunas y 5 corregimientos que conforman el municipio de Medellín, observando porcentajes entre el 4,0 % y 5,0 % para cada uno, exceptuando la comuna El Poblado y el corregimiento San Sebastián de Palmitas con 2,8 % y 3,7 %, respectivamente.

En el aspecto laboral se observó que el 63,5 % de los encuestados refirieron haber trabajado alguna vez en la vida. En lo referente al apoyo familiar y de amigos se evidenció que el 10,1 % de la población encuestada reportó no contar con apoyo familiar, el 53,5 % refirió discutir frecuentemente con la familia y el 69,5 % con los amigos.

La prevalencia de vida para el trastorno de depresión mayor en la ciudad de Medellín para el año 2012 fue de 9,9 %, mientras que la prevalencia anual fue de 4,1 %. Por sexo, se observó que las mayores prevalencias se obtuvieron en las mujeres con 12,4 % y 5,5 % tanto para la prevalencia de vida como para la prevalencia anual, respectivamente. Los grupos de 30 a 44 años de edad y de 45 a 65 registraron los porcentajes más altos de prevalencia anual del trastorno de depresión mayor, mientras que el grupo de adolescentes (13 a 18 años) registró la prevalencia más baja.

Como se muestra en la figura 1, con relación al lugar de residencia, la prevalencia anual más alta (mayor al 4,7 %) se encontró para las comunas Popular, Santa Cruz, Aranjuez, Castilla y Buenos Aires; de los corregimientos, solo el de Altavista clasificó en este grupo, lugares que se caracterizan por un nivel socioeconómico bajo.

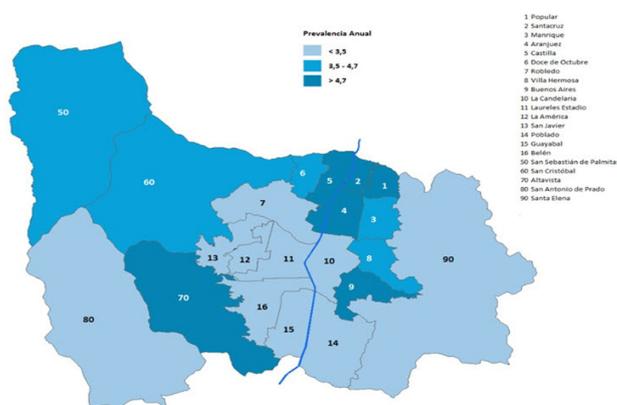


Figura 1. Prevalencia anual por comuna de residencia para trastorno de depresión mayor. Medellín 2012

Con respecto a la asociación entre los factores personales y el trastorno de depresión mayor, se observó que el 5,5 % de las mujeres presentó depresión mayor frente al 1,7 % de los hombres; el 4,9 % de la población con una edad comprendida entre 30 a 44 años presentaron el Trastorno; de los encuestados que reportaron haber tenido hijos, el 9,9 % presentó depresión mayor frente al 5,5 % de los que no tenían hijos; el 20,4 % de los encuestados que percibieron su salud mental como regular o mala presentaron el Trastorno, el mismo comportamiento se observó para la percepción de salud física (8,8 %), y en la práctica de ejercicio físico se logró evidenciar que el 5,3 % de los encuestados que no lo practican presentan el Trastorno. Ser mujer, tener una percepción de la salud mental y física regular o mala y no hacer ejercicio físico son factores asociados con el trastorno de depresivo mayor, caso contrario ocurre con no tener hijos que protege en un 46,7 % para el desarrollo del Trastorno.

Respecto a la resiliencia, se observó que aquellos encuestados que presentaron puntuaciones de resiliencia baja y media presentaron a su vez porcentajes más

altos para el Trastorno, 10,0 % y 8,0 %, respectivamente, frente a quienes obtuvieron puntuaciones altas en resiliencia.

Se evidenció asociación estadísticamente significativa entre sexo, tenencia de hijos, percepción de salud mental y física, ejercicio físico y nivel de resiliencia según la prueba estadística Chi-Cuadrado de Independencia de Pearson y Fisher, valor $p < 0,05$ (Tabla 1).

Tabla 1. Factores personales asociados al trastorno de depresión mayor. Medellín 2012

Factores personales	Trastorno de depresión mayor				Valor p	OR (IC95%)
	Si		No			
	N	%	N	%		
Sexo					0,000*	
Hombre	26	1,7	1519	98,3		1
Mujer	145	5,5	2485	94,5		3,409 (2,235 - 5,200)
Grupo de edad					0,377+	
13 a 18 años	31	3,4	881	96,6		1
19 a 29 años	34	4,2	767	95,8		1,260 (0,767 - 2,069)
30 a 44 años	50	4,9	967	95,1		1,469 (0,930 - 2,321)
45 a 65 años	56	3,9	1389	96,1		1,146 (0,733 - 1,791)
Ha tenido hijos					0,000*	
Si	123	9,9	1125	90,1		1
No	48	5,5	824	94,5		0,533 (0,377 - 0,753)
Percepción de salud mental					0,000+	
Regular - mala	53	20,4	207	79,6		12,304 (8,236 - 18,379)
Buena	62	5,3	1106	94,7		2,694 (1,864 - 3,892)
Muy buena - Excelente	56	2	2691	98		1
Percepción de salud física					0,000+	
Regular - mala	57	8,8	588	91,2		3,554 (2,435 - 5,189)
Buena	57	4,1	1326	95,9		1,576 (1,085 - 2,290)
Muy buena - Excelente	57	2,7	2090	97,3		1
Ejercicio físico					0,000*	
Si	33	2,1	1525	97,9		1
No	138	5,3	2478	94,7		2,574 (1,751 - 3783)
Resiliencia					0,000+	
Baja	3	10	27	90		3,030 (0,908 - 10,115)
Media	36	8,7	377	91,3		2,604 (1,775 - 3,822)
Alta	132	3,5	3600	96,5		1

+Chi-cuadrado de Independencia de Pearson

*Prueba exacta de Fisher

En lo referente a los factores sociales, se logró evidenciar con respecto al estado civil que el 7,5 % de las personas viudas presentaron trastorno de depresión mayor, seguido de las divorciadas o separadas con un 6,1 %; menor porcentaje se registró para los casados y en unión libre y los solteros con 4,0 % y 3,6 %, respectivamente.

El nivel de escolaridad que presentó el porcentaje más alto de personas con trastorno de depresión mayor fue el de primaria (5,9 %), seguido de ningún nivel con el 5,6 %; los demás niveles educativos presentaron porcentajes inferiores al 4,0 %.

Respecto al campo laboral, el 4,3 % de las personas que nunca han trabajado en la vida presentaron trastorno depresivo mayor, para los que sí lo han hecho se presentó un porcentaje más bajo (3,8 %).

Con relación al apoyo familiar y de los amigos, se encontró en las personas que presentaron trastorno depresivo mayor que el 6,4 % reportó no tener apoyo de la familia, el 6,9 % no poder desahogarse con ella y el 4,7 % discutir frecuentemente con ella. En cuanto a los amigos, el 6,1 % refirió no tener apoyo de amigos, el 5,8 % no poder desahogarse con ellos y el 4,4 % discutir frecuentemente.

Se evidenció asociación estadísticamente significativa entre todas las variables mencionadas y el trastorno de depresión mayor según la prueba estadística Chi-Cuadrado de Independencia de Pearson y Test Exacto de Fisher con un valor $p < 0,05$ (Tabla 2).

Tabla 2. Factores sociales asociados al trastorno depresivo mayor. Medellín 2012

Factores sociales	Trastorno de depresión mayor				Valor p	OR (IC95%)
	Si		No			
	N	%	N	%		
Estado Civil					0,001+	
Casado(a)	27	2,7	976	97,3		1
Separado(a)	18	6,7	252	93,3		2,582 (1,400 – 4,763)
Divorciado(a)	2	3,4	57	96,6		1,268 (0,294 – 5,467)
Viudo(a)	11	7,5	136	92,5		2,924 (1,418 – 6,029)
Soltero(a)	74	3,6	1975	96,4		1,354 (0,866 – 2,118)
Unión libre	39	6	608	94		2,319 (1,405 – 3,827)
Nivel de escolaridad					0,013+	
Ninguno	4	5,6	67	94,4		4,209 (0,752 – 23,555)
Primaria	45	5,9	721	94,1		4,400 (1,055 – 18,347)
Secundaria	86	4,2	1985	95,8		3,054 (0,744 – 12,539)
Técnica - Tecnológica	24	3,7	623	96,3		2,716 (0,635 – 11,625)
Universitaria	10	2,1	467	97,9		1,510 (0,327 – 6,971)
Posgrado	2	1,4	141	98,6		1
Ha trabajado alguna vez					0,517*	
Si	113	4,3	2538	95,7		1
No	58	3,8	1466	96,2		0,889 (0,643 - 1,227)
Habla o se ve frecuentemente con la familia					0,62*	
Si	116	4,2	2647	95,8		1
No	54	3,9	1347	96,1		0,915 (0,658 - 1,272)
Tiene apoyo de la familia					0,013*	
Si	144	3,8	3603	96,2		1
No	27	6,4	396	93,6		1,706 (1,116 - 2,607)
Puede desahogarse con su familia					0,001*	
Si	129	3,6	3432	96,4		1
No	42	6,9	569	93,1		1,964 (1,371 - 2,813)
Su familia constantemente le piden cosas					0,051*	
Si	96	4,7	1939	95,3		0,734 (0,539 - 0,999)
No	75	3,5	2063	96,5		1
Discute frecuentemente con su familia					0,06*	
Si	92	4,7	1849	95,3		0,737 (0,542 - 1,002)
No	79	3,5	2154	96,5		1
Habla o se ve frecuentemente con sus amigos					0,172*	
Si	97	3,8	2471	96,2		1
No	74	4,7	1515	95,3		1,244 (0,913 - 1,695)
Tiene apoyo de sus amigos					0,04*	
Si	126	3,7	3309	96,3		1
No	45	6,1	689	93,9		1,715 (1,209 - 2,434)

Factores sociales	Trastorno de depresión mayor				Valor p	OR (IC95%)
	Sí		No			
	N	%	N	%		
Puede desahogarse con sus amigos					0,011*	
Si	123	3,7	3216	96,3		1
No	48	5,8	785	94,2		1,599 (1,135 - 2,252)
Sus amigos constantemente le piden cosas					0,873	
Si	65	4	1549	96		1,030 (0,751 - 1,411)
No	106	4,1	2453	95,9		1
Discute frecuentemente con sus amigos					0,176*	
Si	44	3,5	1227	96,5		1,276 (0,900 - 1,810)
No	127	4,4	2775	95,6		1

+Chi-cuadrado de Independencia de Pearson *Prueba exacta de Fisher

Al ajustar el riesgo de presentar trastorno de depresión mayor por los dieciséis factores potenciales identificados en el análisis bivariado, se logró observar que son cinco los factores que aumentan el riesgo: ser mujer (ORaj=2,525 [1,584-4,024]), tener una percepción de salud mental regular o mala (ORaj=7,1714 [4,231-12,165]), no realizar ejercicio físico (ORaj=1,815 [1,190-2,769]), presentar un nivel medio de resiliencia (ORaj=1,963 [1,251-3,080]), no poder desahogarse con la familia (ORaj=1,902 [1,085-3,333]) y demandas constantes por parte de la familia (ORaj=1,586 [1,083-2,323]). Los once factores restantes: tenencia de hijos, percepción de la salud física, estado civil, nivel de escolaridad, lugar de residencia, contar con apoyo de la familia, discutir con la familia, hablar o verse frecuentemente con los amigos, contar con apoyo de los amigos, poder desahogarse con los amigos y discutir con los amigos, no presentaron asociación (Tabla 3).

Tabla 3. Factores personales y sociales asociados al trastorno de depresión mayor, Medellín 2012. Razón de oportunidad crudos y ajustados

Factores personales y sociales	Trastorno de depresión mayor			
	OR crudo – IC95%		OR ajustado – IC95%	
Sexo				
Hombre*	1		1	
Mujer	3,409	2,235 - 5,200	2,418	1,521 - 3,842
Percepción salud mental				
Regular - mala	12,304	8,236 - 18,379	7,072	4,173 - 11,986
Buena	2,694	1,864 - 3,892	2,319	1,432 - 3,655
Muy buena – Excelente*	1		1	
Ejercicio físico				
Si*	1		1	
No	2,574	1,751 - 3783	1,819	1,193 - 2,774
Resiliencia				
Baja	3,03	0,908 - 10,115	1,786	0,454 - 7,028
Media	2,604	1,775 - 3,822	1,904	1,217 - 2,981
Alta*	1		1	
Puede desahogarse con su familia				
Si*	1		1	
No	1,964	1,371 - 2,813	1,915	1,091 - 3,360
Su familia constantemente le pide cosas				
Si	0,734	0,539 - 0,999	1,611	1,101 - 2,358
No*	1		1	

*Categoría de referencia

Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo determinar los factores personales y sociales asociados al trastorno depresivo mayor en hombres y mujeres de 13 a 65 años de edad de la ciudad de Medellín, con el fin de brindar información que permita entender mejor el desarrollo de un fenómeno que por su magnitud y los daños que ocasiona en la calidad de vida de las personas que lo padecen, se ha convertido en los últimos años en un grave problema de salud pública.

Antes de contrastar los resultados con los hallazgos de otras investigaciones, es importante anotar la dificultad para encontrar estudios que indaguen sobre el trastorno de depresión mayor en la población general de otras ciudades de Colombia y que permitan, por tanto, hacer un análisis comparativo de los resultados, e identificar similitudes o diferencias entre los factores personales y sociales asociados a este Trastorno según el desarrollo y cultura de cada ciudad.

Los factores personales y sociales asociados a la depresión mayor encontrados en la presente investigación muestran similitud a los encontrados en el estudio "Factores de riesgo asociados al síndrome depresivo en la población colombiana" realizado en 1997 que encontró asociación entre la depresión y no tener unión o apoyo familiar, así como también entre la percepción de salud y la depresión; cuando la percepción era mala un 15,9% de las personas presentaron puntajes altos de depresión y cuando era regular el porcentaje era de 5,6%. Este estudio encontró una fuerte asociación entre ser mujer y ser diagnosticado con depresión con un riesgo de 1,3 veces más en comparación a los hombres; sin embargo, este estudio no es comparable debido a que el instrumento utilizado para la detección de depresión fue la escala de Zung, que aunque se encuentra validada para Colombia y ha sido utilizada en varios estudios en los últimos años no se considera una escala de diagnóstico de depresión ([Gómez Restrepo & Rodríguez Malagón, 1997](#)).

Al comparar los resultados del presente estudio con los obtenidos en el estudio de "Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana", publicado en el año 2004, se encontraron similitudes importantes como el hecho de que metodológicamente utilizan el mismo instrumento para el diagnóstico de trastorno de depresión mayor: la entrevista CIDI; lo que permite la comparación de algunos de sus resultados como una mayor proporción de mujeres afectadas por episodios depresivos graves, mayor porcentaje de este trastorno entre la población adulta entre 46 y 60 años y fuerte asociación entre el trastorno depresivo mayor y dificultad para las relaciones interpersonales ([Gómez Restrepo et al., 2004](#)).

En un estudio realizado en el año 2008 en la población de Bucaramanga ([Rueda Sánchez, Díaz Martínez, & Rueda Jaimés, 2008](#)), se evidenció que la presencia de trastorno de depresión mayor era independiente de la edad, el sexo, el estado marital y la ocupación, a diferencia de los hallazgos del presente estudio; sin embargo, se encontró similitud en la asociación significativa entre el nivel de escolaridad y la depresión, reconociendo que una de sus limitaciones fue que el estudio estaba pensado para hallar prevalencia y no factores asociados ([Rueda Sánchez, Díaz Martínez, & Rueda Jaimés, 2008](#)).

En el estudio de depresión y factores sociodemográficos asociados en estudiantes universitarios de ciencias de la salud de una universidad pública (Colombia), publicado en 2011, se encontró que el doble de mujeres presentan depresión (16,8%)

respecto a los hombres (8,4); sin embargo, el 5,7 % de los estudiantes varones presentaron depresión grave y sólo el 2,1 % de mujeres la sufrieron ([Ferrel Ortega, Celis Barros, & Hernández Cantero, 2011](#)).

En cuanto al análisis comparativo de la asociación de variables personales con la depresión mayor cabe resaltar otros hallazgos que reflejan dicha asociación con variables tales como las relaciones familiares, indicando que ciertos elementos de la interacción familiar están relacionados con la sintomatología de depresión en adolescentes ([Álvarez Zúñiga, Ramírez Jacobo, Silva Rodríguez, Coffin Cabrera, & Jiménez Rentería, 2009](#); [Hazell, 2005](#); [Pérez Milena et al., 2007](#)). Otro elemento o variable a destacar es la resiliencia, que ha demostrado tener una relación inversa con la depresión, evidenciando que no solo viene dada por habilidades emocionales intrínsecas de los individuos si no que se desarrolla o fortalece con los vínculos y relaciones familiares y redes apoyo social; de ahí, la importancia de promover el fortalecimiento de esas esferas individuales y colectivas de las personas como mecanismo que ayuda a contrarrestar la influencia negativa de eventos estresores que siempre están presentes en la vida cotidiana de cualquier individuo ([Morla Boloña, Saad de Janon, & Saad, 2006](#); [Restrepo Restrepo, Vinnancia Alpi, & Quiceno, 2011](#); [Velásquez & Montgomer, 2009](#)).

Se observó una discrepancia entre algunos estudios en lo referente a la estructura y apoyo familiar y su asociación con el desarrollo de la depresión mayor, mientras algunos consideran que se comportan como factores protectores, otros estiman que se comportan como de riesgo. En el presente estudio se evidenció asociación entre ambos factores y el Trastorno, poniendo de manifiesto la importancia que la familia representa como primer núcleo de socialización, verbalización de sentimientos y estructurador de conductas personales y sociales que repercuten directamente en la forma como las personas viven y se enfrentan a los retos de la vida; del mismo modo, las relaciones que se forman por fuera del núcleo familiar son de vital importancia para que las personas sientan que pertenecen a grupos socialmente reconocidos, y ese reconocimiento podrá ser positivo o negativo de acuerdo a los valores, conductas y habilidades personales de los individuos ([Buitrago Martínez & Padilla Hernández, 2008](#); [Castillo Manzano & Arankowsky Sandoval, 2008](#); [Morla Boloña et al., 2006](#); [Romagnoli, Kuzmanic, & Caris, 2006](#)).

Teniendo en cuenta la influencia de la depresión en todos los aspectos de la vida de las personas y el alto costo que representa no solo en gastos médicos sino también en la pérdida de la productividad por ausentismo laboral, es de vital importancia que los datos obtenidos en este tipo de investigaciones se utilicen para prevenir el desarrollo del Trastorno y promover el fortalecimiento e inversión en la prestación de los servicios de salud mental. La evidencia encontrada a través de este estudio permitirá dar un mejor enfoque a las políticas municipales que se desarrollen en adelante con la población afectada por trastorno depresivo mayor actuando no solo en aspectos del tratamiento sino también en factores personales y sociales asociados a éste, con el fin de lograr cambios estructurales en la incidencia y prevalencia de esta enfermedad, altamente incapacitante. Así mismo, el presente estudio puede ser el preámbulo a otras investigaciones que den cuenta y exploren los factores positivos asociados inversamente a la depresión como la resiliencia y las diferentes clases de apoyo social, brindando una mejor conceptualización de los mismos en la población del municipio de Medellín, con el fin de implementar estrategias que permitan reforzarlos en los diferentes ámbitos culturales y sociales.

Los resultados del presente estudio muestran una alta fiabilidad para el diagnóstico de depresión mayor dadas las características de la entrevista CIDI-CAPI (*Compositum International Diagnosis Interview*) (Navarro-Mateu et al., 2013), instrumento utilizado en el estudio primario realizado en Medellín en el periodo 2011-2012: La entrevista CIDI es el instrumento oficial del Estudio Mundial de Salud Mental (Rubio Stipeck et al., 1991); además, ha sido sometida a traducción con un protocolo riguroso de adaptación del lenguaje y los conceptos culturales que han permitido alcanzar una concordancia de moderada a excelente para la mayoría de los trastornos mentales (Navarro-Mateu et al., 2013). La CIDI ha demostrado que posee una fiabilidad "entre entrevistadores" y de "Test re test", para todas las categorías diagnósticas muy alta, con valores de Kappa superiores al 0,7 (Vázquez Barquero, Herrera Castanedo, Gaité, & Díez Manrique, 1993). No obstante lo anterior, algunos autores suponen las entrevistas estructuradas como reduccionistas del hecho fisiopatológico, señalando que limitan la expresión de la riqueza psicológica individual y la obtención de información de tipo dinámica (Vázquez Barquero et al., 1993), lo que puede considerarse como una limitación del presente estudio.

Conclusiones

Dentro de los factores personales que se asocian al trastorno de depresión mayor se encontró que ser mujer predispone al mismo, esto puede ser explicado por factores genéticos, biológicos, químicos, hormonales, ambientales, psicológicos y sociales que al unirse contribuyen a la presencia de este Trastorno; así mismo, la regular o mala percepción de salud que tuvieron las personas se encontró como un factor asociado, lo que está altamente relacionado con el padecimiento de enfermedades crónicas, las limitaciones en la ejecución de actividades de la vida diaria y restricciones de la participación en la comunidad. También se encontró relación con hábitos de vida poco saludables como no hacer ejercicio; hallazgo que permite recomendar la realización de ejercicio en el manejo de trastornos depresivos como terapia complementaria efectiva.

Tener un grado medio de resiliencia se asoció al trastorno de depresión mayor, siendo este elemento de la personalidad de gran importancia, pues se ha determinado la resiliencia como un factor protector y modulador de la salud física y mental, dado que confiere al individuo habilidades en la resolución de problemas, estrategias de afrontamiento, autonomía e independencia que a su vez le otorgan significado y propósito a la vida.

Finalmente, la incapacidad para desahogarse con la familia o las demandas constantes de la misma, actuaron como otro factor asociado al trastorno de depresión mayor, poniendo de manifiesto que la dinámica y funcionamiento familiar son procesos que tendrían alguna relación con la aparición de alteraciones emocionales en otros miembros de la familia.

Conflicto de interés y financiación

Los autores confirman no tener ningún conflicto de interés. El procesamiento de información estuvo a cargo del Centro de Excelencia de Investigación en Salud Mental tomando la base de datos del Primer Estudio en Población General, Medellín 2012.

Referencias

- Álvarez Zúñiga, M., Ramírez Jacobo, B., Silva Rodríguez, A., Coffin Cabrera, N., & Jiménez Rentería, M. (2009). La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9(2), 205–216. <http://www.ijpsy.com/volumen9/num2/232/la-relacin-entre-depresin-y-conflictos-ES.pdf>
- Buitrago Martínez, V., & Padilla Hernández, M. (2008). Factores protectores y de riesgo sociofamiliar para la salud mental de la población adulta mayor hospitalizada en la clínica nuestra señora de la paz durante el segundo. Bogotá DC: Universidad de la Salle. <http://repository.lasalle.edu.co/bitstream/handle/10185/13311/T62.08%20B868f.pdf>
- Castillo Manzano, R., & Arankowsky Sandoval, G. (2008). Violencia intrafamiliar como factor de riesgo para trastorno depresivo mayor en mujeres: Estudio de casos y controles. *Rev Biomed*, 19(3), 128–136. Recuperado de: <http://www.cirbiomedicas.uady.mx/revbiomed/pdf/rb081932.pdf>
- Ferrel Ortega, R., Celis Barros, A., & Hernández Cantero, O. (2011). Depresión y factores socio demográficos asociados en estudiantes universitarios de ciencias de la salud, de una universidad pública, Colombia. *Psicología desde el Caribe*, (27), 40–60. <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/n27/n27a03.pdf>
- Gómez Restrepo, C., & Rodríguez Malagón, N. (1997). Factores de riesgo asociados al síndrome depresivo en la población colombiana. *Rev Col Psiqui*, XXVII(1), 23–35. <http://psiquiatria.org.co/web/wp-content/uploads/2012/04/VOL-26/1/ARTICULO%20ORIGINAL%20FACTORES%20DE%20RIESGO%20ASOCIADOS.pdf>
- Gómez-Restrepo, C., Bohórquez, A., Pinto Masis, D., Gil Laverde, J. F. A., Rondón Sepúlveda, M., & Díaz-Granados, N. (2004). Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 16(6), 378–386. <http://doi.org/10.1590/S1020-49892004001200003>
- Hazell, P. (2005). Depression in children and adolescents. *Clinical Evidence*, (13), 329–342. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19445770>
- Lujan, W., Ramírez, E., García, J., Berrocal, A., & Armando, C. (2003). Factores de riesgo asociado a depresión mayor en pacientes con artritis remumatoide. *Rev. peru. reumatol*, 9(1), 35–53. http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/reuma/v09_n1/riesgo.htm
- Ministerio de la Protección Social, Republica de Colombia. (2003). Estudio Nacional de Salud Mental Colombia, 2003. <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ESTUDIO%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20MENTAL%20EN%20COLOMBIA.pdf>
- Morla Boloña, R., Saad de Janon, E., & Saad, J. (2006). Depresión en adolescentes y desestructuración familiar en la ciudad de Guayaquil, Ecuador. [rev.colomb.psiquiatr](http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v35n2/v35n2a03.pdf), 35(2), 149–166. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v35n2/v35n2a03.pdf>
- Navarro-Mateu, F., Morán-Sánchez, I., Alonso, J., Tormo, M. J., Pujalte, M. L., Garriga, A., ... Navarro, C. (2013). Cultural adaptation of the Latin American version of the World Health Organization Composite International Diagnostic Interview (WHO-CIDI) (v 3.0) for use in Spain. *Gaceta Sanitaria*, 27(4), 325–331. <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.06.005>
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. <http://www.who.int/whr/2001/es/>

- Pérez Milena, A., Pérez Milena, R., Martínez Fernández, M. L., Leal Helmling, F. J., Mesa Gallardo, I., & Jiménez Pulido, I. (2007). Estructura y funcionalidad de la familia durante la adolescencia: relación con el apoyo social, el consumo de tóxicos y el malestar psíquico. *Atención Primaria*, 39(2), 61–65. <http://doi.org/10.1157/13098670>
- Pinto Masís, D., Gómez-Restrepo, C., Uribe Restrepo, M., Miranda, C., Pérez, A., De la Espriella, M., ... Rondón, M. (2010). La carga económica de la depresión en Colombia: costos directos del manejo intrahospitalario. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(3), 465–480. <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-avance-resumen-la-carga-economica-depresion-colombia-S0034745014602195>
- Restrepo Restrepo, C., Vinnancia Alpi, S., & Quiceno, J. (2011). Resiliencia y depresión: Un estudio exploratorio desde la calidad de vida en la adolescencia. *Suma Psicológica*, 18(2), 41–48. <http://www.scielo.org.co/pdf/sumps/v18n2/v18n2a04.pdf>
- Romagnoli, C., Kuzmanic, V., & Caris, L. (2006). La familia y su rol en la prevención de conductas de riesgo: Factores protectores. Chile: Ministerio de Educación. <http://valoras.uc.cl/images/centro-recursos/familias/ValoresEticaYDesarrolloSocioemocional/Fichas/La-familia-y-su-rol-en-factores-de-riesgo.pdf>
- Rubio Stipeć, M., Bravo, M., & Canino, G. (1991). La entrevista diagnóstica internacional compuesta (CIDI): un instrumento epidemiológico adecuado para ser administrado conjuntamente con otros sistemas diagnósticos en diferentes culturas. *Acta psiquiátr. psicol. Am. Lat.*, 37(3), 191–196. <http://www.worldcat.org/title/entrevista-diagnostica-internacional-compuestacidi-un-instrumento-epidemiologico-adecuado-para-ser-administrado-conjuntamente-con-otros-sistemas-diagnosticos-en-diferentes-culturas/oclc/69684076>
- Rueda Sánchez, M., Díaz Martínez, L., & Rueda Jaimes, G. (2008). Prevalencia del trastorno depresivo mayor y factores asociados: un estudio poblacional en Bucaramanga (Colombia). *rev.colomb.psiquiatr.*, 37(2), 159–168. <http://www.redalyc.org/pdf/806/80611196002.pdf>
- The WHO World Mental Health Survey Consortium, Centro de Excelencia en Investigación en Salud Mental, & Secretaría de Salud de Medellín. (2011). Primer estudio poblacional de salud mental Medellín, 2011–2012. Medellín: Universidad CES. <https://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/locales/CO031052011-primer-estudio-poblacional-de-salud-mental-medellin,-2011---2012.pdf>
- Vázquez Barquero, J., Herrera Castanedo, S., Gaité, L., & Díez Manrique, J. (1993). La entrevista estructurada en Psiquiatría. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, XIII(44), 19–38. <http://documentacion.aen.es/pdf/revista-aen/1993/revista-44/05-la-entrevista-estructurada-en-psiquiatria.pdf>
- Velásquez, C., & Montgomer, W. (2009). Resiliencia y depresión en estudiantes de secundaria de Lima Metropolitana con y sin participación en Actos violentos. *Revista de Investigación en Psicología*, 12(2), 75–87. <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/3756/3017>
- Wagnild, M., & Young, H. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 165–178. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7850498>
- World Health Organization. (2006). *Neurological disorders: public health challenges*. Geneva: World Health Organization. http://www.who.int/mental_health/neurology/neurological_disorders_report_web.pdf