

Factores asociados a depresión en población chilena. Resultados Encuesta Nacional de Salud 2016-2017

GABRIELA NAZAR^{1,2,a,g}, MARIELA GATICA-SAAVEDRA^{3,a,h},
ALVARO PROVOSTE^{4,5,b}, ANA MARIA LEIVA^{6,c,h},
MIQUEL MARTORELL^{2,7,d,g}, NATALIA ULLOA^{2,8,d,g},
FANNY PETERMANN-ROCHA^{9,10,14,e,h},
CLAUDIA TRONCOSO-PANTOJA^{11,e,h},
CARLOS CELIS-MORALES^{10,12,13,f,g} en representación del
Consortio de Investigación ELHOC-Chile

Factors associated with depression in Chilean adults. Results of the 2016-2017 National Health Survey

Background: Depression is a highly prevalent disease in Chilean adults. **Aim:** To identify sociodemographic, biomedical, and psychosocial factors related with depression in a representative sample of the Chilean adult population. **Material and Methods:** Analysis of data from the National Health Survey 2016-2017 which included 5,291 participants aged > 15 years. Depression was assessed using the Composite International Diagnostic Interview (CIDI-SF). Association between socio-demographic data, health and psychosocial variables and depression was analyzed using Poisson regression with robust error. **Results:** The probability of depression was higher in women than in men (prevalence ratio (PR) = 2.13 [95% confidence intervals (CI): 1.65, 2.75]). In both genders, the probability was higher in people with frailty (women: PR = 10.0 [95% CI: 1.86, 18.1] and men: PR = 3.38 [95% CI: 2.72; 4.20]), severe chronic pain (women: PR = 2.84 [95% CI: 1.93, 4.18 and men: PR = 6.41 [95% CI: 3.59, 9.40]), presence of two or more diseases (women: PR = 4.15 [95% CI: 2.78, 6.20 and men: PR = 2.60 [95% CI: 1.39, 3.81]), perception of permanent stress (women: PR = 11.0 [95% CI: 6.13, 16.0], men: PR = 21.0 [95% CI: 10.2, 31.7]), financial stress (women: PR = 2.57 [95% CI: 1.87, 3.27] men: PR = 4.27 [95% CI: 2.48, 6.06] and poor or very poor perception of health (women: PR = 5.02 [95% CI: 1.92, 8.12], men: 2.09 [95% CI: 0.49, 3.69]). In men, the probability of depression was higher for widowers than married man (PR = 5.58 [95% CI: 2.5, 8.25]), presence of goiter (PR = 4.03 [95% CI: 1.99, 6.07]) and low social support (PR = 1.95 [95% CI: 1.18; 2.72]). **Conclusions:** The factors associated with a higher probability of depression are diverse in nature. Among these being women, frailty, chronic pain, multimorbidity and high perception of stress are important factors.

(Rev Med Chile 2021; 149: 1430-1439)

Key words: Depression; Risk; Risk Factors.

¹Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Concepción. Concepción, Chile.

²Centro de Vida Saludable. Universidad de Concepción. Concepción, Chile

³Depto de Psiquiatría y Salud Mental. Facultad de Medicina. Universidad de Concepción. Concepción, Chile.

⁴Facultad de Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción.

⁵Magíster en Epidemiología Clínica. Centro Capacitación, Investigación y Gestión para la Salud basada en Evidencia (CIGES), Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera.

⁶Instituto de Anatomía, Histología y Patología, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile.

⁷Departamento de Nutrición y Dietética, Facultad de Farmacia, Universidad de Concepción. Concepción, Chile.

⁸Departamento de Bioquímica Clínica e Inmunología, Facultad de Farmacia, y Centro de Vida Saludable, Universidad de Concepción. Concepción, Chile.

⁹Institute of Health and Wellbeing, University of Glasgow, Glasgow, United Kingdom.

¹⁰BHF Glasgow Cardiovascular Research Centre, Institute of Cardiovascular and Medical Sciences, University of Glasgow, Glasgow, United Kingdom.

¹¹Centro de Investigación en Educación y Desarrollo (CIEDE-UCSC), Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción. Concepción, Chile.

¹²Centro de Investigación en Fisiología del Ejercicio (CIFE), Universidad Mayor, Santiago, Chile.

¹³Laboratorio de Rendimiento Humano, Grupo de Estudio en Educación, Actividad Física y Salud (GEEAFyS), Universidad Católica del Maule. Talca, Chile.

¹⁴Facultad de Medicina, Universidad Diego Portales. Santiago, Chile.

^aPsicóloga.

^bMédico Psiquiatra.

^cProfesora de Biología y Química, MSc. Neurociencias y Salud Mental.

^dBioquímico.

^eNutricionista.

^fProfesor Educación Física.

^gPhD.

^hMagíster.

Trabajo no recibió financiamiento. Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Recibido el 19 de noviembre de 2020, aceptado el 1 de julio de 2021.

Correspondencia a:
Gabriela Nazar.
gnazar@udec.cl

Mundialmente se reconoce a la depresión como una de las enfermedades más prevalentes de salud mental^{1,2}. Datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que afecta a más de 300 millones de personas globalmente¹, siendo reconocida como una de las principales causas de carga de enfermedad y de años de vida perdidos ajustados por discapacidad en el mundo³.

En Chile, la última Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 (ENS 2016-2017)⁴, indicó que la prevalencia de depresión en población chilena mayor de 18 años fue 6,2%, superior en mujeres que en hombres (10,1% v/s 2,1%), en tanto la sospecha de depresión fue de 15,8% para la población total, nuevamente con mayor presencia en población femenina que masculina (21,7% v/s 10,0%)⁴.

A la fecha se han identificado diversos factores asociados a la etiología de la depresión, que incluyen tanto antecedentes genéticos y alteraciones fisiopatológicas, como factores ambientales y psicosociales, y sus interacciones^{5,6}. Entre los con mayor evidencia apuntan al riesgo aumentado en mujeres^{1,7,8}, en personas en situación de vulnerabilidad, como pobreza⁹, frente a estrés financiero¹⁰, presencia de dolor¹¹, morbilidad¹² y experiencias traumáticas, particularmente en etapas tempranas del desarrollo^{13,14}. Sin embargo, la evidencia disponible en población chilena se ha centrado en grupos específicos de población, como consultantes de atención primaria¹⁵⁻¹⁷, personas mayores¹⁸, población clínica^{19,20} o empleando datos de encuestas menos actualizadas^{21,22}.

A partir de lo anterior, este estudio se propuso como objetivo identificar factores sociodemográficos, biomédicos y psicosociales asociados a depresión en una muestra representativa de población adulta chilena, y de este modo, aportar con antecedentes actualizados sobre depresión, contribuir a la comprensión multifactorial de la patología y facilitar la identificación de grupos de riesgo.

Material y Método

Estudio observacional, de corte transversal, desarrollado con datos de la ENS 2016-2017⁴, encuesta realizada en una muestra nacional, probabilística, estratificada y multietápica de 6.233 personas mayores de 15 años con representati-

dad nacional, regional, y por área urbana/rural. Este estudio utilizó los datos de una submuestra conformada por 5.520 participantes de entre quienes se excluyeron personas con problemas cognitivos (puntuación ≤ 19 puntos en el Mini Mental State Examination (MMSE) y ≥ 6 puntos en el Cuestionario de Actividad Funcional de Pfeffer), dado que la ENS 2016-2017 excluye a este grupo de la evaluación de depresión por sus potenciales dificultades para responder de manera autónoma los instrumentos⁴. La muestra quedó conformada por 5.291 personas.

La ENS 2016-2017 recibió la aprobación del Comité de Ética de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Dado el uso de datos secundarios, no se requirió certificación de cumplimiento de estándares éticos.

La evaluación de depresión se realizó usando la *Composite International Diagnostic Interview Short Form (CIDI-SF)*²³, instrumento de tamizaje que consiste en una entrevista estructurada de 30 preguntas, que evalúa síntomas depresivos en un periodo de 12 meses. Para la sospecha de depresión es necesario presentar disforia y/o falta de interés, y al menos 4 o más de los siguientes síntomas: cansancio, cambios de peso, problemas de sueño, dificultad para concentrarse, sentimiento de inutilidad y pensamientos de muerte⁴. Este instrumento ha mostrado adecuados índices de confiabilidad y validez para episodios depresivo mayor²⁴.

Las variables sociodemográficas y de estilos de vida se obtuvieron mediante cuestionarios de auto-reporte⁴. Para la evaluación del estado nutricional se empleó el índice de masa corporal (IMC: kg/m²), clasificado según los criterios de la OMS²⁵, mientras que la obesidad central fue definida según los puntos de corte sugeridos por la ENS 2009-2010²⁶. Los niveles de actividad física (AF) fueron determinados con el cuestionario *Global Physical Activity Questionnaire*²⁷. El tiempo sedente o destinado a estar sentado fue auto-reportado y clasificado como tiempo sedente de riesgo si las personas permanecían > 9 h/día sentados.

Las medidas psicosociales de percepción de salud, bienestar percibido, apoyo social, apoyo social instrumental, dificultades para la participación social y condición de cuidador, fueron obtenidas por medio del auto-reporte a través de cuestionarios de la ENS^{4,28}. (Para el detalle de todas las medidas y puntajes de corte ver referencia 28).

Análisis de datos

Los datos de caracterización de la población fueron presentados como promedio y desviación estándar para variables continuas, y como porcentaje para variables categóricas, con sus respectivos intervalos de confianza del 95% (95% IC). Para investigar la asociación entre depresión y las variables de estudio se calculó la razón de prevalencia (RP) de depresión mediante el test de regresión de Poisson con errores estándar robustos. Dado que la condición de interés, depresión, tuvo una prevalencia > 10% se optó utilizar razón de prevalencia estimada, mediante regresión de Poisson, como una forma de reducir la sobreestimación de las asociaciones por la sobre representación de la variable de interés en la población estudiada. Todos los análisis fueron ajustados por edad, educación y zona geográfica, a excepción de cuando estos eran la variable dependiente en el modelo de regresión.

Se utilizó el módulo de análisis de muestras complejas del programa STATA SE v16 y todos los resultados fueron estimados utilizando muestras expandidas según la ENS 2016-2017⁴. El nivel de significancia fue definido como $p < 0,05$.

Resultados

En la Tabla 1 se describe a la población según

depresión. El grupo con depresión se concentró en mujeres (68,6%), personas de sectores urbanos (90,4%), solteras (40%) y que trabajaban (51,7%). Destaca el menor número de horas de sueño, mayor tiempo sedente, mayor consumo de tabaco, presencia de multimorbilidad y menor bienestar percibido en el grupo con depresión que en el sin depresión.

La asociación entre factores socio-demográficos y depresión (Figura 1) indicó que, en mujeres, el riesgo de depresión fue menor para < 18 años y para ≥ 65 años respecto del grupo entre 30-49 años. Respecto de las mujeres casadas, el riesgo fue 1,5 veces mayor en mujeres divorciadas o separadas. En hombres, el riesgo de depresión fue 5,6 veces mayor para los viudos y 2,5 veces mayor para los solteros en relación con quienes reportaron estar casados.

En relación a factores antropométricos y de estilos de vida la probabilidad de depresión fue mayor en personas que permanecían sentadas ≥ 9 h/día, respecto de quienes no lo hacían, 1,7 veces en el caso de las mujeres y 1,9 en el de los hombres. En relación al fenotipo de fragilidad, la probabilidad de depresión fue 10,0 veces mayor en mujeres y 3,4 veces mayor en hombres en condición de fragilidad (Figura 2). La probabilidad de depresión fue 1,6 veces mayor para hombres con obesidad central y 1,4 veces superior en mujeres

Tabla 1. Características de la población según diagnóstico de depresión

	Sin depresión	Con depresión
Muestra expandida	11.807.164 (83,2%)	2.382.558 (16,7%)
Muestra evaluada	5.153(86,4%)	814 (13,6%)
Edad (años)	42,6 (41,7; 43,5)	41,9 (40,1; 43,6)
Sexo		
Hombres	52,7 (50,1; 55,3)	31,4 (25,5; 37,4)
Mujeres	47,2 (44,7; 50,0)	68,9 (62,6; 74,5)
Sector de residencia (%)		
Urbano	89,0 (87,8; 90,1)	90,5 (87,4; 93,0)
Rural	11,0 (9,8; 12,2)	9,4 (7,0; 12,6)
Estado Civil (%)		
Casado	37,6 (35,2; 40,2)	27,7 (22,6; 33,4)
Convive	13,7 (11,9; 15,7)	13,5 (9,9; 18,2)
Divorciado/separado/anulado	7,3 (6,2; 8,6)	12,3 (8,5; 17,6)
Viudo	4,3 (3,6; 5,1)	6,2 (4,1; 9,2)
Soltero	37,0 (34,5; 39,6)	40,3 (34,3; 46,6)

Ocupación (%)		
Trabaja	53,2 (50,6; 55,8)	52,4 (46,2; 58,6)
Dueña de casa	16,1 (14,4; 18,0)	22,2 (17,5; 27,9)
Estudiante	13,9 (12,1; 15,9)	10,4 (7,1; 15,0)
Jubilado	10,6 (9,3; 12,0)	7,2 (5,1; 10,1)
Otro	6,0 (4,9; 7,5)	7,7 (5,2; 11,2)
Peso (kg)	75,9 (75,1; 76,7)	74,5 (72,4; 76,6)
Estatura (cm)	163,2 (162,8; 162,9)	160,1 (158,9; 161,3)
Perímetro cintura (cm)	93,3 (92,6; 94,0)	92,8 (90,9; 94,6)
IMC (kg/m ²)	28,4 (28,2; 28,7)	29,0 (28,3; 29,7)
Estado nutricional (%)		
Bajo peso	1,2 (0,8; 1,9)	1,2 (0,3; 4,1)
Normo peso	24,2 (22,1; 26,4)	25,9 (20,5; 32,3)
Sobrepeso	40,7 (38,2; 41,7)	35,7 (30,1; 41,7)
Obesidad	33,8 (31,5; 36,3)	37,1 (31,3; 43,4)
Obesidad central (%)		
No	57,8 (55,2; 60,3)	48,7 (42,5; 55,0)
Sí	42,2 (39,7; 44,8)	51,3 (45,0; 57,5)
AF (MET/min/día)	4779,9 (4262,0; 5297,7)	5880,5 (4741,6; 7019,4)
Tiempo sedente (h/día)	3,3 (3,2; 3,5)	3,9 (3,5; 4,3)
AF- Activo (%)	75,4 (73,2; 77,5)	75,1 (69,8; 79,9)
AF- Inactivo (%)	24,6 (22,5; 26,8)	24,8 (20,1; 30,2)
Horas de sueño/día (h)	7,5 (7,5; 7,6)	6,9 (6,7; 7,2)
Consumo frutas y verduras/día	2,8 (2,7; 3,2)	2,9 (2,7; 3,3)
Alcohol (vasos/día)	2,8 (2,6; 2,9)	2,6 (2,3; 2,9)
Índice estilo de vida		
Bajo	32,1 (29,7; 34,7)	31,9 (26,3; 38,0)
Bajo-medio	28,9 (26,5; 31,2)	29,2 (23,8; 35,2)
Medio-alto	25,2 (23,1; 27,6)	25,0 (20,1; 30,5)
Alto	13,8 (12,2; 15,6)	13,9 (9,9; 19,0)
Hábito tabáquico (%)		
Fumador regular	23,5 (21,3; 25,9)	30,2 (24,7; 36,2)
Fumador Ocasional	8,6 (7,3; 10,4)	7,6 (4,8; 11,8)
Ex fumador	25,8 (23,6; 28,3)	22,9 (18,5; 28,0)
Nunca ha fumado	41,9 (39,5; 44,4)	39,4 (33,3; 45,8)
Morbilidad (%)		
Sin enfermedad	46,8 (44,2; 49,4)	25,3 (19,9; 31,6)
Una enfermedad	24,7 (22,5; 27,0)	24,2 (19,3; 29,9)
Dos enfermedades	12,6 (11,0; 14,4)	21,1 (16,3; 26,8)
Tres enfermedades	6,9 (5,9; 8,1)	12,4 (9,1; 16,6)
Cuatro enfermedades	4,1 (3,3; 5,0)	6,6 (4,4; 9,8)
> 5 enfermedades	4,9 (4,0; 6,0)	10,4 (7,4; 14,5)
Bienestar Percibido (%)		
Malo	1,1 (0,8; 1,6)	5,9 (3,7; 9,4)
Regular	17,9 (16,1; 19,9)	39,9 (33,9; 46,2)
Bueno	80,9 (79,0; 82,8)	54,1 (47,9; 60,3)

IMC: Índice Masa Corporal, AF: Actividad Física

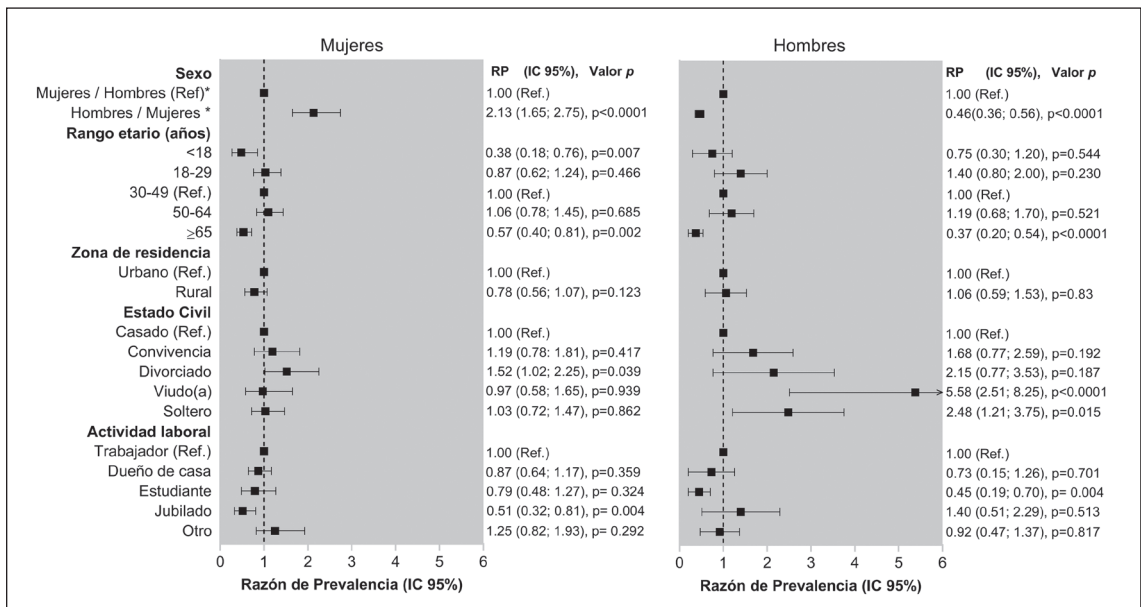


Figura 1. Factores sociodemográficos asociados a depresión en hombres y mujeres.

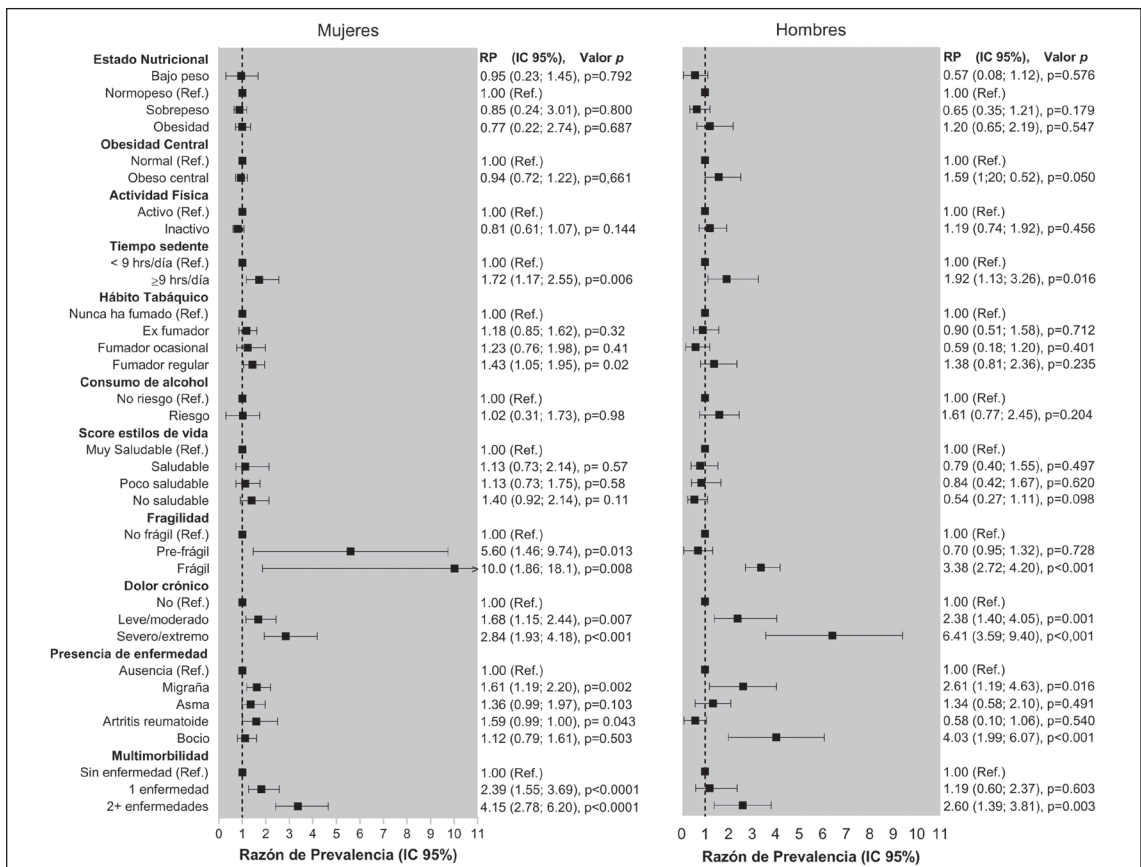


Figura 2. Factores de salud asociados a depresión en hombres y mujeres.

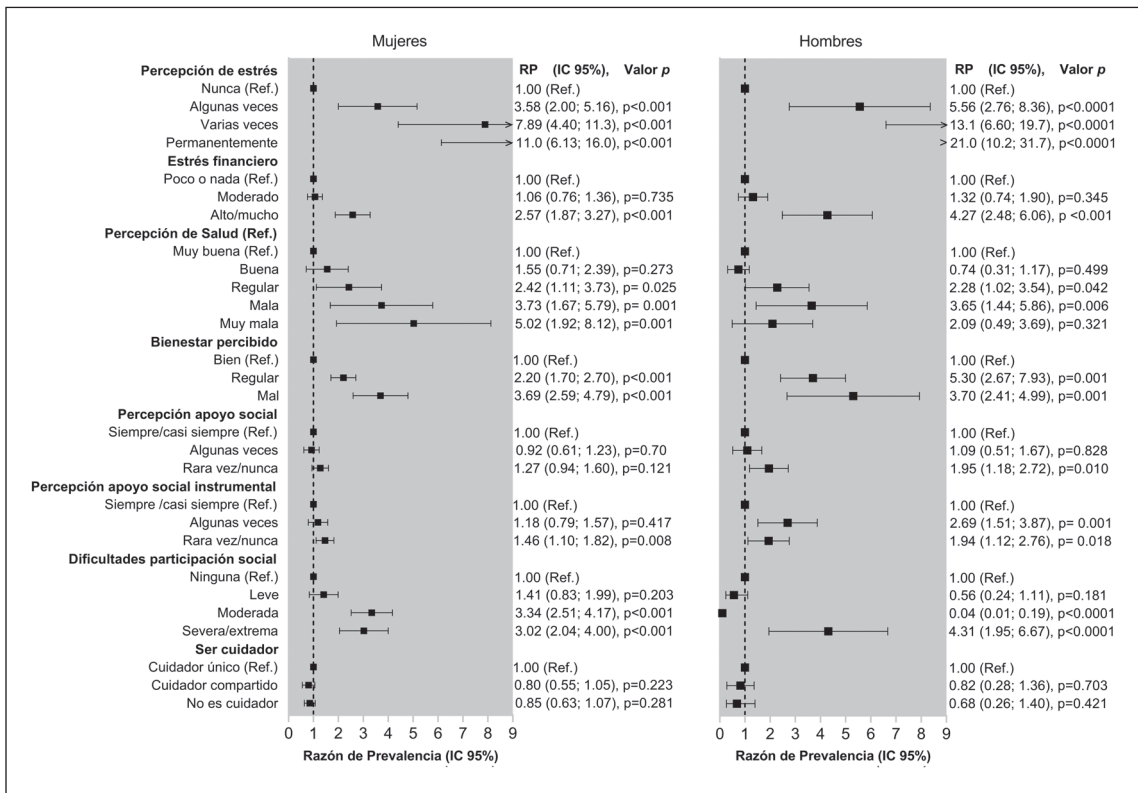


Figura 3. Factores psicosociales asociados a depresión en hombres y mujeres.

que fumaban regularmente respecto de quienes no lo hacían.

La presencia de morbilidad se asoció con mayor probabilidad de depresión, siendo 4,1 veces mayor en mujeres y 2,6 en hombres que informaron 2 o más enfermedades, en comparación a quienes no presentaron ninguna. Personas que reportaron dolor crónico también mostraron mayor probabilidad de presentar depresión, 2,8 veces en el caso de mujeres y 6,4 veces en el de hombres que informaron dolor severo, comparados con quienes no lo hicieron. También se observó mayor probabilidad de depresión en mujeres que sufrían de migraña y artritis reumatoide y en hombres con bocio comparado con personas sin las condiciones anteriores (Figura 2).

Entre los factores psicosociales asociados a depresión (Figura 3), tanto en mujeres como hombres la probabilidad fue superior frente a percepción de estrés permanente, muy mala percepción de salud, bajo bienestar percibido y

percepción de elevado estrés financiero en relación a quienes informaron percepción positiva de los aspectos descritos.

En hombres, la probabilidad de depresión fue superior frente a la percepción de falta de apoyo social y de apoyo social instrumental, así como en presencia de dificultades “severas” para la participación social. La percepción de estrés, también se asoció significativamente a mayor probabilidad de depresión, llegando a ser 21 veces mayor en hombres que reportaron presencia de estos síntomas “permanentemente” y 4,3 veces en quienes percibieron alto estrés financiero.

Discusión

Se analizaron factores sociodemográficos, biomédicos y psicosociales asociados a sospecha de depresión en una muestra probabilística de población chilena con datos de la ENS 2016-2017⁴.

Los resultados confirmaron mayor probabili-

dad de depresión en mujeres que en hombres, con ratios cercanos al 2:1, lo que ha sido ampliamente reportado por organismos internacionales y estudios en distintos contextos culturales^{29,30}, incluido Chile¹⁶. Entre las propuestas explicativas se plantea el funcionamiento hormonal, particularmente del estrógeno; sin embargo, la evidencia indica que, dado que las diferencias de prevalencia surgen a edades tempranas, operarían factores más allá de los exclusivamente biológicos, entre ellas condiciones psicosociales, como el estrés crónico asociado al rol femenino, o el sesgo derivado de que las mujeres se mostrarían más dispuestas a informar síntomas de tristeza³¹.

Otro factor sociodemográfico asociado a depresión es la ausencia de pareja, ya sea por viudez o soltería, en el caso de los hombres, y la separación o divorcio en el caso de las mujeres. Este hallazgo puede estar vinculado a la estrecha asociación entre aislamiento, soledad y depresión^{32,33} así como a ausencia de redes de apoyo cercanas que proporcionen soporte emocional e instrumental. Lo anterior, es ratificado en este estudio por los resultados que indican que la percepción de escaso apoyo social instrumental y las dificultades para participar en actividades sociales, aumentan el riesgo de depresión.

Uno de los factores que mostró alta asociación con depresión fue la percepción de estrés, con síntomas de ansiedad, irritabilidad y dificultades para dormir, todos correlatos de la experiencia depresiva³⁴ por lo que es una asociación esperada, lo mismo ocurriría con su vinculación con bienestar. Sin embargo, no se puede desconocer la evidencia que relaciona el estrés crónico y la depresión³⁵. Eventos estresantes de la vida pueden precipitar episodios depresivos en personas vulnerables y el estrés infantil, en forma de abuso o negligencia, aumenta el riesgo de depresión futura³⁶.

El hallazgo de la depresión asociada a la presencia de otras enfermedades cuenta con contundente evidencia previa^{37,38}. Estudios internacionales han concluido sobre la asociación entre depresión y enfermedad coronaria^{39,40}, asma⁴¹, artritis reumatoide⁴², diabetes mellitus^{43,44} y fibromialgia⁴⁵, entre otras. En Chile, un estudio con consultantes de centros de atención primaria con depresión indicó que el 42% de los pacientes presentaban comorbilidad¹⁷, lo que fue ratificado por otra investigación en el que la historia de enfermedad física fue un predictor de síntomas depresivos¹⁶.

En el caso de este estudio, tanto hombres como mujeres que informaron migraña presentaron un riesgo aumentado de depresión. Antecedentes previos indican que pacientes con migraña tienen 2 a 4 veces mayor probabilidad de desarrollar un trastorno depresivo mayor, probabilidad que aumenta en caso de migraña de carácter crónico⁴⁶. Datos internacionales indican que el 10% de la población sufre migraña⁴⁷, con prevalencia de 8,5% en población chilena⁴ lo que muestra que se trata de una patología que afecta a un grupo numeroso de la población y que, en co-ocurrencia con depresión, puede ver significativamente reducida su funcionalidad y calidad de vida.

Las patologías antes señaladas se caracterizan por dolor como síntoma principal lo cual también podría explicar su asociación con depresión. La presencia de dolor ha sido consistentemente asociada a depresión^{48,49} y a así lo confirmaron los hallazgos de este estudio. El dolor crónico es considerado una condición compleja, que muchas veces se superpone con malestar psicológico, dado que la disminución de la funcionalidad o las limitaciones derivadas de vivir con dolor pueden llevar a sentimientos de pérdida y ánimo negativo. Existe evidencia de que personas con niveles elevados de dolor basal producto de enfermedades crónicas tienen episodios depresivos más prolongados, demora en su remisión y aumento del riesgo suicida⁵⁰.

En el caso de la multimorbilidad, los resultados de este estudio indicaron que el riesgo de depresión puede aumentar 4,1 veces en el caso de presencia de más de dos enfermedades. Al respecto, un metaanálisis del año 2017 informó que el riesgo de depresión se duplicaba en personas con multimorbilidad comparado con personas sin multimorbilidad y se triplicaba en comparación con personas sin ninguna enfermedad física crónica, existiendo un 45% de mayor probabilidad de depresión por cada condición crónica adicional⁵¹. Otro estudio internacional, realizado en 43 países de medianos ingresos, confirma lo anterior, estableciendo un aumento de probabilidad estimada de 3,3% de depresión ante múltiples enfermedades⁵².

La comorbilidad entre condiciones de salud y depresión plantea el desafío de establecer los factores subyacentes entre condiciones. Por ejemplo, en la asociación entre depresión y patologías como enfermedad coronaria y artritis reumatoide se ha

planteado que comparten procesos fisiopatológicos de tipo inflamatorios^{39,42}.

Otro desafío que persiste es la necesidad de establecer la direccionalidad de las relaciones entre depresión y otras condiciones médicas¹². Estudios longitudinales han planteado la depresión como un factor de riesgo de incidencia para enfermedades crónicas y en general para enfermedades caracterizadas por dolor, inflamación y reactividad autonómica¹². Por otra parte, la presencia de síntomas depresivos se asocia a peores hábitos de autocuidado o conductas de riesgo que contribuyen al desarrollo de enfermedad. Otros autores han planteado bidireccionalidad⁴¹ en los que la depresión puede actuar exacerbando síntomas físicos y discapacidad funcional del paciente, impidiendo la búsqueda de tratamiento y aumentando tasas de mortalidad^{50,52}.

El progresivo aumento de enfermedades crónicas plantea desafíos en términos del efecto que puede tener la concomitancia con la depresión y sus consecuencias en la calidad de la vida, así como el manejo de la enfermedad y la adherencia al tratamiento. Lo anterior, sugiere que el abordaje óptimo de una condición crónica requiere de la detección y control de la sintomatología depresiva asociada.

Este estudio, no obstante sus aportes, tiene limitaciones, entre ellas, que el instrumento CIDI-SF, solo es indicativo de sospecha de depresión y no descarta falsos positivos de depresión por causas médicas, por otros diagnósticos psiquiátricos, como abuso de sustancias; o situación de duelo.

Conclusión

Este estudio evidenció que los factores sociodemográficos, biomédicos y psicosociales asociados a depresión en población chilena son el ser mujer, presencia de condiciones de salud como fragilidad, dolor y multimorbilidad, alta percepción de estrés y baja percepción de salud. Lo anterior supone desafíos para los sistemas sanitarios respecto a la pesquisa temprana en grupos más vulnerables, como personas sin redes de apoyo social, así como en el abordaje de la depresión en comorbilidad con otras condiciones de salud, en el entendido de que la depresión constituye tanto un antecedente como una consecuencia directa de otras condiciones, y en ambos casos tiene un rol

determinante en el autocuidado, la búsqueda de ayuda y la adherencia al tratamiento.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Notas Descriptivas. Depresión: OMS; 2020. [citado 25 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
2. Kessler RC, Sampson NA, Berglund P, Gruber MJ, Al-Hamzawi A, Andrade L, et al. Anxious and non-anxious major depressive disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. 2015. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 2015; 24(3): 210-6.
3. Kyu HH, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Ababasi N et al. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018; 392(10159): 1859-922.
4. Ministerio de Salud de Chile. Encuesta Nacional de Salud. ENS Chile 2016-2017 [Consultado 20 agosto 2020]. 2018. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/encuesta-nacional-de-salud-2015-2016/>
5. Saveanu RV, Nemeroff CB. Etiology of depression: genetic and environmental factors. *Psychiatric Clinics*. 2012; 1; 35 (1): 51-71.
6. De Aquino JP, Londono A, Carvalho AF (2018) An Update on the Epidemiology of Major Depressive Disorder Across Cultures. In: Kim YK. (Eds) *Understanding Depression*. Springer, Singapore.
7. Kessler, RC Epidemiology of women and depression. *J Affect Disord*. 2003; 74(1): 5-13.
8. Kessler RC, Bromet EJ. The epidemiology of depression across cultures. *Annu Rev Public Health*. 2013; 34: 119-38.
9. Lund C, De Silva M, Plagerson S, Cooper S, Chisholm D, Das J, et al. Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2011;378(9801): 1502-14.
10. Viseu J, Leal R, de Jesus SN, Pinto P, Pechorro P, Greenglass E. Relationship between economic stress factors and stress, anxiety, and depression: Moderating role of social support. *Psychiatry Res*. 2018; 268: 102-7.
11. Ishak WW, Wen RY, Naghdechi L, Vanle B, Dang J, Knosp M, et al. Pain and depression: a systematic review. *Harv Rev Psychiatry*. 2018; 1; 26 (6): 352-63.
12. Patten SB, Williams JV, Lavorato DH, Modgill G, Jetté N, Eliasziw M. Major depression as a risk factor for

- chronic disease incidence: longitudinal analyses in a general population cohort. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008; 30 (5): 407-13.
13. Docter AL, Zeeck A, von Wietersheim J, Weiss H. Influence of childhood trauma on depression in the INDDep study, *Psychoanal Psychother*. 2018; 32 (2): 217-34.
 14. Fowler JC, Allen JG, Oldham JM, Frueh BC. Exposure to interpersonal trauma, attachment insecurity, and depression severity. *J Affect Disord*. 2013; 149 (1-3): 313-8.
 15. Vicente PB, Rojas PR, Saldívia BS, Pérez VC, Melipillán AR, Hormazábal P, et al. Determinantes biopsicosociales de depresión en pacientes atendidos en Centros de Atención Primaria de Concepción, Chile. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr*. 2016; 54 (2): 102-12.
 16. Crempien C, de la Parra G, Grez M, Valdés C, López MJ, Krause M. Características sociodemográficas y clínicas de pacientes diagnosticados con depresión en Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) de Santiago, Chile. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr*. 2017; 55 (1): 26-35.
 17. Martínez P, Rojas G, Fritsch R, Martínez V, Vöhringer PA, Castro A. Comorbilidad en personas con depresión que consultan en centros de la atención primaria de salud en Santiago, Chile. *Rev Med Ch*. 2017; 145 (1): 25-32.
 18. Aravena JM, Saguez R, Lera L, Moya MO, Albala C. Factors related to depressive symptoms and self-reported diagnosis of depression in community-dwelling older Chileans: A national cross-sectional analysis. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2020; 35 (7): 749-58.
 19. Dagnino P, Ugarte MJ, Morales F, González S, Saralegui D, Ehrental JC. Risk Factors for Adult Depression: Adverse Childhood Experiences and Personality Functioning. *Front Psychol*. 2020; 9: 11: 594698.
 20. Gloger S, Vöhringer PA, Martínez P, Chacón MV, Cáceres C, Diez de Medina D, et al. The contribution of early adverse stress to complex and severe depression in depressed outpatients. *Depress Anxiety*. 2021; 1-8.
 21. González G, Vives A. Work status, financial stress, family problems, and gender differences in the prevalence of depression in Chile. *Ann Work Expo Health*. 2019; 63(3):359-70.
 22. Markkula N, Zitko P, Peña S, Margozzini P, Retamal C P. Prevalence, trends, correlates and treatment of depression in Chile in 2003 to 2010. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017; 52 (4): 399-409.
 23. Kessler R, Andrews G, Mroczek D, Ustun B, Wittchen H. The World Health Organization Composite International Diagnostic Interview Short-Form (CIDI-SF). *Int J Methods Psychiatr Res*. 1998; 7 (4): 171-85.
 24. Pez O, Gilbert F, Bitfoi A, Carta MG, Jordanova V, et al. Validity across translations of short survey psychiatric diagnostic instruments: CIDI-SF and CIS-R versus SCID-I/NP in four European countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010; 45 (12): 1149-59.
 25. WHO. Obesity: preventing and Managing the Global Epidemic. World Health Organization (WHO) Report. 2000.
 26. MINSAL. Chile: Encuesta Nacional de Salud 2009-2010. Ministerio de Salud de Chile. [Consultado <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>]. [Consultado el 20 de agosto de 2020] 2010; Disponible en: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>.
 27. WHO. Global Physical Activity Questionnaire: GPAQ version 2.0. World Health Organization. 2009. [Consultado el 2 de agosto de 2020]. Disponible en: http://www.who.int/chp/steps/resources/GPAQ_Analysis_Guide.pdf.
 28. MINSAL. Manual de aplicación de cuestionario F2, Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Ministerio de Salud (MINSAL) - Gobierno de Chile. 2016.
 29. Seponski DM, Lahar CJ, Khann S, Kao S, Schunert T. Four decades following the Khmer rouge: sociodemographic factors impacting depression, anxiety and PTSD in Cambodia. *J. Ment Health*. 2019; 28 (2):175-80.
 30. Brown CR, Hambleton IR, Sobers-Grannum N, Hercules SM, Unwin N, Harris EN, et al. Social determinants of depression and suicidal behaviour in the Caribbean: a systematic review. *BMC Public Health*. 2017; 17 (1): 1-1.
 31. Albert PR. Why is depression more prevalent in women? *J Psychiatry Neurosci*. 2015; 40 (4): 219-21.
 32. Cacioppo JT, Hughes ME, Waite LJ, Hawkley LC, Thisted RA. Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychol and Aging*. 2006; 21(1):140-51.
 33. van Winkel M, Wichers M, Collip D, Jacobs N, Derom C, Thiery E, et al. Unraveling the Role of Loneliness in Depression: The Relationship Between Daily Life Experience and Behavior, *Psychiatry*. 2017; 80 (2): 104-17.
 34. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. (2013). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
 35. Dean J, Keshavan M. The neurobiology of depression: An integrated view. *Asian J Psychiatry*. 2017; 27:101-11.
 36. Nelson J, Klumppendt A, Doeblner P, Ehrling T. Childhood maltreatment and characteristics of adult depression: meta-analysis. *Br. J. Psychiatry*. 2017; *J. Ment. Sci*. 210: 96-104.
 37. 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. *The J Clin Psychiatry*. 2014; 75 (11): 1202-8.
38. Birk JL, Kronish IM, Moise N, Falzon L, Yoon S, Davidson KW. Depression and multimorbidity: Considering temporal characteristics of the associations between depression and multiple chronic diseases. *Health Psychol*, 2019; 38 (9): 802-11.
39. Pozuelo L, Tesar G, Zhang J, Penn M, Franco, K, Jiang W. Depression and heart disease: what do we know, and where are we headed. *Cleve Clin J Med*. 2009; 76(1): 59-70.
40. Carney RM, Freedland KE. Depression and coronary heart disease. *Nat Rev Cardiol*. 2017; 14(3):145-55.
41. Katon W, Lozano P, Russo J, McCauley E, Richardson L, Bush T. The prevalence of DSM-IV anxiety and depressive disorders in youth with asthma compared with controls. *Journal Adolesc Health*. 2007; 41(5): 455-63.
42. Nerurkar L, Siebert S, McInnes IB, Cavanagh J. Rheumatoid arthritis and depression: an inflammatory perspective. *Lancet Psychiat*. 2019; 6 (2): 164-173.
43. Roy T, Lloyd CE. Epidemiology of depression and diabetes: a systematic review. *J Affect Disord*. 2012; 142 (Suppl): S8 S21.
44. Salinero-Fort MA, Gómez-Campelo P, San Andrés-Rebollo FJ, Cárdenas-Valladolid J, Abánades-Herranz JC, de Santa Pau EC et al. Prevalence of depression in patients with type 2 diabetes mellitus in Spain (the DIADEMA Study): results from the MADIABETES cohort. *BMJ Open*. 2018; 8 (9): e020768.
45. Galvez-Sánchez CM, Montoro CI, Duschek S, del Paso GA. Depression and trait-anxiety mediate the influence of clinical pain on health-related quality of life in fibromyalgia. *J Affect Disord*. 2020; 265:486-95.
46. Farnaz A. Depression comorbidity in migraine. *Int Rev Psychiatry*. 2017; 29:504-15.
47. World Health Organization. WHO. Atlas of headache disorders and resources in the world. 2011. [Consultado 20 agosto 2020]. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/management/atlas_headache_disorders/en/
48. Kroenke K, Wu J, Bair MJ, Krebs EE, Damush TM, Tu W. Reciprocal relationship between pain and depression: a 12-month longitudinal analysis in primary care. *J Pain*. 2011; 12 (9): 964-973.
49. Du L, Luo S, Liu G, Wang H, Zheng L, Zhang Y. The 100 Top-Cited Studies About Pain and Depression. *Front Psychol*. 2020; 10(3072). [Consultado el 2 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7026489/pdf/fpsyg-10-03072.pdf>.
50. Kraus C, Kadriu B, Lanzenberger R, Zarate CA, Kasper S. Prognosis and improved outcomes in major depression: a review. *Transl Psychiatry*. 2019; 9 (1): 1-17.
51. Read JR, Sharpe L, Modini M, Dear BF. Multimorbidity and depression: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2017; 221: 36-46.
52. Katon WJ. Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. *Dialogues Clin Neurosci* 2011; 13 (1): 7-23.