

Síntomas depresivos y cobertura de diagnóstico y tratamiento de depresión en población mexicana

Diego Cerecero-García, M en C,⁽¹⁾ Fernando Macías-González, M en C,⁽¹⁾
Tania Arámburo-Muro, M en C,⁽¹⁾ Sergio Bautista-Arredondo, M en C.⁽¹⁾

Cerecero-García D, Macías-González F, Arámburo-Muro T, Bautista-Arredondo S.
Síntomas depresivos y cobertura de diagnóstico y tratamiento de depresión en población mexicana.
Salud Pública Mex. 2020;62:840-850.
<https://doi.org/10.21149/11558>

Resumen

Objetivo. Estimar cambios en la prevalencia de síntomas depresivos (SD) y en la cobertura de detección y tratamiento entre 2006 y 2018, e identificar los factores sociodemográficos asociados con estos últimos. **Material y métodos.** Se utilizaron datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2006, 2012, 2018-19 y 100k. Usamos regresión logística para explorar factores demográficos asociados con detección y tratamiento de depresión. **Resultados.** La prevalencia de SD fue respectivamente de 15.4, 13.7, 13.6 y 15.0%. Vivir en municipios con muy alto y alto grado de marginación se asoció con menor cobertura de detección y tratamiento de depresión. **Conclusiones.** Este trabajo brinda evidencia sobre las brechas que existen en el acceso a servicios de salud mental entre regiones y diferentes niveles de marginación, y resalta la necesidad de encaminar esfuerzos para incrementar acceso de servicios de salud que permitan el diagnóstico y tratamiento oportunos de SD y la depresión.

Palabras clave: síntomas depresivos; salud mental; cobertura; detección; tratamiento; depresión; atención; México

Cerecero-García D, Macías-González F, Arámburo-Muro T, Bautista-Arredondo S.
Depressive symptoms and coverage of diagnosis and treatment of depression in Mexican population.
Salud Pública Mex. 2020;62:840-850.
<https://doi.org/10.21149/11558>

Abstract

Objective. To assess changes in the prevalence of depressive symptoms (DS) and in detection and treatment coverage between 2006 and 2018, and to identify the socio-demographic factors associated with the latter. **Materials and methods.** We used data from the Ensanut 2006, 2012, 2018-19, 100k. We used logistic regression to explore demographic factors associated with coverage of detection and treatment of depression. **Results.** The prevalence of DS was respectively: 15.4, 13.7, 13.6 and 15.0%. Living in municipalities with a very high and high degree of marginalization was associated with less coverage of detection and treatment of depression. **Conclusions.** This work provides evidence on the gaps that exist in access to mental health services between regions and different levels of marginalization and highlights the need to direct efforts to increase access to health services that allow timely diagnosis and treatment of DS and depression.

Keywords: depressive symptoms; mental health; coverage; detection; treatment; depression; attention; Mexico

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la proporción de la población mundial con depresión en 2015 fue de 4.4% (3.6% en hombres y 5.1% en mujeres).¹ Además, se prevé que más de 20% de la población mundial padecerá algún

trastorno afectivo que requerirá tratamiento médico en algún momento de su vida y que, para 2020, la depresión ocupe el segundo lugar a nivel mundial en causas de discapacidad.² En México, tres de las diez enfermedades más discapacitantes son neuropsiquiátricas: desórdenes

(1) Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

Fecha de recibido: 15 de mayo de 2020 • Fecha de aceptado: 30 de julio de 2020 • Publicado en línea: 24 de noviembre de 2020

Autor de correspondencia: Sergio Bautista-Arredondo. Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública.

Av. Universidad 655, col. Santa María Ahuacatitlán. 62100 Cuernavaca, Morelos, México.

Correo electrónico: sbautista@insp.mx

Licencia: CC BY-NC-SA 4.0

mentales, desórdenes neurológicos y uso de sustancias.³ De acuerdo con la Encuesta Mundial de Salud Mental, se estima que, en México, las personas que padecieron algún trastorno grave de salud mental perdieron en promedio 27 días productivos y alrededor de siete días si la gravedad fue moderada.⁴

Diversos estudios epidemiológicos han explorado la prevalencia de trastornos mentales en México, incluidos los trastornos y episodios depresivos y sus factores asociados. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP), realizada entre 2001 y 2002, 9.2% de la población ha tenido un trastorno depresivo en la vida y 4.8% en los doce meses previos al estudio. Además, se estima que una de cada cinco personas llegará a presentar algún trastorno antes de los 75 años.⁵ De igual forma, otro estudio realizado en 2002-2003, mostró una prevalencia de depresión de 4.5% (5.8% en mujeres y 2.5% en hombres).⁶ Más recientemente, se estimó una prevalencia de síntomas depresivos (SD) de 19.9% en mujeres con hijos menores de cinco años.⁷ Por otra parte, la prevalencia de SD en mujeres indígenas se ha estimado entre 16.8 y 21.3%.⁸ Una de las principales limitaciones de estos estudios es la discrepancia notable en la prevalencia de SD debida a diferencias en la definición de trastorno, la clasificación que se utiliza, los instrumentos para medir SD y la población en la cual se han medido los síntomas.

Diversos estudios indican que la depresión es prevenible, detectable y tratable, y que es posible minimizar sus efectos negativos a corto y largo plazo;⁹ sin embargo, uno de los principales desafíos a nivel mundial es la falta de acceso a tratamiento oportuno y de calidad para personas con problemas de salud mental. A pesar de la existencia de tratamiento psicológico y farmacéutico para depresión moderada y severa, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que en países de ingresos bajos y medios, entre 76 y 85% de la población con desórdenes mentales carece de acceso al tratamiento necesario, cerca de la mitad de los casos de ansiedad o depresión no se diagnostican y sólo la mitad de los diagnosticados reciben un tratamiento médico.^{10,11} Asimismo, los resultados sobre desórdenes mentales en México muestran que una de cada cinco personas con un trastorno psiquiátrico en los últimos 12 meses recibió algún tipo de atención para este problema y más de 75% de los casos graves y moderados entre adultos no recibieron atención médica o psicológica.¹²

Sin embargo, en México no existen estudios recientes que documenten las prevalencias de SD y la cobertura de diagnóstico y atención. Más aún, las diferencias en metodologías e instrumentos utilizados entre los estudios existentes limitan la capacidad de hacer comparaciones en el tiempo y entre poblaciones. Por ello y para cubrir ese

vacio, el objetivo de este estudio es estimar los cambios en la prevalencia de SD y en la cobertura de detección y tratamiento entre 2006 y 2018, e identificar los factores sociodemográficos asociados con estos últimos.

Material y métodos

Población, procedimientos e instrumentos

Se realizó un análisis secundario de los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) de 2006, 2012, 2018-19 y 100k. Las Ensanut 2006, 2012 y 2018-19 son encuestas transversales con muestreo probabilístico, estratificado con representatividad nacional, regional, estatal y de los estratos urbanos y rurales. Por su parte, la Ensanut 100k es una encuesta probabilística con sobrerepresentación de los hogares con menores capacidades económicas del país en localidades con menos de 100 000 habitantes. Los detalles sobre la metodología de cada una de las Ensanut han sido descritos previamente.¹³⁻¹⁶ Para este análisis utilizamos datos de 143 874 adultos de 20 años o más (Ensanut 2006: 45 241; Ensanut 2012: 46 277; Ensanut 2018-19: 43 070; y Ensanut 100k: 9 286).

Variables de estudio

Síntomas depresivos

La prevalencia de sintomatología depresiva se midió con la escala breve del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD-7). La CESD-7 es una versión abreviada de siete reactivos construida a partir de la escala CES-D, que evalúan la frecuencia con la que el sujeto ha experimentado síntomas depresivos en la última semana. Cada ítem está constituido por una escala de Likert con cuatro opciones de respuesta: "rara vez o nunca (menos de un día)", "pocas veces o alguna vez (de 1 a 2 días)", "un número de veces considerable (de 3 a 4 días)" y "todo el tiempo o la mayoría del tiempo (de 5 a 7 días)". Cada pregunta adquiere una puntuación entre cero y tres. La escala incluye un ítem en dirección positiva que se codifica de manera inversa. La puntuación total del CESD-7 se calcula como la suma simple de cada una de las respuestas. El puntaje total toma valores entre 0 y 21, donde un puntaje más alto representa mayor presencia de SD. El punto de corte del CESD-7 validado para población mexicana es de 9 puntos para sintomatología que indica depresión moderada o severa. El CESD-7 ha mostrado una sensibilidad de 0.90 y especificidad de 0.82 respecto del estándar de oro a partir del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV).¹⁷

Por otro lado, en la Ensanut 2006 la depresión se midió con la presencia de síntomas basados en criterios

diagnósticos establecidos por el DSM-IV. Los síntomas incluyen: 1) haberse sentido triste o vacío la mayor parte del día; 2) haber perdido interés por casi todas las cosas, incluidas las que normalmente solía disfrutar; 3) sentirse con falta de energía o cansado constantemente; 4) sentirse solo; 5) sentirse irritado; 6) falta de apetito; 7) dificultad cognitiva; y 8) que estos síntomas se presentaran durante la mayor parte del día, casi todos los días y que persistieran por un periodo mínimo de una semana. Se consideró la presencia de síntomas depresivos significativos cuando un participante reportó tener al menos cinco de los síntomas, pero siempre los dos primeros.¹⁸

Cobertura de detección y tratamiento de SD

La cobertura de detección y tratamiento de depresión se midió con base en la respuesta a dos preguntas: “¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro personal de salud que sufre o ha sufrido depresión?”. Si el participante respondió afirmativamente, el tratamiento de depresión se midió con la pregunta: “¿Le mandaron medicinas o algún otro tipo de tratamiento para la depresión?”. Para medir la cobertura de detección se estimó qué porcentaje de la población respondió afirmativamente a la pregunta referente al diagnóstico. Posteriormente, se identificó, entre aquellos que respondieron positivamente, quiénes presentaron SD por arriba del punto de corte del CESD-7.

Para la cobertura de tratamiento, se estimó la proporción de la población que respondió positivamente a la segunda pregunta. Al igual que en la cobertura de diagnóstico, se identificó la proporción de individuos que respondieron afirmativamente a la pregunta de tratamiento y presentaron SD. Estos indicadores no estuvieron disponibles en la Ensanut 2018-19.

Covariables

Se consideraron distintas variables sociodemográficas de los participantes en este análisis. Los participantes fueron categorizados de acuerdo con su distribución por grupos de edad: adultos jóvenes (de 20 a 35 años), adultos de mediana edad (de 36 a 49 años) y adultos mayores (de 50 años o más). La educación formal recibida considera el último grado escolar aprobado y se consideraron cuatro categorías: sin escolaridad, educación básica, educación media superior y educación superior. Los participantes fueron categorizados según su afiliación a alguna institución de seguridad social: sin seguridad social, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE),

Petróleos Mexicanos (Pemex)/Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena)/Secretaría de Marina (Semar) y personas inscritas al Seguro Popular (SP)/Seguro para una Nueva Generación.

Para explorar el nivel de marginación de los municipios de residencia de los participantes, se utilizó el índice de marginación (IM) del Consejo Nacional de Población (Conapo). El IM es una medida que permite diferenciar entidades federativas y municipios de acuerdo con las carencias que padece la población. Para su estimación, se toman en cuenta cuatro dimensiones: educación, vivienda, ingresos monetarios y distribución de la población. Los detalles metodológicos para la estimación del IM han sido publicados previamente.¹⁹ Asimismo, se generó una variable para categorizar a los individuos de acuerdo con el grado de marginación del municipio de residencia: muy alto, alto, medio, bajo y muy bajo.

En este análisis se consideraron cuatro regiones geográficas: Ciudad de México, Centro (Aguascalientes, Colima, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nayarit, Querétaro y Estado de México), Norte (Baja California, Baja California Sur, Coahuila, Chihuahua, Durango, Nuevo León, Sonora, Sinaloa, San Luis Potosí, Tamaulipas y Zacatecas) y Sur (Campeche, Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Puebla, Tlaxcala, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz y Yucatán). Así como poblaciones rurales (población <2 500 habitantes) y urbanas / metropolitanas (población con >2 500 habitantes).

Análisis estadístico

Se estimó la prevalencia de SD significativos para cada una de las Ensanut. Se comparó la distribución de SD de acuerdo con las variables sociodemográficas descritas previamente y se exploraron cambios en el tiempo. Adicionalmente, se estimó la cobertura de detección y tratamiento de depresión y se exploró su distribución entre distintos perfiles poblacionales y las distintas rondas de la Ensanut.

Mediante análisis bivariados, se exploró la asociación entre la cobertura de detección y el tratamiento de depresión con cada una de las variables sociodemográficas incluidas en este análisis. En un siguiente paso, se utilizaron modelos de regresión logística multivariados utilizando la cobertura de detección y tratamiento de depresión como variables dependientes y como variables independientes las características sociodemográficas de los participantes. Se estratificaron los análisis de acuerdo con las distintas rondas de la Ensanut para explorar cambios en la magnitud y dirección de las asociaciones. Se reportaron razones de momios (RM) e intervalos de confianza a 95% (IC95%). Todos los análisis fueron

realizados en el paquete estadístico Stata IC v15.1* y consideran el diseño muestral de las Ensanut para tener estimadores poblacionales.

Resultados

El cuadro I muestra la distribución de la prevalencia de SD entre los participantes. Se observó una disminución en la presencia de SD en adultos jóvenes y adultos mayores pasando de 12.6 a 9.5% y de 16.3 a 13.3% de 2006 a 2018, respectivamente. De acuerdo con el nivel de escolaridad, la prevalencia de SD fue más alta entre

* StataCorp. 2017. Stata Statistical Software. Release 15, TX: Stata Press.

los participantes que reportaron no tener estudios en comparación con aquellos con educación superior. Entre los participantes en municipios con niveles de marginación bajo y muy bajo, se observó una disminución en la prevalencia de SD entre 2006 y 2018. Con respecto a la región geográfica, participantes en el Sur del país presentaron mayores SD en comparación con aquellos del Norte y Ciudad de México. Dentro de cada región, se observó una disminución de la prevalencia de SD entre 2006 y 2018.

Por otro lado, entre aquellos participantes que reportaron no tener afiliación a alguna institución de seguridad social, la prevalencia de SD pasó de 16.0% en 2006 a 11.6% en 2018. La prevalencia en este grupo de la población en la Ensanut 100k fue de 16.6%. Los SD fueron

Cuadro I
DISTRIBUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS POR ENSANUT Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS. MÉXICO, ENSANUT 2006, 2012, 2018-19 Y 100k

| | | Síntomas depresivos | | | |
|-------------|-------------------------|---------------------|-----------------|--------------------|-----------------|
| | | Ensanut 2006 | Ensanut 2012 | Ensanut 2018-19 | Ensanut 100k |
| Sexo | Hombre | 9.1 | 8.2 | 8.8 | 10.0 |
| | Mujer | 20.7 | 18.6 | 17.6 | 19.5 |
| Edad | Adultos jóvenes | 12.6 | 10.5 | 9.5 | 13.4 |
| | Adultos de mediana edad | 18.6 | 16.8 | 18.3 | 17.3 |
| | Adultos mayores | 16.3 | 15.1 | 13.3 | 14.6 |
| Escolaridad | Sin escolaridad | 24.5 | 19.6 | 25.7 | 16.8 |
| | Básica | 16.7 | 15.5 | 16.4 | 16.4 |
| | Media superior | 10.4 | 10.8 | 9.9 | 10.5 |
| | Superior | 5.9 | 7.2 | 6.9 | 9.2 |

(continúa...)

(continuación)

| | | | | | | |
|------------------------|--------------------|------|------|------|------|--|
| | Muy alto | 17.1 | 12.3 | 14.1 | 11.8 | |
| | Alto | 16.4 | 14.1 | 15.4 | 14.1 | |
| Grado de marginación | Medio | 16.2 | 15.1 | 14.2 | 17.3 | |
| | Bajo | 17.3 | 15.1 | 13.2 | 12.7 | |
| | Muy bajo | 14.5 | 12.9 | 11.4 | 17.5 | |
| Región geográfica | CDMX | 13.9 | 14.9 | 12.6 | 15.0 | |
| | Centro | 17.2 | 14.2 | 13.9 | 12.8 | |
| | Norte | 13.8 | 12.5 | 12.9 | 14.3 | |
| | Sur | 16.5 | 13.3 | 14.2 | 17.3 | |
| Área de residencia | Rural | 16.8 | 14.9 | 15.0 | 15.0 | |
| | Urbano | 15.1 | 13.3 | 13.2 | 15.0 | |
| | No tiene | 16.0 | 12.8 | 11.6 | 16.6 | |
| | IMSS | 14.0 | 12.4 | 13.3 | 12.2 | |
| Afiliación a seguridad | ISSSTE | 12.3 | 10.4 | 12.0 | 7.5 | |
| | Pemex-Sedena-Semar | 12.6 | 15.3 | 11.5 | 12.3 | |
| | Seguro Popular | 18.9 | 16.2 | 15.6 | 16.1 | |

Fuente: Elaboración propia con datos de la Ensanut 2006, 2012, 2018-19 y 100k¹³⁻¹⁶

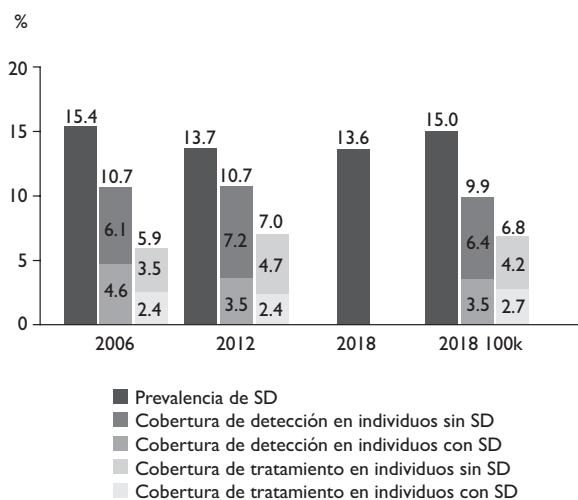
Ensanut: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición; CDMX: Ciudad de México; IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social; ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; Pemex: Petróleos Mexicanos; Sedena: Secretaría de la Defensa Nacional; Semar: Secretaría de Marina

más frecuentes entre aquellos que reportaron afiliación al SP y menores en participantes afiliados al ISSSTE.

La figura 1 muestra la distribución de la cobertura de detección y tratamiento de depresión para cada una de las Ensanut. Entre 2006 y 2012, la cobertura de detección fue de 10.7%. En participantes de la Ensanut 100k, la cobertura fue de 9.9% y entre aquellos con SD fue únicamente de 3.5%. Entre 2006 y 2012, la cobertura de tratamiento pasó de 5.9 a 7.0% y no se observaron cambios entre aquellos con SD por arriba del punto de corte del CESD-7. La cobertura de tratamiento fue similar a la observada en la Ensanut 100k.

Al explorar la cobertura de detección y tratamiento entre las Ensanut (cuadro II), se identificó que, en promedio, las mujeres reportan mayor detección de depresión que los hombres (15 vs. 5%). De igual manera, se observó mayor detección entre adultos mayores comparados con adultos jóvenes. Se observó mayor diagnóstico entre participantes viviendo en Ciudad de México y en zonas urbanas en comparación con aquellos viviendo en la región Sur del país y en zonas rurales. Por otro lado, se observaron mayores tasas de detección entre los afiliados al ISSSTE y Pemex/Sedena/Semar.

Respecto a la cobertura de tratamiento, ésta fue mayor para las mujeres en comparación con los hombres y pasó de 8.6 a 10.2% entre 2006 y 2012. También se observó un ligero aumento en el tratamiento por grupos de edad entre 2006 y 2012 pasando de 7.3 a 9.1%, de



Fuente: Elaboración propia con datos de la Ensanut 2006, 2012, 2018-19 y 100k¹³⁻¹⁶

Ensanut: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

SD: síntomas depresivos

FIGURA 1. PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y COBERTURA DE DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DEPRESIÓN POR RONDA DE LA ENSANUT. MÉXICO, ENSANUT 2006, 2012, 2018-19 Y 100K

7.0 a 8.5% y de 4.1 a 4.6% en adultos mayores, adultos de mediana edad y adultos jóvenes, respectivamente. Además, se observaron mayores niveles de tratamiento en participantes viviendo en Ciudad de México y zonas urbanas. Al igual que la cobertura de detección, los niveles de tratamiento de depresión son mayores en afiliados al ISSSTE y Pemex/Sedena/Semar, en comparación con los que reportan estar afiliados a otras instituciones o aquellos que no cuentan con seguridad social.

En la figura 2 se muestra la distribución de la cobertura de detección y tratamiento de depresión por región y grado de marginación. Al comparar la presencia de SD con la cobertura de detección y tratamiento, se observaron brechas importantes. El panel a muestra la distribución de estos tres indicadores por grado de marginación. Se puede observar que a medida que se incrementa el nivel de marginación de los municipios de residencia de los participantes, la brecha entre la prevalencia de SD y la cobertura de diagnóstico y tratamiento aumenta considerablemente. Por otra parte, en el panel b, se observan brechas mayores en los participantes de la región Sur del país en comparación con los de la Ciudad de México.

Para explorar los determinantes de la cobertura de detección y tratamiento, se muestran las RM de los modelos logísticos multivariados en la figura 3. Se encontró que ser mujer (RM=2.0; IC95%: 1.81-2.37 Ensanut 2006; RM=2.6; IC95%: 2.24-3.04 Ensanut 2012; RM=2.4; IC95%: 1.72-3.53 Ensanut 100k), vivir en localidades urbanas (RM=1.3, IC95%: 1.13-1.57 Ensanut 2006; RM=1.5; IC95%: 1.15-2.06 Ensanut 100k) y vivir en la Ciudad de México en comparación con participantes de la región Sur del país, aumentan las posibilidades de ser detectado con SD. Esta asociación únicamente fue significativa para la Ensanut 2006 (RM=1.4; IC95%: 1.10-1.77). Por otro lado, se asoció con menor cobertura de detección vivir en municipios con muy alto (RM=0.40; IC95%: 0.26-0.59 Ensanut 2006; RM=0.49; IC95%: 0.33-0.72 Ensanut 2012; y RM=0.45; IC95%: 0.24-0.83; Ensanut 100k) y alto grado (RM=0.65; IC95%: 0.52-0.80; Ensanut 2006 y RM=0.44; IC95%: 0.31-0.64 Ensanut 2012) de marginación, comparado con aquellos participantes en municipios con muy bajo nivel de marginación.

El panel b de la figura 3 muestra las RM para cobertura de tratamiento de SD. Se observa mayor cobertura de tratamiento entre las mujeres (RM=2.2; IC95%: 1.81-2.58 Ensanut 2006; RM=2.6; IC95%: 2.20-3.20 Ensanut 2012; RM=2.5; IC95%: 2.20-3.20 Ensanut 100k) y participantes en zonas urbanas (RM=1.4, IC95%: 1.16-1.68 Ensanut 2006; RM=1.7; IC95%: 1.18-2.35 Ensanut 100k). Así, comparados con participantes en municipios con muy bajo grado de marginación, vivir en municipios con muy alto grado (RM=0.36; IC95%: 0.20-0.63 Ensanut 2006; RM=0.55; IC95%: 0.34-0.87

Cuadro II
DISTRIBUCIÓN DE LA COBERTURA DE DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DEPRESIÓN POR ENSANUT Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.
México, ENSANUT 2006, 2012 Y 100k

| | | Detección | | | | | | Tratamiento | | | | | | | | | | | |
|----------------------|-------------------------|-----------------|-------|-----------------|-----------------|-------|-----------------|-----------------|-------|-----------------|-----------------|-------|-----------------|-----------------|--|--|-----------------|--|--|
| | | Ensanut 2006 | | | Ensanut 2012 | | | Ensanut 100k | | | Ensanut 2006 | | | Ensanut 2012 | | | Ensanut 100k | | |
| | | Hombre | Mujer | Adultos jóvenes | | | | | | |
| Sexo | Hombre | 5.1 | 5.5 | 4.2 | | | | | 2.6 | 3.5 | 2.8 | | | | | | | | |
| | Mujer | 15.3 | 15.4 | 15.0 | | | | | 8.6 | 10.2 | 10.4 | | | | | | | | |
| Edad | Adultos jóvenes | 8.3 | 7.9 | 6.6 | | | | | 4.1 | 4.6 | 4.0 | | | | | | | | |
| | Adultos de mediana edad | 12.4 | 13.0 | 11.4 | | | | | 7.0 | 8.5 | 8.7 | | | | | | | | |
| Escolaridad | Adultos mayores | 12.3 | 12.5 | 12.7 | | | | | 7.3 | 9.1 | 8.5 | | | | | | | | |
| | Sin escolaridad | 11.1 | 10.7 | 6.7 | | | | | 6.6 | 7.6 | 4.3 | | | | | | | | |
| Grado de marginación | Básica | 10.8 | 10.4 | 11.1 | | | | | 6.0 | 6.8 | 7.5 | | | | | | | | |
| | Media superior | 10.8 | 11.2 | 8.4 | | | | | 5.9 | 7.4 | 6.2 | | | | | | | | |
| | Superior | 9.0 | 11.2 | 6.3 | | | | | 4.8 | 7.1 | 5.0 | | | | | | | | |
| | Muy alto | 3.7 | 4.6 | 4.7 | | | | | 2.1 | 2.5 | 2.8 | | | | | | | | |
| | Alto | 6.7 | 6.0 | 6.1 | | | | | 3.5 | 3.7 | 2.9 | | | | | | | | |
| | Medio | 9.5 | 8.9 | 10.9 | | | | | 5.8 | 6.0 | 7.1 | | | | | | | | |
| | Bajo | 11.2 | 9.3 | 11.1 | | | | | 5.7 | 5.9 | 7.7 | | | | | | | | |
| | Muy bajo | 11.9 | 12.3 | 13.1 | | | | | 6.6 | 8.1 | 11.0 | | | | | | | | |

(continúa...)

(continuación)

| | | | | | | | | | |
|------------------------------|--------------------|------|------|------|--|-----|------|------|--|
| | Ciudad de México | 13.8 | 14.8 | 18.3 | | 7.2 | 9.5 | 13.9 | |
| Región geográfica | Centro | 10.9 | 10.7 | 12.2 | | 6.1 | 7.4 | 9.3 | |
| | Norte | 10.0 | 10.6 | 10.5 | | 5.6 | 6.9 | 7.8 | |
| | Sur | 8.7 | 8.0 | 7.0 | | 4.9 | 5.1 | 3.7 | |
| Área de residencia | Rural | 7.1 | 7.1 | 7.9 | | 3.6 | 4.4 | 5.3 | |
| | Urbano | 11.4 | 11.7 | 11.8 | | 6.4 | 7.7 | 8.3 | |
| | No tiene | 10.4 | 9.7 | 5.8 | | 5.6 | 6.0 | 3.4 | |
| | IMSS | 11.0 | 12.2 | 11.4 | | 6.3 | 8.2 | 9.5 | |
| Afilación a seguridad social | ISSSTE | 12.5 | 13.5 | 17.9 | | 7.1 | 9.9 | 13.0 | |
| | Pemex-Sedena-Semar | 10.8 | 16.1 | 54.9 | | 8.0 | 12.1 | 4.3 | |
| | Seguro Popular | 9.7 | 9.3 | 10.0 | | 5.2 | 6.0 | 6.6 | |

Fuente: Elaboración propia con datos de la Ensanut 2006, 2012 y 100k³⁻¹⁶

Ensanut: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición; CDMX: Ciudad de México; IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social; ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; Pemex: Petróleos Mexicanos; Sedena: Secretaría de la Defensa Nacional; Semar: Secretaría de Marina

Ensanut 2012; y RM=0.27; IC95%: .10-.66; Ensanut 100k) y alta marginación (RM=0.70; IC95%: 0.53-0.90 Ensanut 2006; y RM=0.52; IC95%: 0.33-0.79; Ensanut 2012) se asoció significativamente con menor cobertura de tratamiento de SD.

Discusión

El objetivo de este estudio fue explorar la prevalencia de SD y la cobertura de detección y tratamiento de depresión, su evolución en el tiempo y los factores sociodemográficos asociados, utilizando datos de las Ensanut 2006, 2012, 2018-19 y 100k. La prevalencia de SD en cada ronda de la Ensanut fue de 15.4, 13.7, 13.6 y 15.0%, respectivamente.

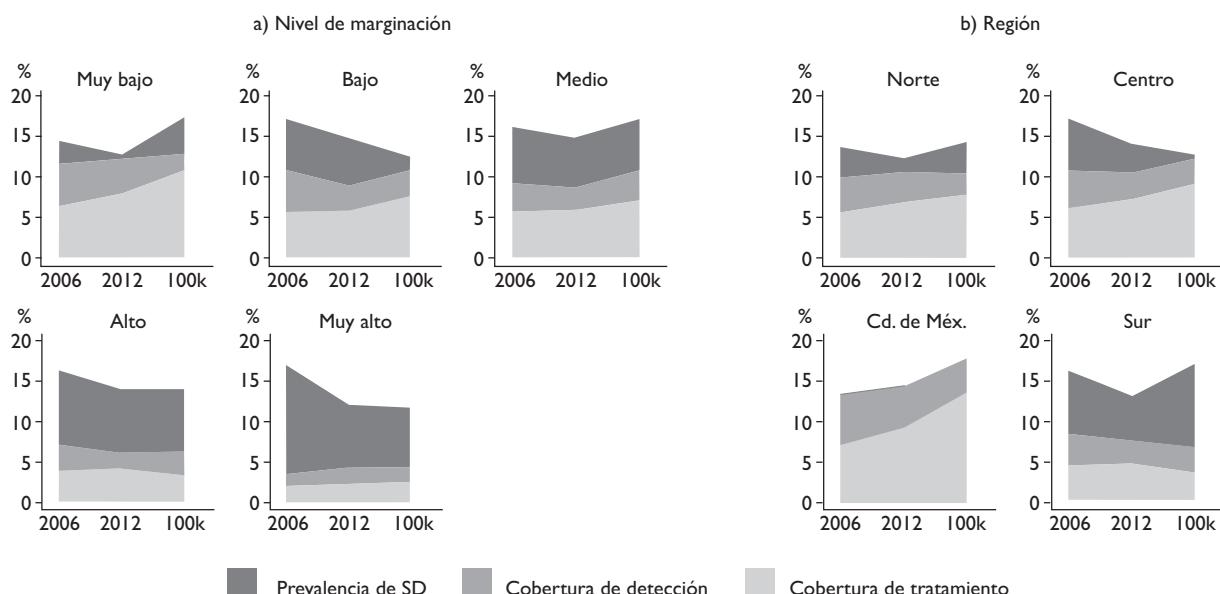
Los resultados de este estudio muestran que la cobertura de detección y tratamiento de depresión no ha cambiado sustancialmente en el tiempo e indican que uno de cada diez adultos ha recibido diagnóstico de depresión por parte de un profesional de la salud y 7% ha recibido tratamiento.

La cobertura de diagnóstico entre aquellos individuos con SD fue de 4.6% en 2006, 3.5% en 2012, y 3.5% en 2018 (100k). El nivel de detección de depresión observado en este estudio es particularmente bajo, especialmente si se considera que la detección pudo haber sido realizada por cualquier tipo de profesional

de la salud. Un estudio con datos de la Ensanut 2012 identificó una tasa de detección de 17.06%⁷ entre madres de menores de cinco años en México.

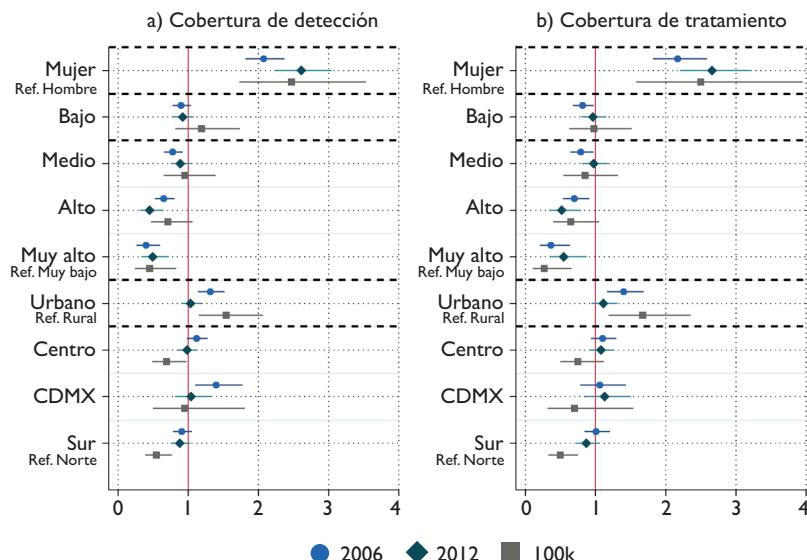
Al explorar la distribución de la cobertura de detección por regiones geográficas y niveles de marginación, se identificó que participantes que residen en municipios con mayor grado de marginación y aquellos en la región Sur del país tienen menor cobertura en comparación con aquellos que residen en municipios con muy bajo grado de marginación y aquellos que viven en la Ciudad de México, respectivamente. De igual manera, la prevalencia de síntomas depresivos fue mayor en la región Sur en comparación con otras regiones del país. Este hallazgo se refuerza con el análisis multivariado y es consistente con estudios que han mostrado que la prevalencia de SD en adultos que viven en zonas de mayor pobreza y marginación es significativamente más elevada que en aquellos que viven en zonas de mayores ingresos.^{20,21} Por otro lado, este mismo tipo de estudios han mostrado que factores contextuales como el ingreso del país o región geográfica se relacionan estrechamente con la oferta y acceso a servicios de salud mental.^{4,22}

Con respecto a la cobertura de tratamiento, los resultados de este estudio muestran que, entre aquellos que recibieron diagnóstico de depresión por un profesional de la salud, únicamente entre 5.9 y 7.0% reportaron estar tomando medicamento. El porcentaje de partici-



Fuente: Elaboración propia con datos de la Ensanut 2006, 2012 y 100k¹³⁻¹⁶
 Ensanut: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
 SD: síntomas depresivos

FIGURA 2. PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y COBERTURA DE DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DEPRESIÓN, POR NIVEL DE MARGINACIÓN Y REGIÓN. MÉXICO, ENSANUT 2006, 2012 Y 100K



Fuente: Elaboración propia con datos de la Ensanut 2006, 2012 y 100k¹³⁻¹⁶

Ensanut: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

CDMX: Ciudad de México

FIGURA 3. RAZONES DE MOMIOS DE COBERTURA DE DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MEXICANOS. MÉXICO, ENSANUT 2006, 2012 Y 100K

pantes con SD que se encuentra en tratamiento es aún más bajo (2.4%). Estas tasas de atención son inferiores a lo reportado previamente en la literatura. Por ejemplo, un estudio de 2003 estimó que únicamente 10% de los participantes con algún trastorno mental recibieron atención médica.²³ En otro estudio con mujeres mexicanas, basado en datos de la Ensanut 2012, se encontró una tasa de cobertura de atención de 15.19%.⁷ Estos resultados contrastan con un análisis de las encuestas de salud de la OMS en 49 países, en el cual se reportó 67.5% de cobertura de tratamiento entre quienes recibieron un diagnóstico de depresión.²⁴ Finalmente, los análisis de este estudio muestran que ser mujer y vivir en zonas urbanas se asoció significativamente con mayor acceso a tratamiento entre quienes recibieron diagnóstico. Esto es consistente con estudios previos que han mostrado que ser mujer, con mayor nivel educativo y vivir en zonas urbanas son determinantes individuales de mayor acceso a atención y tratamiento de depresión.²⁴

Los resultados de este estudio muestran niveles de cobertura de detección y tratamiento de depresión bajos, que son consistentes con lo reportado en países de ingresos medios y bajos.²⁵ Una de las principales barreras para la identificación de casos de depresión es el estigma en torno a las enfermedades mentales,²⁶ el cual se ha relacionado con el diagnóstico y atención tardíos. Por ejemplo, un estudio en población mexicana estimó que el tiempo transcurrido entre el primer evento

depresivo y la búsqueda de atención del mismo fue de 14 años.²⁷

Los resultados de este estudio deben interpretarse considerando algunas limitaciones; por una parte, la Ensanut no es una encuesta enfocada en salud mental, por lo tanto, no incluye diagnóstico clínico de la depresión, lo cual dificulta diferenciar si la presencia de SD refleja un cuadro clínico o simplemente una serie de síntomas asociados con malestar psicológico.²⁸ Por otra parte, la encuesta tampoco está diseñada para medir con precisión el acceso a diagnóstico y tratamiento de la depresión porque las preguntas utilizadas son poco específicas y no permiten identificar cuándo se recibieron tanto el diagnóstico como el tratamiento. Finalmente, debido al diseño transversal de este estudio, no es posible establecer mecanismos causales entre las relaciones identificadas.

Conclusiones

En este estudio se mostró evidencia sobre la magnitud de los SD y el acceso a servicios de detección y tratamiento de depresión. Los resultados muestran los importantes desafíos que se tienen que enfrentar para asegurar el acceso efectivo de detección y tratamiento en personas con depresión en México.

Por ejemplo, se brinda evidencia sobre las brechas que existen entre el acceso a servicios de salud mental entre regiones y diferentes niveles de marginación. Así-

mismo, se resalta la necesidad de encaminar esfuerzos para incrementar acceso de servicios de salud mental que permitan el diagnóstico y tratamiento oportunos de SD y depresión.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales [internet]. Ginebra: OMS/OPS, 2017 [citado mayo 11, 2020]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. Organización Mundial de la Salud .The Global Burden of Disease: 2004 update [internet]. Ginebra: OMS, 2008 [citado mayo 11, 2020]. Disponible en: https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf?ua=1
3. Institute for Health Metrics and Evaluation, The Lancet. Findings from the Global Burden of Disease Study 2017 [internet]. Washington: IHME/The Lancet, 2018 [citado mayo 11, 2020]. Disponible en: http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2019/GBD_2017_Booklet.pdf
4. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, 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):2581-90. <https://doi.org/10.1001/jama.291.21.2581>
5. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, De Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*. 2007;6(3):168-76.
6. Belló M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora ME, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública Mex*. 2005;47(supl 1):4-11.
7. De Castro F, Place JM, Villalobos A, Allen-Leigh B. Sintomatología depresiva materna en México: Prevalencia nacional, atención y perfiles poblacionales de riesgo. *Salud Pública Mex*. 2015;57(2):144-54. <https://doi.org/10.21149/spm.v57i2.7410>
8. Franco-Díaz KL, Fernández-Niño JA, Astudillo-García CI. Prevalencia de síntomas depresivos e invarianza factorial de la escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en población indígena mexicana. *Biomedica*. 2018;38(supl 1):127-40. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v38i0.3681>
9. World Health Organization. Depression [internet]. Ginebra: WHO, 2020 [citado mayo 11, 2020]. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/depression#tab=tab_1
10. Sartorius N, Üstün TB, Lecrubier Y, Wittchen HU. Depression comorbid with anxiety: Results from the WHO study on psychological disorders in primary health care. *Br J Psychiatry Suppl*. 1996;168(supl 30):38-43. <https://doi.org/10.1192/S0007125000298395>
11. Gater R, De Almeida E, Sousa B, Barrientos G, Caraveo J, Chandrashekhar CR, Dhadphale M, et al. The pathways to psychiatric care: A cross-cultural study. *Psychol Med*. 1991;21(3):761-74. <https://doi.org/10.1017/s003329170002239x>
12. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, et al. Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: Results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychol Med*. 2005;35(12):1773-83. <https://doi.org/10.1017/S0033291705005672>
13. Palma O, Shamah-Levy T, Franco A, Olaiz-Fernández G, Méndez-Ramírez I. Metodología. En: Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila M, Sepúlveda J. (eds). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006: 19-33 [citado mayo 11, 2020]. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2006/doctos/informes/ensanut2006.pdf>
14. Romero-Martínez M, Shamah-Levy T, Franco-Núñez A, Villalpando S, Cuevas-Nasu L, Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco JÁ. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012: Diseño y cobertura. *Salud Pública Mex*. 2013;55(supl 2):332-40. <https://doi.org/10.21149/spm.v55s2.5132>
15. Romero-Martínez M, Shamah-Levy T, Vielma-Orozco E, Heredia-Hernández O, Mojica-Cuevas J, Cuevas-Nasu L, Rivera-Dommarco J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: metodología y perspectivas. *Salud Pública Mex*. 2019;61(6):917-23. <https://doi.org/10.21149/11095>
16. Romero-Martínez M, Shamah-Levy T, Cuevas-Nasu L, Gaona-Pineda EB, Gómez-Acosta LM, Mendoza-Alvarado LR, et al. Metodología de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición para localidades con menos de 100 000 habitantes (Ensanut 100k). *Salud Pública Mex*. 2019;61(5):678-84. <https://doi.org/10.21149/10539>
17. Salinas-Rodríguez A, Manrique-Espinoza B, Acosta-Castillo I, Téllez-Rojo MM, Franco-Núñez L A, Gutiérrez-Robledo LM, Sosa-Ortiz AL. Validación de un punto de corte para la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, versión abreviada (CESD-7). *Salud Pública Mex*. 2013;55(3):267-74. <https://doi.org/10.21149/spm.v55i3.7209>
18. Guze SB. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. (DSM-IV). *Am J Psychiatry*. 1995;152(8):1228. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.8.1228>
19. Consejo Nacional de Población. Índice de marginación por entidad federativa y municipio 2015 [internet]. Ciudad de México: Conapo, 2016 [citado mayo 11, 2020]. Disponible en: <https://www.gob.mx/conapo/documentos/indice-de-marginacion-por-entidad-federativa-y-municipio-2015>
20. Cohen A, Chapman BP, Gilman SE, Delmerico AM, Wieczorek W, Duberstein PR, Lyness JM. Social inequalities in the occurrence of suicidal ideation among older primary care patients. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2010;18(12):1146-54. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181dd1e55>
21. Cohen A, Gilman SE, Houck PR, Szanto K, Reynolds CF. Socioeconomic status and anxiety as predictors of antidepressant treatment response and suicidal ideation in older adults. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2009;44(4):272-7. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0436-8>
22. Ferrari AJ, Somerville AJ, Baxter AJ, Norman R, Patten SB, Voss T, Whiteford HA. Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: A systematic review of the epidemiological literature. *Psychol Med*. 2013;43(3):471-81. <https://doi.org/10.1017/S0033291712001511>
23. Medina-Mora ME, Borges G, Lara Muñoz C, Benjet C, Blanco Jaimes J, Fleiz Bautista C, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de-Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*. 2003;26(4):1-16.
24. Araya R, Zitko P, Markkula N, Rai D, Jones K. Determinants of access to health care for depression in 49 countries: A multilevel analysis. *J Affect Disord*. 2018;234:80-8. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.092>
25. Ormel J, Petukhova M, Chatterji S, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, et al. Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world. *Br J Psychiatry*. 2008;192(5):368-75. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.039107>
26. Alonso J, Buron A, Bruffaerts R, He Y, Posada-Villa J, Lepine JP, et al. Association of perceived stigma and mood and anxiety disorders: Results from the World Mental Health Surveys. *Acta Psychiatr Scand*. 2008;118(4):305-14. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01241.x>
27. Borges G, Wang PS, Medina-Mora ME, Lara C, Chiu WT. Delay of first treatment of mental and substance use disorders in Mexico. *Am J Public Health*. 2007;97(9):1638-43. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2006.090985>
28. Dohrenwend BP, Shrout PE, Egri G, Mendelsohn FS. Nonspecific psychological distress and other dimensions of Psychopathology: Measures for use in the general population. *Arch Gen Psychiatry*. 1980;37(11):1229-36. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1980.01780240027003>