

# Prevalencia de depresión y factores de riesgo en mujeres atendidas en medicina familiar

**María Luisa Peralta-Pedrero,<sup>1</sup>  
Elvia Mercado-Castelazo,<sup>1</sup>  
Agles Cruz-Avelar,<sup>2</sup>  
Otoniel Sánchez-Márquez,<sup>3</sup>  
Roberto Lemus-Rocha,<sup>4</sup>  
María del Carmen Martínez-García<sup>5</sup>**

<sup>1</sup>Unidad de Medicina Familiar 93,  
<sup>2</sup>Departamento de Coordinación de Personal Docente y Alumnos, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México  
<sup>3</sup>Coordinador auxiliar delegacional, Zona Norte Distrito Federal  
<sup>4</sup>UMAE Hospital de Ginecología y Obstetricia 3, Centro Médico Nacional La Raza,  
<sup>5</sup>Unidad de Epidemiología Clínica, Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI

Instituto Mexicano del Seguro Social

Comunicación con:  
María Luisa Peralta-Pedrero.  
Tel.: 5775 7784.  
Fax: 5776 0963.  
Dirección electrónica:  
luisaperalta@netscape.net

## RESUMEN

**Objetivos:** determinar la prevalencia de síntomas depresivos en la mujer adulta que acude a consulta a medicina familiar, explorar sus factores de riesgo y estimar con qué frecuencia el médico tratante registra este diagnóstico.

**Material y métodos:** en una unidad de medicina familiar en la ciudad de México, de marzo a diciembre de 2004, se realizó un estudio transversal, analítico, prospectivo, con muestreo aleatorio simple. El tamaño de muestra calculado fue de 384 pacientes. Se incluyeron mujeres de 20 a 59 años de edad. Se excluyeron quienes no contaban con información confiable en el expediente desde por lo menos un año atrás. Se aplicó cuestionario para estudios epidemiológicos de depresión y Apgar familiar.

**Resultados:** se encuestaron 400 pacientes con edad de  $39 \pm 11$  años, 74 % eran casadas, 68 % se dedicaba al hogar y 79 % con escolaridad de secundaria o menos. La prevalencia de síntomas depresivos fue de 52 % (IC 95 % de 47 a 57). En las mujeres de 20 a 39 años se presentó asociación entre depresión y disfunción familiar. El promedio de consultas el año previo al estudio fue significativamente mayor en las pacientes de 40 años y más.

**Conclusiones:** existe alta prevalencia de síntomas depresivos en la mujer adulta, aunque el diagnóstico frecuentemente se omite. Los factores asociados a la depresión son diferentes de acuerdo con la edad cronológica; en las mujeres más jóvenes el principal factor de riesgo es la disfunción familiar.

## SUMMARY

**Objectives:** determine the prevalence of depressive symptoms in adult woman who was attended by family physician, to explore risk factors for depression and estimate how often depression is registered as a diagnosis by the family physician.

**Materials and methods:** we did a prospective, analytic, and transversal study with simple randomized sampling at a Mexico City Family Medicine Clinic from March to December 2004. The size of the study was 384 patients. It includes women from 20 to 59 years of age. We excluded women without a clinical file for at least 1 year of reliable information. The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) and the Family Apgar Scale were applied.

**Results:** the survey included a total of 400 patients with the following characteristics: average age,  $39 \pm 11$  years; married, 74 %; homemakers, 68 %, and women with education level of high school or less were 79 %. Prevalence of depressive symptoms was 52 % (95 % confidence interval [95 % CI], 47–57). In women between 20 and 39 years of age, there was an association between depression and family dysfunction; the average number of healthcare appointments for the year prior to the study was significantly higher in patients 40 years old or more.

**Conclusions:** there is a high prevalence of depressive symptoms in adult women, and depression diagnosis is frequently omitted. Depression-associated factors differ according to chronological age. In young women, family dysfunction is the main risk factor.

## Palabras clave

- ✓ depresión
- ✓ disfunción familiar
- ✓ atención primaria

## Key words

- ✓ depression
- ✓ familial dysfunction
- ✓ family medicine

## Introducción

La Organización Mundial de la Salud informa que la depresión ocupa el cuarto lugar como causa de discapacidad en el mundo. Es dos veces más frecuente en la mujer en comparación con el hombre.<sup>1,2</sup>

Desde el punto de vista socioeconómico, la depresión incrementa el número de consultas en atención primaria, de estudios de laboratorio y días de estancia hospitalaria. Mediante análisis ajustado por morbilidad se ha determinado que el costo monetario que implica la atención de pacientes deprimidos es mayor que el de pacientes sin depresión.<sup>3</sup>

En la mujer, la depresión se relaciona con los cambios hormonales propios del inicio de la pubertad, del posparto y de la perimenopausia,<sup>4,5</sup> además de factores psicosociales que la hacen más susceptible, como el bajo nivel escolar y socioeconómico, baja autoestima, aislamiento social y violencia intrafamiliar o de pareja; como factores

protectores están la autonomía económica y reproductiva.<sup>6</sup> Entre los recursos de apoyo social, el más importante es la familia, por lo tanto, es lógico pensar que los trastornos en la dinámica familiar incrementan la probabilidad de presentar síntomas depresivos.<sup>7</sup> En Cuba se identificó la depresión como uno de los principales indicadores de disfunción familiar.<sup>8</sup> La disfunción familiar se ha asociado con la depresión en grupos específicos de la población como niños y ancianos.<sup>9,10</sup>

En otros países, la prevalencia de depresión es de 10 a 20 %.<sup>11</sup> En el año 2003, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México indicó 5.8 % (IC 95 % = 5.2 a 6.5) de prevalencia poblacional de síntomas depresivos en el sexo femenino.<sup>12</sup>

El objetivo de este estudio es determinar la frecuencia de síntomas depresivos en la mujer de 20 a 59 años de edad que se atiende en una unidad de medicina familiar, explorar factores de riesgo y determinar la frecuencia con que el médico tratante identifica este diagnóstico.

**Cuadro I**  
**Comparación de factores sociodemográficos de mujeres que acuden a consulta de medicina familiar, según grupo de edad**

	Edad				p
	20 a 39 años n = 200		40 a 59 años n = 200		
Escolaridad					
≤ Secundaria incompleta	56	28	138	69	0.000*
≥ Secundaria completa	144	72	62	31	
Trabajo remunerado					
No	120	38	151	76	0.001*
Sí	80	62	49	24	
Vive con su pareja					
No	142	71	155	77	0.08*
Sí	58	29	45	23	
Disfunción familiar					
No	154	77	142	71	0.11*
Sí	46	23	58	29	
Depresión					
No	107	53	85	43	0.023*
Sí	93	47	115	57	
Número de consultas últimos 12 meses ( $\bar{x} \pm DE$ )	4 ± 4		7 ± 5		0.000**

\*  $\chi^2$

\*\*t de Student

DE = desviación estándar

## Material y métodos

En la Unidad de Medicina Familiar 93 del Instituto Mexicano del Seguro Social, de marzo a diciembre de 2004 se realizó un estudio transversal, analítico, prospectivo. El tamaño de la muestra se calculó con un intervalo de confianza de 95 %; se utilizó una prevalencia máxima probable de depresión de 50 y una precisión de 5 % con la fórmula para estimación de proporciones. El tamaño calculado fue de 384 pacientes. La muestra se obtuvo por muestreo probabilístico aleatorio simple.

Se incluyeron mujeres de 20 a 59 años de edad y se excluyeron aquellas que no contaban con expediente de información confiable de por lo menos un año. Se les solicitó consentimiento informado así como datos sociodemográficos y que contestaran el cuestionario de estudios epidemiológicos de depresión y Apgar familiar. El punto de corte establecido para el primero fue de 16 y para el segundo se consideró funcional una puntuación mayor de 6.

El estudio fue aprobado por el Comité de Investigación y Ética correspondiente.

## Análisis estadístico

Para describir las características de las pacientes participantes, se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión en las variables cuantitativas y porcentajes en las cualitativas. Para determinar la significancia de las diferencias entre las pacientes de acuerdo con el grupo de edad, se utilizó la *t* de Student y  $\chi^2$  de acuerdo con la naturaleza de la variable. A la prevalencia se calculó el intervalo de confianza. Con  $\chi^2$  e intervalos de confianza se exploraron las asociaciones con razón de momios.

## Resultados

De 800 pacientes se seleccionaron aleatoriamente 424, de las cuales 20 se excluyeron por no cumplir criterios de selección y cuatro se negaron a participar.

De las 400 pacientes participantes, 79 % estaban casadas o en unión libre, 79 % con escolaridad de secundaria o menos y 68 % se dedicaba al hogar.

Con base en la edad cronológica, se formaron dos grupos de 200 pacientes: el primero de 20 a 39 años (promedio de  $29 \pm 6$ ) y el segundo de 40 a 59 años (promedio de  $48 \pm 5$ ).

Considerando la muestra en su totalidad, 34 % presentó sólo síntomas depresivos, 18 % síntomas depresivos y disfunción familiar, 8 % sólo disfunción familiar y 40 % sin síntomas depresivos ni disfunción familiar. Por grupos de edad, la prevalencia de síntomas depresivos fue de 47 % (IC 95 % = 44 a 50) en las menores de 40 años, y de 57 % (IC 95 % = 50 a 64) en las de 40 años y más.

Entre ambos grupos de edad existieron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a escolaridad, trabajo remunerado, síntomas depresivos, disfunción familiar y número de consultas recibidas en los últimos 12 meses (cuadro I).

De las variables analizadas como probables factores de riesgo para la depresión, sólo la disfunción familiar se encontró con una asociación estadísticamente significativa, sin embargo, únicamente se observó en las mujeres menores de 40 años (cuadro II).

Al llevar a cabo el ajuste por edad, el promedio del número de consultas fue similar en las pacientes con y sin síntomas depresivos (*t* de Student *p* 0.19).

En cuanto a los diagnósticos indicados en los expedientes, las enfermedades crónico-degenerativas fueron más frecuentes en las mujeres de 40 y más años de edad (cuadro III). De las pacientes con diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica y dislipidemias, se encontraron con síntomas depresivos 30 (14 %), 36 (17 %) y 16 (8 %) pacientes, respectivamente.

**María Luisa Peralta-Pedrero et al.**  
**Síntomas depresivos en la mujer adulta**

**Cuadro II**  
**Probables factores de riesgo para síntomas depresivos en mujeres de 20 a 59 años de edad que acudieron a consulta de medicina familiar**

	Depresión		OR (IC 95 %)	<i>p</i> *
	Sí	No		
<b>Mujeres de 20 a 39 años</b>	<b>n = 93</b>	<b>n = 106</b>		
Vive con su pareja				
No	28	30	1	
Sí	65	76	1 (0.6 a 2.0)	0.45
Escolaridad				
≥ Secundaria completa	65	78	1	
≤ Secundaria incompleta	28	28	0.6 (0.5 a 1.6)	0.34
Trabajo remunerado				
No	58	61	1	
Sí	35	45	0.8 (0.5 a 1.5)	0.29
Disfunción familiar				
No	59	94	1	
Sí	34	12	4.5 (2.2 a 9.4)	0.000
<b>Mujeres de 40 a 59 años</b>	<b>n = 115</b>	<b>n = 86</b>		
Vive con su pareja				
No	29	16	1	
Sí	86	70	1.4 (0.7 a 2.9)	0.17
Escolaridad				
≥ Secundaria completa	31	32	1	
≤ Secundaria incompleta	84	54	0.6 (0.3 a 1.2)	0.08
Trabajo remunerado				
No	85	67	1	
Sí	30	19	1.2 (0.6 a 2.4)	0.32
Disfunción familiar				
No	77	66	1	
Sí	38	20	1.6 (0.9 a 3)	0.08
<i>1 = categoría de comparación</i>			<i>* <math>\chi^2</math></i>	

mente; sin síntomas depresivos, 22 (12 %), 35 (18 %) y 18 (9 %). En ningún caso se obtuvo significancia estadística. De los diagnósticos restantes, sólo la cefalea, rinoфарингитиs y urosepsis mostraron relación con síntomas depresivos como factores de riesgo. El embarazo y la obesidad se asociaron con los síntomas depresivos como factores protectores (cuadro IV).

De los diagnósticos estipulados en los expedientes, en 28 pacientes (7 %) fueron de tipo psiquiátrico (trastornos de ansiedad en 15 y síndrome depresivo en 13).

**Cuadro III**  
**Enfermedades crónico-degenerativas, embarazos y urosepsis en mujeres atendidas en medicina familiar, según grupo de edad**

	Edad			
	20 a 39 años n = 200		40 a 59 años n = 200	
		%		%
Diabetes mellitus	9	5	43	22
Hipertensión arterial sistémica	9	5	62	31
Dislipidemias	3	2	31	16
Obesidad	7	4	16	8
Embarazos (primera vez y subsecuentes)	58	29	4	2
Urosepsis	31	16	45	23

## Discusión

Es muy probable que la muestra seleccionada sea representativa de las mujeres que acuden a una unidad de medicina familiar, por el tipo de muestreo y la tasa de respuesta casi nula. La mayoría se dedicaba al hogar, tenía baja escolaridad y vivía con su pareja.

Comparando los resultados obtenidos con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México, destaca la alta prevalencia de depresión en la muestra estudiada, lo que puede obedecer a tres razones: la prevalencia determinada por la encuesta es de tipo poblacional y la muestra motivo de este estudio es una pobla-

ción seleccionada. En publicaciones recientes se ha referido que cuando se considera la existencia de depresión en pacientes que cursan al mismo tiempo con padecimientos médicos, se observa alta prevalencia de síntomas depresivos.<sup>13</sup> El segundo motivo puede ser que se encuestó a un grupo considerado de riesgo para depresión. Por último, cabe aclarar que el cuestionario para estudios epidemiológicos de depresión no es un instrumento de diagnóstico clínico, sino una escala que proporciona indicadores de riesgo para esa enfermedad a través de la expresión de sintomatología depresiva; funciona como un instrumento de *screening*, por lo tanto, es de suponer cierta sobreestimación de los resultados. Sin embargo, de acuerdo con las recomendaciones de *US Preventive Services Task Force*, la depresión puede ser identificada mediante cuestionarios o escalas en las consultas de atención primaria; dicho organismo efectuó un metaanálisis de ensayos aleatorizados en los que examinó varios instrumentos e intervenciones de detección sistemática: *Centre for Epidemiological Studies, Beck Depression Inventory, Primary Care Evaluation, Geriatric Depression Scale, Patient Health Questionnaire*.<sup>14</sup> Respecto a la utilización del cuestionario como resultado del citado estudio, se reportó una utilidad diagnóstica en primer nivel de atención similar al cuestionario de Beck.<sup>14</sup>

A fin de conocer con más precisión las características de las mujeres con síntomas depresivos y conforme a las diferencias psicofisiológicas, la muestra se estratificó por edad cronológica.

El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática reportó para el año 2000 una proporción de mujeres trabajadoras y escolaridad menor a la que determinamos en el estudio, sin embargo, presenta las mismas tendencias de acuerdo con la edad.<sup>15</sup> Se observó que las características sociodemográficas son muy diferentes en ambos grupos: las más jóvenes tienen una escolaridad superior y trabajo remunerado, las de mayor edad experimentan con más frecuencia síntomas depresivos y acuden más a consulta. La proporción de mujeres que viven con su pareja y de disfunción familiar fueron similares en los dos grupos.

La etapa de mayor productividad desde el punto de vista laboral es de los 20 a 59 años de

edad; en nuestro estudio casi la mitad de las pacientes contaba con actividad laboral, sin embargo, por edad podemos observar que en el grupo de 20 a 39 años, la prevalencia de mujeres trabajadoras y con mayor escolaridad fue casi del doble y más del doble, respectivamente, en comparación con las de mayor edad. En estudios de población general se ha observado que no contar con un trabajo remunerado interactúa con diferencias de género, papeles familiares y sociales, lo que da por resultado una relación entre la ausencia de trabajo remunerado y la depresión.<sup>16-18</sup> En nuestro estudio no encontramos esta asociación en ninguno de los dos grupos, probablemente reflejo de que el papel de proveedor aún continúa asignándose socialmente al hombre.

La proporción de pacientes con depresión fue significativamente menor en el grupo de 20 a 39 años, sin embargo, en este grupo se observó importante asociación entre la depresión y la percepción de disfunción familiar, lo cual puede expresar un mayor impacto de la segunda en mujeres más jóvenes. Vila y Labrador en España documentaron esta asociación.

Encontramos que la mujer de 40 a 59 años de edad acudía casi el doble a consulta de medicina familiar en comparación con las más jóvenes, sin relación con síntomas depresivos, esto puede obedecer a mayor frecuencia de enfermedades crónico-degenerativas después de los 40 años, o bien, a mayor frecuencia de actividades laborales en las más jóvenes.<sup>19</sup>

Recientemente se ha informado que la asociación entre depresión y diabetes obedece a factores como la comorbilidad;<sup>20</sup> esto probablemente explique que en nuestro estudio no se documente diabetes o hipertensión combinadas con síntomas depresivos.

De acuerdo con Fisch (1987), casi la mitad de las depresiones vistas en atención primaria inicialmente se acompañan de síntomas somáticos y en muchas ocasiones no son reconocidas, diagnosticadas ni tratadas;<sup>21,22</sup> esto podría ser la razón por la cual en la presente investigación los diagnósticos de cefalea, rinofaringitis y urosepsis se asociaron significativamente con síntomas depresivos (cuadro IV).

Por otro lado, se ha sospechado que existe subdiagnóstico de depresión en la atención

primaria, lo cual concuerda con nuestros resultados, haciéndose evidente que no se busca en forma intencionada la presencia de síntomas depresivos y, por lo tanto, no se confirma el diagnóstico y no se trata.<sup>23</sup>

**María Luisa Peralta-Pedrero et al. Síntomas depresivos en la mujer adulta**

**Cuadro IV**  
**Diagnósticos registrados en los expedientes que mostraron asociación significativa con síntomas depresivos en mujeres adultas que acuden a consulta de medicina familiar**

	Depresión		OR (IC 95%)	p
	Sí n = 208	No n = 192		
Cefalea				
No	183	179	1	
Sí	25	13	1.8 (0.93 a 3.8)	0.05
Rinofaringitis				
No	119	126	1	
Sí	89	66	1.4 (0.95 a 2.1)	0.05
Obesidad				
No	204	173	1	
Sí	4	19	0.18 (0.06 a 0.54)	0.000
Urosepsis				
No	160	164	1	
Sí	48	28	1.8 (1 a 3)	0.02
Embarazo				
No	183	155	1	
Sí	25	37	0.57 (0.33 a 0.99)	0.03

1 = categoría de comparación

Llama la atención que la obesidad y el embarazo se comportaron estadísticamente como factores protectores para depresión, en contraste con lo publicado hasta la fecha.<sup>24,25</sup> La explicación probable sería que se trata de una modificación de efecto, ya que al estratificar por edad la mayoría de la embarazadas se encontraba en el grupo de 20 a 39 años de edad y el de obesidad en el grupo de 40 a 59 años, y una limitante de este estudio (derivado de que no fue el objetivo principal) fue que el número de pacientes con estos diagnósticos no permitió efectuar el análisis ajustado por edad.

## **Conclusión**

En nuestra investigación, los síntomas depresivos fueron comunes en las mujeres que acudieron a consulta a medicina familiar, y con frecuencia no fueron identificados por el médico tratante. Los factores asociados con estos síntomas fueron diferentes de acuerdo con la edad. Destacó la percepción de disfunción familiar como factor de riesgo en las mujeres más jóvenes. Es probable que algunas pacientes en quienes se establece el diagnóstico de cefalea, rinofaringitis y urosepsis en realidad presenten depresión enmascarada.

## **Referencias**

1. World Health Organization. The world health report 2001 mental health: New understanding, new hope. Geneva: WHO; 2001.
2. Piccinelli M. Gender differences in depression. *Br J Psychiatry* 2000;177:486-492.
3. Simon G, Ormel J, Vonkorff M, Barlow W. Health care costs associated with depressive and anxiety disorders in primary care. *Am J Psychiatry* 1995; 152:352-357.
4. Burt VK, Stein K. Epidemiology of depression throughout the female life cycle. *J Clin Psychiatry* 2002;63:9-15.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. Depression in women. *Int J Gynaecol Obstet* 1993;43:203-211.
6. Roy A. Risk factors and depression in Canadian women. *J Affect Disord* 1981;3:65-70.
7. Vila AM, Labrador ME, Pérez MA, Cobos O, Remesal P. Family dysfunction as predisposing factor of mental disease. Does that relationship exist? *Aten Primaria* 2000;26:453-458.
8. Ortega AA, Fernández T, Osorio P. Funcionamiento familiar. Su percepción por diferentes grupos generacionales y signos de alarma. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2003;19:538-541.
9. Kaslow N, Gray C, Racusin R. Depressed children and their families. *Clin Psychol Rev* 1994;14:39-59.
10. Lozano G, Quiñónez F, Ramos M. El anciano deprimido y su vivencia familiar. *Med Fam* 2000;1:145-148.
11. Cassano P, Fava M. Depression and public health. An overview. *J Psychosom Res* 2002;53:849-857.
12. Medina-Mora ME, Borges G, Lara-Muñoz C, Benjet C, Blanco-Jaimes J, Fleiz-Bautista C, et al. Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003;26:1-16.
13. Williams JJ. Is this patient clinically depressed? *JAMA* 2002;287:1160-1170.
14. US Preventive Services Task Force. Screening for depression: recommendations and rationale. *Ann Intern Med* 2002;136:760-776.
15. INEGI. Encuesta Nacional de Empleo 2000. XII Censo General de Población y Vivienda. México: INEGI; 2000.
16. Carter JD, Joyce PR, Mulder RT, Luty SE, McKenzie J. Gender differences in the presentation of depressed outpatients: a comparison of descriptive variables. *J Affect Disord* 2000;61:59-67.
17. Artazcoz L, Benach J, IBorrell C, Cortéz I. Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *Am J Public Health* 2004;94:82-88.
18. Helms-Erikson H, Tanner J, Crouter C, McHale. Family roles and relationships. Do women's provider-role attitudes moderate the links between work and family? *J Fam Psychol* 2000;14:658-670.
19. Mancera-Romero J, Muñoz-Cobos F, Paniagua-Gómez F, Fernández-Lazcano C, Fernández-Tapia M, Blanca-Barba F. Problemas de salud y factores determinantes del número de visitas a demanda en pacientes hiperutilizadores de un centro de salud. *Aten Primaria* 2001;27:658-662.
20. Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PI. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care* 2001;24:1069-1078.
21. Fisch RZ. Masked depression: its interrelations with somatization, hypochondriasis and conversion. *Int J Psychiatry Med* 1987;17:367-379.
22. Henningsen P, Zimmermann T, Sattel H. Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: a meta-analytic review. *Psychosom Med* 2003;65:528-533.
23. Gelenberg A. Depression is still underrecognized and undertreated. *Arch Intern Med* 1999;159:9-23.
24. Onyike CH, Crum RM, Lee H, Lyketsos G, Eaton W. Is obesity associated with major depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Epidemiol* 2003;158:1139-1147.
25. Heather A, Pharm B, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson T. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol* 2004;103:698-709. 