

Características de personas deprimidas con hipertensión y/o diabetes mellitus en centros atención primaria de salud en Santiago de Chile

Graciela Rojas^{1,2,3}, Viviana Guajardo^{1*}, Solange Campos^{4,a}, Pablo Herrera^{5,b}, Paul Vöhringer^{1,2}, Pablo Martínez^{2,3,6,b}.

Characteristics of Depressed Individuals with Hypertension and/or Diabetes Mellitus in Primary Health Care in Santiago de Chile

RESUMEN

El 80% de pacientes deprimidos en Atención Primaria de Salud (APS) tienen una comorbilidad. Es fundamental contribuir con evidencia local sobre las características de pacientes con comorbilidades físicas y psiquiátricas para abordar de mejor manera la práctica clínica.

Objetivo: Caracterizar a pacientes deprimidos del programa cardiovascular (PCV) de ocho centros de salud familiar (CESFAM) en dos comunas de la Región Metropolitana. **Material y métodos:** Análisis secundario de datos de un ensayo clínico aleatorio por clústeres en el que se reclutaron 359 personas inscritas en el programa, de 18 años o más con un puntaje en el Patient Health Questionnaire 9-item (PHQ-9) mayor o igual a 15. Los criterios de inclusión para los participantes eran tener 18 o más años, tener un puntaje en el Patient Health Questionnaire 9-item (PHQ-9) mayor o igual a 15 y estar inscrito en el programa cardiovascular del centro de salud respectivo. **Resultados:** Se trata principalmente de mujeres usuarias del PCV con Hipertensión Arterial (HTA) y/o Diabetes tipo 2, con sintomatología depresiva de intensidad moderada a severa con antecedentes depresivos previos (60,39%), previamente tratadas en un (75,69%). Sólo el 17,7% estaba consumiendo fármacos antidepresivos al momento de la entrevista. 97,1% de las personas entrevistadas consumían fármacos para la hipertensión y/o diabetes. **Conclusiones:** Se trata de personas con episodio depresivo, HTA y/o diabetes tipo 2 que, teniendo antecedentes personales y familiares de depresión, no están recibiendo tratamiento farmacológico para la depresión lo

¹Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital Clínico Universidad de Chile. Santiago, Chile.

²Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP). Santiago, Chile.

³Núcleo Milenio para Mejorar la Salud Mental de Adolescentes y Jóvenes, Imhay. Santiago, Chile.

⁴Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

⁵Escuela de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

⁶Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke. Québec, Canadá.

^aEnfermera, Ph.D.

^bPsicólogos, Ph.D.

*Correspondencia: Viviana Guajardo / viviguajardo@uchile.cl
Tobar Avenida La Paz 1003. Santiago, Chile.

Financiamiento: Este trabajo recibió el apoyo financiero del Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico, a través del proyecto n° 1180224, y del Fondo de Innovación para la Competitividad (FIC) del Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, a través de la Iniciativa Científica Milenio MIDAP ICS13_005. Las fuentes de apoyo financiero no tuvieron rol alguno en el diseño del estudio; ni en la recolección, análisis, e interpretación de los datos; tampoco en la escritura del manuscrito ni en la decisión de someterlo a publicación.

Recibido: 02 de junio de 2023.
Aceptado: 25 de junio de 2024.

que probablemente afecta su calidad de vida. Se requiere un mejor cumplimiento de las guías clínicas para el tratamiento de la depresión en este grupo de la población.

Palabras clave: Depresión; Diabetes tipo 2; Hipertensión; Tratamiento

ABSTRACT

Eighty percent of depressed patients in Primary Health Care (PHC) have a comorbidity. It is essential to contribute local evidence on the characteristics of patients with physical and psychiatric comorbidities to better address clinical practice. **Aim:** To characterize depressed patients from the cardiovascular program (PCV) of eight family health centers (CESFAM) in two communes of the Metropolitan Region. **Material and methods:** Secondary analysis of data from a cluster-randomized clinical trial recruiting 359 program enrollees aged 18 years or older with a Patient Health Questionnaire 9-item (PHQ-9) score greater than or equal to 15. The inclusion criteria for participants were to be 18 years of age or older, to have a score on the Patient Health Questionnaire 9-item (PHQ-9) greater than or equal to 15, and to be enrolled in the cardiovascular program of the respective health center. **Results:** These are mainly women users of the cardiovascular program with depressive symptoms of moderate to severe intensity with a previous depressive history (60.39%), previously treated in a (75.69%). Only 17.7% were using antidepressant drugs at the time of the interview. 97.1% of the interviewees were using drugs for hypertension and/or diabetes. **Conclusions:** These are people with depressive episode, hypertension and/or diabetes who, having a personal and family history of depression, are not receiving pharmacological treatment for depression, which probably affects their quality of life. Better adherence to clinical guidelines for the treatment of depression is required.

Keywords: Depression; Diabetes Mellitus Type 2; Hypertension; Treatment.

A pesar del progreso sustantivo hacia el acceso y cobertura universal en salud física y mental en Chile^{1,2}, ha habido un incremento sostenido en la proporción de personas con Diabetes tipo 2 (DM2)³ mientras que no se ha observado variaciones en la prevalencia de Hipertensión Arterial (HTA) y depresión^{3,4}. Estas cifras pueden ser atribuibles al mínimo impacto de intervenciones preventivas, evidenciada por la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular¹, como problemas en la precisión diagnóstica y el abandono del tratamiento de de-

presión en la atención primaria de salud (APS)^{5,6}.

Aun cuando cerca del 80% de pacientes deprimidos en APS tienen una comorbilidad⁷ y los síntomas depresivos son comunes en pacientes hipertensos⁸, las guías clínicas chilenas para los trastornos cardio-metabólicos y depresivos no consideran su comorbilidad habitual. Es fundamental contribuir con evidencia local sobre las características de pacientes con comorbilidades físicas y psiquiátricas para abordar de mejor manera la práctica clínica. Esta comunicación breve

caracteriza a pacientes del PCV de ocho Centros de Salud Familiar (CESFAM) en dos comunas de la Región Metropolitana que presentaron síntomas depresivos moderados a graves.

Material y Método

Análisis secundario de datos basales de un ensayo clínico por clústeres que estudió la efectividad de una intervención psicoeducativa para personas deprimidas con HTA y/o DM2. El estudio se realizó en ocho CESFAM de dos comunas de la Región Metropolitana. Mayores detalles sobre el diseño se encuentran publicados en el protocolo del ensayo clínico⁹.

Personal técnico reclutó a los potenciales participantes en la sala de espera de los CESFAM o telefónicamente. Los criterios de inclusión fueron tener 18 años o más, puntaje ≥ 15 en Patient Health Questionnaire 9-item (PHQ-9)¹⁰, estar inscrito en PCV del CESFAM, y entregar su consentimiento informado escrito o verbal. Se excluyeron personas con algún tipo de discapacidad, en tratamiento psicológico para depresión, en tratamiento psiquiátrico para bipolaridad o psicosis, que tuvieran problemas por abuso de sustancias, o que estuvieran embarazadas o lactando.

La evaluación basal incluyó antecedentes sociodemográficos (por ej. género, etnia, y estado civil) y clínicos (por ej. antecedentes de diagnósticos y tratamientos para depresión, historia familiar de trastornos psiquiátricos, y enfermedades físicas comórbidas), síntomas depresivos (PHQ-9), calidad de vida relacionada con la salud (12-item Short Form Health Survey [SF-12]), y preguntas sobre consumo y adherencia a fármacos para HTA o DM2 y depresión.

El PHQ-9 es un instrumento autoadministrado para evaluar la gravedad de síntomas depresivos¹⁰. Consta de nueve ítems (rango de puntuación 0-27). El noveno ítem evalúa pensamientos de muerte y autolesión. La clasificación de gravedad según PHQ-9 es: ninguna/mínima (0-4 puntos), leve (5-9 puntos), moderada (10-14 puntos), moderada grave (15-19 puntos), y grave (20-27 puntos)¹⁰. El PHQ-9 ha sido ampliamente usado y se encuentra validado en la población chilena¹¹.

El SF-12 es un instrumento autoadministrado

que evalúa la calidad de vida relacionada con la salud¹². Tiene doce ítems con un rango de puntuación total de 0-100 (peor a mejor estado de salud posible). Consta de ocho subescalas que se agregan en una medida de resumen físico y mental¹². Se encuentra validado en Chile¹³.

Los datos fueron analizados descriptivamente, reportándose frecuencias y porcentajes en el caso de variables categóricas u ordinales y medias y desviación estándar (DE) para variables continuas. Los análisis estadísticos fueron asistidos por Stata 17.0.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos del Hospital Clínico de la Universidad de Chile (Acta de Aprobación N° 36 del 06 de junio del 2018). Los procedimientos del estudio respetaron normas éticas concordantes con la declaración de Helsinki de 1964 y sus posteriores actualizaciones. Se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes.

Resultados

Las características sociodemográficas de la muestra se detallan en la tabla 1. Del total de pacientes (361 participantes), la mayoría se identificaron con el género femenino (89,97%, n= 323). La media de edad fue de 59,81 años (DE= 10,28, rango 26-83 años). Casi la mitad de los participantes declararon haber cursado estudios secundarios (43,21%, n= 156). Más de un tercio de la muestra se consideró miembro de algún pueblo indígena u originario de Chile (35,73%, n= 129), y semejante proporción declaró ocuparse en quehaceres del hogar (34,09%, n= 120). Cerca de la mitad de los participantes refirieron que su estado civil era casado (44,48%, n= 161). La mayoría de los participantes reconocieron estar afiliados al Fondo Nacional de Salud (FONASA) (74,79%, n= 270).

La media del puntaje total del PHQ-9 fue 18,73 (DE= 2,81, rango 15 a 27). Un 14,96% de la muestra (n= 54) tuvo pensamientos de muerte y autolesión. La mayoría de los participantes declararon haber tenido un diagnóstico previo de depresión (60,39%, n= 218), de los cuales tres cuartos reportaron habérselo tratado (75,69%). Casi la mitad de los participantes tenían antecedentes familiares de depresión (48,75%, n= 176). El 17,7% (n= 62) de la muestra señaló

estar consumiendo antidepresivos, la mayoría de estos reportó adherir a estos fármacos (73,33%, n= 44). Entre las comorbilidades médicas más frecuentes se encontraban la artritis (47,65%, n= 172) y los problemas a la tiroides (31,30%, n= 113). Casi todos los participantes consumían medicamentos para la hipertensión o diabetes

(97,51%, n= 352), y la mitad reportó cumplir con este tratamiento farmacológico. La muestra obtuvo 34,99 puntos promedios (DE= 20,82) en el componente de salud mental y 34,12 puntos promedios (DE= 26,51) en el componente de salud físico del SF-12 (Tabla 2).

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra.

Variable		Datos	
Género	Hombre	35	9,75
	Mujer	323	89,975
	Ninguna de las anteriores	1	0,28
Edad, años		59,81	10,28
Nivel educacional	Educación básica o primaria	130	36,01
	Educación media o secundaria	156	43,21
	Estudios técnicos de nivel superior	54	14,96
	Estudios universitarios	21	5,82
Pertenece a un pueblo indígena u originario		129	35,73
Ocupación	Trabajando por ingreso	100	28,49
	Con licencia médica o permiso especial	11	3,13
	Trabajando para un familiar sin pago	7	1,99
	Estudiando	1	0,28
	Sin trabajo	19	5,41
	En quehaceres del hogar	119	33,90
	Jubilada/o	94	26,78
Estado civil	Anulada/o, divorciada/o, separada/o	70	19,39
	Casada/o	160	44,32
	Conviviente	18	4,99
	Soltera/o	67	18,56
	Viuda/o	46	12,74
Previsión de salud	FONASA, grupo A	82	22,71
	FONASA, grupo B	81	22,44
	FONASA, grupo C	45	12,47
	FONASA, grupo D	62	17,17
	Otro	3	0,83
	No sabe	88	24,38

FONASA: Fondo Nacional de Salud. Los datos son frecuencia (o media) y porcentaje (o desviación estándar).

COMUNICACIÓN BREVE / SHORT COMMUNICATION

Características de personas deprimidas con hipertensión y/o diabetes mellitus en centros atención ... - G. Rojas, et al.

Tabla 2. Características de salud de la muestra.

Variable	Datos	
Síntomas depresivos	PHQ-9, puntaje total (0 – 27)	18,73 2,81
Pensamientos de muerte	PHQ-9, ítem 9 – “ningún día”	335 85,68
y autolesión	PHQ-9, ítem 9 – “varios días”	41 10,49
	PHQ-9, ítem 9 – “más de la mitad de los días”	9 2,30
	PHQ-9, ítem 9 – “casi todos los días”	6 1,53
Diagnóstico previo de depresión		218 60,39
Tratamiento por episodio previo de depresión		165 75,69
Historia familiar de trastornos Depresión psiquiátricos		176 48,75
	Bipolaridad o manía	29 8,03
	Ansiedad	40 11,08
	Alcohol o drogas	119 32,96
	Esquizofrenia o psicosis	18 4,99
	Suicidio	33 9,14
	Sin antecedentes familiares	106 29,36
Consume tabaco (cigarrillos)		95 26,32
Recibe ayuda para el cuidado de diabetes o hipertensión		96 26,59
Condición médica concomitante	Cardiopatía	70 19,39
	Asma o enfisema pulmonar	82 22,71
	Epilepsia	10 2,77
	Problemas a la tiroides	113 31,30
	Cáncer	25 6,93
	Artritis	172 47,65
	Derrame cerebral	10 2,77
	Insuficiencia renal crónica	9 2,49
	Cataratas	25 6,93
	Otra condición médica, sin especificar	132 36,57
Consume medicamentos para la hipertensión o diabetes		352 97,51
Adhiere al tratamiento farmacológico para la hipertensión o diabetes		194 55,43
Consumo medicamentos para la depresión		62 17,17
Adhiere al tratamiento farmacológico para la depresión		44 73,33
Estado de salud física	SF-12, PC puntaje total (0 – 100)	34,12 26,51
Estado de salud mental	SF-12, MC puntaje total (0 – 100)	34,99 20,82

Notas: Los datos son frecuencia (o media) y porcentaje (o desviación estándar). Solo a quienes contestaron afirmativamente “diagnóstico previo de depresión” se les preguntó por “tratamiento por episodio previo de depresión” (n= 218). Las variables “historia familiar de trastornos psiquiátricos” y “condición médica concomitante” admiten múltiples respuestas. Las variables “adhiere al tratamiento farmacológico para la hipertensión o diabetes” y “adhiere al tratamiento farmacológico para la depresión” corresponden, cada una, al resultado negativo en cuatro preguntas que evalúan no adherencia, respectivamente. PHQ-9, Patient Health Questionnaire-9; SF-12, 12-Item Short Form Health Survey; PC, physical component; MC, mental component.

Discusión

En una muestra de pacientes con HTA y/o DM2 que presentaron síntomas depresivos moderados a graves y recibían atención en el PCV, una proporción importante de estos padecían de historia personal y familiar de depresión, y tenían otras condiciones médicas concomitantes (particularmente, artritis). Una minoría de pacientes consumía antidepresivos y la no adherencia a medicamentos para la hipertensión o diabetes era cercana a la mitad. Estos pacientes tienen una pobre calidad de vida relacionada con la salud física y mental.

Un estudio previo de nuestro grupo de investigación encontró una elevada proporción de antecedentes personales de depresión y una alta carga de comorbilidad física entre pacientes deprimidos⁷. En la presente comunicación hemos confirmado y extendido estos hallazgos a pacientes con HTA y/o DM2. Esto es consistente con la literatura internacional, que señala el pronóstico complejo y la mayor recurrencia de trastornos depresivos entre los pacientes con enfermedades físicas crónicas^{14,15}.

La frecuencia de otras condiciones médicas concomitantes fue un indicador adicional de complejidad en la muestra estudiada. Estudios internacionales han confirmado la presencia múltiples comorbilidades (i.e., multimorbilidad) físicas y psiquiátricas siendo la regla y no la excepción¹⁶, particularmente en el caso de la depresión¹⁷. Además, estos estudios han destacado que la multimorbilidad y la carga de cuidados médicos asociadas aumentan con la deprivación socioeconómica^{16,17}. Podríamos hipotetizar que este es el caso para una parte sustantiva de la muestra estudiada si atendemos a su distribución por tramos en el Fondo Nacional de Salud (FONASA).

En su conjunto, los hallazgos de este estudio refrendan las conclusiones de nuestra investigación sobre la comorbilidad de la depresión en la APS⁷: es necesario la implementación de un enfoque de cuidados integrados y personalizados, que considere la salud física y mental de manera conjunta. Evidencia de esta necesidad es que, para los pacientes del estudio, quienes padecían síntomas depresivos moderados a graves, debería

haberse considerado la prescripción de antidepresivos¹⁸. Encontramos, en cambio, que menos de un quinto se encontraba usando estos fármacos. La asociación entre la depresión y la no adherencia a tratamiento en pacientes diabéticos, según ha sido descrita en la literatura¹⁹, es otro argumento para el manejo integrado de estas patologías.

Consideramos que la adopción de este enfoque no solo debe verse reflejada en las orientaciones generales para los servicios de salud²⁰, sino también considerar a las guías clínicas para el manejo de problemas de salud físicos y mentales. Tal como lo muestran los resultados de este estudio, el conocimiento de los antecedentes clínicos de los pacientes (por ej. diagnósticos y tratamientos previos de depresión) es fundamental para la toma de decisiones, por lo tanto, es necesario que los sistemas de información clínicos se encuentren actualizados y disponibles en la Atención Primaria de Salud (APS).

Este estudio cuenta con importantes limitaciones. Se trata de un estudio transversal, descriptivo, basado en los análisis secundarios de datos de un ensayo clínico, que usó instrumentos autoadministrados. La muestra seleccionada pudiera no ser representativa de la población de pacientes con hipertensión y/o diabetes en APS. Pueden existir sesgos de recuerdo u otros tipos de sesgos de información asociados a las características de los instrumentos de recolección de datos.

Agradecimientos: a las direcciones de Salud de las municipalidades de las comunas de El Bosque y Recoleta, Santiago, Chile.

Referencias

1. Aguilera X, Castillo-Laborde C, Ferrari MND, Delgado I, Ibañez C. Monitoring and Evaluating Progress towards Universal Health Coverage in Chile. *PLOS Med.* 2014; 11(9): e1001676.
2. Araya R, Alvarado R, Minoletti A. Chile: An ongoing mental health revolution. *Lancet Lond Engl.* 2009; 374(9690): 597-598.
3. Ministerio de Salud de Chile. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017: Primeros resultados. Santiago, Chile: Ministerio de Salud de Chile; 2017.
4. Ministerio de Salud de Chile. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017: Segunda entrega de resultados. Santiago, Chile: Ministerio de Salud de Chile; 2018.

COMUNICACIÓN BREVE / SHORT COMMUNICATION

Características de personas deprimidas con hipertensión y/o diabetes mellitus en centros atención ... - G. Rojas, et al.

5. Alvarado R, Rojas G, Minoletti A, Alvarado F, Domínguez C. Depression Program in Primary Health Care. *Int J Ment Health*. 2012; 41(1): 38-47.
6. Minoletti A, Sepúlveda R, Horvitz-Lennon M. Twenty Years of Mental Health Policies in Chile. *Int J Ment Health*. 2012; 41(1): 21-37.
7. Martínez P, Rojas G, Fritsch R, Martínez V, Vöhringer PA, Castro A. Comorbidity in people with depression seeking help at primary health care centers in Santiago, Chile. *Rev Médica Chile*. 2017; 145(1): 25-32.
8. Dois C A, Cazenave A. Pesquisa de depresión mayor en hipertensos consultantes de la Atención Primaria. *Rev Médica Chile*. 2009; 137(4): 475-480.
9. Rojas G, Martínez P, Guajardo V, Campos S, Herrera P, Vöhringer PA, et al. A collaborative, computer-assisted, psycho-educational intervention for depressed patients with chronic disease at primary care: Protocol for a cluster randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2021; 21(1): 418.
10. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001; 16(9): 606-613.
11. Baader M T, Molina F J L, Venezian B S, Rojas C C, Farías S R, Fierro-Freixenet C, et al. Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr*. 2012; 50(1): 10-22.
12. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of Scales and Preliminary Tests of Reliability and Validity. *Med Care*. 1996; 34(3): 220.
13. Vera-Villarroel P, Silva J, Celis-Atenas K, Pavez P. Evaluation of the SF-12: Usefulness of the mental health scale. *Rev Médica Chile*. 2014; 142(10): 1275-1283.
14. Hofmann M, Köhler B, Leichsenring F, Kruse J. Depression as a risk factor for mortality in individuals with diabetes: A meta-analysis of prospective studies. *PloS One*. 2013; 8(11): e79809.
15. Nefs G, Pouwer F, Denollet J, Pop V. The course of depressive symptoms in primary care patients with type 2 diabetes: results from the Diabetes, Depression, Type D Personality Zuidoost-Brabant (DiaDDZoB) Study. *Diabetologia*. 2012; 55(3): 608-616.
16. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: A cross-sectional study. *Lancet Lond Engl*. 2012; 380(9836): 37-43.
17. Smith DJ, Court H, McLean G, Martin D, Martin JL, Guthrie B, et al. Depression and Multimorbidity: A Cross-Sectional Study of 1,751,841 Patients in Primary Care. *J Clin Psychiatry*. 2014; 75(11): 4205.
18. Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más. Santiago de Chile: Gobierno de Chile; 2013.
19. Gonzalez JS, Peyrot M, McCarl LA, Collins EM, Serpa L, Mimiaga MJ, et al. Depression and Diabetes Treatment Nonadherence: A Meta-Analysis. *Diabetes Care*. 2008; 31(12): 2398-2403.
20. Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones para la planificación y programación en Red 2023. Santiago, Chile: Ministerio de Salud de Chile; 2022.