

**UNIVERSIDAD DE CHILE**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



**PREVALENCIA Y VARIABLES ASOCIADAS A TRASTORNOS MENTALES COMUNES  
EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA PROVINCIA DE CONCEPCIÓN**

**SANDRA SALDIVIA BÓRQUEZ**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN SALUD PÚBLICA**

**PROFESOR GUIA DE TESIS: DR. ALBERTO MINOLETTI**

**Santiago, Abril 2016**

# INDICE

<b>CAPÍTULO</b>	<b>PÁGINA</b>
RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	6
I. Introducción.....	7
II. Marco teórico.....	13
III. Objetivos.....	32
IV. Hipótesis.....	33
V. Método.....	34
VI. Resultados.....	49
VII. Discusión.....	91
VIII. Conclusiones.....	102
IX. Bibliografía.....	104
ANEXOS.....	117

*A mis padres.*

*A Eduardo, Antonia y Josefa, con la esperanza de que un mundo mejor los acoja.*

## **AGRADECIMIENTOS**

*Este ha sido un largo caminar a cuyo fin han aportado varias personas. En primer lugar, agradecer a Claudio Bustos y Elvis Castro por su trabajo y dedicación en el análisis de los datos. A mi Director de Tesis, Dr. Alberto Minoletti, por su apoyo permanente y porque siempre estuvo disponible para responder y resolver las dudas y solicitudes planteadas. Al Prof. Benjamín Vicente, por el apoyo y motivación continua para finalizar esta tarea.*

*Esta investigación se desarrolló en el marco del proyecto FONDEF DO2I-1140, de manera que quiero agradecer a los usuarios que participaron de él, porque sin su aporte y colaboración éste no habría sido posible.*

*Finalmente, un recuerdo más allá de la distancia y el tiempo transcurrido. A mis compañeros de promoción, con quienes compartí y de quienes aprendí, hace ya largo tiempo, los primeros atisbos sobre la salud mental desde una perspectiva de salud pública.*

*Y a mi familia, amigos y amigas, solo porque están.*

## RESUMEN

Los trastornos mentales comunes (TMC) son problemas de salud mental frecuentes en la atención primaria (APS) y es habitual que coexistan con enfermedades orgánicas crónicas.

**Objetivos.** Estudiar la prevalencia y variables asociadas a la presencia de TMC, incluyendo comorbilidad, en una muestra de usuarios de centros de APS de la Provincia de Concepción. Los objetivos específicos son (1) Describir las características sociodemográficas, antecedentes clínicos y variables psicosociales de la muestra; (2) Describir la prevalencia de trastornos de ansiedad, depresión y trastornos somatomorfos, incluyendo comorbilidad; (3) Identificar variables sociodemográficas, antecedentes clínicos y variables psicosociales asociadas a la presencia de un TMC; y (4) Identificar perfiles de pacientes en la muestra estudiada.

**Método.** Estudio descriptivo, transversal, sobre datos secundarios, en una muestra aleatoria de 2.825 adultos, usuarios de APS. A todo usuario que aceptó participar se le aplicó CIDI y un cuestionario de 39 factores de riesgo. La variable de resultado principal fue la presencia de un TMC (ansiedad, depresión, trastornos somatomorfos). Se realizaron análisis descriptivo, bivariado, y un modelo de regresión logística binomial. Finalmente, se realizó análisis de regresión de clase latente para identificar perfiles de pacientes.

**Resultados.** La prevalencia de 12 meses de TMC fue de 24,4%. Los cuadros más prevalentes fueron trastornos depresivos (13,4%) y ansiosos (11,2%), con un 6,5% de trastorno somatomorfo. Por diagnóstico, el episodio depresivo mayor simple (6,6%), dolor somatomorfo (5,7%), episodio de depresión mayor recurrente (4,6%), estrés postraumático (4,4%) y fobia social (4,2%), fueron los cuadros más prevalentes. 6,3% de la muestra presentaba solo más de un diagnóstico. Ser mujer, tener antecedentes de depresión y de problemas emocionales en la familia, dificultades para relacionarse con los demás, una mala percepción de salud física y mental, no percibir control sobre las actividades no remuneradas que se realizan y haber experimentados dos o más situaciones de discriminación en los últimos seis meses, son variables que aumentan la probabilidad de presentar un TMC. El análisis de clase latente muestra tres grupos de usuarios, el primero con muy baja probabilidad de tener un TMC, el segundo en que predominan diagnósticos ansiosos y somatomorfos, y un tercero con un peso relevante de los trastornos del ánimo; el antecedente de depresión y la distimia son las dos variables que más pesan en la discriminación de grupos.

**Conclusiones.** Los TMC son frecuentes en APS y su abordaje es un desafío para los equipos de trabajo y para quienes gestionan la política pública local y nacional.

## **ABSTRACT**

Common mental disorders (CMD) are frequent mental health problems treated in primary care centres and they usually co-exist with chronic physical illnesses.

**Aims.** To study the prevalence and variables associated with the presence of CMD, including co-morbidity, in a sample of patients attending primary care centres in the region of Concepcion, Chile. The specific aims of the study are (1) to describe the socio-demographic characteristics, clinical background and psycho-social variables of the sample, (2) to describe the prevalence of anxiety disorders, depression and somatoform disorders, including co-morbidity; (3) To identify socio-demographic, clinical and psychosocial characteristics associated with CMD; and (4) to identify patients' profile in the sample.

**Method.** A descriptive, transversal study of secondary data of a random sample of 2,825 adult patients attending primary care centres. For all patients who consented to take part in the study, the CIDI and a questionnaire of 39 risk factors were used. The main outcome was the presence of a CMD (anxiety, depression, somatoform). A descriptive, bivariate and logistic regression analysis was undertaken. Finally, a latent class analysis with covariates to identify patient profiles was performed.

**Results.** The prevalence of 12 months of common mental disorders was 24.4%. The most prevalent cases were depressive disorders (13.4%) and anxiety (11.2%) with a 6.5% somatoform. By diagnoses, a simple major depressive episode (6.5%), somatoform pain (5.7%), episode of recurrent major depression (4.6%), post-traumatic stress (4.4%), and social phobia (4.2%), were the most prevalent of cases. Only 6.3% of the sample showed more than one disorder. Being female, having a history of depression and emotional family problems, difficulties connecting with other people, poor self-esteem, having no control over unpaid activities undertaken, having experienced in the last six months two or more situations of discrimination, are variables which increase the possibility of developing a CMD.

The latent class analysis shows three groups of users, the first with a very low probability of a having a CMD, the second group with diagnoses predominantly of anxiety or somatoform disorder, and a third group with a high number of mood disorders. A history of depression and dysthymia are the two most important common variables evident in both groups.

**Conclusions.** CMD are frequent in primary care settings; how they are best treated is a real challenge for work teams and for politics-makers both at local and national levels.

## I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud estima que aproximadamente el 25% de los individuos desarrollará en algún momento de su vida, alguna enfermedad mental. Los desórdenes mentales son reconocidos como los responsables del 14% de la carga global de enfermedad a nivel mundial<sup>1</sup>. De cada diez causas de discapacidad en países desarrollados, cuatro se deben a desórdenes mentales. En el Reino Unido sobre un cuarto, y en los Estados Unidos alrededor de la mitad de la población, sufrirá algún desorden mental a lo largo de su vida. La depresión y la ansiedad son los problemas de salud mental más frecuentes en la atención primaria. Es frecuente que en estos pacientes coexistan estas enfermedades en asociación con otras del espectro de las neurosis, además de enfermedades orgánicas crónicas<sup>2</sup>. Los grupos de mayor riesgo corresponden a mujeres, con menor nivel socioeconómico y menor educación<sup>3-5</sup>. Un estudio español reportó que al menos el 45,1% de los pacientes estudiados padeció de un desorden mental en el curso de su vida y el 31,2% lo hizo en los últimos 12 meses<sup>6</sup>.

La prevalencia de trastornos mentales en población adulta que se atiende en el nivel primario de salud, independiente del motivo de consulta, va desde un 53,6%<sup>7</sup> a un 29,4%<sup>8</sup>. La edad media de presentación de estos cuadros se encuentra alrededor de los cincuenta años; la mayoría de los casos se presenta en personas de sexo femenino; más del 60% corresponde a personas casadas y con un nivel educacional medio; además, hay evidencia que señala que hasta un 60% de las mujeres a las que se les detectó un trastorno mental, experimentó algún tipo de violencia doméstica<sup>5, 7-9</sup>.

Un estudio realizado solo en mujeres jóvenes, con edades entre 15 y 49 años, reveló la existencia de un 25,9% de prevalencia general de desórdenes mentales en este grupo, pero

solo un 8,5% de ellas habían sido diagnosticadas, y del total de casos diagnosticados, solo el 4,7% recibió cuidados de salud mental<sup>4</sup>.

En relación a la comorbilidad, independiente del instrumento utilizado y de los diagnósticos específicos, los resultados muestran diferencias significativas, con prevalencias que van desde un 25,5% para la coexistencia de un trastorno, 8,7% para dos y 2,5% para tres<sup>5</sup>; hasta los que muestran prevalencias de un 13,8% para dos trastornos, 8,2% para tres, 5,6% para cuatro y 2,7% para cinco o más<sup>7</sup>. En la misma línea, un estudio español<sup>6</sup> mostró prevalencias en los últimos 12 meses de 6,9% para la coexistencia de dos trastornos, 1,9% para tres y 0,9% para cuatro; en Dinamarca se reporta que un tercio de los pacientes presentaba más de un diagnóstico CIE-10, siendo más frecuente la comorbilidad en los trastornos de ansiedad y menor en los somatomorfos<sup>8</sup>. Otro estudio español señala una prevalencia global de comorbilidad psiquiátrica de un 30,3%, independiente del número de trastornos encontrados<sup>7</sup>. Hay escasa evidencia al respecto generada en América Latina.

Dentro de los trastornos más frecuentemente encontrados están la depresión, los trastornos de ansiedad, las fobias, los trastornos de personalidad, el trastorno bipolar y los trastornos somatomorfos. La depresión presenta las más altas prevalencias, por sobre un 10% en la población general<sup>6</sup>, y más elevadas en personas jóvenes<sup>5</sup>.

La ansiedad alcanza prevalencias de vida que oscilan desde un 3,8% hasta un 20,8%, en población general, y cercanas al 20% para último año<sup>6</sup>, con prevalencias también más elevadas en personas jóvenes<sup>5</sup>. Estudios recientes muestran que los trastornos de ansiedad pueden llegar a ser tan comunes como la depresión, pero no llegan a recibir la misma atención respecto de la necesidad de tratarlos. La edad promedio de aparición es cercana a los 50 años y los diagnósticos específicos más frecuentes corresponden a trastornos por estrés postraumático, ansiedad generalizada, trastornos de pánico y fobia social<sup>10</sup>. Un



estudio que realizó un *screening* específico para trastornos de ansiedad en consultantes de atención primaria reporta una prevalencia de un 14% para estos cuadros<sup>11</sup>.

La prevalencia de trastornos de personalidad pueden alcanzar un 7,5%, las prevalencia de fobias específicas van desde un 6,6%<sup>6</sup> hasta un 7,3%<sup>5</sup>. Los trastornos de pánico de un 8,8%<sup>6</sup> hasta un 6,8%<sup>10</sup>, con prevalencia en el último año de hasta un 7%.

En cuanto a la asociación de trastornos mentales, lo más frecuentemente encontrado en los estudios realizados a nivel primario de atención, correspondieron a la asociación de trastornos del ánimo con trastornos de ansiedad, con prevalencias que fluctúan entre el 8%<sup>11</sup> y el 55,2%<sup>12</sup>. Otras asociaciones encontradas corresponden a depresión mayor y trastornos de pánico en un 33,8%, depresión mayor y distimia en un 15,7% y depresión mayor y trastornos de somatización, con porcentajes que fluctúan entre un 6,6%<sup>12</sup> y un 18,6%<sup>7</sup>. Se logró establecer una relación de 14,8% entre trastornos de ansiedad y trastornos somatomorfos<sup>7</sup>. Solo en un 26,2% de los casos no se estableció comorbilidad psiquiátrica. La relación mujer-hombre es de 9:1 en depresión con comorbilidad y de 3:1 en depresiones puras. Además se logró establecer un mayor riesgo de suicidio y mayor utilización de recursos sanitarios en aquellos casos donde coexiste un trastorno depresivo asociado a otro trastorno mental<sup>12</sup>.

En relación al acceso a tratamientos adecuados, los estudios también difieren en cuanto a sus resultados. Kessler et al.<sup>8</sup> examinaron las tasas de prevalencia y de tratamientos en pacientes con desórdenes mentales en el período comprendido entre 1990 y 2003 en Estados Unidos, señalando que si bien las prevalencias de 12 meses no cambiaron significativamente, variando desde 29.4% en el periodo 1990-1992 a 30,5% entre el 2001-2003, si varió el porcentaje de pacientes que recibió un tratamiento efectivo para algún tipo específico de desorden mental, aumentando de un 20,3% a un 32,9% en el período, lo que –

trasladado a la población general – reflejaba que a principios de los '90 un 12.2% de la población de 18 a 54 años había recibido algún tratamiento por un desorden emocional, proporción que aumentaba al 20.1% de ese mismo rango de población una década más tarde. Sin embargo, solo cerca de la mitad de quienes habían recibido tratamiento tenían un diagnóstico de trastorno psiquiátrico en el mismo periodo y la mayor proporción de estos era entregado en servicios no especializados. La entrega de tratamiento en servicios no especializados en el período aumentó 2,5 veces, mientras que en los servicios psiquiátricos aumentaron 2,17 veces y el número total de consultas a psiquiatras y psicólogos lo hizo en un 50%. Por otra parte, Kroenke et al.<sup>10</sup> concluyen que el 42% de todos los pacientes estudiados que cursaron con un desorden de ansiedad y fueron atendidos en el nivel primario, recibió solo tratamiento farmacológico, un 4% solo recibió psicoterapia, un 13% ambos y en un 41% no se realizó ningún tipo de intervención.

La asociación entre síntomas físicos y trastornos mentales ha sido abordada en diferentes estudios. Caballero et al.<sup>13</sup> señalan que hasta un 65% de los pacientes que cursaron con un trastorno depresivo mayor manifestó dolor físico en el transcurso del episodio. En un 80,6% de los casos se asociaron síntomas cardiopulmonares, en un 69,4% síntomas gastrointestinales, en un 65,7% síntomas ginecológicos y en un 64,2% síntomas conversivos. En un 43,2% se logró establecer una relación entre trastorno somatomorfo y otro trastorno mental, principalmente depresión y trastorno de ansiedad<sup>14</sup>. Se demostró una asociación de hasta un 29% entre trastornos depresivos o ansiosos y trastornos multi-somatormorfos<sup>15</sup>.

Chile es uno de los países de América Latina que tiene una carga de enfermedad asociada a trastornos neuro-psiquiátricos más elevada, 23.2% para el total de la población, que aumenta al 30.2% en el grupo de los adultos entre 20 y 44 años, con un peso relevante de los trastornos del ánimo y la dependencia de alcohol, y que contrasta con el 22% de América

Latina y el Caribe, como un todo<sup>16</sup>. Un estudio epidemiológico en población general de 15 años y más mostró una prevalencia anual de trastornos DMS-III-R de aproximadamente el 22%, y de éstos, sobre el 78% de los hombres y el 48% de las mujeres, no había recibido tratamiento<sup>17-18</sup>. Y aunque Chile ha aumentado la tasa de psiquiatras desde 4.5 el año 2004 a 5.8 por 100.000 el 2012<sup>19</sup>, el resultado aún contrasta con los 13.7 por 100,000 existentes en los Estados Unidos, lo que evidencia el importante rol de la atención primaria en la provisión de cuidados a esta población.

Desafortunadamente, existe poca evidencia en Chile, y en la mayoría de los países de América Latina, acerca de la prevalencia de estos desórdenes psiquiátricos en la población que consulta en atención primaria. El estudio multi-céntrico de la Organización Mundial de la Salud que incluyó a Santiago de Chile reportó prevalencia puntuales elevadas para la capital nacional respecto de las restantes ciudades, de acuerdo a criterios CIE-10. Éstas alcanzaron a 29.5% para depresión, muy por sobre la media de 10.4% para el conjunto de países; y a 18,7% en ansiedad generalizada, también por sobre el 7,9% del total de la muestra<sup>2</sup>. Otro estudio realizado en centros de atención primaria de Valparaíso y Concepción, y que usó la *checklist* del DSM-IV encontró una tasa de depresión de 46.8%, pero ello refiere a presencia de síntomas, no a diagnóstico. En el mismo estudio, los médicos de atención primaria habían identificado una depresión mayor en el 14.2% de estos pacientes<sup>17</sup>. Aunque estos estudios sugieren tasas elevadas de prevalencia de trastornos mentales en el nivel primario, en contraste con los estudios en población general, ellos presentan algunos problemas metodológicos en la selección de pacientes y en la validez del diagnóstico que evidencian la necesidad de contar con datos más precisos acerca de la magnitud de este problema en esta población presencia.

En síntesis, la prevalencia de trastornos mentales y su comorbilidad, constituyen un problema mayor en los centros de atención primaria, donde los profesionales constituyen el

primer punto de contactos de las personas con el sistema sanitario<sup>20</sup>. Los trastornos mentales tienen una incidencia importante en la práctica clínica y en la planificación de los recursos, sin embargo, y aun cuando los médicos de atención primaria parecen estar mejor entrenados y hay una mayor disponibilidad de instrumentos de tamizaje, el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales en este nivel asistencial continúa siendo un punto crítico<sup>21-23</sup>, a ello contribuye el hecho que muchos de estos problemas se manifiestan como queja física más que como malestar psicológico y/o emocional<sup>24-26</sup>. Por otra parte, la alta tasa de comorbilidad entre trastornos depresivos, ansiosos y somatomorfos dificulta el proceso diagnóstico, generando consecuencias en los pacientes y en el sistema sanitario, peor pronóstico, mayor uso de servicios, y aumento en los costos<sup>27, 28</sup>.

No obstante lo anterior, en nuestro país aún contamos con escasa información sobre la prevalencia de trastornos psiquiátricos en consultantes de centros de atención primaria, incluyendo la comorbilidad entre ellos, y un conocimiento mayor de las variables sociodemográficas, clínicas y psicosociales asociadas; desconocemos también si hay un perfil de variables comunes presentes en los tres grupos u otras eventualmente específicas a cada uno. Proveer de esta información al sistema de salud pública, permitiría, por una parte, identificar perfiles asociados a la presencia de un cuadro, lo que podría incidir en mejorar la pesquisa y el diagnóstico; y – por otra – entregar un insumo que puede ser incorporado a estrategias terapéuticas comprehensivas, que fortalezcan no solo la intervención médico-farmacológica, sino también intervenciones psicosociales más efectivas, que incorporen estrategias de afrontamiento de variables psicosociales.

## II. MARCO TEÓRICO

Los trastornos mentales y problemas conductuales son comunes entre los usuarios de centros de APS<sup>29</sup>. El estudio multi-céntrico llevado a cabo por la Organización Mundial de la Salud en 14 ciudades del mundo en la década de los '90<sup>2</sup> mostró una importante variación en la prevalencia de enfermedades mentales en los distintos centros. No obstante, los resultados globales señalaban que alrededor de un 24% del total de usuarios entrevistados usando una entrevista estructurada, tenían un trastorno mental activo, siendo más frecuentes los trastornos depresivos (10.4%), ansiosos (7.9%) y de abuso y dependencia de alcohol (6.0%). Un 9.5% presentaba dos o más diagnósticos. Las diferencias observadas en las prevalencias entre los países, en relación con el nivel de desarrollo, no fueron uniformes. No obstante, los dos centros de América Latina incorporados al estudio, Río de Janeiro en Brasil y Santiago en Chile, alcanzan las tasas más altas, con un 35.5% y 52.5%, respectivamente, para cualquier diagnóstico<sup>30</sup>.

En Brasil, la ansiedad generalizada estaba presente en uno de cada cinco de los usuarios (22.6%) de APS, un 15.8% presentaba un diagnóstico de depresión, un 4.5% de neurastenia y un 4.1% de dependencia de alcohol. Un 16.5% de los entrevistados presentaba dos o más diagnósticos. El trastorno por ansiedad generalizada era el cuadro más frecuentes tanto en mujeres (25.8%) como en hombres (14.4%), seguido por la depresión (19.6%) en las primeras y la dependencia de alcohol (12.6%) entre los varones. La depresión aumenta en el grupo entre 25 y 44 años (22.5% versus 13.5% en el grupo entre 15 y 24 años y 12.5% entre 45 y 65 años), mientras que la ansiedad generalizada tiene una baja prevalencia entre la población joven (4.5%) para aumentar después de los 25 años (23.6%), sin disminuir más tarde (23.9%). Si bien la dependencia de alcohol tiene una tasa estable en los distintos grupos de edad, el uso perjudicial es muy elevado antes de los 24 años, alcanzando al 13.8% de los entrevistados, en contraposición al 0.9% estimado para los restantes grupos<sup>31</sup>.

Entre los factores asociados, los autores identifican las dificultades de la vida urbana asociadas a altas tasas de trastornos ansiosos y agorafobia, amén de la facilidad de la población de Brasil para expresar sus emociones, lo que podría estar aumentando las respuestas positivas frente a preguntas hechas de manera directa<sup>31</sup>.

Los resultados del mismo estudio en Chile, mostraron que la depresión era el cuadro más prevalente, estaba presente en el 29.5% de los entrevistados, seguido por la ansiedad generalizada (18.7%), el trastorno por somatización (17.7%) y la neurastenia (10.5%). El abuso y dependencia de alcohol alcanzaba al 12.5% y un 33.3% de los pacientes tenía dos o más diagnósticos. La depresión fue más común entre las mujeres (36.8% versus 11.2% en los hombres), al igual que la ansiedad generalizada (21.8% versus 11.0%), pero ésta era menos frecuente en la población joven (11.9% versus 13.8% en el grupo entre 25 y 44 años, y 22.8% entre los 45 y 65 años). La neurastenia era también mayor entre las mujeres (12.1% versus 6.4%), sin diferencia entre los grupos de edad. El alcoholismo era más frecuente entre los hombres (15.8% versus 1.2%) y en los grupos de menor edad (3.0% en el grupo entre 15 y 24 años; 2.6% entre 25 y 45 años; y 2.3 entre los 45 y 65 años)<sup>32</sup>, mostrando ya entonces una tendencia que con el tiempo estudios específicos han venido a confirmar.

Los altas prevalencias encontradas fueron atribuidas a la elevada presencia de pacientes con enfermedades crónicas y a las características sociodemográficas de la muestra, mayoritariamente mujeres, desempleadas y en edad madura, aun cuando la prevalencia encontrada en los hombres y la depresión en población joven fue mayor de la esperada, lo que podría asociarse a las dificultades propias de poblaciones en desventaja social<sup>32</sup>.

### **Trastornos mentales comunes y vulnerabilidad mental.**

Como se ha señalado, la depresión y la ansiedad son los problemas de salud mental más frecuentes en atención primaria y es habitual que coexistan en los mismos pacientes con

otros trastornos del espectro de las neurosis<sup>10, 27, 33</sup>. Ellos conforman los llamados Trastornos Mentales Comunes (TMC) que son un grupo de entidades nosológicas categorizadas por la CIE-10 como trastornos ansioso, relativos al estrés, trastornos somatomorfos y trastornos del ánimo. La importancia para la salud pública de estos trastornos está demostrada en el hecho de que son, en su conjunto, una de las mayores causas de morbilidad en los estudios de atención primaria, representando alrededor del 24% de la morbilidad global observada<sup>2</sup> y que a su vez producen una incapacidad considerable<sup>34, 35</sup>. Apoyando este último punto, la Organización Mundial de la Salud anticipa que en pocos años la depresión será la segunda causa más común de discapacidad, sólo superada por las enfermedades cardiovasculares<sup>29</sup>, e instituciones académicas y otras, como el Banco Mundial, han hecho un llamado específico para que se prioricen estudios que tengan como objetivo llegar a un mejor entendimiento de los factores de riesgo y de las causas de esta enfermedad, que constituye un verdadero problema de salud pública en todos los países desarrollados<sup>1</sup>.

Se ha destacado además que la presencia concomitante de estos trastornos dificulta el tratamiento y la evolución de los cuadros, objetivándose que, en el caso de la depresión, ésta es más grave, las ideas suicidas son más frecuentes y el impacto funcional es más marcado<sup>12, 36</sup>.

La evidencia de que la comorbilidad entre trastornos ansiosos, depresivos y somatomorfos es más habitual que excepcional respalda la propuesta de algunos autores de un modelo diagnóstico “dimensional”, que contextualiza el malestar general del paciente y se orienta a la práctica, sin necesidad de asignar etiquetas diagnósticas demasiado ceñidas, que se adaptan mal a la realidad clínica<sup>37</sup>. Ahora bien, el acercamiento a esta dimensión conceptual de una entidad común que involucre malestar psíquico como concepto global e incorpore a los ya definidos trastornos mentales comunes se arrastra desde hace unos años. Ya en 1995 Kendler et al.<sup>38</sup> afirmaban que no había evidencia de que los genes que afectaban a la

depresión no lo hicieran con la ansiedad y que mientras los factores genéticos influían sobre el nivel general de síntomas, el ambiente tenía efectos específicos sobre algunas características de síntomas ansiosos o depresivos. En la misma línea, se plantea que individuos diferentes tienen vulnerabilidades muy diferentes para la depresión y que las causas de que en una población ésta se desarrolle están determinadas por la intensidad de los estresores sociales imperantes en ese contexto<sup>39</sup>. Así nace el concepto de “vulnerabilidad mental” definido como la presencia de síntomas tanto somáticos como mentales que además dificultan la socialización con los otros<sup>40</sup>. La importancia de la vulnerabilidad mental no sólo se limita a la esfera de la salud mental; se ha estudiado cómo los trastornos del ánimo aumentan el riesgo de eventos cardiovasculares, el que aumenta aún más si se da en conjunto con trastornos ansioso<sup>41</sup>.

#### **Variables asociadas a trastornos mentales comunes en atención primaria.**

Desde el punto de vista psicosocial y ambiental, los factores de riesgo para depresión más consistentemente asociados a la misma son el bajo estatus económico y el sexo femenino<sup>35,42,43</sup>. La evidencia muestra que, no estando restringidos a un tipo específico, los factores de riesgo tienden a agruparse en las mujeres y tienen un mayor impacto – independiente del sexo- sobre el riesgo de recurrencia que sobre el inicio del primer episodio<sup>44</sup>. También se han descrito asociaciones de depresión con desigualdades socioeconómicas, bajo nivel de ingresos, dificultades económicas, desempleo, estrés laboral, aislamiento social y mala vivienda<sup>5,7-9,45</sup>. Los escasos estudios longitudinales sugieren que los factores de riesgo socioeconómicos, particularmente la pobreza y el desempleo, están asociados con una mayor duración de los episodios de depresión más que con su comienzo<sup>46</sup> y que – excepto para el género – los factores de riesgo pesan más para el inicio de la depresión que para su remisión<sup>47</sup>. También existe evidencia longitudinal de riesgo aumentado para depresión entre aquéllos que han sufrido acontecimientos vitales



estresantes y/o maltrato en la infancia<sup>48</sup>, aunque los eventos estresantes aparecerían como el mayor factor de riesgo en la edad media <sup>49</sup>. La religiosidad ha sido también estudiada, con resultados contradictorios para considerarla una variable capaz de prevenir la ocurrencia de depresión; estudios recientes reportan resultados contradictorios que no apoyan la percepción que la religión o una concepción espiritual de la vida fortalezca el bienestar psicológico de la población consultante en atención primaria <sup>50</sup>.

En relación a problemas psicosociales, la discriminación ha sido estudiada en su relación con la presencia de un trastorno psiquiátrico en población atendida en atención primaria. Los resultados muestran que, controlando por variables sociodemográfica y experiencias traumáticas, los pacientes que reportaron sufrir discriminación mostraban significativamente mayores tasas de uso abusivo de alcohol y otras drogas, pero también de depresión y trastorno por estrés postraumático, respecto de sus pares no discriminados<sup>51</sup>.

El apoyo social, un constructo complejo y frecuentemente estudiado por sus asociaciones con resultados en salud, puede ser definido como una red social que provee de recursos psicológicos y materiales destinados a reforzar la capacidad de un individuo para hacer frente al estrés<sup>52</sup>. Comprende aspectos de estructura, funcionales, de apoyo emocional, instrumental o material, informativo o cognitivo; todos ellos, y aun cuando algunos aspectos pueden solaparse, permiten estudiar el constructo como una unidad<sup>53</sup>. Las fuentes proveedoras de apoyo social son múltiples, y los sistemas facilitadores y mantenedores van desde la familia a sistemas internacionales, con un fuerte peso de la comunidad. Se ha estudiado el apoyo social en relación con la resiliencia a la psicopatología, a través de mecanismos psicológicos y conductuales como la motivación para adoptar conductas saludables y reducir conductas de riesgo, el incremento de la autoestima, o el uso de estrategias de afrontamiento activas<sup>54</sup>. Y, al contrario, el aislamiento y un débil apoyo social se asocian con indicadores de peor salud física y mental<sup>53,55</sup>.

En la línea de la prevención, el proyecto PREDICT Europa buscó desarrollar un algoritmo de riesgo para el inicio de depresión mayor, de acuerdo a criterio DSM-IV, en los doce meses posteriores a la medición<sup>56</sup>. Los resultados muestran que la depresión mayor en atención primaria se puede predecir en su inicio por un índice de riesgo de 10 factores: seis no modificables (edad, sexo, nivel educativo, antecedente personal de depresión, antecedentes de problemas psicológicos en familiares de primer grado y país) y cuatro modificables (falta de apoyo en el trabajo remunerado y no remunerado, peor percepción de salud física, peor percepción de salud mental, y percepción de discriminación)<sup>57</sup>. En la muestra chilena de este estudio, ocho variables predecían la ocurrencia de un episodio, cuatro del paciente (género, edad, antecedentes de depresión y nivel educacional) y otras cuatro asociadas a su situación actual (percepción de salud física y mental, satisfacción con su situación en el hogar y satisfacción con su relación de pareja)<sup>58</sup>.

Por otra parte, la presencia de factores de riesgo similares en los trastornos ansiosos ha sido evidenciada previamente<sup>59</sup> y se ha estudiado cómo ansiedad y depresión median en la aparición de consumo de sustancias en individuos con antecedentes de acontecimientos vitales estresantes en la niñez<sup>60</sup>. La evaluación de los factores de riesgo para los trastornos ansiosos en su conjunto se realizó en el estudio PredictA<sup>61</sup> donde se obtuvieron factores muy similares a los encontrados para depresión. Sin embargo, no existen estudios que hayan evaluado, de manera similar a los ya citados, los factores de riesgo para los trastornos somatomorfos en población consultante en atención primaria.

En síntesis, muchos de los factores de riesgo se superponen entre los trastornos más frecuentemente encontrados en usuarios de atención primaria, orientando a que la vulnerabilidad mental puede ser abordada como una entidad con características comunes y no como patologías rígidas sobre las cuales se intervenga de una manera independiente. Sin embargo, si bien los trastornos que componen el llamado grupo de trastornos mentales

menores han sido estudiados de manera independiente, en nuestro contexto no se han abordado como una entidad común que presenta variables asociadas que interactúan mutuamente aun cuando ellos se presentan con una comorbilidad frecuentemente en la población de atención primaria.

### **Vulnerabilidad a desórdenes mentales y comorbilidad**

Estudios han demostrado que el inicio de los trastornos del estado de ánimo tales como la depresión, se ven afectados por los acontecimientos vitales estresantes que se producen en la infancia<sup>62-66</sup>. En un estudio basado en la comunidad de aproximadamente 2.000 mujeres de distintos niveles socioeconómicos, que tenían historia de abuso físico o sexual en la infancia tuvieron mayor riesgo de depresión y ansiedad y eran más propensas al abuso de drogas o intento de suicidio que las mujeres sin tal historia<sup>62</sup>. Así también, corren mayor riesgo de desarrollar trastorno por estrés postraumático (PTSD), trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno bipolar y esquizofrenia<sup>67-69</sup>. La elevada comorbilidad entre trastornos psiquiátricos uni y bipolares y consumo de alcohol también ha sido demostrada<sup>70</sup>. Y en relación con esto, el estrés y la exposición a eventos vitales estresantes en la infancia o adultez son importantes factores relacionados con consumo de alcohol y de especial relevancia para explicar el abuso o dependencia del alcohol en algunas personas<sup>71,72</sup>.

Se plantea que la depresión es el resultado de la compleja interacción entre factores ambientales y genéticos, cada uno haciendo una contribución relativamente pequeña al fenotipo final<sup>73</sup>. De igual forma, sucede con los trastornos de ansiedad que ocurren a menudo en combinación con depresión mayor, el consumo de alcohol o enfermedades médicas<sup>74</sup>.

Estos resultados probablemente se deben a que, en primer lugar sólo se ha estudiado el trastorno depresivo como fenómeno independiente y no a los demás componentes del

constructo de vulnerabilidad mental, por lo que la visión tiende a ser mucho más estrecha de lo que es observado en la práctica clínica habitual de la atención primaria. Así, teniendo en cuenta la evidencia ya citada, se puede suponer que evaluar estos factores de riesgo considerando los trastornos mentales menores como fenómeno común, permitiría acercarse de mejor manera al concepto de vulnerabilidad mental y, a través de éste, aportar a una visión más completa del abordaje terapéutico y de prevención primaria del paciente de la atención primaria.

Dentro de la comorbilidad, el abuso y dependencia al alcohol juega un rol central. Según el estudio chileno de prevalencia psiquiátrica, el 6.4% de la población general presentó durante la vida dependencia al alcohol<sup>35</sup>, la dependencia al alcohol es la cuarta causa específica que genera mayor cantidad de años de vida ajustados por discapacidad (AVISA) en ambos sexos y la segunda en los hombres después de la enfermedad hipertensiva del corazón. Más aun, el consumo de alcohol se convierte en el factor de riesgo que presenta mayor peso relativo a la carga total del país, atribuyéndosele el 12.4% de todos los AVISA<sup>16</sup>.

### **La detección, diagnóstico y tratamiento de los problemas en APS.**

La mayor parte de los pacientes con diagnóstico de depresión son atendidos en centros de atención primaria en salud y solo unos pocos pasan el filtro y requieren asistencia por especialistas<sup>75</sup>. En Chile, más del 55% de aquellos que presentan una depresión mayor no eran tratados<sup>35</sup>, con diferencias marcadas entre los que acuden a la seguridad social y quienes poseen seguro privado, con mayor cobertura de estos últimos<sup>76</sup>. Sin embargo, el diagnóstico y tratamiento de la depresión en centros de atención primaria es todavía insuficiente. Los médicos generales presentan importante limitaciones en la capacidad de detección de estos cuadros, llegando a identificar sólo la mitad de los pacientes que clínicamente presentan un trastorno, lo que inevitablemente incide sobre la proporción que

recibe un adecuado tratamiento<sup>77</sup>. Como resultado, los pacientes o no son diagnosticados o son tratados de una manera inadecuada, influyendo ambas situaciones en la evolución clínica del cuadro<sup>78</sup>.

En el referido estudio llevado a cabo por la OMS, del total de la morbilidad psiquiátrica activa diagnosticada en los centros de Río de Janeiro, Brasil, solo 35.6% era detectada por los médicos de atención primaria, y de la prevalencia global de trastornos ansiosos identificaban al 31.9%. Los sedantes eran los fármacos más comúnmente prescritos a los usuarios en quienes se identificaba la presencia de un trastorno mental, lo recibía el 25% de éstos. Sólo el 5.1% de aquellos que tenían una depresión activa recibían antidepresivos, mientras que al 33.9% se le indicaba un sedante. En contraposición, de los pacientes con un diagnóstico actual de trastornos ansiosos, el 8% recibía antidepresivos y el 34% sedantes. Un cuarto del total de pacientes detectados había sido derivado a la atención especializada<sup>31</sup>.

En Santiago de Chile, del total de casos con un cuadro activo los médicos lograban identificar al 74.1%, siendo el diagnóstico más concordante el de uso perjudicial de alcohol (83.3%). La alta tasa de reconocimiento podía asociarse al conocimiento que los profesionales tenían de su población adscrita, al largo desarrollo de la asistencia en salud mental del área sanitaria investigada y a las ventajas de una formación médica que incluye el alcoholismo y algunas condiciones psicosociales en los contenidos que estos profesionales reciben<sup>32</sup>. El 59.5% de los casos había recibido algún tipo de tratamiento farmacológico, ello incluía al 66.8% de quienes presentaba un trastorno por somatización y un 58.8% de los pacientes con depresión. Había una menor proporción de tratamiento en los casos con trastornos por somatización, aunque alcanzaba a cerca de la mitad de los pacientes (48.4%). Un 40% de los pacientes con depresión recibían sedantes y un 17.7% de los pacientes con trastornos ansiosos eran medicados con antidepresivos. No es menor el 16% del total de casos a quienes se indicaba vitaminas, tónicos, analgésicos o hierbas. A diferencia del

centro de Río de Janeiro, en los centros de Santiago de Chile había indicación de tratamientos psicosociales, la consejería era la más frecuente siendo indicada al 38.8%, 32.3% y 27.4% de los casos con depresión, trastorno ansioso y trastorno por somatización, respectivamente. Un 27.7% de los casos no había recibido ningún tipo de tratamiento. El 19.7% de los casos fue referido a atención especializada<sup>32</sup>.

Chile implementó a comienzos de la década pasada un Programa Nacional de Detección, Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión con un rol central de la atención primaria. Las evaluaciones iniciales<sup>79</sup> dieron paso a la instalación nacional, con la definición de protocolos clínicos cuyo cumplimiento es obligatorio, generando una asistencia garantizada para todo ciudadano cuyo diagnóstico ha sido confirmado. El programa constituye un raro ejemplo de programa de salud mental basado en la evidencia ampliado al nivel nacional, en un país de ingresos medios o bajos<sup>80</sup>. Sin embargo, no hay aún evaluaciones específicas desde la implementación definitiva, aun cuando una evaluación preliminar, al inicio del programa, mostró que del total de mujeres ingresadas un 95,2% tenía un cuadro depresivo, valorado con el Inventario de Depresión de Beck, la concordancia en la estimación de gravedad del cuadro clínico fue cercana a 50%, con una tendencia a subestimarla; la tasa de abandono del programa era de 19,5% a los tres meses de seguimiento, centrado fundamentalmente de aquellas con cuadros menos graves, con un menor número de factores de riesgo psicosocial y menos satisfechas con la atención recibida. Se reportó un descenso significativo en la intensidad de los síntomas depresivos a los tres meses de seguimiento, fundamentalmente en quienes presentaban cuadros más grave, así como una disminución de síntomas ansiosos y somatomorfos. Esta evaluación inicial, centrada fundamentalmente en el proceso, se complementa con un estudio de seguimiento, con evaluación a los tres y seis meses, de 201 mujeres ingresadas al mismo programa que muestra una subestimación de la gravedad del cuadro en los equipos de atención primaria, y una disminución de la sintomatología al

seguimiento de 35%, 37% y 13% de las mujeres con controles regulares, irregulares y de aquellas que abandonaron el tratamiento, respectivamente. Los autores concluyen la efectividad del Programa, aun cuando tienen una tasa de pérdida del 35% de los casos<sup>81</sup>.

Araya et al.<sup>80</sup> señalan, en un estudio cualitativo basado en entrevistas a un grupo de tomadores de decisiones del nivel central (Ministerio de Salud), cuatro elementos fundamentales para el proceso de toma de decisión de ampliar el Programa a nivel nacional, la existencia de pruebas científicas, el trabajo en equipo y el liderazgo, las alianzas estratégicas y la institucionalización del programa. Estos elementos habrían contribuido a crear consensos, a facilitar la obtención de financiamiento, la captación de recursos y la obtención de un apoyo duradero por parte de los responsables de las políticas sanitarias; amén de considerar el contexto sociopolítico y el uso de los medios en el proceso de implementación.

Los hallazgos son relevantes para el proceso de instalación de una política pública, pero futuras evaluaciones siguen siendo necesarias para ampliar estos resultados y dar cuenta de la efectividad de una estrategia diseñada e implementada para una amplia demanda.

También en población nacional, los datos del estudio PREDICT - analizados con criterio diagnóstico CIE-10 - muestran que de los casos con diagnóstico positivo de depresión en los últimos seis meses, un 16.7%, el 57.8% había sido identificado por un médico general como presentando algún tipo de cuadro psíquico, pero de éstos un porcentaje por debajo del 50% había sido diagnosticado y/o tratado correctamente como cuadro depresivo. En los restantes casos el diagnóstico había sido de trastorno ansioso, y en consecuencia la indicación farmacológica respondía a este diagnóstico. Sin embargo, la capacidad de detección era inversamente proporcional a la gravedad del cuadro lo que también plantea las dificultades diagnósticas que enfrentan los profesionales al tener que reducir a un cuadro mórbido

determinadas situaciones que muchas veces no son más que respuestas esperables a situaciones de la vida y aún a crisis vitales<sup>82</sup>.

Si bien los médicos de estos centros detectaban menos de lo esperado, una vez que el paciente era diagnosticado e ingresado a tratamiento, un 72% tenía un mínimo de cuatro consultas con profesionales del centro durante los seis meses siguientes, lo que podría estar reflejando niveles más altos de adherencia a tratamiento. Por otra parte, si se analizaban las características de los centros, la capacidad diagnóstica tenía menos que ver con los énfasis del modelo de servicios de área sanitaria, en el sentido de ser más o menos cercano a un modelo comunitario, y sí con las características del centro específico, resaltando la mayor presencia en el tiempo y en intensidad de actividades de cuidados colaborativos, una estabilidad mayor de los profesionales quienes probablemente tenían un conocimiento más acabado de su población y protocolos de seguimiento de pacientes que dejaban de asistir a sus controles más establecidos<sup>82</sup>.

En otro contexto, siempre en atención primaria, un estudio español muestra que un 14.3% de los pacientes ingresados a centros de APS podía ser diagnosticado con depresión mayor, según criterio DSM-IV, más de la mitad de ellos presentaban solamente síntomas somáticos y eran más difíciles de detectar por el médico general que aquellos que abiertamente hablaban de sus problemas psicológicos a la base de su estado actual. Más aún, el hecho de ser detectados no garantizaba un correcto tratamiento, aunque el 72% de quienes sufrían depresión habían sido detectados, solamente 34% recibían tratamiento específico con antidepresivos, mientras el 48% había sido tratado con ansiolíticos o hipnóticos<sup>83</sup>.

En síntesis, mejorar el diagnóstico y tratamiento de la depresión en atención primaria requiere de nuevas, y probablemente múltiples, estrategias que han sido planteadas en la literatura, pero éstas no solo deben apuntar a aspectos técnicos sino también a promover



actitudes positivas. Programas de entrenamientos dirigidos a los profesionales, disponibilidad de guías clínicas y estrategias para implementarlas, gestión de casos (*case-management*), el mejoramiento de la comunicación y colaboración entre el nivel primario y secundario de atención<sup>84</sup> aparecen mencionados en la literatura. Sin embargo, no todas las estrategias de transferencia de conocimientos han demostrado ser igualmente efectivas y en el caso de la depresión, sin duda el cuadro más estudiado en este ámbito, las tasas de adherencia al tratamiento son bajas, lo que incluye un abandono temprano de la medicación<sup>85</sup>.

Algunos estudios muestran que los programas de entrenamiento permiten mejorar la comunicación médico – paciente<sup>86</sup>, aumentan la adherencia a guías clínicas en el corto plazo<sup>87</sup>, disminuyen los costos asociados al uso de licencias, abandono de tratamiento e ingresos, disminuyen los suicidios y contribuyen al aumento de prescripciones psicofarmacológicas<sup>88</sup>. Sin embargo, otros estudios no han demostrado un aumento en la prescripción de psicofármacos ni en la proporción de diagnósticos<sup>89</sup> y tampoco en un ahorro de costos<sup>90</sup>.

Vicente et al.<sup>35</sup> evaluaron la efectividad de un programa de entrenamiento a médicos de centros de APS en Chile, midiendo cambios en conocimientos, actitudes y prácticas. Treinta y siete médicos y 2.589 pacientes de dos áreas (Concepción y Valparaíso) participaron del estudio. Los conocimientos, actitudes y práctica clínica de cada profesional fueron evaluados un mes antes y un mes después del programa de entrenamiento y contrastados con un grupo control. La efectividad fue medida como concordancia entre juicio clínico y auto reporte de los pacientes.

Los resultados sugieren que con este grupo de médicos el programa fue exitoso en mejorar el conocimiento acerca de la depresión y en cambiar algunas actitudes, pero tuvo un impacto limitado sobre la práctica clínica actual. Aunque la tasa de diagnósticos permaneció estable y

el grado de acuerdo post entrenamiento entre médicos y auto reporte continuó siendo baja, los médicos parecen más cercanos en el trato con sus pacientes y mostraron un aumento en el uso de medicación antidepresiva. Sin embargo, el uso de psicoterapias de apoyo disminuyó, probablemente porque los médicos confiaban más en sus propias indicaciones, por lo cual también fueron menos frecuentemente referidos a especialistas.

Como señalan estos autores, si bien es claro que la inclusión de los médicos de atención primaria es un elemento central en cualquier iniciativa que busque reducir la brecha entre el tratamiento y la presencia de depresión, su competencia para responder a este desafío continúa siendo limitada, más aún cuando no hay evidencia de que hallazgos como éstos se mantengan en el tiempo<sup>09</sup>.

Más beneficiosas serían aquellas iniciativas que, además de fortalecer el entrenamiento a los médicos, promueven la detección y continuidad del tratamiento. Programas que han promovido la educación al paciente a fin de aumentar su adherencia a tratamiento<sup>91</sup>, el entrenamiento en habilidades clínicas específicas para la detección de la depresión<sup>92</sup>, el proveer de mecanismos de consulta de enlace a los médicos de atención primaria<sup>93</sup>, y contar con herramientas de tamizaje para la detección del cuadro<sup>94</sup> han demostrado su utilidad. Pero estas intervenciones no siempre son posibles de implementar en países en desarrollo, o en áreas donde la disponibilidad de recursos es limitada y no se cuenta con suficientes recursos clínicos, o la disponibilidad de psiquiatras que puedan implementar estas tareas es muy limitada.

Los programas diseñados como educación médica continua tienen la ventaja de ser menos costosos para los gestores locales y son más aceptados por los propios profesionales. Sin embargo, no necesariamente son adecuados. Un meta-análisis de estos programas reportó que solamente aquellos interactivos tienen la probabilidad de generar cambios en la práctica

de los profesionales y, ocasionalmente, en el desenlace de los pacientes<sup>95</sup>. Los programas necesitan tener una duración suficiente e incluir la participación activa de los asistentes para provocar cambios significativos en las habilidades y actitudes<sup>96</sup>, que además sean sostenidas en el tiempo. De manera que tales programas pueden mejorar el conocimiento y las actitudes de los médicos de atención primaria, pero no son suficientes para salvar las brechas de tratamiento.

Muy frecuentemente los médicos de atención primaria han adquirido sus conocimientos acerca de los aspectos psicológicos y psicopatológicos de los pacientes en ambiente muy lejanos al de los centros sanitarios donde se desempeñarán, más bien, en la mayoría de los países de América Latina, han sido formados en centros especializados, sino en hospitales psiquiátricos, espacios de cuidado donde los pacientes y sus problemas son distintos a aquellos que encontrarán en su práctica médica cotidiana. Esto deja de manifiesto la necesidad de que, sumado a los esfuerzos de capacitación de los médicos, es muy probable que haya llegado el momento donde los estudiantes de medicina sean formados en psiquiatría y salud mental en los espacios de cuidado en que desarrollarán su futura actividad profesional.

### **Algunos indicadores de efectividad de intervenciones en salud mental en APS**

Hay reducida información sobre la efectividad de tratamiento en pacientes con depresión atendidos en APS. Aragonés et al.<sup>83</sup> publicaron un estudio llevado a cabo en Tarragona, España, que evalúa la implementación de un programa estructurado para el manejo de la depresión, comparando éste con el manejo usual de estos pacientes. Los resultados muestran que la efectividad de los cuidados puede ser mejorada a través de variadas estrategias, la más efectiva involucraba cambios organizacionales, y un rol más importante de las enfermeras. Sin embargo, estos modelos de cuidados, con base en el modelo

norteamericano, requieren ser probados en espacios de cuidado de los sistemas de salud específicos en que sean aplicados. En el caso español, el uso de intervenciones psicológicas puede ser limitado porque el modelo no contempla a estos profesionales en la organización y entonces ellos no lo prueban porque no será real, pero en América Latina si es posible considerar la intervención de enfermeras, trabajadores sociales y psicólogos.

En Chile, Araya et al.<sup>76</sup> publicaron los resultados de la costo–efectividad de un programa de tratamiento para depresión aplicado a mujeres de bajos ingresos en centros de atención primaria de Santiago de Chile. Los resultados, comparados con la intervención usual, mostraba ser más efectiva, resultado reflejado en días ganados libres de depresión evaluados en los seis meses posteriores a la aplicación de la intervención, y aunque el costo era mayor este aumento era marginal comparado con los resultados alcanzados.

Rojas et al.<sup>97</sup> estudiaron la efectividad de un programa de tratamiento de depresión post parto en mujeres de bajos ingresos en centros de APS en Santiago de Chile. En una muestra de 230 mujeres probaron la efectividad de una intervención multi-componente - que incorporaba psico-educación grupal, apoyo a la adherencia a tratamiento y farmacoterapia cuando era necesario - respecto de los cuidados usualmente entregados, que incluyen fármacos antidepresivos, intervenciones psicoterapéuticas breves, control médico y derivación a especialistas, cuando fuera necesario. Los resultados sugieren que en países con menores ingresos esta población podría ser efectivamente ayudada usando una intervención como la propuesta, siendo un elemento central el asegurar la adherencia al tratamiento una vez remitida la fase más aguda.

En la última década, diversos estudios han buscado evaluar la efectividad de usar *mindfulness* en el ámbito de los trastornos mentales menores, como técnica complementaria a terapias cognitivas. Los resultados han sido contradictorios. Evans et al.<sup>98</sup> reportaron una

aceptable y potencial efectividad para reducir síntomas ansiosos y depresivos e incrementar la conciencia (*awareness*) de la experiencia cotidiana en pacientes con trastornos de ansiedad generalizada; mientras Toneatto y Nguyen<sup>99</sup>, en una revisión de estudios controlados, no reportan hallazgos relevantes para ansiedad y depresión. Más recientemente, Piet y Hougaard<sup>100</sup> publican un meta análisis cuyos resultados reportan la efectividad de la terapia cognitiva basada en *mindfulness*, respecto de los cuidados usuales, para prevenir recaídas en pacientes con depresión recurrente en remisión, específicamente en quienes han reportado tres o más episodios previos, es decir, pacientes con elevado riesgo de recurrencia. Finalmente, Kuyken et al.<sup>101</sup> estudiaron a individuos con estos mismos antecedentes clínicos, tres o más episodios previos de depresión mayor, que mantenían terapia farmacológica de mantención, para probar la efectividad de *mindfulness*, respecto de la terapia farmacológica de mantención. Los sujetos fueron seguidos durante 24 meses y la medida principal de desenlace fue el tiempo de recaída o recurrencia. No encontraron diferencias entre quienes permanecieron con medicación y quienes recibieron tratamiento con *mindfulness*, aunque ambos grupos mostraron resultados positivos en términos de recaída y recurrencia, síntomas depresivos residuales y calidad de vida.

No obstante esta, probablemente limitada, pero creciente evidencia sobre efectividad de intervenciones para los trastornos comunes, la prevalencia de éstos en los países desarrollados no ha disminuido en los últimos años<sup>8</sup>, aun cuando se pueda contar con tratamientos simples, baratos y efectivos, realizar campañas públicas de educación, y disponer de normas clínicas de tratamientos basados en la evidencia al alcance de los profesionales en la mayoría de los países<sup>102,103</sup>. Probablemente, un punto crítico es la implementación de este conocimiento, en el paso de la eficacia a la efectividad del tratamiento. O, dicho de otro modo, en el paso desde un contexto con control de variables a uno real, reflejo del desempeño cotidiano tanto de profesionales como de pacientes. En esa

línea, valen las conclusiones de Araya y et al.<sup>80</sup>, pero sigue siendo un desafío la evaluación de resultados en la implementación de políticas públicas en salud mental.

Una estrategia alternativa, y complementaria, es el desarrollo de intervenciones preventivas. En la discusión sobre la perspectiva dimensional de la enfermedad mental, por sobre una mirada categorial, ha de considerarse que los trastornos mentales menores son cuadros que remiten y reaparecen, condición que puede ser abordada por un modelo asertivo de tratamiento y seguimiento, lo que conlleva un alto nivel de recursos que sistemas sanitarios como los de América Latina difícilmente pueden asumir, aun cuando ello puede mejorar significativamente el resultado final<sup>104</sup>. Tal vez, antes que una estrategia de prevención secundaria pueda ser implementada de manera global en muchos países, se requieren métodos válidos para cuantificar el riesgo futuro de presentar trastornos mentales, lo que incluye la adopción, en el nivel primario de atención, tanto de medidas preventivas como de procedimientos de tamizaje, aunque la utilidad de estos últimos está hoy día en cuestión para cuadros específicos como la depresión<sup>105</sup>.

En nuestro país, y en atención primaria, conocer la prevalencia de los trastornos mentales comunes (ansiedad, depresión, somatomorfos), la comorbilidad entre ellos, y sus variables asociadas, en personas que consultan por morbilidad general en estos centros – tema central de este proyecto de tesis - puede dar luces en más de un sentido. Por una parte, puede proveer de información a las autoridades que estén en posición o en condiciones de asignar recursos para enfrentar el desarrollo de una epidemia de trastornos mentales que – con la evidencia disponible - claramente puede ser anticipada en América Latina, en la medida en que el proceso actual de transición epidemiológica continúe desarrollándose. Por otra, aportar al conocimiento sobre la eventual asociación entre ellos proveerá de información para la comprensión de este conjunto de casos agrupados en los mencionados trastornos mentales comunes, identificando perfiles de pacientes más allá del mero

diagnóstico, permitiendo un insumo que – a mediano plazo – pueda facilitar un abordaje comprensivo, que incorpore una perspectiva donde patología y comportamiento interactúan y que demanda diseñar e implementar estrategias innovadoras, diversas y complejas. Finalmente, proveer de un conocimiento necesario para la investigación sobre estrategias terapéuticas costo – efectivas que permitan optimizar el uso de recursos siempre limitados, evitando la innecesaria *psiquiatrización* en el abordaje de los problemas de salud mental en atención primaria, disminuyendo así el estigma asociado.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general.**

Estudiar la prevalencia y variables asociadas a la presencia de trastornos mentales comunes (TMC) - ansiedad, depresión y somatomorfos- incluyendo la comorbilidad entre estos mismos diagnósticos-, en una muestra de usuarios de centros de atención primaria (APS) en salud de la Provincia de Concepción.

### **Objetivos específicos.**

- 1) Describir las características sociodemográficas, los antecedentes clínicos y variables psicosociales de la muestra estudiada.
- 2) Describir la prevalencia de trastornos de ansiedad, depresión y trastornos somatomorfos, según criterio DSM-IV, en la muestra de estudio, incluyendo la comorbilidad entre ellos.
- 3) Identificar las variables sociodemográficas, antecedentes clínicos y variables psicosociales asociadas a la presencia de un trastorno mental común.
- 4) Identificar perfiles de pacientes, a partir de la presencia/ausencia de variables sociodemográficas, antecedentes clínicos y variables psicosociales estudiadas.



### **III. HIPÓTESIS**

H1. Los trastornos de ansiedad y depresivos son más prevalentes en usuarios de centros de atención primaria, que los trastornos somatomorfos.

H2. Hay una alta comorbilidad entre diagnósticos de ansiedad, depresión y trastorno somatomorfo en usuarios de centros de atención primaria.

H3. Las variables psicosociales y los antecedentes clínicos están más fuertemente asociados a la presencia de un trastorno mental, en usuarios de centros de atención primaria, que las características sociodemográficas.

H6. Existen perfiles diferenciados de variables sociodemográficas, antecedentes clínicos y variables psicosociales comunes que aumentan la probabilidad de presentar uno u otro diagnóstico, de los tres grupos estudiados.

## IV. MÉTODO

### V.1. Diseño del estudio

Estudio descriptivo, transversal, sobre datos secundarios.

Se trata de un estudio sobre datos recogidos para el proyecto FONDEF DO2I-1140, Inventario Multifactorial de Riesgo: un instrumento para una mejor predicción de futuros episodios de depresión en el nivel primario de atención, que correspondió al estudio nacional del proyecto multicéntrico PREDICT-D5<sup>56</sup>.

El objetivo general del proyecto fue “*Desarrollar y validar un inventario multifactorial para ser usado por médicos generales y /o profesionales de la salud en el nivel primario de atención, para predecir el inicio y la duración de un cuadro depresivo*”, lo que demandó identificar el perfil de aquellos consultantes en riesgo de iniciar un episodio depresivo, entre el universo de quienes demandan atención por morbilidad adulta en el nivel primario de atención en salud. Para alcanzar el objetivo, los análisis estadísticos se realizaron sobre los usuarios ‘sanos’, aquellos pacientes que no presentaban depresión al inicio del estudio. Todos los usuarios fueron seguidos durante doce meses, con evaluaciones cada seis, para detectar los casos incidentes y así identificar una ecuación de riesgo de depresión en la población estudiada<sup>57,58</sup>.

Los objetivos específicos del proyecto contemplaban: (1) Determinar prevalencia, incidencia y duración de cuadros depresivos leves, moderados y graves en el nivel primario de atención en salud; (2) Determinar la capacidad de detección de cuadros depresivos leves, moderados y graves por médicos generales del nivel primario de atención en salud; (3) Determinar la cobertura y efectividad de tratamiento de la depresión en el nivel primario de atención en salud; (4) Determinar el costo indirecto de la depresión en pacientes consultantes en el nivel

primario de atención en salud; y (5) Producir un inventario multifactorial capaz de predecir la ocurrencia de episodios depresivos y su duración, en consultantes del nivel primario de atención en salud.

La variable resultado del proyecto FONDEF/PREDICT-D era la ocurrencia de un episodio de depresión mayor, de acuerdo a criterio DSM-IV, evaluado con la entrevista CIDI. En el caso de Chile, el diseño del proyecto amplió la aplicación de la CIDI, incluyendo en la línea base no solo el episodio depresivo mayor, sino la totalidad de cuadros afectivos (código 296.xx del DSM-IV), incluida la distimia (300.4); el módulo de trastornos ansiosos (código 300.xx y 307.8 del DSM-IV), incluyendo el trastorno por somatización (300.81), el dolor somatomorfo (307.8) y el trastorno conversivo (300.11).

De ese diseño, esta tesis se centra en los datos recogidos en la línea base y analiza tres entidades diagnósticas – no solo depresión - y sus asociaciones con el conjunto de variables recogidas, cuyo detalle se presenta en el apartado ‘Variables independientes’. Se trata de datos no publicados, analizados bajo el criterio de diagnósticos DSM-IV, y sometidos a un análisis estadístico que buscará profundizar, desde la evidencia, en la prevalencia y características sociodemográficas, antecedentes clínicos y variables psicosociales asociadas a los llamados trastornos mentales comunes.

## **V.2. Muestra**

Se trata de una muestra de 2.825 pacientes de atención primaria evaluados en la línea base del Proyecto FONDEF DO2I-1140. Los pacientes fueron aleatoriamente seleccionados de entre los consultantes por morbilidad general, mayores de 15 años que concurrieron a alguno de los diez centros ingresados al estudio durante un periodo de tres meses, entre los años 2003 y 2004.

Los centros fueron aleatoriamente seleccionados de entre el total de centros de atención primaria en salud (APS) existentes en las comunas de Concepción, Chiguayante, Talcahuano y Hualpén, al momento del estudio (2003). Estas comunas son cuatro de las once que componen la Provincia de Concepción y, en conjunto, representan al 60% de la población de la Provincia<sup>1</sup>.

Cada centro de atención primaria a incorporar debía reunir los siguientes criterios:

1. Pertenecer a la red pública de atención en salud.
2. Al menos uno de ellos debía atender a población rural.
3. Contar con al menos un profesional con motivación en investigación, dispuesto a facilitar la coordinación en terreno con el equipo investigador.
4. Ser representativos de los establecimientos de atención primaria de la red nacional de salud pública.

En el marco del Proyecto FONDEF DO2I-1140, se estimó un tamaño de muestra de 3.000 sujetos, suficiente para ser representativa de la población consultante y que además permitiera alcanzar el poder estadístico necesario para dar validez al producto final de ese estudio, cual era identificar una ecuación de riesgo de depresión en la población estudiada<sup>57,58</sup>. Seleccionados los centros, se estimó el tamaño de muestra de cada uno y su distribución por sexo, con base en las características de la población atendida por cada dispositivo durante el año previo.

---

<sup>1</sup> INE. Proyecciones XVII Censo Nacional De Población y VI de Vivienda 2002.  
[http://www.ine.cl/canales/chile\\_estadistico/familias/demograficas\\_vitales.php](http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/familias/demograficas_vitales.php)

**Poder estadístico de la muestra:** La muestra fue diseñada para ser representativa de la población consultante y permitir alcanzar un poder estadístico suficiente para dar validez al producto final.

El tamaño de la muestra (n=3.000), que representaba al 1.3% de la población de las comunas, fue estimado sobre la base de una validez predictiva anticipada del inventario de factores de riesgo. Schafer<sup>61</sup> describió un método eficiente para calcular el tamaño de la muestra necesario para obtener un intervalo de confianza de un tamaño estipulado en un punto específico de la curva ROC (*Receiver Operating Characteristic*). Para ser clínicamente útil este inventario debía ser capaz de predecir la prevalencia de un episodio depresivo en cada uno de los puntos de seguimiento con una especificidad y sensibilidad de al menos un 70%. Asumiendo que la tasa de depresión es de un 15% y no hay mayor heterogeneidad entre los centros, se requerían 2.193 mediciones en cada uno de los puntos de evaluación para poder determinar el ROC en la curva con un 95% de confianza y un intervalo de  $\pm 5\%$ . Se consideró una pérdida de pacientes en el seguimiento de un 20%, por lo que una muestra de 3.000 sujetos permitía alcanzar con creces la tasa de respuesta necesaria.

Fueron ingresados al estudio, personas de ambos sexos, de entre 15 y 75 años, que solicitaban atención espontánea por morbilidad general durante el último trimestre del 2003. No se consideraron pacientes que acudían por consulta en programas específicos, sean crónicos u otros (Diabetes, Hipertensión, Adulto Mayor, Salud Mental) a no ser que hubieran sido derivados desde el programa a consulta médica por alguna otra patología. Como criterio de exclusión se consideró la inhabilidad para entender el idioma local, dado que era un estudio multicéntrico, y la presencia de psicosis, demencia y/o de una enfermedad física incapacitante, de acuerdo a lo registrado en la historia clínica del paciente.

### **V.3. Producción y análisis de la información**

El proceso de selección se inició con el diseño – para cada centro – de un calendario que especificaba el total de semanas contempladas para el ingreso de los pacientes y, de acuerdo al tamaño de muestra definido, el número de pacientes a sortear cada día, de lunes a viernes.

Diariamente, un funcionario del centro accedía al listado de pacientes que serían atendidos. Para seleccionar a los pacientes, este funcionario, previamente contactado y capacitado, contaba con un valor previamente conocido y estable, calculado del promedio de pacientes mayores de 15 años que ese centro atendía diariamente, que era dividido por el número de pacientes a seleccionar ese día específico (6 ó 5 ó 4), y así obtenía un número que era su dígito de espaciamento, que debía aproximar a un número entero. En el paso siguiente, aplicaba a la lista de pacientes el número de espaciamento, iniciando el conteo en un lugar tomado al azar y, aplicándolo correlativamente, identificaba los casos a ingresar ese día. Una vez obtenido los nombres de los sujetos sorteados, el listado era entregado a un miembro del equipo, quien coordinaba el trabajo de campo, y asignaba a los sujetos a un entrevistador, quien lo contactaba en el plazo de no más de una semana y coordinaba la primera entrevista, cara a cara, la que en ocasiones se realizaba en el mismo centro y, la mayoría de la veces, en el hogar del entrevistado.

En esta entrevista, el paciente era informado del estudio e invitado a participar de él. Si accedía explicitaba su voluntad con la firma de un formulario de consentimiento informado y, en ese momento, se aplicaban los instrumentos de evaluación.

Los entrevistadores, legos respecto del conocimiento clínico, recibieron previamente un curso de 20 horas, con un fuerte componente de entrenamiento, en el uso de los instrumentos. Al final de este proceso fueron evaluados y una proporción de ellos fueron

preseleccionados. Debieron entonces realizar una entrevista de prueba y, evaluada esta, accedían a ser entrevistadores.

Durante el proceso, todas las entrevistas fueron editadas, revisando que los aspectos formales y la estructuración de saltos hubiera sido correctamente aplicada. Si un error era detectado, se citaba al entrevistador y, si era necesario, éste debía volver al campo a resolver la duda. Además, un 10% de las entrevistas de cada entrevistador eran supervisadas en terreno, donde se verificaba que hubiese sido efectivamente realizada y que el procedimiento de aplicación hubiese sido correcto.

#### **V.4. Variables**

##### **Variables independientes**

El proyecto PREDICT-FONDEF recogió información de 39 factores de riesgo para construir un modelo usando regresión logística. Estos factores de riesgo cubrieron un amplio rango de variables que habían sido identificadas por la literatura y fueron recogidas usando cuestionarios aplicados a los sujetos en las entrevistas individuales referidas en párrafos anteriores.

Los 39 potenciales factores de riesgo ingresados al estudio incluyeron variables sociodemográficas, como edad, sexo, ocupación, nivel educacional, estado civil, situación de empleo, etnia, propiedad de la vivienda que ocupa, convivencia (vivir solo o con otros), y nacimiento en el país de residencia o en el extranjero; la medición del nivel de satisfacción y nivel de demanda en el lugar de trabajo y en el hogar<sup>106</sup>; las deudas y dificultades financieras de los sujetos; la situación de salud al momento de la entrevista, incluyendo la auto percepción de salud física y salud mental (medida con el cuestionario *Short Form 12*)<sup>107</sup>,

presencia de enfermedad física de larga evolución, consumo de alcohol en los seis meses previos a la entrevista (medido con AUDIT), presencia de síntomas de ansiedad y pánico en los seis meses previos (medida con el PHQ); los antecedentes clínicos y psicológicos de depresión en la vida, evaluada con dos preguntas de la entrevista CIDI, la existencia de problemas con el alcohol o antecedentes de tratamiento asociado a su consumo, uso de otras drogas durante la vida, experiencias infantiles de abuso físico y/o emocional, y/o de abuso sexual; los antecedentes clínicos y psicológicos en la familia, como la presencia de problemas graves de salud física, psicológica, de consumo de drogas, o discapacidades graves en personas cercanas al paciente, la existencia de problemas psicológicos serios y antecedentes de suicidio en familiares de primer grado, evaluados con el *Family Interview for Genetic Studies*<sup>108</sup>; variables relacionales y de apoyo social, como calidad de las relaciones sexuales, calidad de la relación emocional con la pareja y/o esposo(a), dificultades en iniciar y mantener relaciones interpersonales cercanas, y la percepción de apoyo social de familiares y amigos, evaluada con el *Family and social relationships*<sup>109</sup>; la percepción de estrés asociado a una ocupación, sea un empleo remunerado o no, en los seis meses previos a la entrevista, que incluyó la percepción de control en la actividad laboral remunerada; y no remunerada; el experimentar dificultades y no percibir apoyo en el trabajo remunerado y/o no remunerado; y experimentar malestar por el no reconocimiento de la tarea realizada; variables del ambiente, como la satisfacción con el barrio en que vive y percepción de seguridad experimentada dentro y fuera de la residencia; el haber experimentado eventos vitales estresantes en los 6 meses previos a la entrevista, recogidos con el *List of Threatening Life Experiences Questionnaire*<sup>110,111</sup>; las creencias religiosas y/o espirituales; y las experiencias de discriminación en el periodo.

De ese conjunto de variables, para esta tesis, una vez obtenida la descripción de la muestra, excluimos las variables sociodemográficas etnia y país de nacimiento, porque más del 97%



de los casos se concentraba en una categoría de respuesta; la valoración de síntomas de ansiedad y pánico en los seis meses previos, evaluada con el PHQ, porque estaba directamente relacionada con una de las variables en estudio, los trastornos de ansiedad; y la variable ocupación, por las dificultades de codificación al incluir demasiadas categorías. De esta manera, el conjunto de variables independientes incluidas en los análisis se describen a continuación.

### **Variables sociodemográficas**

<b>Variable</b>	<b>Tipo</b>	<b>Valores posibles</b>
Sexo	Categórica nominal	Femenino Masculino
Edad	Numérica continua	[15 – 75] años ( $\pm$ DE)
Nivel educacional	Categórica nominal	Básica -Sin Escolaridad Secundaria Superior Otra
Estado civil actual	Categórica nominal	Casado, conviviente Separado, viudo, anulado Soltero (Nunca casado)
Situación de pareja actual	Categórica nominal	Con pareja Sin pareja
Situación de empleo	Categórica nominal	Ocupado - Estudiante a tiempo completo Inactivo, retirado, jubilado Cesante, buscando empleo Dueña de casa
Vivienda	Categórica nominal	Propia Otro (arrendado, cedido, otro)
Con quién vive	Categórica nominal	Solo Acompañado

**Variables antecedentes clínicos**

<b>Variable</b>	<b>Tipo</b>	<b>Valores posibles</b>
Antecedentes de depresión a lo largo de la vida	Categórica nominal	Sin antecedentes Con antecedentes
Presencia de enfermedad, dolencia o discapacidad de larga evolución	Categórica nominal	Sin Con
Problemas con el alcohol a lo largo de la vida	Categórica nominal	Sin problemas Con problemas
Consumo riesgoso de alcohol, últimos seis meses (AUDIT)	Numérica continua	[0 - 40]
Antecedentes de uso de drogas a lo largo de la vida	Categórica nominal	Sin antecedentes Con antecedentes
Antecedentes de problemas emocionales en la familia	Categórica nominal	Sin antecedentes Con antecedentes
Antecedentes de suicidio en la familia	Categórica nominal	Sin antecedentes Con antecedentes
Antecedentes de abuso psicológico en la infancia	Categórica nominal	Sin antecedentes Con antecedentes
Antecedentes de abuso sexual en la infancia	Categórica nominal	Sin antecedentes Con antecedentes
Problemas físicos, psicológicos, con drogas y/o discapacidad en personas cercanas.	Categórica nominal	Ninguno Uno Más de uno
Autopercepción de salud física (SF-12)	Numérica continua	[0 – 100]
Autopercepción de salud mental (SF-12)	Numérica continua	[0 - 100]

**Variables psicosociales**

<b>Variable</b>	<b>Tipo</b>	<b>Valores posibles</b>
Eventos vitales estresantes	Categórica nominal	Ninguno
		Uno
		Más de uno
Satisfacción con la situación en su hogar	Categórica nominal	Insatisfecho
		Satisfecho
		Ni satisfecho ni insatisfecho
Problemas financieros	Categórica nominal	Con dificultades
		Confortable
Percepción de control en trabajo no remunerado	Categórica nominal	Percibe control
		Percibe control parcial
		No percibe control

Percepción de control trabajo remunerado	Categórica nominal	Percibe control
		Percibe control parcial
		No percibe control
Percepción de apoyo en el trabajo remunerado	Categórica nominal	Sin apoyo
		Con apoyo
Percepción de ser respetado en el trabajo remunerado	Categórica nominal	No se percibe respetado
		Se percibe respetado
Dificultades para relacionarse con las personas	Categórica nominal	Sin dificultades
		Con dificultades
Satisfacción con su relación de pareja actual	Categórica nominal	Sin compañero / Pareja
		Insatisfecho
		Satisfecho*
Satisfacción con su vida sexual actual	Categórica nominal	Sin compañero/Pareja
		Insatisfecho
		Satisfecho*
Satisfacción con el barrio en que vive	Categórica nominal	Insatisfecho
		Satisfecho
		Ni lo uno ni lo otro
Percepción de seguridad en el barrio	Categórica nominal	No se siente seguro
		Se siente seguro
Experiencias de discriminación	Categórica nominal	Ninguna
		Una
		Más de una
Concepción religiosa o espiritual de la vida	Categórica nominal	No la tiene
		Si la tiene
Percepción de apoyo social de familiares y amigos	Numérica continua	[0 - 7]

### Variable de resultado

La presencia de trastornos mentales comunes - ansiedad, depresión y trastornos somatomorfos - se determinó usando las secciones correspondientes de la CIDI. El criterio de clasificación diagnóstica utilizada fue el DSM-IV, y cada grupo diagnóstico consideró los trastornos señalados en la tabla 1.

**Tabla 1. Trastornos psiquiátricos DSM-IV incluidos en cada grupo diagnóstico**

Grupo Diagnóstico	Código DSM-IV	Nombre
Trastornos Ansiosos	309.81	Trastorno por estrés post traumático
	300.01	Trastorno de pánico sin agorafobia
	300.21	Trastorno de pánico con agorafobia
	300.22	Agorafobia sin historia de trastorno de pánico
	300.23	Fobia social
	300.02	Trastorno por ansiedad generalizada
Trastornos Depresivos	296.21	Episodio depresivo mayor, simple, leve
	296.22	Episodio depresivo mayor, simple, moderado
	296.23	Episodio depresivo mayor, simple, grave, sin síntomas psicóticos
	296.31	Episodio depresivo mayor, recurrente, leve
	296.32	Episodio depresivo mayor, recurrente, moderado
	296.33	Episodio depresivo mayor, recurrente, grave, sin síntomas psicóticos
Trastornos somatomorfos	300.4	Distimia
	300.11	Trastorno conversivo
	300.81	Trastorno por somatización
	307.8	Dolor somatomorfo

## V.5. Instrumentos

La evaluación diagnóstica se realizó usando la **Composite International Diagnostic Interview (CIDI)**, versión 2.1. La CIDI<sup>112,113</sup> fue desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) basándose en el DIS<sup>112</sup>, que era un instrumento del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos. Es una entrevista altamente estructurada que entrega diagnósticos psiquiátricos tanto actuales, como presentes a lo largo de la vida, de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición (CIE-10), sistema de clasificación diagnóstico oficial de la OMS, y al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mental, versión IV (DSM-IV), de la Asociación Psiquiátrica Americana.

La validez de la CIDI frente al diagnóstico clínico es alta<sup>113</sup>. Se trata de un instrumento que ha sido traducido del inglés a muchos idiomas y que está validada en Chile, con reporte de

kappas en valores que van de 0.52 para trastornos somatomorfos a 0.94 para trastornos afectivos<sup>114</sup>.

La CIDI es el instrumento oficial que la OMS promueve para estudios de campo en psiquiatría, siendo usado ampliamente a nivel mundial y fue el instrumento usado en EE.UU. para llevar a cabo el estudio más grande de investigación de patología psiquiátrica en población general. Sus ventajas provienen de ser una entrevista altamente estructurada que posibilita realizar diagnóstico psiquiátrico de acuerdo a criterios ampliamente validados a nivel internacional, a partir de información recogida por entrevistadores legos, lo que rebaja notoriamente los costos de la investigación, contrastado con la alternativa de un diagnóstico hecho por un psiquiatra clínico.

Si bien el estudio PREDICT se centró en el estudio de la depresión, el proyecto FONDEF amplió la aplicación de la CIDI, incluyendo todos los trastornos afectivos y no solo depresión mayor, trastornos ansiosos, de la alimentación, trastornos por somatización y psicosis no afectiva. En nuestro caso, consideraremos solo aquellos llamados trastornos mentales comunes: ansiedad, depresión y trastornos somatomorfos, por ser más prevalentes entre la población consultantes en centros de atención primaria en salud.

## **V.6. Consideraciones Estadísticas**

La información recogida fue ingresada con doble digitación a bases de datos STATA. Las eventuales discrepancias fueron revisadas y resueltas. Una vez depurada la base de datos, se filtraron los registros de 2.712 personas de ambos sexos, entre 15 y 75 años, atendidos en el nivel primario de atención, correspondiente al estudio nacional del proyecto multi-céntrico PREDICT- D<sup>56</sup>.

Se realizó la descripción de los datos mediante medidas de tendencia central. En el caso de las variables numéricas, se utilizó la media y la desviación estándar. La descripción de las variables categóricas se realizó mediante tablas de frecuencia y porcentajes. La estimación de prevalencias incorporó intervalos de confianza al 95%.

Posteriormente, se realizó análisis bivariado cruzando cada una de las variables independientes con la variable presencia / ausencia de diagnóstico, por grupos diagnósticos, y por el conjunto de los trastornos mentales comunes. Para las variables independientes categóricas se utilizó  $\chi^2$  o prueba exacta de Fisher, en tanto que para las variables numéricas se utilizó t de *Student*.

Para el análisis multivariado se utilizó un modelo de regresión logística binomial, usando como variable dependiente la presencia de un Trastorno Mental Común (TMC) y como variables independientes las variables sociodemográficas, clínicas y psicosociales que habían resultado significativas en el análisis bivariado, con un nivel de significación de  $\alpha=.10$ . Para obtener una mayor parsimonia en el modelo final, se consideró el modelo de regresión logística resultante del método de *stepwise* hacia delante. Para definir un puntaje de corte diagnóstico del modelo predictivo que maximice tanto la sensibilidad y especificidad, se analizaron los resultados de puntos corte de 0.5, 0.4 y 0.3, calculándose además la proporción de predicciones correctas.

Para analizar en detalle cómo se relacionan los Trastornos Mentales Comunes entre sí y con las variables independientes, se realizó un análisis de regresión sobre clase latente. En este tipo de análisis, se asume que la relación entre los diversos trastornos puede ser explicada por la pertenencia del participante a una clase específica, que determina un perfil de probabilidad de presentar cada uno de los trastornos; dentro de cada clase, la presencia de un trastorno es independiente de los otros, lo que se denomina supuesto de independencia

local. Las variables independientes se utilizan para predecir a qué clase debería pertenecer cada participante, aumentando la capacidad predictiva del modelo; para seleccionar qué variables serían utilizadas, se realizaron múltiples modelos de clases latente de 1 a 4 clases para cada uno de los predictores, seleccionándose aquellos cuyo aBIC fuese menor, en algún número de clases, al del modelo con el mismo número de clases sin predictores. Con los predictores seleccionados en esta primera etapa, se estimaron modelos multivariados de 1 a 4 clases, seleccionándose el modelo de tres clases, que minimizaba el aBIC. Se presentan los perfiles de cada clase, correspondientes a la prevalencia de cada trastorno en cada tipo de participante, así como el modelo de regresión multinomial de los predictores sobre la probabilidad de pertenecer a una clase específica.

Sobre el modelo de tres clases se verificó su ajuste a los datos, comparando la proporción de casos que teóricamente se deberían asignar a cada clase, con los resultados observados; así como las proporciones teóricas y empíricas de prevalencia de cada trastorno por clase. Además, se calculó la media de probabilidad *a posteriori* de pertenecer a cada clase, para el conjunto de casos asignado a una clase específica. Finalmente, se verificó el supuesto de independencia local comparando las proporciones teóricas y empíricas de no presentar un trastorno mental común. Como en uno de los grupos se detectaron indicios de dependencia local, se utilizó  $X^2$  para identificar la presencia de relaciones estadísticamente significativas entre trastornos, y análisis de homogeneidad (Homals), análogo a un análisis de correspondencias múltiples, para modelar la relación existente entre los trastornos.

## **V.7 Aspectos éticos**

Los entrevistadores informaron a cada persona invitada a participar del estudio sobre la naturaleza del proyecto y solicitaron su participación voluntaria junto a la autorización explícita para obtener información sobre el tratamiento recibido desde su ficha clínica.

Aquellos que aceptaron participar firmaron un documento de consentimiento informado, previo a la realización de la entrevista. El modelo de Consentimiento Informado, que se adjunta como anexo, fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción y fue obtenido cada vez que se realizó una entrevista con el usuario del centro de salud.

Los datos fueron ingresados a una base con una identificación única para cada registro. En un archivo anexo, manejado por una persona distinta a quienes realizaron el procesamiento de los datos, se recogió la información que identificaba a cada sujeto. En una posterior toma de datos, ligada al proyecto FONDECYT 1110687 *Determinantes biopsicosociales de depresión en una cohorte de pacientes atendidos en centros de APS*, que permitió ampliar el seguimiento de la muestra, se solicitó consentimiento para acceder a la historia clínica de los sujetos.



## **V. RESULTADOS**

De los 3.000 pacientes invitados a participar del estudio, ciento setenta y cinco usuarios rechazaron la entrevista, un 5.8% de la muestra originalmente diseñada. De los 2.825 evaluados en la línea base, 113 eran mayores de 75 años, por lo que fueron excluidos de este estudio.

### **VI.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA**

#### **Características sociodemográficas de la muestra**

La muestra total quedó conformada por 2.712 sujetos, quienes tenían una edad media de 45.5 años (DE=16.1; Rango 15-75). La mayor proporción fueron mujeres (73%), predominaba el grupo con edades entre 40 y 59 años (39,5%) y un bajo nivel de escolaridad, el 45.5% reportó educación básica o no haber sido escolarizado. Más de la mitad vivía en pareja (54.6%) y un porcentaje levemente superior (58,6%) reportó mantener una relación de pareja al momento de la entrevista. Casi el 40% de los entrevistados mantenía una actividad estable, sea ésta un trabajo o estudios a tiempo completo, y el 40,4% era dueña de casa; y de los que reportaron una categoría ocupacional, el 17,4% eran trabajadores calificados y de servicios. El 64.8% habitaba en un lugar que era propio o estaba en vías de serlo; y más del 95% lo hacía acompañado de otras personas. Solo un 2,3% reconoció pertenecer a un pueblo originario, fundamentalmente al mapuche, y solo doce personas habían nacido fuera de Chile (tabla 2).

**Tabla 2. Características sociodemográficas de la muestra**

<b>Variable</b>	<b>Categorías</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sexo	Femenino	1.979	73,0%
Edad	Menor de 30	553	20,4%
	30 - 39 años	466	17,2%
	40 - 49 años	534	19,7%
	50 - 59 años	538	19,8%
	60 - 69 años	447	16,5%
	70 - 75 años	174	6,4%
		<b>2.712</b>	
Nivel educacional	Básica -Sin Escolaridad	1.234	45,5%
	Secundaria	1.048	38,6%
	Superior	87	3,2%
	Otra	341	12,6%
		<b>2.710</b>	
Estado civil actual	Casado, conviviente	1.482	54,6%
	Separado, viudo, anulado	491	18,1%
	Soltero (Nunca casado)	739	27,2%
		<b>2.712</b>	
Situación de pareja actual	Con pareja	1.589	58,6%
Ocupación	Profesionales y técnicos*	32	1,2%
	Trabajadores calificados y de servicios	473	17,4%
	Trabajadores no calificados	332	12,2%
		<b>837</b>	
Situación de empleo	Ocupado - Estudiante a tiempo completo	1.029	37,9%
	Inactivo, retirado, jubilado	295	10,9%
	Cesante, buscando empleo	291	10,7%
	Dueña de casa	1.097	40,4%
		<b>2.712</b>	
Vivienda	Propia	1.756	64,7%
Con quién vive	Solo	112	4,1%
	Acompañado	2.600	95,9%
		<b>2.712</b>	
Pertenenencia a pueblo originario	Ninguno	2.650	97,7%
	Aymará, Rapa Nui, Mapuche, otro	62	2,3%
		<b>2.712</b>	
País de nacimiento	Chile	2.700	99,6%

\*: Más de doce años de escolaridad

### Características clínicas de la muestra

Respecto de las variables clínicas, el 56,8% reportó el antecedente de depresión a lo largo de su vida, mientras casi el 40% refirió presentar una enfermedad, dolencia o discapacidad de larga evolución al momento de la entrevista. El reconocimiento de problemas con el alcohol a lo largo de la vida alcanzó al 7,5%; y el consumo riesgoso actual, evaluado con el AUDIT, baja a 3.5%. Un 3,4% señaló haber consumido drogas, lícitas e ilícitas, sin prescripción médica, en algún momento de su vida. Los antecedentes de problemas emocionales en la familia alcanzaron al 24,3% de los entrevistados y un 2.8% reportó antecedentes de suicidio en su familia. Un tercio de los entrevistados refirió haber sido víctima de abuso psicológico en la infancia y un 8,7% de abuso sexual. El 46.3% reportó la presencia de problemas de salud - física, psicológica y/o discapacidad – en algún miembro de su familia cercana. Los usuarios entrevistados reportan un nivel más alto de salud mental auto percibida, que de salud física (tabla 3).

**Tabla 3. Características clínicas de la muestra**

Variable	Categorías	n	%
Con antecedentes de depresión a lo largo de la vida		1.541	56,8%
Presencia de enfermedad, dolencia o discapacidad de larga evolución		1.053	38,8%
Con problemas con el alcohol a lo largo de la vida		204	7,5%
Con consumo de riesgo de alcohol en los últimos seis meses (AUDIT)*		96	3,5%
Con antecedentes de uso de drogas a lo largo de la vida		92	3,4%
Con antecedentes de problemas emocionales en la familia		660	24,3%
Con antecedentes de suicidio en la familia		76	2,8%
Con antecedentes de abuso psicológico en la infancia		903	33,3%
Con antecedentes de abuso sexual en la infancia		236	8,7%
Problemas físicos, psicológicos, con drogas y/o discapacidad en personas cercanas.	Ninguno	1.455	53,7%
	Uno	687	25,3%
	Más de uno	570	21,0%
		<b>2.712</b>	

Autopercepción de salud física (SF-12)	Media 44.76 ( $\pm 10,5$ ) (12,9 – 66,1)
Autopercepción de salud mental (SF-12)	Media 47.51 ( $\pm 12,6$ ) (7,9 – 70,1)

\*: Considera un puntaje de corte de 8 puntos

\*\* : Mayor puntuación, refleja mejor percepción de estado de salud

### **Características psicosociales de la muestra**

En relación con las características psicosociales de la muestra, dos tercios de los entrevistados reportaron haber sufrido al menos un evento vital estresante en los últimos seis meses. Un 13.9% se declaró insatisfecho con la situación de convivencia en su hogar y poco más del 60% reportó dificultades financieras dados los ingresos percibidos. Respecto del trabajo no remunerado, un elevado porcentaje (92,8%) percibe que puede mantener un grado importante de control de éste, considerando que puede decidir qué y cómo hacer. Esta percepción de control disminuye al 63.8%, que corresponde al 21,8% de la muestra total, cuando se pregunta sobre el trabajo remunerado a quienes ejercen una actividad de este tipo. En esa misma actividad, un 27,4% percibe apoyo y un 26,5% refiere sentirse respetado, lo que corresponde al 90,7% y 87,7%, respectivamente, de quienes respondieron a esta pregunta. Aunque solo el 5,5% reporta dificultades para relacionarse con otros, porcentajes más altos, de 12,6% y 17,6%, refieren insatisfacción con su relación de pareja actual y/o con su vida sexual, respectivamente. En relación con el barrio en que viven los entrevistados, un 70,6% se percibía satisfecho en él, y un porcentaje sobre el 85% se percibía seguro, tanto dentro de su residencia como en el sector aledaño. Poco más del 12% de los entrevistados reportó haber experimentado al menos una experiencia de discriminación en los últimos seis meses; mientras el 94% señala tener una concepción religiosa o espiritual de la vida. Finalmente, en relación a la percepción de apoyo recibido de familiares y amigos, la media es alta, alcanza a 6,02 ( $\pm 1,83$ ) de un máximo de siete, y varía en el rango de [0 - 7] (tabla 4).

**Tabla 4. Características psicosociales de la muestra**

<b>Variable</b>	<b>Categorías</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Eventos vitales estresantes	Ninguno	865	31,9%
	Uno	708	26,1%
	Más de uno	1.134	41,8%
		<b>2.707</b>	
Satisfacción con la situación en su hogar	Insatisfecho	378	13,9%
	Satisfecho	1.638	60,4%
	Ni satisfecho ni insatisfecho	690	25,4%
		<b>2.706</b>	
Con problemas financieros		1.686	62,2%
Percepción de control en el trabajo no remunerado	Con control	2.516	92,8%
	Control parcial	89	3,3%
	Sin control	50	1,8%
		<b>2.655</b>	
Percepción de control en el trabajo remunerado	Con control	590	21,8%
	Control parcial	144	5,3%
	Sin control	191	7,0%
		<b>925</b>	
Se percibe apoyado en su trabajo remunerado		744	27,4%
Se percibe respetado en su trabajo remunerado		720	26,5%
Refiere dificultades para relacionarse con las personas		150	5,5%
Satisfacción con su relación de pareja actual	Sin compañero / Pareja	813	30,0%
	Insatisfecho	341	12,6%
	Satisfecho	1.558	57,4%
		<b>2.712</b>	
Satisfacción con su vida sexual actual	Sin compañero/Pareja	71	2,6%
	Insatisfecho	476	17,6%
	Satisfecho*	2.165	79,8%
		<b>2.712</b>	
Satisfacción con el barrio en que vive	Insatisfecho	377	13,9%
	Satisfecho	1.914	70,6%
	Ni lo uno ni lo otro	421	15,5%
		<b>2.712</b>	
Percibe vivir en un barrio seguro	Se siente seguro	2.368	87,3%
Experiencias de discriminación	Ninguna	2.377	87,6%
	Una	240	8,8%
	Más de una	95	3,5%
		<b>2.712</b>	

Refiere una concepción religiosa o espiritual de la vida		2.549	94,0%
Percepción de apoyo social de familiares y amigos	Media 6,02. ( $\pm 1,83$ ) (0 – 7)		

## VI.2. PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES COMUNES

Del total de entrevistados, 662 personas presentaron algún Trastorno Mental Común (TMC) en los doce meses previos a la entrevista, de acuerdo a los diagnósticos DSM-IV incluidos en el estudio; lo que da cuenta de una prevalencia en la población estudiada de 24,4% (IC 95%; 22,8-25,07) (tabla 5).

Por grupo diagnóstico, los cuadros más prevalentes fueron los trastornos depresivos, con un 13,4%, seguido de los trastornos ansiosos (11,2%); un 6,5% de los entrevistados presentó un trastorno somatomorfo (tabla 5).

Si se analizan por diagnóstico, el episodio depresivo mayor simple es el más prevalente, está presente en el 6,6% de los entrevistados; seguido del dolor somatomorfo (5,7%), el episodio de depresión mayor recurrente (4,6%), el estrés postraumático (4,4%) y la fobia social (4,2%). La distimia y la agorafobia sin historia de trastorno de pánico se diagnosticaron en el 3,9% y 3,8% de los entrevistados, respectivamente; y el trastorno conversivo en el 2,5%. Las prevalencias de trastorno de ansiedad generalizada (0,8%), trastorno de pánico con agorafobia (0,3%) y trastorno por somatización (0,1%) son bajas; y no se encontraron casos de trastorno de pánico sin agorafobia (tabla 5).

En el grupo de personas con un episodio de depresión mayor, son más frecuentes los cuadros graves (3,0%) que los moderados (2,0%), y estos más que los leves (1,7%); mientras en los episodios recurrentes la distribución según gravedad es similar en los grupos que presentan depresión leve y grave, y es levemente inferior el grupo con depresión

moderada. Sin embargo, en ambos casos las diferencias no son estadísticamente significativas (tabla 5).

**Tabla 5. Prevalencia de doce meses de trastornos mentales comunes (TMC), según criterio DSM-IV**

<b>Diagnóstico</b>	<b>n (n=2.712)</b>	<b>%</b>	<b>Intervalo Confianza 95%</b>
<b>Cualquier trastorno ansioso</b>	<b>305</b>	<b>11,2</b>	<b>(10,18 - 12,5)</b>
Trastorno por estrés postraumático	120	4,4	(3,7 - 5,3)
Trastorno de pánico con agorafobia	9	0,3	(0,2 - 0,6)
Agorafobia sin historia de trastorno de pánico	103	3,8	(3,1 - 4,6)
Fobia social	115	4,2	(3,5 - 5,1)
Trastorno de ansiedad generalizada	23	0,8	(0,5 - 1,36)
<b>Cualquier trastorno depresivo</b>	<b>364</b>	<b>13,4</b>	<b>(12,26 - 14,8)</b>
Episodio depresivo mayor simple	179	6,6	(5,7 - 7,6)
Leve	45	1,7	(1,2 - 2,2)
Moderado	53	2,0	(1,5 - 2,5)
Grave, sin síntomas psicóticos	81	3,0	(2,4 - 3,7)
Episodio depresivo mayor recurrente	125	4,6	(3,9 - 5,5)
Leve	46	1,7	(1,2 - 2,3)
Moderado	36	1,3	(0,9 - 1,8)
Grave, sin síntomas psicóticos	43	1,6	(1,1 - 2,1)
Distimia	106	3,9	(3,2 - 4,7)
<b>Cualquier trastorno somatomorfo</b>	<b>176</b>	<b>6,5</b>	<b>(5,6 - 7,5)</b>
Trastorno conversivo	69	2,5	(2,0 - 3,2)
Trastorno por somatización	3	0,1	(0,02 - 0,3)
Dolor somatomorfo	154	5,7	(4,9 - 6,6)
<b>Cualquier Trastorno Mental Común</b>	<b>662</b>	<b>24,4</b>	<b>(22,8 - 26,07)</b>

## COMORBILIDAD

Cuando se analiza la comorbilidad diagnóstica, el 18,7% de la muestra, que corresponde al 76,7% de los casos, presentaba un diagnóstico en solo uno de los tres grupos estudiados. El 4,6% de la muestra, 18,9% de los casos, tenía dos diagnósticos, y 29 personas presentaban diagnósticos de los tres grupos estudiados (tabla 6).

**Tabla 6. Comorbilidad en trastornos mentales comunes (TMC), según criterio DSM-IV**

Número de diagnósticos según categoría	n	% (n=2.712)	Intervalo de confianza (95%)	% (n=662)
Un diagnóstico	508	18,7	(17, 27 - 20,25)	76,7%
Dos diagnósticos	125	4,6	(3,9 - 5,5)	18,9%
Tres diagnósticos	29	1,1	(0,7 - 1,5)	4,4%

### VI.3. ASOCIACIÓN ENTRE PRESENCIA DE UN DIAGNÓSTICO, SEGÚN CRITERIO DSM-IV, Y VARIABLES CLÍNICAS DE LA MUESTRA.

Se incluyeron variables que dan cuenta de antecedentes mórbidos y/o de conductas de riesgo, de percepción actual de salud física y mental, de presencia de patología, dolencia y/o discapacidad en el sujeto o en un cercano, y consumo problemático de alcohol. Las variables fueron sometidas a prueba de hipótesis usando t de *student*, para las variables continuas;  $\chi^2$  para variables categóricas; y prueba exacta de Fischer para tablas de contingencia que incluyeran valores menores a cinco observaciones en alguna de las casillas. Los resultados se entregan por grupo diagnóstico y para el conjunto de los trastornos mentales comunes.

#### Trastornos de ansiedad

Del conjunto de trastornos de ansiedad, cuando se analiza su relación con variables clínicas, se observaron diferencias estadísticamente significativas en quienes tenían antecedentes de depresión a lo largo de la vida ( $p=0,00$ ); presencia de enfermedad, dolencia o discapacidad de larga evolución ( $p=0,00$ ); antecedentes de uso de drogas a lo largo de la vida ( $p=0,00$ ); antecedentes de problemas emocionales en la familia ( $p=0,00$ ); antecedentes de abuso psicológico ( $p=0,00$ ) y sexual ( $p=0,00$ ) en la infancia; presencia de problemas físicos, psicológicos, con drogas y/o discapacidad en personas cercanas ( $p=0,00$ ); y una más baja percepción de salud física ( $p=0,00$ ) y de salud mental ( $p=0,00$ ) (tabla 7).



**Tabla 7. Prevalencias de doce meses de algún trastorno de ansiedad, según criterio DSM-IV, y su asociación con características clínicas**

Variable	Trastornos de Ansiedad				p
	No (n=2.407)		Si (n=305)		
	N	%	n	%	
<b>Antecedentes de depresión a lo largo de la vida***</b>					
No	1.110	46,1	60	19,7	0,00 ***
Si	1.296	53,9	245	80,3	
<b>Presencia de enfermedad, dolencia o discapacidad de larga evolución**</b>					
No	1.518	63,1	141	46,2	0,00 ***
Si	889	36,9	164	53,8	
<b>Problemas con el alcohol a lo largo de la vida**</b>					
No	2.229	92,6	279	91,5	0,48
Si	178	7,4	26	85,0	
<b>Consumo de riesgo de alcohol últimos seis meses (AUDIT)**</b>					
No	2.325	96,6	291	95,4	0,29
Si	82	3,4	14	14,0	
<b>Antecedentes de uso de drogas a lo largo de la vida**</b>					
No	2.334	97,0	286	93,8	0,00 ***
Si	72	3,0	19	6,2	
<b>Antecedentes de problemas emocionales en la familia**</b>					
Sin antecedentes	1.857	77,1	195	63,9	0,00 ***
Con antecedentes	550	22,9	110	36,1	
<b>Antecedentes de suicidio en la familia**</b>					
Sin antecedentes	2.340	97,2	296	97,0	0,85
Con antecedentes	67	2,8	9	3,0	
<b>Antecedentes de abuso psicológico en la infancia**</b>					
Sin antecedentes	1.658	68,9	149	49,0	0,00 ***
Con antecedentes	748	31,1	155	51,0	
<b>Antecedentes de abuso sexual en la infancia**</b>					
Sin antecedentes	2.243	93,3	230	75,7	0,00 ***
Con antecedentes	162	6,7	74	24,3	
<b>Problemas físicos, psicológicos, con drogas y/o discapacidad en personas cercanas**</b>					
Ninguno	1.340	55,7	115	37,7	0,00 ***
Uno	600	24,9	87	28,5	
Más de uno	467	19,4	103	33,8	
<b>Autopercepción de salud física*</b>	2.398	45,1 (±10,4)	302	41,8 (±11,2)	0,00 ***
<b>Autopercepción de salud mental*</b>	2.398	48,4 (±12,1)	302	40,1 (±13,6)	0,00 ***

\* Prueba t Student    \*\*  $\chi^2$

## Trastornos depresivos

Cuando se analizan los trastornos depresivos y su relación con variables clínicas, se hallaron diferencias estadísticamente significativas en quienes tenían antecedentes de depresión a lo largo de la vida ( $p=0,00$ ); presentaban una enfermedad, dolencia o discapacidad de larga evolución ( $p=0,00$ ); con antecedentes de uso de drogas a lo largo de la vida ( $p=0,00$ ); con antecedentes de problemas emocionales en la familia ( $p=0,00$ ); antecedentes de suicidio en la familia ( $p=0,05$ ); antecedentes de abuso psicológico ( $p=0,00$ ) y sexual ( $p=0,00$ ) en la infancia; presencia de problemas físicos, psicológicos, con drogas y/o discapacidad en personas cercanas ( $p=0,00$ ); y peor percepción de salud física ( $p=0,00$ ) y de salud mental ( $p=0,00$ ) (tabla 8).

**Tabla 8. Prevalencias de doce meses de algún trastorno del ánimo, según criterio DSM-IV, y su asociación con características clínicas**

Variable	Trastornos Depresivos				p	
	No (n=2.348)		Si (n=364)			
	n	%	n	%		
<b>Antecedentes de depresión a lo largo de la vida***</b>						
No	1.168	49,8	2	0,5	0,00	***
Si	1.179	50,2	362	99,5		
<b>Presencia de enfermedad, dolencia o discapacidad de larga evolución**</b>						
No	1.462	62,3	197	54,1	0,00	***
Si	886	37,7	167	45,9		
<b>Problemas con el alcohol a lo largo de la vida**</b>						
No	2.173	92,5	335	92,0	0,72	
Si	175	7,5	29	8,0		
<b>Consumo de riesgo de alcohol últimos seis meses (AUDIT)**</b>						
No	2.269	96,6	347	95,3	0,21	
Si	79	3,4	17	4,7		
<b>Antecedentes de uso de drogas a lo largo de la vida**</b>						
No	2.278	97,1	342	94,0	0,00	***
Si	69	2,9	22	6,0		
<b>Antecedentes de problemas emocionales en la familia**</b>						
Sin antecedentes	1.804	76,8	248	68,1	0,00	***
Con antecedentes	544	23,2	116	31,9		
<b>Antecedentes de suicidio en la familia**</b>						
Sin antecedentes	2.288	97,4	348	95,6	0,05	**
Con antecedentes	60	2,6	16	4,4		

<b>Antecedentes de abuso psicológico en la infancia**</b>						
Sin antecedentes	1.605	68,4	202	55,6	0,00	***
Con antecedentes	742	31,6	161	44,4		
<b>Antecedentes de abuso sexual en la infancia**</b>						
Sin antecedentes	2.170	92,5	303	83,5	0,00	***
Con antecedentes	176	7,5	60	16,5		
<b>Problemas físicos, psicológicos, con drogas y/o discapacidad en personas cercanas**</b>						
Ninguno	1.303	55,5	152	41,8	0,00	***
Uno	577	24,6	110	30,2		
Más de uno	468	19,9	102	28,0		
<b>Autopercepción de salud física*</b>	2.337	45,07 (±10,4)	363	42,75 (±11,0)	0,00	***
<b>Autopercepción de salud mental*</b>	2.337	49,18 (±11,6)	363	36,8 (±13,4)	0,00	***

\* Prueba t Student \*\* X2 \*\*\* Prueba de Fisher

### Trastornos somatomorfos

En este grupo diagnóstico se observaron diferencias estadísticamente significativas entre quienes tenían antecedentes de depresión a lo largo de la vida ( $p=0,00$ ); presentaban una enfermedad, dolencia o discapacidad de larga evolución ( $p=0,00$ ); reportaron haber tenido problemas con el alcohol a lo largo de la vida ( $p=0,09$ ); con antecedentes de problemas emocionales en la familia ( $p=0,00$ ); antecedentes de abuso psicológico ( $p=0,00$ ) y sexual ( $p=0,00$ ) en la infancia; presencia de problemas físicos, psicológicos, con drogas y/o discapacidad en personas cercanas ( $p=0,00$ ); y una más baja percepción de salud física ( $p=0,00$ ) y de salud mental ( $p=0,00$ ) (tabla 9).

**Tabla 9. Prevalencias de doce meses de algún trastorno somatomorfo, según criterio DSM-IV, y su asociación con características clínicas**

Variable	Trastornos Somatomorfos				p
	No (n=2.536)		Si (n=176)		
	n	%	n	%	
<b>Antecedentes de depresión a lo largo de la vida**</b>					
No	1.152	45,4	18	10,2	0,00 ***
Si	1.383	54,6	158	89,8	
<b>Presencia de enfermedad, dolencia o discapacidad de larga evolución**</b>					
No	1.579	62,3	80	45,5	0,00 ***
Si	957	37,7	96	54,5	

<b>Problemas con el alcohol a lo largo de la vida**</b>					
No	2.351	92,7	157	89,2	0,09 *
Si	185	7,3	19	10,8	
<b>Consumo de riesgo de alcohol últimos seis meses (AUDIT)**</b>					
No	2.447	96,5	169	96,0	0,74
Si	89	3,5	7	4,0	
<b>Antecedentes de uso de drogas a lo largo de la vida**</b>					
No	2.452	96,7	168	95,5	0,36
Si	83	3,3	8	4,5	
<b>Antecedentes de problemas emocionales en la familia**</b>					
Sin antecedentes	1.936	76,3	116	65,9	0,00 ***
Con antecedentes	600	23,7	60	34,1	
<b>Antecedentes de suicidio en la familia**</b>					
Sin antecedentes	2.468	97,3	168	95,5	0,14
Con antecedentes	68	2,7	8	4,5	
<b>Antecedentes de abuso psicológico en la infancia**</b>					
Sin antecedentes	1.716	67,7	91	52,0	0,00 ***
Con antecedentes	819	32,3	84	48,0	
<b>Antecedentes de abuso sexual en la infancia**</b>					
Sin antecedentes	2.333	92,1	140	80,0	0,00 ***
Con antecedentes	201	7,9	35	20,0	
<b>Problemas físicos, psicológicos, con drogas y/o discapacidad en personas cercanas**</b>					
Ninguno	1.390	54,8	65	36,9	0,00 ***
Uno	635	25,0	52	29,5	
Más de uno	511	20,1	59	33,5	
<b>Autopercepción de salud física*</b>					
	2.525	45,05 (±10,4)	175	40,63 (±10,7)	0,00 ***
<b>Autopercepción de salud mental*</b>					
	2.525	48,26 (±12,2)	175	36,70 (±13,2)	0,00 ***

\* Prueba t Student \*\* X2

## Trastornos mentales comunes

Cuando se considera la presencia de un diagnóstico en su conjunto y se analiza su relación con variables clínicas, se observaron diferencias estadísticamente significativas en quienes tenían antecedentes de depresión durante la vida ( $p=0,00$ ); presentaban una enfermedad, dolencia o discapacidad de larga evolución ( $p=0,00$ ); tenían antecedentes de uso de drogas a lo largo de la vida ( $p=0,001$ ); antecedentes de problemas emocionales en la familia ( $p=0,00$ ); antecedentes de suicidio en la familia ( $p=0,029$ ); antecedentes de abuso

psicológico ( $p=0,00$ ) y sexual en la infancia ( $p=0,00$ ); presencia de problemas físicos, psicológicos, con drogas y/o discapacidad en personas cercanas ( $p=0,00$ ); y una menor percepción de salud física ( $p=0,00$ ) y de salud mental ( $p=0,00$ ) (tabla 10).

**Tabla 10. Prevalencias de doce meses de trastornos mentales comunes (TMC), según criterio DSM-IV, y características clínicas**

Variables clínicas	Trastornos Mentales Comunes				p	
	No (n=2.050)		SI (n=662)			
	n	%	n	%		
<b>Antecedentes de depresión a lo largo de la vida***</b>						
No	1.093	53,3	77	11,6	0,00	***
Si	956	46,6	585	88,4		
<b>Presencia de enfermedad, dolencia o discapacidad de larga evolución**</b>						
No	1.322	64,5	337	50,9	0,00	***
Si	728	35,5	325	49,1		
<b>Problemas con el alcohol a lo largo de la vida**</b>						
Sin problemas	1.091	53,2	607	91,7	0,39	
Con problemas	149	7,3	66	10,0		
<b>Consumo de riesgo de alcohol últimos seis meses (AUDIT)**</b>						
No	1.982	96,7	634	95,8	0,27	
Si	68	3,3	28	4,2		
<b>Antecedentes de uso de drogas a lo largo de la vida**</b>						
Sin antecedentes	1.994	97,3	626	94,6	0,001	***
Con antecedentes	55	2,7	36	5,4		
<b>Antecedentes de problemas emocionales en la familia**</b>						
Sin antecedentes	1.617	78,9	435	65,7	0,00	***
Con antecedentes	433	21,1	227	34,3		
<b>Antecedentes de suicidio en la familia**</b>						
Sin antecedentes	2.001	97,6	635	95,9	0,029	**
Con antecedentes	49	2,4	27	4,1		
<b>Antecedentes de abuso psicológico en la infancia**</b>						
Sin antecedentes	1.452	70,8	355	53,6	0,00	***
Con antecedentes	597	29,1	306	46,2		
<b>Antecedentes de abuso sexual en la infancia**</b>						
Sin antecedentes	1.935	94,4	538	81,3	0,00	***
Con antecedentes	113	5,5	123	18,6		
<b>Problemas físicos, psicológicos, con drogas y/o discapacidad en personas cercanas**</b>						
Ninguno	1.185	57,8%	270	40,8%	0,00	***
Uno	484	23,6%	203	30,7%		
Más de uno	381	18,6%	189	28,5%		
<b>Percepción salud física (SF 12)*</b>	2.041	45,52 ( $\pm 10,2$ )	659	42,4 ( $\pm 11,0$ )	0,00	***
<b>Percepción mental (SF 12)*</b>	2.041	50,21 ( $\pm 11,0$ )	659	39,2 ( $\pm 13,4$ )	0,00	***

\* Prueba t Student \*\* X2

#### VI.4. ASOCIACIÓN ENTRE PRESENCIA DE UN DIAGNÓSTICO, SEGÚN CRITERIO DSM-IV, Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA.

Se incluyeron las variables de sexo y edad, esta última como una variable continua, nivel educacional, estado civil al momento de la entrevista, situación de pareja, de empleo, de convivencia en el hogar, posesión de la vivienda que habitaba, y pertenencia a pueblo originario. Se dejaron fuera del análisis la nacionalidad, porque el número de personas nacidas en el extranjero era muy bajo (0,4%); y la categoría ocupacional, porque si bien se contaba con información de 837 personas, las categorías definidas originalmente mostraban una importante dispersión y los criterios de recodificación no eran claros. Los resultados se entregan por grupo diagnóstico y para el conjunto de los trastornos mentales comunes.

##### Trastornos de ansiedad

Con relación a las variables sociodemográficas y la presencia de ansiedad, se observaron diferencias estadísticamente significativas en relación con el sexo ( $p=0,00$ ); y la posesión de la vivienda en que habita ( $p=0,08$ ). Lo anterior sugiere que las mujeres y quienes no cuentan con vivienda propia presentan mayor probabilidad de tener algún trastorno de ansiedad (tabla 11).

**Tabla 11. Prevalencias de doce meses de trastornos de ansiedad, según criterio DSM-IV, y características sociodemográficas.**

Variable	Trastornos de ansiedad				p	
	NO (n=2.407)		SI (n=305)			
	n	%	n	%		
<b>Sexo**</b>						
Masculino	685	28,5	48	15,7	0,00	***
Femenino	1.722	71,5	257	84,3		
<b>Edad*</b>	2.407	45,69 ( $\pm 16,3$ )	305	44,13 ( $\pm 14,5$ )	0,11	
<b>Nivel educacional**</b>						
Básica o sin escolaridad	1.091	45,4	143	46,9		
Secundaria	934	38,8	114	37,4	0,31	
Superior	82	3,4	5	1,6		
Otra	298	12,4	43	14,1		

<b>Estado civil actual**</b>					
Casado(a), conviviente	1.310	54,4	172	56,4	
Separado(a), viudo(a), anulado(a)	438	18,2	53	17,4	0,80
Soltero(a) / Nunca casado(a)	659	27,4	80	26,2	
<b>Situación de pareja**</b>					
Con pareja y/o cónyuge	1.310	54,4	133	43,6	0,51
Sin pareja	1.097	45,6	172	56,4	
<b>Situación de empleo**</b>					
Ocupado - Estudiante a tiempo completo	916	38,1	113	37,0	
Inactivo, retirado, jubilado	268	11,1	29	9,5	0,34
Cesante / buscando empleo	262	10,9	27	8,9	
Dueña de casa	961	39,9	136	45	
<b>Vivienda***</b>					
Propia, paga dividendo	1.573	65,4	183	60,2	0,08 *
Otra	834	34,6	121	40,0	
<b>Convivencia en el hogar**</b>					
Vive solo	2.306	95,8	294	96,4	0,62
Vive acompañado	101	4,2	11	3,6	
<b>Pertenencia a pueblo originario**</b>					
Ninguna	2.354	97,8	296	97,0	0,41
Aymara, Rapa Nui, Mapuche, Otro	53	2,2	9	3,0	

\* Prueba t Student    \*\* X2    \*\*\* Prueba de Fisher

## Trastornos depresivos

En el grupo de los trastornos depresivos y su relación con variables sociodemográficas, los resultados sugieren mayor oportunidad de tener alguno de los diagnósticos en función del sexo, donde se observaron diferencias estadísticamente significativas en relación con ser mujer ( $p=0,00$ ); el estado civil actual, en el sentido de que separados, viudos y/o anulados presentan mayor prevalencia en comparación con las personas casadas; y con la situación de empleo o estudio de tiempo completo ( $p=0,00$ ) (tabla 12).

**Tabla 12. Prevalencias de doce meses de trastornos depresivos, según criterio DSM-IV, y características sociodemográficas.**

Variable	Trastornos depresivos				p	
	NO (n=2.348)		SI (n=364)			
	n	%	n	%		
<b>Sexo**</b>						
Masculino	680	29,0	53	14,6	0,00	***
Femenino	1.668	71,0	311	85,4		
<b>Edad*</b>						
	2.348	45,57 (±16,3)	364	45,15 (±15,0)	0,65	
<b>Nivel educacional**</b>						
Básica o sin escolaridad	1.070	45,6	164	45,1	0,83	
Secundaria	903	38,5	145	39,8		
Superior	78	3,3	9	2,5		
Otra	295	12,6	46	12,6		
<b>Estado civil actual**</b>						
Casado(a), conviviente	1.286	54,8	196	53,8	0,02	**
Separado(a), viudo(a), anulado(a)	408	17,4	83	22,8		
Soltero(a) / Nunca casado(a)	654	27,9	85	23,4		
<b>Situación de pareja**</b>						
Con pareja y/o cónyuge	1.376	58,6	213	55,8	0,97	
Sin pareja	972	41,4	151	41,5		
<b>Situación de empleo**</b>						
Ocupado - Estudiante a tiempo completo	904	38,5	125	34,3	0,00	***
Inactivo, retirado, jubilado	268	11,4	27	7,4		
Cesante / buscando empleo	261	11,1	30	8,2		
Dueña de casa	915	39,0	182	50,0		
<b>Vivienda**</b>						
Propia, paga dividendo	1.531	65,2	225	62,0	0,23	
Otra	817	34,8	138	38,0		
<b>Convivencia en el hogar**</b>						
Vive solo	92	3,9	344	94,5	0,15	
Vive acompañado	2.256	96,1	20	5,5		
<b>Pertenencia a pueblo originario**</b>						
Ninguna	2.296	97,8	354	97,3	0,57	
Aymara, Rapa Nui, Mapuche, Otro	52	2,2	10	2,7		

\* Prueba t Student \*\* X2 \*\*\* Prueba de Fisher

### Trastornos somatomorfos

En el análisis de los trastornos somatomorfos y su relación con variables sociodemográficas, se observaron diferencias estadísticamente significativas en relación con el sexo ( $p=0,00$ ) donde las mujeres representan el 88,1% de los casos; con la situación de empleo ( $p=0,00$ ),



en que dueñas de casa y personas empleadas o que estudian tiempo completo presentan más cuadros somatomorfos; y con relación a la posesión de la vivienda en que reside ( $p=0,02$ ), quienes no poseen vivienda propia presentan mayor probabilidad de tener el diagnóstico (tabla 13).

**Tabla 13. Prevalencias de doce meses de trastornos somatomorfos, según criterio DSM-IV, y características sociodemográficas.**

Variable	Trastornos somatomorfos				p	
	NO (n=2.536)		SI (n=176)			
	n	%	n	%		
<b>Sexo**</b>						
Masculino	712	28,1	21	11,9	0,00	***
Femenino	1.824	71,9	155	88,1		
<b>Edad*</b>						
	2.536	45,49 (±16,3)	176	45,88 (±12,9)	0,75	
<b>Nivel educacional**</b>						
Básica o sin escolaridad	1.165	46,0	69	39,2	0,30	
Secundaria	973	38,4	75	42,6		
Superior	82	3,2	5	2,8		
Otra	314	12,4	27	15,3		
<b>Estado civil actual***</b>						
Casado(a), conviviente	1.385	54,6	97	55,1	0,08	
Separado(a), viudo(a), anulado(a)	450	17,7	41	23,3		
Soltero(a) / Nunca casado(a)	701	27,6	38	21,6		
<b>Situación de pareja**</b>						
Con pareja y/o cónyuge	1.151	45,4	79	44,9	0,89	
Sin pareja	1.385	54,6	97	55,1		
<b>Situación de empleo**</b>						
Ocupado - Estudiante a tiempo completo	967	38,1	62	35,2	0,00	***
Inactivo, retirado, jubilado	289	11,4	6	3,4		
Cesante / buscando empleo	271	10,7	20	11,4		
Dueña de casa	1.009	39,8	88	50,0		
<b>Vivienda***</b>						
Propia, paga dividendo	1.657	65,3	99	56,9	0,02	**
Otra	879	34,7	76	43,0		
<b>Convivencia en el hogar**</b>						
Vive solo	2.434	96,0	166	94,3	0,28	
Vive acompañado	102	4,0	10	5,7		
<b>Pertenencia a pueblo originario**</b>						
Ninguna	2.479	97,8	171	97,2	0,61	
Aymara, Rapa Nui, Mapuche, Otro	57	2,2	5	2,8		

\* Prueba t Student \*\* X<sup>2</sup>

## Trastornos mentales comunes

Con relación a las variables sociodemográficas y la presencia de un trastorno mental común, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación con el sexo ( $p=0,00$ ), la edad ( $p=0,00$ ), el estado civil actual ( $p=0,003$ ), y la situación de empleo ( $p=0,00$ ); estas diferencias muestra que las mujeres, los más jóvenes, las personas separadas, viudas o anuladas, y las dueñas de casa, presentan prevalencias más elevadas de trastornos mentales comunes (tabla 14). Aquí cabe comentar que el 60,8% de las personas que presentan un trastorno mental común son menores de 50 años.

**Tabla 14. Prevalencias de doce meses de trastornos mentales comunes (TMC), según criterio DSM-IV, y características sociodemográficas.**

Variables sociodemográficas	Trastornos Mentales Comunes				p	
	NO (n=2050)		SI (n=662)			
	n	%	n	%		
<b>Sexo**</b>						
Masculino	632	30,8	101	15,3	0,00	***
Femenino	1.418	69,2	561	84,7		
<b>Edad*</b>	45,70 ( $\pm 16,58$ )		44,93 ( $\pm 14,71$ )		0,00	***
<b>Nivel educacional**</b>						
Básica o sin escolaridad	932	45,5	302	45,6	0,46	
Secundaria	788	38,4	260	39,3		
Superior	72	3,5	15	2,3		
Otra	256	12,5	85	12,8		
<b>Estado civil actual***</b>						
Casado(a), conviviente	1.124	54,8	358	54,1	0,003	***
Separado(a), viudo(a), anulado(a)	348	17,0	143	21,6		
Soltero(a) / Nunca casado(a)	578	28,2	161	24,3		
<b>Situación de pareja**</b>						
Con pareja y/o cónyuge	1.201	58,6	388	58,6	0,99	
Sin pareja	849	41,4	274	41,4		
<b>Situación de empleo**</b>						
Ocupado - Estudiante a tiempo completo	790	38,5	239	36,1	0,00	***
Inactivo, retirado, jubilado	244	11,9	51	7,7		
Cesante / buscando empleo	232	11,3	59	8,9		
Dueña de casa	784	38,2	313	47,3		
<b>Vivienda***</b>						
Propia, paga dividendo	1.348	65,8	408	61,6	0,21	
Otra	702	34,2	253	38,2		
<b>Convivencia en el hogar**</b>						
Vive solo	82	4,0	30	4,5	0,55	
Vive acompañado	1.968	96,0	632	95,5		

<b>Pertenencia a pueblo originario***</b>					
Ninguna	2.004	97,8	646	97,6	0,53
Aymara, Rapa Nui, Mapuche, Otro	46	2,2	16	2,4	

\* Prueba t Student    \*\* X2

## **VI.5. ASOCIACIÓN ENTRE PRESENCIA DE UN DIAGNÓSTICO, SEGÚN CRITERIO DSM-IV, Y VARIABLES PSICOSOCIALES DE LA MUESTRA.**

Se incluyeron las variables eventos vitales estresantes, experiencias de discriminación, tener o no una concepción religiosa o espiritual de la vida, percepción de apoyo social de familiares y amigos, tener problemas financieros, la satisfacción con la situación en el hogar, la percepción de control para realizar sus actividades en el trabajo no remunerado y remunerado, la percepción de apoyo y de ser respetado en el trabajo remunerado, si tiene dificultades para relacionarse con las personas, y la satisfacción con la relación de pareja actual y con la vida sexual, y con el barrio en el que vive, así como la percepción de seguridad en el barrio. En las variables asociadas al trabajo remunerado, se consideraron solo los casos que reportaron estar trabajando. Los resultados se entregan por grupo diagnóstico y para el conjunto de los trastornos mentales comunes.

### **Trastornos de ansiedad**

Con relación a las variables psicosociales y la presencia de un trastorno de ansiedad, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación con los eventos vitales estresantes ( $p=0,00$ ), donde los hallazgos sugieren mayor probabilidad de diagnóstico en personas que han vivenciado más de un evento; con la satisfacción con la situación en el hogar ( $p=0,00$ ), donde se observa mayor prevalencia en quienes se reportan satisfechos;

con tener problemas financieros ( $p=0,00$ ); con la percepción de control para realizar sus actividades en el trabajo no remunerado ( $p=0,02$ ); con no percibir apoyo al realizar actividades en el trabajo remunerado ( $p=0,05$ ), y no percibirse respetado en éste ( $p=0,00$ ); en quienes reportan dificultades para relacionarse con las personas ( $p=0,00$ ); con la satisfacción con la relación de pareja actual ( $p=0,02$ ) y con la vida sexual ( $p=0,00$ ), donde se observan mayores prevalencias en quienes reportan tener pareja; en quienes perciben satisfacción con el barrio en el que viven ( $p=0,01$ ); en la percepción de seguridad en el barrio, donde quienes manifiestan inseguridad presentan mayor probabilidad de tener algún trastorno de ansiedad ( $p=0,00$ ). El análisis también reporta mayores prevalencias en quienes habían vivenciado al menos una experiencia de discriminación ( $p=0,00$ ); y tenían una menor percepción de apoyo social de familiares y amigos ( $p=0,00$ ) (tabla 15).

**Tabla 15. Prevalencias de doce meses de trastornos ansiosos, según criterio DSM-IV, y variables psicosociales**

Variable	Trastornos de Ansiedad				p	
	No (n=2.407)		Si (n=305)			
	n	%	n	%		
<b>Eventos vitales estresantes**</b>						
Ninguno	805	33,5	60	19,7	0,00	***
Uno	647	26,9	61	20,0		
Más de uno	954	39,7	184	60,3		
<b>Satisfacción con la situación en el hogar**</b>						
Insatisfecho	307	12,8	71	23,4	0,00	***
Ni satisfecho ni insatisfecho	603	25,1	87	28,7		
Satisfecho	1.493	62,1	145	47,9		
<b>Problemas financieros**</b>						
Dificultades	1.467	61,0	219	71,8	0,00	***
Confortable	937	39,0	86	28,2		
<b>Percepción de control en el trabajo no remunerado**</b>						
Percibe control sobre su trabajo	2.294	95,3	279	91,5	0,02	**
Percibe control parcial sobre su trabajo	73	3,0	16	5,2		
No percibe control sobre su trabajo	40	1,7	10	3,3		
<b>Percepción de control en el trabajo remunerado</b>						
Con control	483	66,5	54	57,4	0.20	
Control parcial	109	15,0	17	18,1		
Sin control	134	18,5	23	24,5		

<b>Percepción de apoyo en el trabajo remunerado**</b>						
Sin apoyo	62	8,5	14	14,9	0,05	**
Con apoyo	664	91,5	80	85,1		
<b>Percepción de ser respetado en su trabajo remunerado**</b>						
No se percibe respetado	74	10,2	26	27,7	0,00	***
Se percibe respetado	652	89,8	68	72,3		
<b>Dificultades para relacionarse con las personas**</b>						
Sin dificultades	2.315	96,2	247	81,0	0,00	***
Con dificultades	92	3,8	58	19,0		
<b>Satisfacción con su relación de pareja actual**</b>						
Sin compañero / pareja	737	30,6	76	24,9	0,02	**
Insatisfecho	290	12,0	51	16,7		
Satisfecho	1.380	57,3	178	58,4		
<b>Satisfacción con su vida sexual**</b>						
Sin compañero / pareja	61	2,5	10	3,3	0,00	***
Insatisfecho	398	16,5	78	25,6		
Satisfecho	1.948	80,9	217	71,7		
<b>Satisfacción con el barrio en el que vive**</b>						
Insatisfecho	319	13,3	58	19,1	0,01	**
Satisfecho	1.719	71,4	193	63,5		
Ni lo uno ni lo otro	368	15,3	53	17,4		
<b>Percepción de seguridad en el barrio**</b>						
No se siente seguro	286	11,9	58	19,1	0,00	***
Se siente seguro	2.120	88,1	246	80,9		
<b>Experiencias de discriminación**</b>						
Ninguna	2.154	89,5	223	73,1	0,00	***
Una	192	8,0	48	15,7		
Más de una	61	2,5	34	11,1		
<b>Concepción religiosa o espiritual de la vida**</b>						
No la tiene	146	6,1	17	5,6	0,73	
Si la tiene	2.261	93,9	288	94,4		
<b>Percepción de apoyo social de familiares y amigos*</b>						
	2.407	6,06 (±1,80)	305	5,72 (±2,05)	0,00	***

\* Prueba t Student \*\* X2

## Trastornos depresivos

Con relación a las variables psicosociales y la presencia de un trastorno depresivo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación con los eventos vitales estresantes ( $p=0,00$ ), con mayor prevalencia en quienes habían experimentado más de uno en los últimos seis meses; con la satisfacción con la situación en el hogar ( $p=0,00$ ); tener

problemas financieros ( $p=0,00$ ); la percepción de control para realizar sus actividades en el trabajo no remunerado ( $p=0,02$ ); la percepción de apoyo ( $p=0,00$ ) y de ser respetado ( $p=0,00$ ) en el trabajo remunerado; reportar dificultades para relacionarse con las personas ( $p=0,00$ ); la satisfacción con la relación de pareja actual ( $p=0,00$ ), y con la vida sexual ( $p=0,00$ ); satisfacción con el barrio en el que vive ( $p=0,01$ ); percepción de seguridad en el barrio ( $p=0,00$ ); experiencias de discriminación ( $p=0,00$ ); y una menor percepción de apoyo social de familiares y amigos ( $p=0,00$ ) (tabla 16).

**Tabla 16. Prevalencias de doce meses de trastornos depresivos, según criterio DSM-IV, y variables psicosociales**

Variable	Trastornos Depresivos				p	
	No		Si			
	n	%	n	%		
<b>Eventos vitales estresantes**</b>						
Ninguno	795	33,9	70	19,2	0,00	***
Uno	624	26,6	84	23,1		
Más de uno	928	39,5	210	57,7		
<b>Satisfacción con la situación en el hogar**</b>						
Insatisfecho	298	12,7	80	22,0	0,00	***
Ni satisfecho ni insatisfecho	575	24,5	115	31,7		
Satisfecho	1.470	62,7	168	46,3		
<b>Problemas financieros**</b>						
Dificultades	1.429	60,9	257	70,6	0,00	***
Confortable	916	39,1	107	29,4		
<b>Percepción de control en el trabajo no remunerado**</b>						
Percibe control sobre su trabajo	2.238	95,3	335	92,0	0,02	**
Percibe control parcial sobre su trabajo	72	3,1	17	4,7		
No percibe control sobre su trabajo	38	1,6	12	3,3		
<b>Percepción de control en el trabajo remunerado**</b>						
Con control	474	65,6	63	64,9	0,99	
Control parcial	111	15,4	15	15,5		
Sin control	138	19,1	19	19,6		
<b>Percepción de apoyo en el trabajo remunerado**</b>						
Sin apoyo	61	8,4	15	15,5	0,00	***
Con apoyo	662	91,6	82	84,5		
<b>Percepción de ser respetado en su trabajo remunerado**</b>						
No se percibe respetado	70	9,7	30	30,9	0,00	***
Se percibe respetado	653	90,3	67	69,1		

<b>Dificultades para relacionarse con las personas**</b>					0,00	***
Sin dificultades	2.240	95,4	322	88,5		
Con dificultades	108	4,6	42	11,5		
<b>Satisfacción con su relación de pareja actual**</b>						
Sin compañero / pareja	696	29,8	99	27,3	0,00	***
Insatisfecho	263	11,3	78	21,5		
Satisfecho	1.373	58,9	185	51,1		
<b>Satisfacción con su vida sexual**</b>						
Sin compañero / pareja	64	2,7	7	1,9	0,00	***
Insatisfecho	384	16,4	92	25,3		
Satisfecho	1.900	80,9	265	72,8		
<b>Satisfacción con el barrio en el que vive**</b>						
Insatisfecho	314	13,4	63	17,4	0,01	**
Satisfecho	1.681	71,6	231	63,6		
Ni lo uno ni lo otro	352	15,0	69	19,0		
<b>Percepción de seguridad en el barrio**</b>						
No se siente seguro	271	11,5	73	20,1	0,00	***
Se siente seguro	2.077	88,5	291	79,1		
<b>Experiencias de discriminación**</b>						
Ninguna	2.086	88,8	291	79,9	0,00	***
Una	198	8,4	42	11,5		
Más de una	64	2,7	31	8,5		
<b>Concepción religiosa o espiritual de la vida**</b>						
No la tiene	140	6,0	23	6,3	0,79	
Si la tiene	2.208	94,0	341	93,7		
<b>Percepción de apoyo social de familiares y amigos*</b>						
	2.348	6,07 (±1,78)	364	5,67 (± 2,1)	0,00	***

\* Prueba t Student \*\* X2

## Trastornos somatomorfos

Con relación a las variables psicosociales y la presencia de un trastorno somatomorfo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación con los eventos vitales estresantes, encontrando una prevalencia elevada en personas que manifiestan haber tenido dos o más eventos ( $p=0,00$ ); satisfacción con la situación en el hogar ( $p=0,00$ ); tener problemas financieros ( $p=0,00$ ); la percepción de control para realizar sus actividades en el trabajo no remunerado ( $p=0,00$ ); percepción de apoyo ( $p=0,00$ ) y de ser respetado ( $p=0,00$ ) en el trabajo remunerado; satisfacción con la vida sexual ( $p=0,00$ ); percepción de seguridad

en el barrio ( $p=0,01$ ); experiencias de discriminación ( $p=0,00$ ); y percepción de apoyo social de familiares y amigos ( $p=0,00$ ) (tabla 17).

**Tabla 17. Prevalencias de doce meses de trastornos somatomorfos, según criterio DSM-IV, y variables psicosociales**

Variable	Trastornos Somatomorfos				p	
	No		Si			
	n	%	n	%		
<b>Eventos vitales estresantes**</b>						
Ninguno	837	33,0	28	15,9	0,00	***
Uno	669	26,4	39	22,2		
Más de uno	1.029	40,6	109	61,9		
<b>Satisfacción con la situación en el hogar**</b>						
Insatisfecho	335	43,0	43	24,4	0,00	***
Ni satisfecho ni insatisfecho	626	24,7	64	36,4		
Satisfecho	1.569	62,0	69	39,2		
<b>Problemas financieros**</b>						
Dificultades	1.545	61,0	141	80,1	0,00	***
Confortable	988	39,0	35	19,9		
<b>Percepción de control en el trabajo no remunerado**</b>						
Percibe control sobre su trabajo	2.416	95,3	157	89,2	0,00	***
Percibe control parcial sobre su trabajo	76	3,0	13	7,4		
No percibe control sobre su trabajo	44	1,7	6	3,4		
<b>Percepción de control en el trabajo remunerado**</b>						
Con control	504	66,2	33	55,9	0,27	
Control parcial	114	15,0	12	20,3		
Sin control	143	18,8	14	23,7		
<b>Percepción de apoyo en el trabajo remunerado**</b>						
Sin apoyo	61	8,0	15	25,4	0,00	***
Con apoyo	700	92,0	44	74,6		
<b>Percepción de ser respetado en el trabajo remunerado**</b>						
No se percibe respetado	81	10,6	19	32,2	0,00	***
Se percibe respetado	680	89,4	40	67,8		
<b>Dificultades para relacionarse con las personas**</b>						
Sin dificultades	2.399	94,6	163	92,6	0,26	
Con dificultades	137	5,4	13	7,4		
<b>Satisfacción con su relación de pareja actual**</b>						
Sin compañero / pareja	770	30,4	43	24,4	0,11	
Insatisfecho	312	12,3	29	16,5		
Satisfecho	1.454	57,3	104	59,1		
<b>Satisfacción con su vida sexual***</b>						
Sin compañero / pareja	68	2,7	3	1,7	0,00	***
Insatisfecho	428	16,9	48	27,3		
Satisfecho	2.040	80,4	125	71,0		
<b>Satisfacción con el barrio en el que vive**</b>						
Insatisfecho	346	13,6	31	17,7	0,05	**
Satisfecho	1.803	71,1	109	62,3		
Ni lo uno ni lo otro	386	15,2	35	20,0		



<b>Percepción de seguridad en el barrio**</b>						
No se siente seguro	311	12,3	33	18,9	0,01	**
Se siente seguro	2.224	87,7	142	81,1		
<b>Experiencias de discriminación**</b>						
Ninguna	2.242	88,4	135	76,7	0,00	***
Una	210	8,3	30	17,0		
Más de una	84	3,3	11	6,3		
<b>Concepción religiosa o espiritual de la vida**</b>						
No la tiene	154	6,1	9	5,1	0,60	
Si la tiene	2.382	93,9	167	94,9		
<b>Percepción de apoyo social de familiares y amigos*</b>						
	2.536	6,05 (±1,81)	176	5,56 (±2,09)	0,00	***

\* Prueba t Student    \*\* X2    \*\*\* Prueba de Fisher

### Trastornos mentales comunes

Con relación a las variables psicosociales y la presencia de un trastorno mental común, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación con los eventos vitales estresantes, encontrando mayor probabilidad de presencia del diagnóstico entre las personas que refieren haber tenido dos o más antecedentes ( $p=0,00$ ); satisfacción con la situación en el hogar ( $p=0,00$ ); tener problemas financieros ( $p=0,00$ ); percepción de control para realizar sus actividades en el trabajo no remunerado ( $p=0,00$ ); percepción de apoyo ( $p=0,00$ ) y de ser respetado ( $p=0,00$ ) en el trabajo remunerado; dificultades para relacionarse con las personas ( $p=0,00$ ); la satisfacción con la relación de pareja actual ( $p=0,001$ ), y con la vida sexual ( $p=0,00$ ); satisfacción con el barrio en el que vive ( $p=0,001$ ); percepción de seguridad en el barrio ( $p=0,00$ ); experiencias de discriminación ( $p=0,00$ ); y percepción de apoyo social de familiares y amigos ( $p=0,00$ ) (tabla 18).

**Tabla 18. Prevalencias de doce meses de trastornos mentales comunes (TMC), según criterio DSM-IV, y variables psicosociales**

Variables psicosociales	Trastornos Mentales Comunes				
	No (n=2.050)		SI (n=662)		p
	n	%	n	%	
<b>Eventos vitales estresantes**</b>					
Ninguno	732	35,7	133	20,1	0,00 ***
Uno	561	27,4	147	22,2	
Más de uno	756	36,9	382	57,7	
<b>Satisfacción con la situación en su hogar**</b>					
Insatisfecho(a)	239	11,7	139	21,0	0,00 ***
Satisfecho(a)	1.325	64,6	313	47,3	
Ni satisfecho(a), ni insatisfecho(a)	483	23,6	207	31,3	
<b>Problemas financieros**</b>					
Con dificultades	1215	59,3	471	71,1	0,00 ***
Confortable	832	40,6	191	28,9	
<b>Percepción de control en el trabajo no remunerado**</b>					
Con control	1.965	95,9	608	91,8	0,00 ***
Control parcial	58	2,8	31	4,7	
Sin control	27	1,3	23	3,5	
<b>Percepción de control en el trabajo remunerado**</b>					
Con control	417	66,8	120	61,2	0,29
Control parcial	90	14,4	36	18,4	
Sin control	117	18,8	40	20,4	
<b>Percepción de apoyo en el trabajo remunerado**</b>					
Sin apoyo	45	7,2	31	15,8	0,00 ***
Con apoyo	576	92,8	165	84,2	
<b>Percepción de ser respetado en su trabajo remunerado**</b>					
No se percibe respetado	48	7,7	52	26,5	0,00 ***
Se percibe respetado	576	92,3	144	73,5	
<b>Dificultades para relacionarse con las personas**</b>					
Sin dificultades	1.979	96,5	583	88,1	0,00 ***
Con dificultades	71	3,5	79	11,9	
<b>Satisfacción con su relación de pareja actual**</b>					
Sin compañero / Pareja	618	30,1	177	26,7	0,001 ***
Insatisfecho(a)	230	11,2	111	16,8	
Satisfecho(a)	1.188	58,0	370	55,9	
<b>Satisfacción con su vida sexual actual**</b>					
Sin compañero / Pareja	55	2,7	16	2,4	0,00 ***
Insatisfecho(a)	318	15,5	158	23,9	
Satisfecho(a)	1.677	81,8	488	73,7	
<b>Satisfacción con el barrio en que vive**</b>					
Insatisfecho	265	12,9	112	16,9	0,001 ***
Satisfecho	1.484	72,4	428	64,7	
Ni lo uno ni lo otro	300	14,6	121	18,3	
<b>Percepción de seguridad en el barrio**</b>					
No se siente seguro	218	10,6	126	19,0	0,00 ***
Se siente seguro	1.831	89,3	535	80,8	

<b>Experiencias de discriminación**</b>					0,00	***
Ninguna	1.860	90,7	517	78,1		
Un evento	150	7,3	90	13,6		
Más de un evento	40	2,0	55	8,3		
<b>Concepción religiosa o espiritual de la vida**</b>						
No la tiene	129	6,3	31	4,7	0,13	
Si la tiene	1.921	93,7	628	94,9		
<b>Percepción de apoyo social de familiares y amigos</b>						
	2.050	6,12 (±1,74)	662	58,70 (±2,05)	0,00	***

\* Prueba t Student \*\* X2

## VI.6 ANALISIS MULTIVARIADO

Se construyó un modelo multivariado, usando un método de *stepwise* hacia adelante, para el conjunto de trastornos mentales comunes. A partir de los resultados del análisis bivariado, en el proceso de construcción del modelo se incluyeron las variables que cumplieran con dos condiciones: (a) relación estadísticamente significativa con la presencia de TMC, con nivel de significación  $\alpha=0.10$ ; y (b) presencia de datos completos para toda la muestra. En función de este último criterio, se dejó fuera aquellas variables asociadas al trabajo remunerado.

El modelo más parsimonioso para predecir la presencia de uno o más trastornos mentales comunes (tabla 19) incluyó las variables sexo, con mayor probabilidad al ser mujer; tener antecedentes de depresión; antecedentes de problemas emocionales en la familia; reportar dificultades para relacionarse con las demás personas; la percepción de salud física y mental, en el sentido de que al percibir un mejor estado de salud la probabilidad de tener un trastorno mental común disminuye; el percibir que no se tiene control sobre las actividades realizadas en su actividad no remunerada; el estar sin pareja, lo que disminuye la probabilidad de tener un diagnóstico; y una mayor probabilidad en quienes hayan experimentado dos o más situaciones de discriminación. La variación explicada por el modelo, usando  $R^2$  de *Nagelkerke*, es del 34%.

**Tabla 19. Modelo de regresión logística para la presencia de trastornos mentales comunes**

<b>Variable</b>	<b>OR</b>	<b>Intervalo de Confianza (95%)</b>	<b>p</b>
Sexo femenino	1,71	(1,31 - 2,22)	<0,001
Con antecedentes de depresión a lo largo de la vida	5,35	(4,08 - 6,99)	<0,001
Con antecedentes de problemas emocionales en la familia	1,34	(1,07 - 1,68)	0,010
Con dificultades para relacionarse con la gente	2,42	(1,64 - 3,58)	<0,001
Percepción salud física	0,98	(0,97 - 0,99)	<0,001
Percepción salud mental	0,95	(0,94 - 0,96)	<0,001
Percepción de control en el trabajo no remunerado			
Sin Control	2,39	(1,23 - 4,67)	0,010
Relación de pareja (Sin pareja)	0,78	(0,62 - 0,98)	0,033
Discriminación (Dos o más eventos)	1,91	(1,17 - 3,14)	0,010
Constante	0,48		
	<b>R<sup>2</sup> de Nagelkerke</b>	<b>0,34</b>	

## VI.7 ANALISIS ROC

El siguiente paso, para confirmar la capacidad de ajuste del modelo anterior, fue realizar un análisis de la curva ROC, o área bajo la curva, en el que una prueba que no discrimina tiene un área bajo la curva de 0.5 y una prueba perfecta tiene un área bajo la curva de 1.0. En este proceso, se consideraron los casos (valores observados) y se calculó el valor predicho (valores estimados por el modelo). Para este modelo, se encontró que el área bajo la curva es de 0.821 con un Intervalo de confianza, al 95%, de [0.803 - 0.838] (gráfico 1).

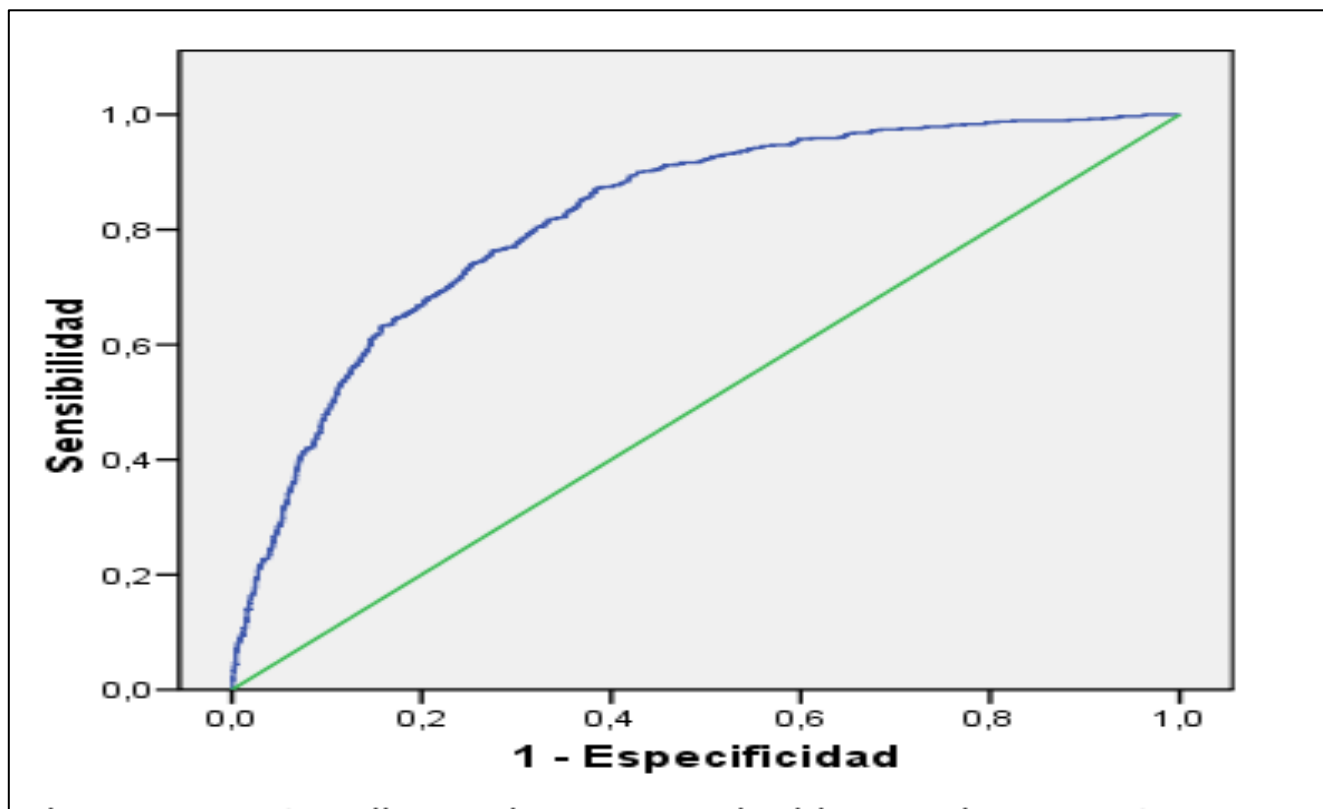
Para definir un punto de corte para diagnosticar a personas con riesgo de presentar un trastorno mental común que maximice tanto la sensibilidad como la especificidad, se calcularon estos indicadores, junto al porcentaje de casos correctamente clasificados, para los puntos de corte 0,5; 0,4 y 0,3. En la tabla 20 se observa que utilizar un punto de corte de

0.3 maximiza la especificidad y sensibilidad, lográndose una tasa de predicción correcta de 76.2%, superior a la tasa de 75.6% de predecir que ninguna persona presentaría un Trastorno Mental Común.

**Tabla 20. Análisis de especificidad vs sensibilidad de los modelos predictivos para trastornos mentales comunes en la comuna de Concepción**

Trastornos Mentales Comunes	Punto de corte		
	0,5	0,4	0,3
Especificidad	92,6	86,9	78,6
Sensibilidad	41,0	56,3	68,6
Tasa de predicción correcta	80,0	79,5	76,2
Tasa basal			75,6

**Gráfico 1. Curvas ROC para los Modelos Predictivos de Trastornos Mentales Comunes, según criterios DSM-IV**



## **VI.8 ANALISIS DE CLASES LATENTES PARA TRASTORNOS MENTALES COMUNES**

Se realizó un análisis de regresión sobre clase latente. En este modelo, se asume que la relación entre las variables criterio, en nuestro caso nueve diagnósticos, se puede modelar como la expresión de distintos perfiles, en función de una variable categórica. En el caso ideal, entre las personas de un mismo grupo no deberían observarse relaciones entre los trastornos, de manera que si se aplica, por ejemplo, un  $\chi^2$  entre los distintos diagnósticos incluidos en una misma clase, no debería observarse asociación entre ellos, porque es la clase – un símil al factor en una escala psicométrica – la que define la ocurrencia de esos trastornos y no la relación entre los diagnósticos. La probabilidad de que una persona pertenezca a una clase es predicha en función de un conjunto de variables, llamadas predictoras.

En nuestro caso, hemos incluido como eventuales predictores todas aquellas variables sociodemográficas, de antecedentes clínicos, y psicosociales descritas en la sección Método, excepto las ya excluidas del análisis bivariado (etnia y país de nacimiento) y las asociadas a ocupación y empleo porque, como ya se señaló, fueron respondidas solo por quienes estaban activos laboralmente y eso reducía el tamaño de la muestra a menos de mil sujetos. Mención especial hacemos a la variable presencia/ausencia de distimia que, siendo un resultado del estudio, fue incluida en este análisis en el conjunto de los predictores porque – por criterio diagnóstico – requiere la presencia de síntomas durante dos años o más y, en consecuencia y a diferencia de los otros cuadros diagnósticos, no refleja una clínica del último año sino de un plazo más extenso, lo que también ha llevado a asociarla más a un rasgo que a un cuadro clínico.

## **Análisis de clases latentes con covariables únicas**

Para cada una de las variables predictoras se realizaron modelos de clases latentes sobre los criterios. Específicamente, se prueban modelos de 1 a 4 clases.

Para decidir el criterio de selección del modelo se utilizó como referencia el estudio de Swanson, Lindenberg, Bauer & Crosby<sup>114</sup>, que mediante simulación encontró que entre los criterios AIC, BIC, cAIC y aBIC, el último es el que detecta mejor el número de clases real. De todos modos, con muestras sobre 2.000 casos, como la de este estudio, tanto el aBIC como el BIC, uno de los indicadores más comunes, presentan capacidades muy similares. Para cada predictor se verifica si en uno o más modelos el valor del aBIC es menor que el del modelo del mismo número de clases sin predictores. Si este es el caso, se selecciona como el número de clases más óptimo para cada predictor aquel que minimiza aBIC.

Al realizar este análisis, podemos observar que en la mayoría de los criterios el aBIC se minimiza en los modelos de tres clases en los predictores sexo, vivienda, antecedentes de depresión en la vida, problemas emocionales en la familia, trastorno distímico, problemas psicológicos, con drogas o discapacidad en personas cercanas, percepción de salud física y mental, eventos vitales estresantes, satisfacción con la situación en el hogar, problemas financieros, satisfacción con la relación de pareja actual, con la vida sexual, con el barrio, percepción de seguridad en el barrio, haber vivido experiencias de discriminación en los últimos seis meses, y percepción de apoyo de la familia y amigos. En el caso de enfermedad y/o discapacidad permanente, antecedentes de abuso psicológico en la infancia y problemas para relacionarse con otros, la mejor solución es la de dos clases; y para antecedentes de abuso sexual en la infancia, la mejor es la solución de cuatro clases (tabla 21).

**Tabla 21. Criterios aBIC para variables predictoras únicas.**

<b>Variables</b>	<b>L1</b>	<b>L2</b>	<b>L3</b>	<b>L4</b>
<b>(SIN Covariable)</b>	<b>7426</b>	<b>7108</b>	<b>7081</b>	<b>7113</b>
Sexo	7426	7062	7033 *	7124
Edad	7426	7112	7087	7226
Nivel Educativo	7425	7117	7104	7444
Estado Civil	7426	7116	7090	7152
Situación de empleo	7426	7100	7082	7223
Vivienda	7407	7091	7069 *	7193
Convivencia en el hogar	7426	7113	7088	7127
Antecedentes de depresión en la vida	7425	6733	6650 *	6707
Enfermedad física / Discapacidad permanente	7426	7072 *	7072	7185
Problemas con el alcohol en la vida	7426	7109	7087	7130
AUDIT_Total	7426	7113	7087	7127
Antecedentes de consumo de drogas	7425	7108	7085	7137
Problemas emocionales en familiares o cercanos	7426	7088	7060 *	7103
Antecedentes suicidio en la familia	7426	7112	7089	7130
Trastorno Distímico (D300.4)	7426	6988	6979 *	7005
Abuso psicológico en la infancia	7406	7047 *	7070	7099
Abuso sexual en la infancia	7405	7018	7023	6992 *
Problemas PSC, drogas, discapacidad en cercanos	7426	7070	7046 *	7107
PCS12_SP	7386	7034	7008 *	7065
MCS12_SP	7386	6776	6724 *	6728
Eventos vitales estresantes	7425	7039	7016 *	7136
Satisfacción situación en el hogar	7409	7046	7023 *	7169
Problemas financieros	7424	7079	7057 *	7154
Problemas para relacionarse con otros	7426	7056 *	7068	7067
Satisfacción con relaciones de pareja	7371	7056	7036 *	7133
Satisfacción con la vida sexual	7426	7085	7063 *	7447
Satisfacción con el barrio	7406	7089	7067 *	7176
Percepción de seguridad en el barrio	7406	7086	7058 *	7135
Experiencias de discriminación	7426	7042	7037 *	7082



Concepción religiosa / espiritual de la vida	7426	7113	7090	7147
Percepción de apoyo de familia y amigos	7426	7098	7077 *	7133

### Análisis de clases latentes con múltiples covariables

En el siguiente paso, se utilizaron los 21 criterios que resultaron útiles en los modelos de clases latentes de predictor único, para generar modelos de clase latente de 1 a 4 clases. En un análisis preliminar para detectar la presencia de multi-colinealidad, se observó que ninguna variable es redundante. Al comparar los resultados de los distintos modelos, se puede observar que el criterio AIC y aBIC indican que la mejor solución es de tres grupos, en tanto que BIC y cAIC apuntan a la de dos grupos. En particular, se puede ver que el algoritmo no es capaz de encontrar una solución de cuatro clases que sea mejor que la de tres. Considerando que aBIC es el criterio de elección, aceptaremos la solución de tres clases (tabla 22).

**Tabla 22. Comparación de modelos de clases latentes de 1 a 3 clases**

	llik	Gsq	Chisq	AIC	BIC	aBIC	cAIC	Entropy
1 Clase	-3.651	578,6	98.317	7.321	7.380	7.348	7.390	1.363
2 Clases	-3.130	322,7	1.832	6.357	<u>6.646</u>	6.490	<u>6.695</u>	1.308
<b>3 Clases</b>	<b>-3.022</b>	<b>231,7</b>	<b>529.9</b>	<b><u>6.219</u></b>	<b>6.738</b>	<b><u>6.458</u></b>	<b>6.826</b>	<b><u>1.297</u></b>
4 Clases	-3.057	281.9	754.7	6368	7117	6713	7244	1.303

Dos criterios relevantes para evaluar la calidad del modelo son las diferencias entre las probabilidades *a priori* de participar y las probabilidades empíricas, aquellas observadas; así como las medias *a posteriori* de la probabilidad de participar en cada clase. En nuestro caso, el modelo de tres clases tiende a sobre asignar casos al grupo uno, y asignar menos de los que teóricamente deberían incluirse en el grupo dos y en el tres. La media de probabilidades *a*

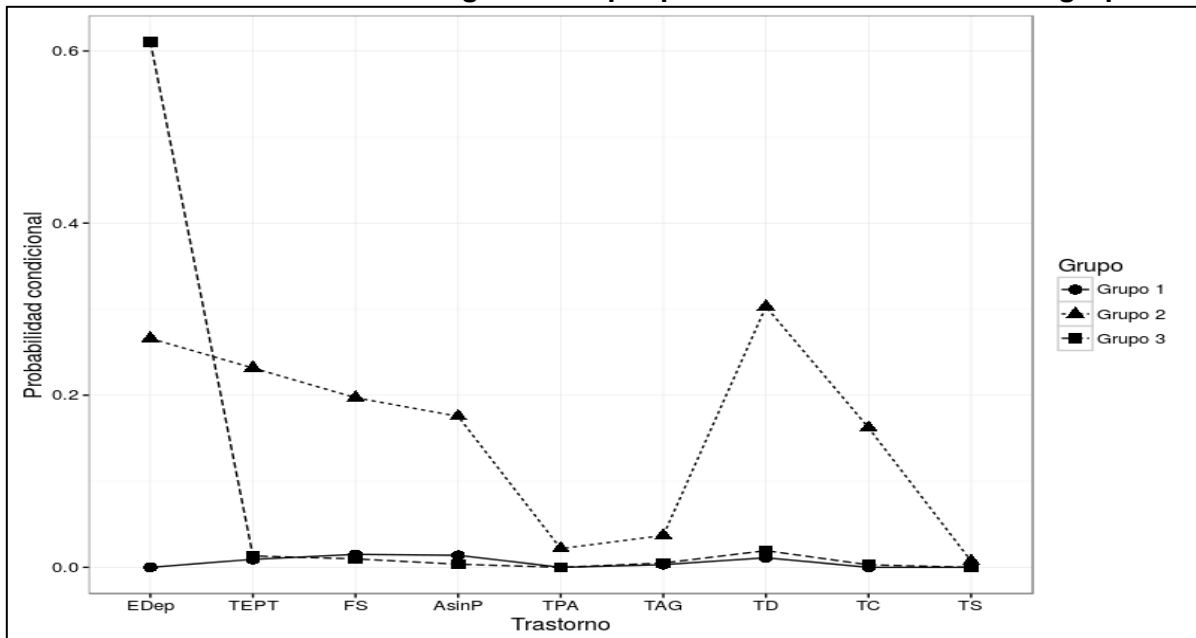
*posteri*, que se espera esté sobre el 80%, fue elevada en el grupo 1 (92%), en tanto que son aceptables para el grupo 2 y 3, con 87% y 84%, respectivamente. En particular, la principal fuente de confusión se encontraría en la alta probabilidad a posteriori de pertenecer al grupo 2, en los miembros del grupo 3 (tabla 23).

**TABLA 23. Probabilidad *a priori* teórica, empírica y *a posteriori* por grupo, de los casos asignados a cada grupo**

	Probabilidad teórica (p)	Probabilidad empírica (p)	Probabilidad G1	Probabilidad G2	Probabilidad G3
<b>Grupo 1</b>	0.7289	0.7798	0.9194	0.03404	0.04652
<b>Grupo 2</b>	0.1543	0.134	0.07015	0.8709	0.05894
<b>Grupo 3</b>	0.1167	0.08623	0.02985	<u>0.1287</u>	0.8415

Al analizar los perfiles de los grupos, se observa que al interior del grupo 1 hay prevalencias muy bajas de todos los trastornos mentales comunes analizados, por lo que ese grupo puede ser denominado "Sin TMC". El grupo 2 presenta prevalencias iguales o superiores al 20% de episodio depresivo, trastorno de estrés postraumático, fobia social, episodio depresivo simple o recurrente, y dolor somatomorfo; con prevalencias entre 10% y 20% están agorafobia sin trastorno de pánico y trastorno conversivo; por lo que este grupo puede ser denominado como "Con TMC Indiferenciado". El tercer grupo presenta altas prevalencias de episodio depresivo, sea simple o recurrente (61%), pero en el resto de los trastornos presenta prevalencias similares al grupo 1; de manera que este grupo puede ser denominado como "Depresivo" (grafico 2).

**Gráfico 2. Distribución de los diagnósticos psiquiátricos al interior de cada grupo.**



*EDep: Episodio depresivo; TEPT: trastornos por estrés postraumático; FS: fobia social; AsinP: Agorafobia sin trastorno de pánico; TPA: trastorno de pánico con agorafobia; TAG: trastorno de ansiedad generalizada; TD: dolor somatomorfo; TC: trastorno conversivo; TS: trastorno por somatización.*

### Predictores de las clases latentes

Al analizar el modelo de regresión sobre la clase latente, resulta patente la separación casi completa que generan los antecedentes de haber tenido una depresión alguna vez en la vida y el trastorno distímico, con valores de OR muy altos (tabla 24). Los resultados muestran que la presencia de cualquiera de estos dos antecedentes clínicos prácticamente eliminan la posibilidad de considerar al sujeto dentro del Grupo 1, y la presencia del antecedente de depresión en la vida lleva con altísima probabilidad a categorizarlo como parte del grupo 3, "Depresivo". Otros predictores relevantes en términos de su efecto de aumentar o disminuir la probabilidad de pertenecer al grupo 2 ó 3, con respecto al 1, que reúne a quienes tienen una muy baja probabilidad de presentar un trastorno mental común, son:

- Género: ser mujer aumenta la probabilidad de pertenecer al Grupo 2.

- Presencia de enfermedad, dolencia o discapacidad de larga evolución: Disminuye la probabilidad de pertenecer al Grupo 3.
- Antecedentes de abuso psicológico en la infancia: Aumenta la probabilidad de pertenecer al Grupo 2.
- Antecedentes de abuso sexual en la infancia: Aumenta la probabilidad de pertenecer al Grupo 2.
- Percepción salud física: Una percepción más alta, reflejo de mejor salud, disminuye la probabilidad de pertenecer al Grupo 2.
- Percepción salud mental: Una percepción más alta, reflejo de mejor salud, disminuye la probabilidad de pertenecer al Grupo 2 y al Grupo 3.
- Presencia de más de un evento estresante: Aumenta la probabilidad de pertenecer al Grupo 2.
- Dificultades en las relaciones con los otros: Aumenta la probabilidad de pertenecer al Grupo 2.
- Satisfacción con su relación de pareja actual: Aumenta la probabilidad de pertenecer al Grupo 2.
- Percepción de seguridad en el barrio: Disminuye la probabilidad de pertenecer al Grupo 3.
- Un evento o más de discriminación en los últimos seis meses: Aumenta la probabilidad de pertenecer al Grupo 2.

En resumen, si se toma como referencia al Grupo 1, de los sanos o con escasa presencia de un diagnóstico, la mayoría de los predictores aumenta la probabilidad de pertenecer al Grupo 2, y no al 3, porque este perfil está mucho más definido por el antecedente de depresión en la vida.

**Tabla 24. Coeficientes del modelo de regresión de clase latente**

Variables	OR			
	OR (2/1)	IC(2/1)	(3/1)	IC(3/1)
(Intercepto)	0.11	[0.01, 1.8]	0,00	[0, 0]
Género Femenino	2.84	[1.37, 5.85]	1.60	[0.87, 2.93]
Vivienda Propia	0.82	[0.51, 1.32]	1.17	[0.72, 1.91]
Con antecedente de depresión vida	16.29	[5.99, 44.28]	∞	[ - ]
Presencia de enfermedad, dolencia o discapacidad de larga evolución	1,00	[0.6, 1.65]	0.52	[0.3, 0.92]
Antecedentes problemas emocionales en familia	1.34	[0.81, 2.19]	1.24	[0.72, 2.13]
Distimia (+)	29.21	[1.57, 544.65]	19.47	[0.97, 389.47]
Antecedentes de abuso psicológico en la infancia	1.72	[1.08, 2.73]	1.25	[0.76, 2.03]
Antecedentes de abuso sexual en la infancia	2.75	[1.36, 5.53]	1.15	[0.46, 2.85]
Problemas físicos, PSC, drogas, discapacidad en cercanos. Uno	1.38	[0.81, 2.35]	1.24	[0.74, 2.08]
Problemas físicos, PSC, drogas, discapacidad en cercanos. Más de uno	1.18	[0.66, 2.11]	0.60	[0.32, 1.15]
PCS12_SP (Percepción salud física)	0.97	[0.94, 0.99]	0.98	[0.96, 1.01]
MCS12_SP (Percepción salud mental)	0.93	[0.91, 0.96]	0.94	[0.92, 0.96]
Eventos vitales estresantes. Uno	1.90	[0.93, 3.89]	1.37	[0.74, 2.55]
Eventos vitales estresantes. Más de uno	3.22	[1.64, 6.3]	1.53	[0.86, 2.75]
Satisfacción situación en hogar. Satisfecho	0.58	[0.3, 1.11]	1.00	[0.47, 2.1]
Satisfacción situación en hogar. Ni lo uno ni lo otro.	0.61	[0.32, 1.2]	1.12	[0.53, 2.37]
Dificultades financieras. Confortable	0.85	[0.5, 1.47]	1.33	[0.81, 2.19]
Dificultades en las relaciones con los otros	6.08	[2.58, 14.29]	1.21	[0.37, 3.97]
Satisfacción con relación de pareja. Insatisfecho	0.99	[0.45, 2.18]	0.80	[0.38, 1.67]

Satisfacción con relación de pareja. Satisfecho	2.96	[1.68, 5.24]	0.94	[0.57, 1.55]
Satisfacción vida sexual. Insatisfecho	0.91	[0.12, 6.78]	0.76	[0.12, 4.77]
Satisfacción vida sexual. Satisfecho	0.51	[0.07, 3.6]	0.96	[0.17, 5.53]
Satisfacción con barrio. Satisfecho	1.63	[0.82, 3.21]	1.65	[0.78, 3.47]
Satisfacción con barrio. Ni lo uno ni lo otro	2.05	[0.91, 4.61]	1.92	[0.83, 4.47]
Percepción de seguridad en barrio. Sentirse seguro.	0.87	[0.44, 1.72]	0.49	[0.25, 0.98]
Discriminación. Un evento	2.17	[1.13, 4.15]	0.90	[0.42, 1.92]
Discriminación. Más de un evento	4.92	[1.58, 15.32]	1.87	[0.41, 8.49]
Percepción de apoyo de familia y amigos	1.09	[0.97, 1.24]	1.04	[0.92, 1.19]

Dado el elevado OR que se obtuvo para antecedentes de depresión en la vida y distimia, se analizó con mayor detalle la relación entre la clase latente y estas dos variables predictoras. En este análisis se puede observar que el modelo elimina del grupo 3, "Depresivos", a cualquier persona que no tenga ese antecedentes de depresión, lo que es muy relevante porque marca una característica determinística a esta variable, en un modelo que por definición es probabilístico (tabla 25).

**Tabla 25. Tabla de contingencia entre antecedentes de depresión y pertenencia a clases latentes. Número de casos**

	<b>Grupo 1</b>	<b>Grupo 2</b>	<b>Grupo 3</b>
Sin antecedentes de depresión	1.135	16	0
Con antecedentes de depresión	954	343	231

Y al analizar la relación entre distimia y la clase latente, se observa que el modelo prácticamente elimina a los sujetos con distimia del Grupo 1, sin trastornos mentales comunes, lo que implica decir que un sujeto que tiene una distimia no puede no tener un trastorno mental común de los nueve incluidos en este análisis (tabla 26).

**Tabla 26. Relación entre clase latente y distimia**

	<b>Grupo 1</b>	<b>Grupo 2</b>	<b>Grupo 3</b>
Sin distimia	2.087	290	196
Con distimia	2	69	35

Si analizamos las tres variables en conjunto, se observa que la presencia de distimia se asocia fuertemente a la presencia de antecedentes de depresión; ambos factores en conjunto llevan a clasificar a las mayoría de las personas en el Grupo 2 o Grupo 3; mientras la ausencia de distimia, sin antecedentes de depresión, prácticamente asegura que los sujetos pertenezcan al Grupo 1, Sin TMC; y que el antecedentes de depresión aumenta la probabilidad de pertenecer al Grupo 2 o Grupo 3, pero no asegura su adscripción a éstos (tabla 27).

**Tabla 27. Relación entre distimia, antecedentes de depresión y clases latentes. Número de casos**

		<b>Grupo 1</b>	<b>Grupo 2</b>	<b>Grupo 3</b>
Sin distimia	Sin antecedentes de depresión	1.134	15	0
	Con antecedentes de depresión	953	275	196
Con distimia	Sin antecedentes de depresión	1	1	0
	Con antecedentes de depresión	1	68	35

### **Capacidad diagnóstica del modelo**

Hasta aquí se ha analizado un modelo teórico. El siguiente paso fue contrastar sus propiedades con lo observado, es decir, su capacidad para predecir la presencia real del trastorno usando los casos de la muestra, aun cuando lo ideal sería usar una muestra diferente, a modo de un análisis confirmatorio.

Si observamos la prevalencia estimada y observada de cada trastorno por clase, se observan cifras muy similares en las Clases 1 y 2, pero en la Clase 3 se subestima la cantidad de personas con trastorno depresivo (tabla 28).

**Tabla 28. Probabilidad teórica y observada de presentar cada trastorno por clase latente**

	C1(T)	C1(O)	C2(T)	C2(O)	C2(T)	C2(O)
Episodio depresivo	0	0	0.27	0.27	0.61	0.88
Trastorno por estrés postraumático	0.01	0.01	0.23	0.27	0.01	0.01
Trastorno de pánico con agorafobia	0	0	0.02	0.03	0	0
Agorafobia, sin antecedentes trastorno pánico	0.01	0.01	0.18	0.21	0	0
Fobia social	0.02	0.01	0.20	0.24	0.01	0
Trastorno ansiedad generalizada	0	0	0.04	0.04	0.01	0
Trastorno conversivo	0	0	0.16	0.19	0	0
Trastorno somatomorfo	0	0	0.01	0.01	0	0
Dolor somatomorfo	0.01	0.01	0.30	0.36	0.02	0.01

T: Teórico; O: Observado

Por otra parte, bajo el supuesto de independencia del modelo de clases latentes, se puede calcular la probabilidad de que una persona esté sin TMC dentro de un grupo, multiplicando las probabilidades que no posea cada trastorno específico. De acuerdo al modelo teórico, la probabilidad de no presentar TMC en cada grupo es de 95% para el Grupo 1, 20% para el Grupo 2 y 37% para el Grupo 3; al contrastarlo con lo observado, se puede ver que la proporción es correcta para el Grupo 1, pero el Grupo 2 y Grupo 3 presentan mayor proporción de personas con TMC que lo predicho por el modelo.

Si se calcula la probabilidad de estar sano basado en las probabilidades empíricas de cada trastorno, en el Grupo 3 se obtiene un valor muy cercano al observado, lo que indica que el problema se encontraría en la subestimación de trastorno depresivo por parte del modelo.



Sin embargo, en el Grupo 2 la probabilidad bajo el supuesto de independencia es mayor que la observada, lo que indicaría dependencia local dentro de la clase; esto es, se observa relación entre los trastornos que el modelo no es capaz de capturar.

**Tabla 29. Probabilidad teórica y empírica de presentar de no presentar TMC**

	Teórico (Modelo)	T/E (Supuesto de independencia)	Empírico
Clase 1	0.9485	0.953	0.9521
Clase 2	0.2039	0.1523	0.08914
Clase 3	0.3686	0.1186	0.1212

Dado el último hallazgo, se realizaron pruebas chi-cuadrado en el Grupo 2, para detectar dependencias entre los trastornos. Los resultados muestran que el dolor somatomorfo presenta relaciones estadísticamente significativas con Trastorno de Estrés Post-Traumático, Fobia Social y el Trastorno Conversivo (Tabla 30).

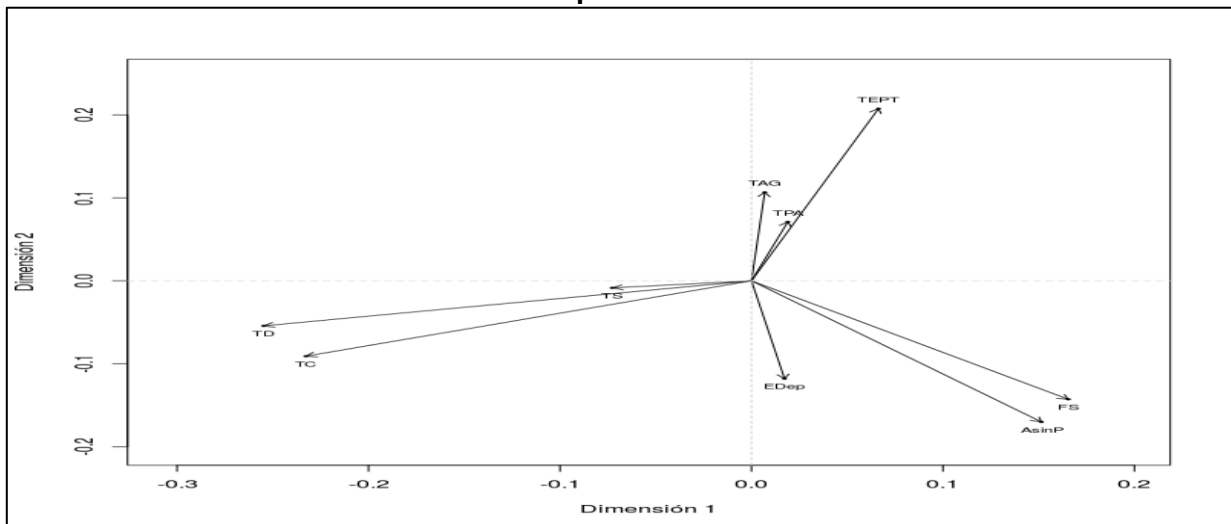
**Tabla 30. Valores-p pruebas chi-cuadrado entre trastornos, Grupo 2 (Ajuste de Holm)**

Episodio	Episodio								
	Depresivo	TEPT	TPA	AsinP	FS	TAG	TC	TS	TD
Episodio Depresivo		1	1	1	1	1	1	1	1
TEPT			1	1	1	1	1	1	0.02
TPA				1	1	1	1	1	1
Agorafobia sin trastorno de pánico					0.24	1	0.33	1	0.11
FS						1	1	1	0.00
TAG							1	1	1
TC								1	0.00
TS									1
TD									

*TEPT: trastorno por estrés postraumático; TPA: trastorno de pánico con agorafobia; AsinP: Agorafobia sin trastorno de pánico; FS: fobia social; TAG: trastorno de ansiedad generalizada; TC: trastorno conversivo; TS: trastorno por somatización; TD: dolor somatomorfo*

Como forma de explorar las relaciones identificadas, se realizó un análisis Homals sobre los trastornos incluidos en el Grupo 2, proceso análogo al método de correspondencias múltiples, que equivale a un análisis factorial sobre variables categóricas. Los resultados se presentan en un gráfico que integra las dos dimensiones del plano (gráfico 3). Si se considera la primera dimensión, que divide el eje de las Y, se observan dos grupos, el primero (en el tercer cuadrante) con mayor presencia de dolor somatomorfo y trastornos conversivos, mientras en el cuadrante IV aparecen fobia social y agorafobia sin pánico. Esta es la dimensión que explica la relación entre el dolor somatomorfo, que se encuentra en uno de los polos y el trastorno conversivo, en la misma dirección; y del estrés postraumático con la fobia social, que están en polos opuestos y – en consecuencia - no se presentan juntos. No se observa relación estadística con agorafobia, posiblemente por la baja prevalencia de ésta, aunque cada vez que está agorafobia está fobia social. En la segunda dimensión, que divide el plano de las X, se aprecia un polo en que aparecen diagnósticos del grupo de los trastornos de ansiedad, como el estrés postraumático, ansiedad generalizada y pánico con agorafobia; en tanto en el otro están los trastornos depresivos, fobia social y agorafobia.

**Gráfico 3. Análisis HOMALS sobre el Grupo 2.**



*EDep: Episodio depresivo; TEPT: trastornos por estrés postraumático; FS: fobia social; AsinP: Agorafobia sin trastorno de pánico; TPA: trastorno de pánico con agorafobia; TAG: trastorno de ansiedad generalizada; TD: dolor somatomorfo; TC: trastorno conversivo; TS: trastorno por somatización.*

## VI. DISCUSION

Este estudio analizó la frecuencia y variables asociadas a trastornos mentales comunes en una amplia muestra de usuarios de centros de atención primaria de la zona centro sur de nuestro país. Dado que la muestra es aleatoria, puede ser representativa de lo que ocurre con los usuarios a nivel nacional, en la medida que los centros también lo sean. Al respecto, los centros fueron seleccionados aleatoriamente en cuatro comunas, Concepción, Chiguayante, Hualpén y Talcahuano, y como tal representan a dispositivos de salud familiar de regiones, cuyo perfil de usuarios poco difiere de lo reportado para la población asistida a nivel nacional. En ese contexto, es un estudio que provee de información, sino actualizada, sí relevante para conocer datos más precisos sobre la epidemiología de los trastornos ansiosos, depresivos y somatomorfos en los usuarios de centros de salud familiar de nuestro país; y entrega un insumo a los equipos de trabajo y a los gestores de la política pública local y nacional, que puede ser útil para la planificación de acciones y la toma de decisiones.

Por otra parte, se estudia la comorbilidad de estos diagnósticos y se identifican variables comunes a la ocurrencia de este conjunto de trastornos mentales comunes, lo cual representa un aporte al conocimiento y al trabajo de los equipos locales, en la medida que provee de un insumo que puede ser de utilidad en las actividades de prevención primaria y secundaria dirigidas a esta población. Si logramos identificar variables centrales que – a partir de una muestra amplia y un análisis estadístico robusto – nos permiten identificar perfiles de pacientes, los equipos de atención primaria podrían identificar eventuales usuarios en riesgo de recurrencia y planificar intervenciones tempranas u orientadas a apoyos específicos, aumentando también la capacidad resolutive de los centros. Tema este último no menor, si se considera que los pocos estudios existentes que entregan resultados sobre aplicación de protocolos para el manejo de la depresión en atención primaria<sup>81,116</sup>, muestran que la adscripción a éstos, aun estando basados en la evidencia<sup>117</sup>, es insuficiente

y ello limita responder de manera efectiva a una demanda de pacientes que aumentó progresivamente durante la última década.

### **VII.1. Perfil sociodemográfico, de antecedentes clínicos y psicosociales de la muestra.**

El perfil sociodemográfico de los 2.172 usuarios entrevistados, quienes habían consultado en los centros de salud de atención primaria por morbilidad general, no difiere sustancialmente de lo reportado para consultantes en este tipo de centros. Tres de cuatro personas son mujeres, por sobre el 64.7% reportado por Motrico et al.<sup>111</sup> en el estudio Predict-ESPAÑA; cuarenta por ciento son dueñas de casa, con baja escolaridad y con pareja estable, resultado similar a la muestra española<sup>111</sup>. De manera consistente, casi todos viven acompañados y dos tercios refieren hacerlo en casa propia o en vías de serlo.

La escasa identificación con pueblos originarios y la casi nula presencia de personas no nacidas en Chile, pueden explicarse por el tiempo transcurrido desde la toma de datos, principalmente para el caso de los migrantes, población en aumento en nuestro país en la última década, porque la identificación con pueblos originarios está por debajo de lo reportado por el Censo Nacional del 2002, donde el 4,6% de la población reconoció pertenencia a una etnia<sup>118</sup>.

En este perfil solo destaca la similar distribución etarea entre los distintos grupos de edad, lo que contradice los reportes habituales, en que predomina la población mayor. Sin embargo, la definición de nuestra muestra deja fuera a los mayores de 75 años; y, aunque considerados por décadas los grupos son similares, uno de cuatro consultantes es mayor de 60 años. No obstante, la media de edad de la muestra, 45.5 años (DE=16.1), está por debajo de lo encontrado en el estudio español, que reporta un 48,9 de media (DE=15.6), en un grupo más compacto<sup>111</sup>, aunque ellos consideran de 18 a 75 años, a diferencia del rango nacional que parte en 15 años.

En relación con los antecedentes clínicos, más de la mitad de la muestra reportó antecedentes de depresión en algún momento de su vida. Se trata de información recogida en dos preguntas de la entrevista CIDI 2.1, que indagan sobre dos de los síntomas axiales de depresión según DSM-IV, la presencia de tristeza y la pérdida de interés, todos los días, la mayor parte del día, durante dos semanas o más. En sentido estricto funciona como un proceso de tamizaje, por lo que hay una sobre-estimación del resultado; sin embargo, resulta un antecedente relevante a tener en cuenta dado el peso que tiene a la hora de analizar los perfiles latentes de pacientes que tienen mayor o menor probabilidad de presentar un trastorno mental menor.

Cuatro de cada diez usuarios reportaron vivir con enfermedades o dolencias de larga evolución y/o discapacidad; además, uno de cada cuatro señaló que algún miembro de su familia sufría de problemas emocionales; y el 46% que al menos una persona cercana tenía problemas físicos, psicológicos, con drogas y/o discapacidad. El conjunto muestra a una población vulnerable, no solo físicamente sino también en el malestar psíquico que puede acarrear la vivencia cotidiana de enfermedad y/o minusvalía en sí mismo y en los otros cercanos, lo que muy probablemente repercute en el propio perfil de morbilidad y trae consecuencias al sujeto entrevistado y a su familia. Ello pudiese tener alguna relación con un menor auto reporte de salud física, medido con el SF-12 que en una puntuación normalizada que puede oscilar entre 1 y 100 con un promedio de 50 y una desviación estándar de 10, alcanza en esta muestra a 44,7, para salud física, por debajo del 47,5 reportado sobre la percepción de la propia la salud mental.

En relación a las características psicosociales de la muestra, dos tercios de los entrevistados reportaron haber estado expuesto al menos a un evento estresante en los últimos seis meses, resultado similar al de la muestra española, donde 65.2% de los participantes señaló haber estado expuesto al menos a un evento estresante en ese periodo<sup>111</sup>. Por otra parte, se

trata de una muestra de persona que refieren una concepción religiosa o espiritual de la vida, donde menos del 10% se había sentido discriminada en los últimos seis meses, que reporta elevados niveles de satisfacción con la situación en su hogar, con su relación de pareja y con su vida sexual, con el barrio en que habitan, y con el contexto en que ejercen su actividad remunerada, o no remunerada. Respecto de la primera, señalan sentirse respetados y reconocidos, en los dos ámbitos prevalece una percepción de control sobre las actividades que realizan. Todas estas variables han sido identificadas, de forma aislada, como asociadas a la presencia o no de depresión. En ese contexto, los problemas financieros aparecen como un estresor claro, que puede estar generando malestar en esta población.

## **VII.2. Prevalencias y comorbilidad de cuadros psiquiátricos**

La prevalencia de trastornos mentales comunes, para los últimos 12 meses, alcanzó al 24,4% de la muestra, con mayor proporción de trastornos depresivos (13,4%) y ansiosos (11,2%) y menor de trastornos somatomorfos (6,5%), lo que viene a confirmar la primera hipótesis planteada en este estudio. Los resultados son similares a los reportados en el estudio multi-céntrico de la Organización Mundial de la Salud en la década del 90, aunque no son estrictamente comparables porque, habiendo utilizado CIDI en ambos casos, el estudio internacional reportó una prevalencia global de 24%, pero incluyó el abuso y dependencia de alcohol<sup>2</sup>. En nuestro caso solo aplicamos AUDIT, que da indicios de consumo riesgo en los últimos seis meses, resultado que con un puntaje de corte de 9, sin diferenciar por sexo, alcanzó a un modesto 3,5%, por debajo del 5,8% reportado para el Predict-Europa<sup>9</sup>.

La comorbilidad y la distribución de los cuadros también muestran diferencias entre nuestros hallazgos y los del estudio internacional. Mientras Üstun y Sartorius<sup>2</sup> reportan que el 9,5% de los entrevistados presentaban dos o más diagnósticos, este resultado disminuye a 5,7% en nuestro estudio, hallazgo que no confirman la segunda hipótesis planteada. Y las tasas de

trastornos depresivos y ansiosos, los cuadros más frecuentes, alcanzan a 10.4% y 7.9%, respectivamente; por debajo del 13.4% de trastornos depresivos y del 11,2% de trastornos ansiosos, señalados en nuestros resultados.

El resultados no es sorprendente si se considera que en este estudio multicentrico fue en Rio de Janeiro en Brasil y Santiago de Chile, donde se observaron mayores prevalencias, muy por sobre lo ya señalado para el total de la muestra. En esa línea, nuestro estudio no replica el 35.5% de prevalencia global reportada para Santiago de Chile por Goldberg y Lecrubir<sup>30</sup>, ni el 29.5% de depresión señalada o el 18.7% de ansiedad, ello aun cuando nuestro estudio incluye distimia y excluye algunos cuadros de ansiedad si estudiados en la muestra nacional hace ya dos décadas. Estas altas prevalencias fueron atribuidas entonces a la presencia de pacientes con enfermedades crónicas, mujeres y desempleadas, probablemente no muy diferente de nuestra muestra, excepto porque el porcentaje de personas mayores era más elevado, aunque un número importante de depresión fue encontrada en personas jóvenes<sup>32</sup>.

Respecto del estudio Predict-Europa, los datos no son estrictamente comparables, excepto para depresión mayor, donde la entrevista CIDI fue el instrumento común utilizado; pero el reporte de la prevalencia de trastornos mentales comunes en los seis países europeos incluyo la medición de síndromes de pánico y de ansiedad usando el cuestionario PHQ, un breve instrumento que evalúa síntomas y no diagnósticos. Con esa consideración, reportan un 13.9% de depresión mayor en mujeres un 8.5 en hombres; un 10 y 5% de otros síndromes ansiosos, para mujeres y hombres, respectivamente; y un 9.2 en síndrome de pánico en mujeres, que disminuye a 5.6% en el grupo de los hombres<sup>9</sup>.

Si se analizan los diagnósticos al interior de cada grupo, dentro de los trastornos depresivos predomina el episodio depresivo mayor simple, diagnosticado en el 6,6% de los sujetos, frente al 4,6% de recurrente y 3,9% de distimia. La distribución de la gravedad muestra una

pirámide invertida en el caso de los episodios únicos, contrario a lo esperado, con mayor presencia de depresión grave; lo que amplifica el alerta señalado por Alvarado y Rojas<sup>81</sup>, quienes reportar un sub-diagnóstico de depresiones graves en los pacientes atendidos en este programa en los centros de atención primaria.

Dentro de los trastornos ansiosos predominan el estrés post traumático (4,4%), la fobia social (4,2%) y la agorafobia (3,8); mientras las prevalencias de ansiedad generalizada y trastorno de pánico con agorafobia están por debajo del 1%, y no se encontraron casos de trastorno de pánico sin agorafobia. En general, las prevalencias están por debajo de lo esperado, excepto para estrés postraumático, que duplica lo encontrado en población general (2.4%)<sup>35</sup>. Este último resultado es esperable porque nuestra muestra está conformada por una población seleccionada de sujetos; lo que es llamativo son las bajas prevalencias en el resto de los cuadros, por debajo de las reportadas para población general en Chile, diferencias que abren preguntas sobre eventuales cambios en el perfil epidemiológico o una demanda que concentra más usuarios con un perfil depresivo que ansioso, y que podría responder a la mayor oferta asistencial para los cuadros del estado del ánimo.

Los trastornos somatomorfos más frecuentes son el dolor somatomorfo (5,7%), mientras la prevalencia de trastorno conversivo alcanza al 2,5%, y el trastorno por somatización es casi inexistente. Las prevalencias son consistentes con lo reportado para población general, aunque debe precisarse que la entrevista CIDI, usada en nuestro estudio para hacer el diagnóstico psiquiátrico, muestra indicadores más bajos para esta sección, por las dificultades para diferenciar sintomatología física y psíquica.

Cuando se analizan los antecedentes clínicos por separados y su asociación con los grupos diagnósticos, los antecedentes de depresión a lo largo de la vida, la presencia de



enfermedad crónica y/o discapacidad en los sujetos, la presencia de problemas emocionales en la familia, así como los antecedentes de abuso psicológico o sexual en la infancia, o que existan personas cercanas con problemas psicológicos, con drogas o discapacidad, y un menor percepción de salud física y mental, aparecen como variables asociadas a todos los grupos diagnósticos por separados así como al conjunto de trastornos mentales comunes. Son escasas las variables que aparecen específicas a un trastorno, es el caso de antecedentes de consumo de drogas para los cuadros ansiosos y depresivos, y de suicidio en la familia, para estos últimos.

Dentro de las variables sociodemográficas, el sexo, ser mujer específicamente, es la única variable común a todos los grupos diagnósticos y al conjunto de trastornos mentales comunes. La cualidad de posesión del lugar en que se habita, que sea propio o no, aparece asociado a los trastornos ansiosos y somatomorfos, pero se pierde cuando se suman al conjunto; mientras que la situación de empleo se asocia a depresión y trastornos somatomorfos y al conjunto de diagnósticos; y los solteros aparecen menos asociado a depresión, mientras los separados, viudos y/o anulados presentan prevalencias más altas, lo que no se mantiene para los trastornos mentales comunes.

A diferencia del conjunto de variables previas, casi todas las variables psicosociales aparecen asociadas a la presencia de uno o más diagnósticos en el grupo estudiado, sugiriendo con ello el peso que las variables contextuales pueden tener en el inicio y/o mantenimiento de un trastorno mental común, lo que se ha evidenciado en el caso de la depresión<sup>47</sup>.

### **VII.3. Variables asociadas por trastornos y modelo multivariante para trastornos mentales comunes**

El modelo de regresión logística estimado para la presencia de un trastorno mental común, que explica el 34% de la variabilidad, muestra que el antecedente de depresión a lo largo de la vida, las dificultades para relacionarse con la gente, el no percibir que se puedan controlar las actividades que se realizan en el trabajo no remunerado, y ser mujer, son variables fuertemente asociadas a presentar un trastorno mental común; mientras también pesan, pero con una razón más baja, haber vivido experiencias recientes de discriminación y el que existan problemas emocionales al interior de la familia. Una mejor percepción de salud física y mental y estar sin pareja, aparecen como factores protectores. Lo señalado confirma la tercera hipótesis planteada en nuestro estudio.

El conjunto de variables identifica un perfil en la población que demanda asistencia en los centros de atención primaria, cuyos factores de riesgo incluyen condiciones no modificables, como el sexo o el antecedente de depresión, junto a otras sobre las cuales es posible incidir, tanto para mejorar la capacidad de los equipos para la detección de los casos, como para incorporar en los esquemas de intervención alternativas de abordaje que aumenten la efectividad de éstas.

La mayoría de las variables identificadas son relacionales y muy asociadas a la red primaria de los sujetos, incluyendo a la familia; ello permite remarcar la importancia que el modelo de salud familiar debe tener en el marco del abordaje de estos problemas, incorporando al antiguo programa de salud mental en atención primaria al trabajo sectorizado, local en lo territorial, pero comprensivo en la mirada del usuario, que está a la base del modelo actual.

#### **VII.4. Perfiles de pacientes identificados.**

El análisis de regresión sobre clases latentes, que permite identificar distintos grupos de consultantes entre quienes se aprecian diferencias significativas, mostró que en el total de la muestra era posible identificar tres grupos de usuarios. El primero, sin trastorno mental común; el segundo, con un *mix* de diagnósticos, es el más difícil de precisar porque concentra una diversidad de cuadros, incluyendo un porcentaje de personas con depresión; y el tercero, marcado por la presencia de depresión mayor.

Al analizar los predictores de cada grupo, dos cosas destacan. Por una parte, el fuerte peso del antecedente de depresión, que define al grupo tres; y, por otra, la distimia, cuya presencia casi garantiza la no pertenencia al grupo de los sanos. Estos hallazgos no confirman la cuarta hipótesis planteada, en el sentido que esperábamos que un mayor número de variables, incluyendo sociodemográficas y psicosociales, contribuyeran a la diferenciación de perfiles. Por otra parte, un desafío que surge en este escenario es lograr identificar qué separa al depresivo del grupo dos de aquel del grupo tres.

El antecedente de distimia es la variable que más pesa para pertenecer al grupo dos, pero también están presentes el ser mujer, el antecedentes de maltrato en la infancia y variables del contexto, más actuales, como haber sufrido un evento vital estresante o una experiencia de discriminación o tener dificultades para vincularse con otros; mientras que al grupo tres lo define fundamentalmente la recurrencia. La hipótesis es si estos perfiles están dando cuenta de dos clínicas diferenciadas. Por una parte, una depresión más neurótica, con lo que eso puede tener de rasgo más que de episodio, en el caso del grupo dos, versus una depresión con mayor riesgo de recurrencia, con síntomas episódicos más que continuos, y que si no es adecuadamente tratada tiene un elevado riesgo de evolucionar hacia la cronicidad y mayor gravedad, lo que puede explicar también la mayor prevalencia de depresión grave

identificada en la muestra, considerando que además esta prevalencia está subestimada por el modelo en el grupo tres, cuando se contrasta con los datos observados. Sin duda estas son hipótesis que están fuera de los criterios clasificatorios de la DSM, pero la clínica es diversa y compleja y hay evidencia que respalda los cuestionamientos a la rigidez y simplificación de los criterios<sup>119</sup>, muy necesarios para la investigación, pero limitados a la hora de explicar fenómenos y procesos.

Finalmente, cuando se contrastó el modelo con los datos reales se evidenció relación entre los diagnósticos incluidos en el grupo dos; específicamente una relación estadísticamente significativa del dolor somatomorfo con el estrés postraumático, con la fobia social y con el trastorno conversivo. En el paso siguiente, cuando se exploraron estas relaciones, los resultados mostraron dos dimensiones. Por una parte, un conjunto de diagnósticos que podrían dar cuenta de un estilo de afrontamiento de las dificultades más somatizador, con mayor presencia de dolor somatomorfo y trastornos conversivos; versus un grupo en que predominan enfrentamientos basados en el aislamiento social, y ahí aparece la fobia social y agorafobia sin pánico. La segunda dimensión podría diferenciar lo reactivo de lo endógeno, donde en un polo aparecen los trastornos de ansiedad que pueden considerarse más bien reactivos, como el estrés postraumático, ansiedad generalizada y pánico con agorafobia; y en el otro están los trastornos depresivos, fobia social y agorafobia, que podrían dar cuenta de un estilo de afrontamiento que implica un aislamiento y un retirarse del mundo. Una proyección de este estudio sería investigar la asociación entre diagnósticos y estilos de afrontamiento.

#### **VII.5. Limitaciones del estudio**

La principal limitación del estudio es que se trata de datos secundarios recogidos entre el 2003 y 2004, por lo que sus resultados darán cuenta de prevalencias correspondientes a ese

periodo. Desde esa perspectiva, podría ser cuestionable el dato si se considera que el ingreso al sistema de la tecnología GES ha modificado el quehacer de la salud mental en los centros de APS. Sin embargo, no existen a nivel país datos de prevalencia de diagnósticos en muestras aleatorias de tamaño como la planteada, por lo cual se evalúa que, a pesar de la limitación, los resultados permiten conocer información de utilidad al considerar no solo depresión sino también trastornos ansiosos y somatomorfos. Por otra parte, lo central de la tesis es la búsqueda de variables asociadas a la presencia de diagnósticos, lo que no está sujeto a las limitaciones del periodo de recogida de datos.

Por otra parte, el análisis estadístico podría ser más preciso si hubiésemos usado un modelo de clases latente que aceptara dependencia local de variables, porque eso nos permitiría precisar el perfil del grupo dos. Sin embargo, ello requiere o usar análisis bayesiano y software que no estaban disponibles al momento de estos análisis.

## VII. CONCLUSIONES

- La prevalencia de doce meses de un trastorno mental común fue de 24,4% en los sujetos de la muestra, personas que consultaron por morbilidad general en centros de atención primaria de cuatro comunas de la Provincia de Concepción.
- Considerados por grupo diagnóstico, los más frecuentes fueron los trastornos depresivos, con un 13.4%; y ansiosos, con un 11.2%. los trastornos somatomorfos alcanzaron al 6.5%. La comorbilidad alcanzó al 5,7% del total de la muestra.
- Dentro de los trastornos depresivos, el 6,6% presento un episodio depresivo mayor simple, mientras el recurrente fue diagnosticado en el 4,6%, y la distimia en el 3,9% de los sujetos. En términos de gravedad, hay una mayor presencia de depresión grave en los episodios únicos, y la distribución es similar en los episodios recurrentes.
- En los trastornos ansiosos, predominan el estrés post traumático (4,4%), la fobia social (4,2%) y la agorafobia (3,8). Las prevalencias de ansiedad generalizada y trastorno de pánico con agorafobia están por debajo del 1%.
- El dolor somomorfo es el cuadro más frecuente (5,7%), dentro de los trastornos somatomorfos. La prevalencia de trastorno conversivo alcanza al 2,5%, mientras el trastorno por somatización es casi inexistente.
- El modelo de regresión lineal muestra que el antecedente de depresión a lo largo de la vida, las dificultades para relacionarse con los otros, el no percibir que se puedan controlar las actividades que se realizan en el trabajo no remunerado, ser mujer, haber vivido experiencias recientes de discriminación y que existan problemas emocionales al interior de la familia, son factores de riesgo para presentar un

trastorno mental común; mientras una mejor percepción de salud física y mental, y estar sin pareja, aparecen como factores protectores.

- El análisis de regresión sobre clases latentes, permitió identificar tres grupos de usuarios. El primero, sin trastorno mental común; el segundo, con un *mix* de diagnósticos, donde un perfil más neurótico y estilos de afrontamiento diversos podrían estar jugando un rol; y el tercero, de pacientes con depresión, con pesa el antecedente de episodio previo.

## VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR. et al. No health without mental health. *Lancet*. 2007; 370: 859-77.
2. Üstün TB, Sartorius N. Mental Illness in General Health Care. An international Study. *Public Health*. 1995; 109: 452-53.
3. Simon GE, Fleck M, Lucas R, Bushnell DM; LIDO Group. Prevalence and predictors of depression treatment in an international primary care study. *Am J Psychiatry*. 2004; 161(9):1626-34.
4. Simsek Z, Ak D, Altindag A, Günes M. Prevalence and predictors of mental disorders among women in Sanlirfa, Southeastern Turkey. *J Public Health*. 2008; 30: 487-93.
5. Ghuloum S, Bener A, Tamim Abou–Saleh M. Prevalence of mental disorders in adult population attending primary health care setting in Qatari population. *J Pak Med Assoc*. 2011; 61: 2016-221.
6. Serrano-Blanco A, Palao DJ, Luciano JV, Palao D, Luciano JV, Pinto-Meza A. et al. Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Soc Psychiat Epidemiol*. 2010; 45:201-10.
7. Roca M, Gili M, García-García M, Salva J. Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *J Affect Disord*. 2009; 119: 52-58.
8. Toft T, Fink P, Oernboel E, Christensen K, Frostholm L, Olesen F. Mental disorders in primary care: Prevalence, co-morbidity among disorders. Results from the Functional Illness in Primary Care (FIP) study. *Psychol Med*. 2005; 35: 1175-84.
8. Kessler R, Demler O, Frank R, Olfson M, Pincus HA, Walters E. et al. Prevalence and treatment of mental disorders. 1990 to 2003. *N Engl J Med*. 2005; 352: 2515-23.
9. King M, Nazareth I, Levy G, Walker C, Morris R, Weich S. et al. Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. *Brit J Psychiat*. 2008; 192(5): 362–67.



10. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Monahan PO, Löwe B. Anxiety disorders in Primary Care: Prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Intern Med.* 2007; 146: 317-25.
11. Romera I, Fernández-Pérez S, Montejo AL, Caballero F, Caballero L, Arbesú JA. et al. Generalized anxiety disorder with or without co-morbid major depressive disorder in primary care: Prevalence of painful somatic symptoms, functioning and health status. *J Affect Disord.* 2010; 127:160-68.
12. Aragonés E, Piñol JL, Labad A. Comorbilidad de la depresión mayor con otros trastornos mentales comunes en pacientes de atención primaria. *Aten Primaria.* 2009; 41: 545–51.
13. Caballero L, Aragonés E, García-Campayo J, Rodríguez-Artalejo F, Ayuso-Mateos JL, Polavieja P. et al. Prevalence, characteristics, and attribution of somatic symptoms in Spanish patients with major depressive disorders seeking Primary Health Care. *Psychosomatics.* 2008; 49: 520-29
14. Steinbrecher N, Koerber S, Frieser D , Hiller W. The prevalence of medically unexplained symptoms in Primary Care. *Psychosomatics.* 2011; 52: 263-71.
15. Jackson JL, Kroenke K. Prevalence, impact, and prognosis of multisomatomorf disorders in Primary Care: A 5-year follow-up study. *Psychosom Med.* 2008; 70:430-34.
16. Ministerio de Salud. Ministerio de Salud de Chile. Subsecretaría de Salud Pública y Dpto. de Salud Pública, Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile. *Informe Final Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible*, Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2007.
17. Vicente B, Kohn R, Levav I, Espejo F, Saldivia S, Sartorius N. Training primary care physicians in Chile in the diagnosis and treatment of depression. *J Affect Disord.* 2007; 98: 121-27.
18. Saldivia S, Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Torres S. Use of Mental health services in Chile. *Psychiat Serv.* 2004; 55: 71-76.

19. Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud. *Evaluación del sistema de salud mental en Chile. Segundo Informe*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2014.
20. Murphy JM, Laird NM, Monson RR, Sobol AM, Leighton AH. A 40-year perspective on the prevalence of depression: the Stirling County Study. *Arch Gen Psychiat*. 2000; 57: 209–15.
21. Sartorius N, Ustun TB. Mixed anxiety and depressive disorder. *Psychopathology*. 1995; 28(Suppl 1): 21–25.
22. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. *JAMA*. 1999; 282: 1737–44.
23. Fernandez A, Haro JM, Martínez-Alonso M, Demyttenaere K, Brugha TS, Autonell J. et al. Treatment adequacy for anxiety and depressive disorders in six European countries. *Br J Psychiatry*. 2007; 190: 172–73.
24. DeWaal MW, Arnold IA, Eekhof JA, Assenfeldt WJ, Van Hemert AM. Follow-up study on health care use of patients with somatoform, anxiety and depressive disorders in primary care. *BMC Fam Pract*. 2008; 9: 5. Doi:10.1186/1471-2296-9-5.
25. De Waal MW, Arnold IA, Spinhoven P, Eekhof JA, Assenfeldt WJ, van Hemert AM. The role of comorbidity in the detection of psychiatric disorders with checklists for mental and physical symptoms in primary care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2009; 44: 78–85.
26. Löwe B, Spitzer RL, Williams JB, Mussell M, Schellberg D, Kroenke K. Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. *Gen Hosp Psych*. 2008; 30: 191–99.
27. DeWaal MW, Arnold IA, Eekhof JA, van Hemert AM. Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *Br J Psychiatry*. 2004; 184: 470–76.

28. Alonso J, Codony M, Kovess V, Angermeyer MC, Katz SJ, Haro JM, et al. Population level of unmet need for mental healthcare in Europe. *Br J Psychiatry*. 2007; 190:299–306.
29. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Geneva: OMS; 2001.
30. Goldberg DP, Lecrubier Y. Form and frequency of mental disorders across centres. En: Üstün TB, Sartorius N. Eds. *Mental Illness in General Health Care: An International Study*; Chichester, UK: John Wiley & sons; 1995. 323-334.
31. Villano LA, Nanhay AL, de Moraes LR, Costa e Silva JA. Results from the Rio de Janeiro Centre. En: Üstün TB, Sartorius N. Eds. *Mental Illness in General Health Care: An International Study*; Chichester, UK: John Wiley & sons; 1995. 227-245.
32. Florenzano R, Acuña J, Fullerton C, Castro C. Results from Santiago de Chile Centre. En: Üstün TB, Sartorius N. Eds. *Mental Illness in General Health Care: An International Study*. Chichester, UK: John Wiley & sons; 1995. 247-263.
33. Vurilehto M, Melartin T, Isometsä E. Depressive disorders in primary care: recurrent, chronic, and co-morbid. *Psychol Med*. 2005; 35(5):673-82.
34. Ormel J, VonKorff M, Ustun TB, Pini S, Korten A, Oldehinkel T. Common mental disorders and disability across cultures. Results from the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *JAMA*. 1994; 272 (22): 1741–48.
35. Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Levav I, Torres S. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R disorders in the Chile psychiatric prevalence study. *Am J Psychiatry*. 2006; 163: 1362-70.
36. Rush AJ, Zimmerman M, Wisniewski SR, Fava M, Hollon SD, Warden D. et al. Comorbid psychiatric disorders in depressed outpatients: demographic and clinical features. *J Affect Disord*. 2005; 87(1): 43-55.
37. Goldberg D, Fawcett J. The importance of anxiety in both major depression and bipolar disorder. *Depress Anxiety*. 2012; 29(6): 471-839.

38. Kendler KS, Walters EE, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ. The structure of the genetic and environmental risk factors for six major psychiatric disorders in women: Phobia, generalized anxiety disorder, panic disorder, bulimia, major depression, and alcoholism. *Arch Gen Psychiatry*. 1995; 52:374–383.
39. Goldberg D. Vulnerability factors for common mental illnesses. *Br J Psychiatry*. 2001; 178(40): 69-71.
40. Eplov LF, Petersen J, Jørgensen T, Johansen C, Birket-Smith M, Lyngberg AC et al. The Mental Vulnerability Questionnaire: a psychometric evaluation. *Scand J of Psych*. 2010; 51(6):548-54.
41. Fiedorowicz JG, He J, Merikangas KR. The association between mood and anxiety disorders with vascular diseases and risk factors in a nationally-representative sample. *J Psychosom Res*. 2011; 70(2): 145–54.
42. Weich S. Prevention of the common mental disorders: a public health perspective. *Psychol Med*. 1997; 27: 757-64.
43. Weich S, Lewis G. Poverty, unemployment and common mental disorders: population-based cohort study, *Brit Med J*. 1998; 317: 115-19.
44. Stegenga B, King M, Grobbee DE, Torres-González F, Svab I, Maarros H-I. et al. Differential impact of risk factors for women and men on the risk of major depressive disorder. *Ann Epidemiol*. 2012; 22: 388–96.
45. Jefferis B, Nazareth I, Marston L, Moreno-Kustner B, Bellón-Saameño J, Svab I. et al. Relationship between unemployment and major depressive disorder: evidence from an international, prospective study (the Predict cohort). *Soc Sci Med*. 2011; 73(11): 1627-34.
46. Weich S, Churchill R, Lewis G, Mann A. Do socio-economic risk factors predict the incidence and maintenance of psychiatric disorder in primary care? *Psychol Med*. 1997; 27: 73-80.

47. Bottomley C, Nazareth I, Torres-González F, Švab I, Maaroos H-I, Geerlings M. et al. A comparison of risk factors for the onset and maintenance of depression. *Br J Psychiatry*. 2010; 196, 13–17.
48. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H. et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*. 2003; 301(5631):386-9.
49. Stegenga B, Nazareth I, Grobbee DE, Torres-González F, Švab I, Maaroos H-I. et al. Recent life events pose greatest risk for onset of major depressive disorder during mid-life. *J Affect Disord*. 2012; 136(3): 505-13.
50. Leurent B, Nazareth I, Bellón-Saameño J, Geerlings MI, Maaroos H, Saldivia S. et al. Spiritual and religious beliefs as risk factors for the onset of major depression: an international cohort study. *Psychol Med*. 2013; 43(10): 2109-20.
51. Capezza N, Zlotnick C, Kohn R, Vicente B, Saldivia S. Perceived Discrimination is a potential contributing factor to substance use and mental health problems among primary care patients in Chile. *J Addict Med*. 2012; 6:297-03.
52. Cohen S. Social relationship and health. *Am Psychol*. 2004; 75: 676-84.
53. Southwick S, Sippel L, Krystal J, Charney D, Maye L, Pietrzak H. Why are some individuals more resilient than others: the role of social support. *World Psychiatry*. 2016; 15: 77-9.
54. Holahan CJ, Moos RH, Holahan CK, Brennan PL. Social support, coping, and depressive symptoms in a late-middle-aged sample of patients reporting cardiac illness. *Health Psychol*. 1995; 14: 152-63.
55. Rojas G, Araya R, Fritsch R. Salud mental, problemas psicosociales y atención primaria de salud. *Acta psiquiátr. psicol. Am. Lat*. 2000; 46:119-26
56. King M, Weich S, Torres-Gonzalez F, Svab I, Maaroos HI, Neeleman J. et al. (2006). Prediction of depression in European general practice attendees: the PREDICT study. *BMC Public Health*. 2006; 6:6 doi:10.1186/1471-2458-6-6.

57. King M, Walker C, Levy G, Bottomley C, Royston P, Weich S. et al. Development and validation of an international risk prediction algorithm for episodes of major depression in general practice attendees: the PredictD study. *Arch Gen Psychiat.* 2008; 65: 1368-76.
58. Saldivia S, Vicente B, Marston L, Melipillan R, Nazareth I, Bellón-Saameño J. et al. Desarrollo y validación de un algoritmo para predecir riesgo de depresión mayor en consultantes de atención primaria en Chile. *Rev Med Chile.* 2014; 142, 323-29.
59. Jacobs S, Hansen F, Kasl S, Ostfeld A, Berkman L, Kim K. Anxiety disorders during acute bereavement: risk and risk factors. *J Clin Psychiatry.* 1990; 51(7):269-74.
60. Douglas K, Chan G, Gelernter J, Arias A, Anton R, Weiss R. et al. Adverse childhood events as risk factors for substance dependence: Partial mediation by mood and anxiety disorders. *Addict Behav.* 2010; 35(1):7-13.
61. King M, Bottomley C, Bellon-Saameno JA, Torres-Gonzalez F, Svab I, Rifel J. et al. An international risk prediction algorithm for the onset of generalized anxiety and panic syndromes in general practice attendees: predictA. *Psychol Med.* 2011; 41: 1625-39.
62. McCauley J, Kern DE, Kolodner K, Dill L, Schroeder AF, DeChant HK. et al. Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: unhealed wounds. *JAMA.* 1997; 277: 1362-8.
63. Mullen PE, Martin JL, Anderson JC, Romans SE, Herbison GP. The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: a community study. *Child Abuse Negl.* 1996; 20: 7-21.
64. Young EA, Abelson JL, Curtis GC, Nesse RM. Childhood adversity and vulnerability to mood and anxiety disorders. *Depress Anxiety.* 1997; 5: 66-72.
65. Zlotnick C, Johnson J, Kohn R, Vicente B, Rioseco P, Saldivia S. Epidemiology of trauma, post-traumatic stress disorder (PTSD) and comorbid disorders in Chile. *Psychol Med.* 2006; 36: 1523-33.

66. Zlotnick C, Johnson J, Kohn R, Vicente B, Rioseco P, Saldivia S. Childhood trauma, trauma in adulthood and psychiatric diagnoses: Results from a community sample. *Compr Psychiat.* 2008; 49: 163-69.
67. Bremner JD, Southwick SM, Johnson DR, Yehuda R, Charney DS. Childhood physical abuse and combat-related posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *Am J Psychiatry.* 1993; 150, 235-9.
68. Portegijs PJ, Jeuken FM, van der Horst FG, Kraan HF, Knottnerus JA. (1996) A troubled youth: relations with somatization, depression and anxiety in adulthood. *Fam Pract.* 1996; 13: 1-11.
69. Stein MB, Walker JR, Anderson G, Hazen AL, Ross CA, Eldridge G. et al. Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders and in a community sample. *Am J Psychiatry.* 1996; 153: 275-7.
70. Lydall GJ, Bass NJ, McQuillin A, Lawrence J, Anjorin A, Kandaswamy R. et al. Confirmation of prior evidence of genetic susceptibility to alcoholism in a genome-wide association study of comorbid alcoholism and bipolar disorder. *Psychiatr Genet.* 2011; 21: 294-06.
71. Keyes KM, Hatzenbuehler ML, Hasin DS. Stressful life experiences, alcohol consumption, and alcohol use disorders: the epidemiologic evidence for four main types of stressors. *Psychopharmacology.* 2011; 218(1): 1-17. Doi:10.1007/s00213-011-2236-1.
72. Young-Wolff KC, Kendler KS, Prescott CA. Interactive effects of childhood maltreatment and recent stressful life events on alcohol consumption in adulthood. *J Stud Alcohol Drugs.* 2012; 73: 559-69.
73. Ebmeier KP, Donaghey C, Steele JD. Recent developments and current controversies in depression. *Lancet.* 2006; 367: 153-67.
74. Sokolowska E, Hovatta I. (2013) Anxiety genetics - findings from cross-species genome-wide approaches. *Biol Mood Anxiety Disord.* 2013; 3, 9. Doi:10.1186/2045-5380-3-9.

75. Hans-Ulrich W, Holsboer F, Jacobi F. Met and unmet needs in the management of depressive disorder in the community and primary care: the size and breadth of the problem. *J. Clin. Psychiatry*. 2001; 62 (Suppl. 26): 23–28.
76. Araya R, Flynn T, Rojas G, Fritsch R, Simon G. Cost-effectiveness of a primary care treatment program for depression in low-income women in Santiago, Chile. *Am J Psychiatry*. 2006; 163: 1379-87.
77. Coyne JC, Schwenk TL, Fechner-Bates S. Non detection of depression by primary care physicians reconsidered. *Gen. Hosp. Psych*. 1995; 17: 3–12.
78. Schonfeld WH, Verboncoeur CJ, Fifer SK, Lipschutz RC, Lubeck DP, Buesching DP. The functioning and wellbeing of patients with unrecognized anxiety disorders and major depressive disorder. *J Affect Disord*. 1997; 43: 105–19.
79. Alvarado R, Vega J, Sanhueza G, Muñoz MG. Evaluación del Programa para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en atención primaria, en Chile. *Rev Panam Salud Pública*. 2005; 18(4/5):278–86.
80. Araya R, Alvarado R, Sepúlveda R, Rojas G. Lessons from scaling up a depression treatment program in primary care in Chile. *Rev Panam Salud Publica*. 2004; 32, 234–40.
81. Alvarado R, Rojas G. El programa nacional para el diagnóstico y tratamiento de depresión en atención primaria: una evaluación necesaria. *Rev Med Chile*. 2011; 139: 592-99.
82. Saldivia S, Vicente B, Kohn R. y Levav I. La epidemiología de los trastornos psiquiátricos en la atención primaria de salud. En: Rodríguez J, Kohn R. y Aguilar-Gaxiola S. Eds. *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Pub. Científico Técnica N° 632. 2009. 316-325.
83. Aragonés E, Caballero A, Li Piñol J, López-Cortacans G, Badia W, Hernández JM. Et al. Assessment of an enhanced program for depression management in primary care: a cluster randomized controlled trial. The INDI project (Interventions for Depression Improvement). *BMC Public Health*. 2007; 7:253. Doi: 10.1186/1471-2458-7-253



84. Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *JAMA*. 2003; 289: 3145-51.
85. Olfson M, Marcus SC, Tedeschi M, Wan GJ. Continuity of antidepressant treatment for adults with depression in the United States. *Am J Psychiatry*. 2006; 163:101-08.
86. Roter DL, Hall JA, Kern DE, Barker LR, Cole KA, Roca RP. Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress. A randomized clinical trial. *Arch Intern Med*. 1995; 155: 1877–84.
87. Tiemens BG, Ormel J, Jenner JA, van der Meer K, van Os TW, van den Brink RH. Et al. , Smit A, van den Brink W. Training primary-care physicians to recognize, diagnose and manage depression: does it improve patient outcomes? *Psychol. Med*. 1999; 29: 833–45.
88. Rutz W, von Knorring L, Walinder J. Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatr Scand*. 1992; 85: 83–88.
89. Thompson C, Kinmonth AL, Stevens L, Peveler RC, Stevens A, Ostler KJ. et al. Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project Randomized Controlled Trial. *Lancet*. 2000; 255: 191–95.
90. Kendrick T, Stevens L, Bryant A, Goddard J, Stevens A, Raftery J. et al. Hampshire depression project: changes in the process of care and cost consequences. *Br J Gen Pract*. 2001; 51: 911–13.
91. Rost K, Nutting P, Smith J, Werner J, Duan N. Improving depression outcomes in community primary care practice: a randomized trial of the QUEST intervention. Quality Enhancement by Strategic Teaming. *J Gen Intern Med*. 2001; 16: 143–49.
92. Wells KB, Sherbourne C, Sheoenbaum M, Duan N, Meredith L, Unutzer J. et al. Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trail. *JAMA*. 2000; 283: 212–20.

93. Bodlund O, Andersson SO, Mallon L. Effects of consulting psychiatrist in primary care. 1-year follow-up of diagnosing and treating anxiety depression. *Scand. J. Prim. Health Care*. 1999; 17: 153–57.
94. Brody DS, Hahn SR, Spitzer RL, Kroenke K, Linzer M, de Gruy III FV. Et al. Identifying patients with depression in the primary care setting: a more efficient method. *Arch Intern Med*. 1998; 158: 2469–75.
95. Davis D, O'Brien MA, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? *JAMA*. 1999; 282: 867–74.
96. Hodges B, Inch C, Silver I. Improving the psychiatric knowledge, skills, and attitudes of primary care physicians, 1950–2000: a review. *Am J Psychiatry*. 2001; 158: 1579–86.
97. Rojas G, Fritsch R, Solís J, Jadresic E, Castillo C, González M. et al. Treatment of postnatal depression in low-income mothers in primary-care clinics in Santiago, Chile: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2007; 370: 1629-37.
98. Evans S, Ferrando S, Findler M, Stowell C, Smart C, Haglin D. Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord*. 2007; 22: 716
99. Toneatto T, Nguyen L. Does mindfulness meditation improve anxiety and mood symptoms? A review of the controlled research. *Can J Psychiatry*. 2007; 52: 260-6.
100. Piet J, Hougaard E. The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2011; 31: 1032-40.
101. Kuyken W, Hayes R, Barrett B, Bynq R, Dalgleish T, Kessler D. et al. Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): a randomized controlled trial. *Lancet*. 2015; 386, 63–73.
102. Brugha TS. Depression undertreatment: lost cohorts, lost opportunities? *Psychol Med*. 1995; 25: 3-6.

103. Kendrick T. Why can't GPs follow guidelines on depression? *BMJ*. 2000; 320, 200-01
104. Andrews G. Should depression be managed as a chronic disease? *BMJ*. 2001; 322:419-21.
105. Thombs B, Ziegelstein R. Does depression screening improves depression outcomes in primary care? *BMJ* 2014; 348. Doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g1253>
106. Karasek RA, Theorell T. *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books; 1990.
107. Jenkinson C, Layte R, Jenkinson D, Lawrence K, Petersen S, Paice C, Stradling J: A shorter form health survey: can the SF-12 replicate results from the SF-36 in longitudinal studies? *J Public Health Med* 1997, 19:179-186.
108. Qureshi N, Bethea J, Modell B, Brennan P, Papageorgiou A, Raeburn S, Hapgood R, Modell M: Collecting genetic information in primary care: evaluating a new family history tool. *Fam Pract* 2005 in press.
109. Tyrer P: Personality disorder and social functioning. In *Measuring Human Problems: a Practical Guide* Edited by: Peck DF, Shapiro, CM. Wiley & Sons, Chichester, New York; 1990:119-142.
110. Brugha T, Bebbington P, Tennant C, Hurry J: The List of Threatening Experiences: a subset of 12 life event categories with considerable long-term contextual threat. *Psychol Med* 1985, 15:189-194.
111. Motrico E, Moreno-Küstner B, Luna JD, Torres-González F, King M, Nazareth I. et al. Psychometric properties of the List of Threatening Experiences—LTE and its association with psychosocial factors and mental disorders according to different scoring methods. *J Affect Disord*. 2013; 150:931–40.
112. Robins LN, Helzer JE, Croughan J, Ratcliff KS. (1981) National Institute of Mental Health diagnostic interview schedule: its history, characteristics, and validity. ***Arch Gen Psychiatry***, 38, 381-89.
113. Robins LN, Wing J, Wittchen HU, Helzer JE, Babor TF, Burke J. (1988) The Composite International Diagnostic Interview: an epidemiologic instrument suitable for use in

conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch Gen Psychiatry*, 45, 1069-77.

114. Vielma, M., Vicente, B., Rioseco, P., Castro, N., Torres, S. (1992) Validación en Chile de una Entrevista Diagnóstica Estandarizada para estudios epidemiológicos CIDI. *Rev de Psiquiatría*, 9(1), 1039-49.
115. Swanson SA, Lindenberg K, Bauer S, Crosby RD. A Monte Carlo investigation of factors influencing latent class analysis: an application to eating disorder research. *Int J Eat Disord*. 2012; 45(5): 677-84. Doi: 10.1002/eat.20958.
116. Navarrete G. Estudio de cohorte en una muestra de pacientes con depresión, consultantes en el primer nivel de atención en salud en la Provincia de Concepción, VIII región, Chile. [Tesis Doctoral]. Buenos Aires (Argentina): Universidad Nacional de Lanús; 2016.
117. Araya R, Rojas G, Fritsh R, Gaete J, Rojas M, Simon G. et al. Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomized controlled trial. *Lancet* 2003; 361: 995-00.
118. INE: Instituto Nacional de Estadísticas [Internet]. Santiago de Chile: INE; 2002; [citado 18 Feb 2016] Censo de Población y Vivienda 2002. Disponible en: [http://www.ine.cl/canales/chile\\_estadistico/estadisticas\\_sociales\\_culturales/etnias/etnias.php](http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/estadisticas_sociales_culturales/etnias/etnias.php)
119. Fried EI, Epskamp S, Nesse RM, Tuerlinckx F, Borsboom D. What are 'good' depression symptoms? Comparing the centrality of DSM and non-DSM symptoms of depression in a network analysis. *J Affect Disord*. 2016; 189: 314–20.

## ANEXOS

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

En la búsqueda por entregar mejores herramientas para el manejo de los problemas de salud mental en el nivel primario de atención, profesionales de la Universidad de Concepción estamos estudiando la frecuencia de patología de salud mental en personas que consultan con médicos de atención primaria.

Dado que usted es usuario del sistema y ha sido seleccionado(a) al azar para participar en este estudio, queremos solicitar su cooperación. Ésta consiste en la aplicación de un cuestionario que pregunta datos generales y síntomas de eventuales problemas de salud mental. Para ello usted será entrevistado por una persona capacitada.

Su participación es voluntaria y no tiene costo. Si en algún momento del estudio no desea seguir participando en él, puede hacerlo, sin que esto tenga repercusión alguna en la futura atención de salud suya ni de su familia. La información es confidencial.

DESEO PARTICIPAR:      SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/