

Características sociodemográficas y clínicas de pacientes diagnosticados con depresión en Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) de Santiago, Chile

Sociodemographic and clinical characteristics of patients diagnosed with depression in Community Mental Health Centres (COSAM) in Santiago, Chile

Carla Crempien C.^{1,a}, Guillermo de la Parra C.², Marcela Grez B.^{3,a},
Camila Valdés F.^{1,b}, María José López M.^{1,a} y Mariane Krause J.^{1,a}

Introduction: The study aimed to characterize a sample of depressive patients who attend to Community Mental Health Centres (COSAM) in Santiago, regarding their sociodemographic and clinical characteristics and the associations among these variables. **Method:** 88 patients treated at 5 different COSAM in Santiago were assessed with self-report questionnaires regarding sociodemographic variables, severity of depressive symptoms (BDI), general and social functioning (OQ-45) and health-related quality of life (SF-36). Descriptive and correlational analyses were performed to describe sociodemographic and clinical features of the participants, and to address the associations between depressive symptomatology, general functioning and quality of life. **Results:** Participants were mostly women, with chronic and severe depressive symptoms and high frequency of comorbid physical illnesses, they presented reduced quality of life and impairments in general and social functioning. Female gender and a history of physical illness were significant predictors of the severity of depressive symptoms. The latter, in turn, showed moderate to high correlations with the different dimensions of general functioning and quality of life, especially with lack of vitality, impact of health and emotional problems in social life, work and daily activities and, the perception of an impaired mental health. **Conclusion:** Depressive disorders in patients treated at COSAM are highly limiting and are associated with low quality

Recibido: 27/08/2016

Aceptado: 16/03/2017

Fuentes de apoyo financiero (Subsidio de investigación): FONDECYT, CONICYT. Proyecto Postdoctorado # 3140317. Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad IS130005.

Ninguna de estas fuentes de apoyo financiero tuvo influencia en diseño del estudio, ni en la recolección, análisis o interpretación de los datos, ni en la preparación, revisión o aprobación del manuscrito.

¹ Escuela de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

² Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

³ Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

^a Psicóloga.

^b Bióloga.

of life. The observed profile describes mainly women patients with severe chronic symptoms, in whom physical, emotional and personality vulnerabilities are intertwined, suggesting the need for an articulated approach to physical and mental health and therapeutic resources considering these characteristics.

Key words: Depression, public health, psychosocial factors.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2017; 55 (1): 26-35

Introducción

Los trastornos depresivos (TD) constituyen un problema de salud pública a nivel mundial y nacional, tanto por su prevalencia como por la carga de enfermedad asociada¹⁻³. En Chile, la depresión mayor representa uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes, con una prevalencia de vida de 9,2% y 5,7% de prevalencia en un año³.

Los TD constituyen el motivo de consulta más frecuente por salud mental en el sector público, siendo uno de los problemas prioritarios del plan nacional de salud mental vigente y parte del sistema de garantías explícitas en salud⁴. Se relacionan con una reducida calidad de vida, menoscabo del funcionamiento global y social, y alta comorbilidad psiquiátrica y de enfermedades físicas^{5,6}.

La evidencia muestra que el riesgo de desarrollar un TD es dos veces mayor en mujeres que en hombres^{7,8}, aunque la variable de género interactúa con otros factores sociodemográficos, como la edad, presencia de hijos, estado civil y nivel educacional^{9,10}. Un menor nivel socioeconómico y educacional se asocian también a mayor riesgo de depresión¹¹, como lo mostró la última Encuesta Nacional de Salud¹².

Los trastornos depresivos tienen frecuente comorbilidad de enfermedades físicas¹³ y psiquiátricas. Particularmente, la comorbilidad de trastornos de la personalidad (TDP) es alta y se asocia a persistencia y recurrencia del trastorno depresivo, a mayor tiempo de tratamiento y limitación en el funcionamiento psicosocial^{14,15}. Estos se asocian además, a mayor probabilidad de abuso de sustancias y mayor riesgo suicida¹⁶.

El estudio de estrategias de intervención en depresión en el sector público es relevante, dada la relación entre vulnerabilidad social, prevalencia y permanencia de los trastornos depresivos^{11,17}. La mayoría de las investigaciones respecto a los TD en el sector público en Chile, se ha realizado en la atención primaria y hay pocos estudios en el nivel secundario de atención⁵, los que se han desarrollado fundamentalmente en centros ambulatorios de hospitales^{18,19}.

Los Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM), son los centros de referencia para casos severos de depresión, de acuerdo a la Guía Clínica para el tratamiento de la Depresión²⁰. Sin embargo, hay escasa sistematización acerca de las características de los pacientes atendidos en los COSAM; un estudio reciente describe una muestra mayoritariamente femenina, con alta comorbilidad psiquiátrica, especialmente TDP y alta incidencia de disfunción familiar²¹.

Es relevante estudiar el perfil de los pacientes diagnosticados con depresión en los COSAM, en cuanto estos pacientes han llegado a estos centros por la gravedad, persistencia, recurrencia o riesgos asociados a su trastorno, o porque han sido refractarios a las intervenciones del nivel primario. Conocer las características de esta población es un paso necesario para orientar la reflexión y decisiones terapéuticas ajustadas a las necesidades más específicas de estos pacientes. El objetivo de este estudio es caracterizar una muestra de consultantes con diagnóstico de TD, atendidos en 5 Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) de distintos sectores de la ciudad de Santiago, con respecto a sus características sociodemográficas (sexo, edad,

escolaridad, estado civil, ocupación, antecedentes de salud mental y física), sus características clínicas (severidad de la sintomatología, comorbilidad, suicidalidad), su nivel de funcionalidad y calidad de vida. Y, secundariamente, explorar correlaciones de interés entre estas variables.

Pacientes y Método

El estudio tuvo un diseño no experimental, transversal, descriptivo y correlacional. La muestra fue intencionada y estuvo constituida por 88 pacientes adultos, consultantes en COSAM de las comunas de Macul, Ñuñoa, La Pintana, Independencia y Conchalí. Se incluyeron COSAM que representaran distintos sectores de la ciudad de Santiago y que aceptaron participar en la investigación.

Los criterios de inclusión de pacientes fueron: 18 años o más, con algún diagnóstico de depresión, que aceptaran voluntariamente participar en el estudio. Los criterios de exclusión fueron: retraso mental, daño orgánico, trastorno psicótico y dependencia de sustancias.

Por ser parte de una investigación longitudinal que evalúa resultados psicoterapéuticos (FONDECYT Postdoctorado #3140317), los participantes estaban iniciando una psicoterapia en el COSAM, siendo los datos presentados en este estudio correspondientes a la medición basal. Los pacientes firmaron una carta de consentimiento informado y el estudio cuenta con la aprobación de los comités de ética y bioética de la Pontificia Universidad Católica de Chile y del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

Instrumentos

Para la evaluación de variables sociodemográficas, se utilizó una ficha diseñada para este estudio, basada en la ficha sociodemográfica utilizada por el Instituto Milenio para el Estudio de la Depresión y Personalidad MIDAP (IS130005).

Para la evaluación de sintomatología depresiva se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (BDI-I)²², cuestionario de auto-reporte ampliamente utilizado en Chile. Puntajes más altos indican mayor severidad de la sintomatología y se utilizaron los

puntos de corte establecidos para rangos de sintomatología severa, moderada, leve y mínima.

Para la evaluación del funcionamiento global e interpersonal, se utilizó el OQ-45.2²³, cuestionario de autoreporte que permite medir progresos terapéuticos en mediciones sucesivas, abarcando tres áreas del funcionamiento actual: malestar general, relaciones interpersonales y rol social. A mayor puntaje, mayor disfuncionalidad. Cuenta con puntajes de corte nacionales que dividen la población en funcional y disfuncional²⁴.

Para la medición de calidad de vida se utilizó la versión española del SF-36²⁵, cuestionario de autoreporte, ampliamente utilizado para evaluar calidad de vida asociada a la salud, a través de dimensiones como el nivel en que la salud limita el trabajo y otras actividades diarias, limitaciones debidas al dolor, sentimientos de vitalidad y fatiga, grado en que los problemas de salud interfieren con la vida social, grado en que los problemas emocionales interfieren con el trabajo y actividades cotidianas, entre otras. Se obtienen dos puntajes que resumen la calidad de vida en sus componentes físico y mental. Un puntaje más alto indica mejor calidad de vida.

Análisis de los datos

Se realizaron análisis estadísticos descriptivos para caracterizar a la muestra respecto a variables sociodemográficas y clínicas. Se desarrollaron análisis bivariados para explorar correlaciones entre severidad de los síntomas depresivos, el funcionamiento general e interpersonal y la calidad de vida de los pacientes. Se realizaron análisis multivariados para determinar qué variables predicen la severidad de los síntomas depresivos. Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS 20.0.

Resultados

Características sociodemográficas

El promedio de edad de los participantes fue de 44,9 años (DE = 13,8), con una edad mínima de 18 años y una máxima de 84. La distribución etárea fue heterogénea, 7,9% de los participantes

tenía entre 18 y 25 años; 43,2% entre 26 y 45 años; 43,2% entre 46 y 65 años; y 5,7% tenía más de 65 años. En cuanto al género, la muestra estuvo constituida mayoritariamente por mujeres, siendo estas el 88,6% (n = 78). El 11,4% (n = 10) de los participantes era de género masculino. El 40,9% (n = 36) de los participantes estaban solteros, 31,8% (n = 28) casados, 11,4% (n = 10) en convivencia con su pareja, 14,8% (n = 13) se encontraban separados y 1 participante era viudo.

En cuanto a su escolaridad, la mayoría de los pacientes se concentra en las categorías de educación media completa (35,2%, n = 31) y educación técnica-profesional (25%, n = 22). El 12,5% (n = 11) de los participantes tenía un nivel de estudios universitarios completos, un grupo similar (12,5%) tenía educación media incompleta, el 10,2% (n = 9) presentaba educación básica completa, y 4,5% (n = 4) tenía educación básica incompleta. Respecto a la ocupación, 29,5% (n = 26) de las participantes eran dueñas de casa. El 27,3% (n = 24) de los participantes trabajaba de manera dependiente y el 12,5% (n = 11) trabajaba como independiente. El 14,8% (n = 13) se encontraba desempleado, el 10,2% (n = 9) con licencia médica, el 6,8% (n = 6) se encontraba pensionado y el 9,1% (n = 8), jubilado. El 5,7% (n = 5) eran estudiantes. En esta variable los participantes podían seleccionar más de una opción cuando así correspondía.

Respecto a la salud física, el 55,2% (n = 48) de los participantes reportó tener una historia de enfermedad física relevante, como artrosis, diabetes, fibromialgia, hipotiroidismo, entre otras. Dentro de los antecedentes de salud mental, el 84,1% (n = 74) de los pacientes había tenido tratamiento psicológico previo y 69,3% (n = 61) de los participantes había tomado medicamentos por síntomas mentales anteriormente. El 18,2% (n = 16) de los pacientes tenía historia de hospitalización psiquiátrica. El 54,5% (n = 48) de los pacientes reportó antecedentes familiares de enfermedades psiquiátricas.

Características clínicas

Respecto al diagnóstico consignado por los COSAM, 29,5% (n = 26) fueron diagnosticados

con Episodio Depresivo Grave, 15,9% (n = 14) con Trastorno Depresivo Recurrente, 8% (n = 7) con Episodio Depresivo moderado o leve, 8% (n = 7) con Trastorno Afectivo Bipolar, 18,2% (n = 16) con otros trastornos con sintomatología depresiva (trastorno mixto ansiedad y depresión, trastorno distímico, depresión postparto) y en 20,5% (n = 18) de los casos, había diagnóstico de depresión no especificado (“Depresión GES”, “Depresión”). El 39,7% (n = 35) de los pacientes presentaba comorbilidad psiquiátrica, dentro de los cuales 68,6% correspondía a un TDP (27,3% del total). El 92% (n = 81) de los pacientes se encontraba en tratamiento farmacológico por el trastorno depresivo actual.

La Tabla 1 muestra las medias y desviaciones estándar de la severidad de la sintomatología depresiva, malestar subjetivo, funcionamiento interpersonal y social y calidad de vida de los pacientes (puntajes BDI-I, OQ-45 y SF-36).

La media de los síntomas depresivos fue de 28 puntos, encontrándose en el rango de sintomatología moderada, en el límite con sintomatología severa. La mayor parte de los pacientes presentó sintomatología depresiva severa 44,3% (n = 39), 33% (n = 29) sintomatología moderada, 21,6% (n = 19) sintomatología leve y 1,1% (n = 1) sintomatología mínima o ausente.

La media de los participantes en la escala OQ-45 fue de 98,19 puntos, encontrándose sobre el punto de corte establecido en las normas nacionales (73 puntos), lo que corresponde a población disfuncional, lo mismo ocurre en los promedios de las 3 subescalas: malestar subjetivo (punto de corte = 43 puntos), relaciones interpersonales (punto de corte = 16 puntos) y rol social (punto de corte = 14).

Para evaluar suicidalidad, se agrupó a los participantes en función de que cumplieran con la condición de “con frecuencia” o “casi siempre” piensan en quitarse la vida durante la última semana (ítem 8 OQ-45) y que, además, reportan “siento que estaría mejor muerto/a o que mi familia estaría mejor si yo me muriera” o “me mataría si pudiera” (ítem I BDI). Con este criterio, 22,7% (n = 20) de los pacientes, configurarían en riesgo suicida.

Tabla 1. Medias y desviaciones estándar escalas BDI-I, OQ-45 y SF-36

n = 88	Media	DE	Mín-Máx
BDI Síntomas depresivos	28,00	11,00	5-56
OQ-45 total	98,19	25,38	18-145
Escala malestar subjetivo	62,65	17,18	13-94
Escala funcionamiento interpersonal	19,91	6,81	0-36
Escala rol social	15,50	5,45	4-26
SF-36			
Componente mental calidad de vida	25,67 (30,3)	11,61	-0,69-63,79
Componente físico calidad de vida	41,52 (42,7)	11,13	16,83-65,99
Subescalas calidad de vida (SF-36)			
Función física	61,72	25,87	10-100
Rol físico	43,18	45,12	0-100
Dolor corporal	36,40	28,85	0-100
Vitalidad	31,19	22,71	0-95
Función social	38,49	28,56	0-100
Rol emocional	21,96	35,33	0-100
Salud mental	36,18	19,84	0-88
Salud general	39,39	22,00	0-100

Respecto a la calidad de vida, los puntajes promedio del grupo en los componentes físico (41,52) y mental (25,67) de la escala SF-36 muestran reducida calidad de vida, considerando que los puntajes van de 0 a 100, siendo mayor puntaje mejor calidad de vida. Dentro de las subescalas, la más baja corresponde al Rol emocional (21,96), es decir, los pacientes sienten que sus problemas emocionales interfieren mucho en su trabajo y actividades cotidianas.

Al estudiar la capacidad predictiva de las variables sociodemográficas sobre la severidad de los síntomas depresivos, se encontró que el género y los antecedentes de enfermedad física relevante fueron predictores estadísticamente significativos. Las mujeres en promedio presentan 7,57 puntos más de sintomatología depresiva que los hombres y el tener una enfermedad física aumenta, en promedio, en 6,6 puntos la sintomatología depresiva (Tabla 2).

Las correlaciones entre sintomatología depre-

siva y funcionamiento global e interpersonal y calidad de vida, se observan en la Tabla 3. Se encontraron asociaciones estadísticamente significativas moderadas a altas entre la severidad de los síntomas depresivos y malestar subjetivo y, con el componente mental de la calidad de vida; asociaciones significativas y moderadas entre la sintomatología depresiva, el funcionamiento interpersonal y el rol social; y una asociación significativa, aunque menor entre severidad de los síntomas depresivos y el componente físico de la calidad de vida.

Al estudiar las dimensiones específicas de la calidad de vida, se encontraron correlaciones significativas entre severidad de los síntomas depresivos y todas las dimensiones del SF-36, siendo las áreas más fuertemente asociadas, los sentimientos de falta de vitalidad, el grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual, el grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo y actividades diarias y la percepción de salud mental general (Tabla 4).

Tabla 2. Modelos de regresión de nivel de sintomatología depresiva en variables sociodemográficas

	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
Intercepto	28,87***	29,59***	29,16***
Edad	-0,08	-0,17	-0,17
Sexo	7,03	7,57*	7,75*
Escolaridad 3	-5,94	-5,76	-5,50
Escolaridad 4	-4,44	-4,57	-3,83
Escolaridad 5	-3,93	-2,58	-2,19
Escolaridad 6	-6,42	-4,27	-3,57
Escolaridad 7	-9,04	-8,39	-8,00
Enfermedad física	6,03*	6,60*	6,72*
Estado Civil 2	4,85	-	-
Estado Civil 3	-4,09	-	-
Estado Civil 4	-5,18	-	-
Estado Civil 5	10,30	-	-
Comorbilidad 1	-	-	-0,54
Comorbilidad 2	-	-	0,63
Comorbilidad 3	-	-	-5,72
R ²	27,6	20,0	21,31
F	2,35*	2,45*	1,85 ^{ns}

Modelo 1: Al ingresar las variables Edad, Sexo, Escolaridad, Enfermedad Física y Estado Civil, vemos que enfermedad física es el único predictor significativo del nivel de sintomatología depresiva. **Modelo 2:** Al considerar como predictores las variables Edad, Sexo, Escolaridad y Enfermedad Física podemos observar que tanto sexo como enfermedad física son predictores significativos del nivel de sintomatología depresiva. **Modelo 3:** Al ingresar comorbilidad psiquiátrica al modelo podemos observar que no aporta significativamente a este. Este modelo no es significativo, lo que indica que los predictores no explican una cantidad de varianza importante de la sintomatología depresiva.

Tabla 3. Correlaciones de Pearson entre sintomatología depresiva (BDI), malestar subjetivo, funcionamiento interpersonal, funcionamiento social (subescalas OQ-45) y componentes físico y mental de la calidad de vida (SF-36)

n = 88	OQ-45 Malestar subjetivo	OQ-45 Relaciones interpersonales	OQ-45 Rol social	SF-36 Calidad de vida física	SF-36 Calidad de vida mental
BDI (síntomas depresivos)	0,75**	0,54**	0,46**	-0,28**	-0,67**

**p < 0,001.

Tabla 4. Correlaciones de Pearson entre sintomatología depresiva (BDI) y dimensiones calidad de vida (subescalas SF-36)

n = 88	Función física	Rol físico	Dolor	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud general	Salud mental
BDI (síntomas depresivos)	-0,43**	-0,37**	-0,29**	-0,56**	-0,55**	-0,57**	-0,45**	-0,70**

**p < 0,001.

Discusión

Este estudio constituye una primera aproximación a caracterizar a los pacientes diagnosticados con depresión en los COSAM, principales centros del nivel secundario de salud mental, para las referencias desde el nivel primario en Chile. Aunque el tamaño pequeño de la muestra no permite generalizar los resultados, nuestro estudio da una mirada exploratoria a las principales características sociodemográficas, clínicas y calidad de vida de estos pacientes y establece algunas asociaciones interesantes entre estas variables. Futuros estudios, con muestras más amplias e incluyendo centros de diversas regiones el país, podrán confirmar, enriquecer y profundizar estos primeros hallazgos y sus significados.

Respecto al perfil sociodemográfico, destaca que las participantes son mayoritariamente de sexo femenino (88,6%), si bien la prevalencia de trastornos depresivos es más alta en mujeres que en hombres^{7,8}, un porcentaje tan elevado nos puede estar señalando que la depresión tiende a mayor severidad, persistencia o recurrencia en las mujeres, por lo que estas llegan al nivel secundario de atención, o bien que las mujeres consultan más y perseveran en el tratamiento, pero también esto puede deberse a un sesgo muestral en el sentido de que más mujeres hayan estado dispuestas a participar en el estudio.

Otras características sociodemográficas encontradas fueron un nivel educacional que tiende a alcanzar como máximo la enseñanza media o técnica superior y un porcentaje importante de educación escolar incompleta (27,2%). El estado civil es heterogéneo, siendo el grupo de solteros el de mayor frecuencia. Un alto porcentaje de pacientes tenía licencia médica o estaba pensionado por condiciones de salud (17%), y un grupo importante de ellos se encontraba desempleado, lo que es consistente con la carga de enfermedad y disfuncionalidad asociadas a depresión^{1,3}.

Más de la mitad de los pacientes reporta antecedentes de alguna enfermedad física relevante, generalmente crónica, y la mayoría de los participantes ha tenido tratamientos previos por síntomas

mentales, lo que habla también de cronicidad.

Respecto a la gravedad de la sintomatología depresiva, si bien se encontró cierta variabilidad, la mayoría de los participantes presentó sintomatología severa, siendo los diagnósticos más frecuentes Episodio Depresivo Mayor, seguido de Trastorno Depresivo Recurrente. Un porcentaje importante presentó una configuración de riesgo suicida (22,7%). Cerca del 40% tiene comorbilidad psiquiátrica y cerca del 30% trastorno de la personalidad asociado. Estos antecedentes nos presentan distintos subgrupos de pacientes, con complejidades relacionadas con el compromiso físico de la salud o con vulnerabilidades de la personalidad, o ambos. El porcentaje de pacientes con comorbilidad de TDP es similar a lo reportado en estudios de pacientes depresivos en atención primaria¹⁴ e inferior a lo reportado en relación a pacientes depresivos crónicos²⁶. Sin embargo, este resultado debe mirarse con precaución puesto que no se utilizaron entrevistas estandarizadas para evaluar TDP. Aun así, es necesario considerar las vulnerabilidades de personalidad en las estrategias terapéuticas, ya que estas complejizan la evolución y pronóstico del trastorno depresivo^{14,27}.

Al estudiar la relación entre variables sociodemográficas y la severidad de los síntomas depresivos, se encontraron dos predictores significativos: la variable sexo femenino y la historia de enfermedad física. Ambas variables se asocian significativamente con mayor gravedad de los síntomas. Estos resultados preliminares sugieren la necesidad de considerar, por un lado, la variable de género, y por otro, los antecedentes de salud física, en la elaboración de estrategias específicas del tratamiento de la depresión en el nivel secundario de salud mental en Chile.

La severidad de los síntomas depresivos correlacionó significativamente con el malestar subjetivo, el menoscabo del funcionamiento interpersonal, dificultades en el rol social y laboral, y una calidad de vida limitada, tanto en su dimensión física como mental, lo que es esperable y coincide con evidencia previa^{6,28}.

En resumen, se trata de pacientes mayoritariamente mujeres, que tienden a una sintomatología

severa y crónica, donde la persistencia o recurrencia de la depresión probablemente se entrelaza con respuestas psicosomáticas, con significativas limitaciones en su calidad de vida y en su funcionamiento general y social. Esto conlleva el desafío de pensar en un abordaje articulado de la salud física y mental, la necesidad de contar con recursos terapéuticos que incluyan la perspectiva de género y que puedan estimar y considerar las vulnerabilidades de la personalidad en la planificación de tratamientos diferenciales, no sólo centrados en síntomas y que incluyan competencias en el trabajo comunitario, adquiriendo fundamental importancia el trabajo interdisciplinario con trabajadores sociales y otros profesionales de la salud²⁹.

Dentro de las limitaciones del estudio, además del pequeño tamaño muestral, algunas variables importantes en el desarrollo y curso de los TD no fueron evaluadas, como el antecedente de trauma infantil, violencia intrafamiliar o el apoyo social. Otra limitación, es la falta de entrevistas diagnósticas estandarizadas, lo que se suma al hecho de que los COSAM carecen de sistemas consensuados

en la forma de evaluar y registrar los diagnósticos, limitando la precisión de los datos y generalización de los hallazgos. Futuros estudios pueden considerar estos antecedentes y enriquecer estos resultados.

Agradecimientos

Este estudio fue posible gracias al financiamiento de la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT), por medio del Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDECYT de Postdoctorado N° 3140317): “Evaluación del impacto de la aplicación del Sistema de Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado OPD-2 en los resultados psicoterapéuticos en pacientes con depresión, atendidos en Centros Comunitarios de Salud Mental de la Región Metropolitana” y del Fondo de Innovación para la Competitividad (FIC) del Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, a través de la Iniciativa Científica Milenio, Proyecto IS130005.

Resumen

Este estudio describe características sociodemográficas y clínicas en una muestra de pacientes depresivos atendidos en Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) en Santiago, y explora asociaciones entre estas variables. 88 pacientes consultantes en 5 COSAM fueron evaluados mediante cuestionarios de auto-reporte, respecto a variables sociodemográficas, severidad de los síntomas depresivos (BDI), funcionamiento general y social (OQ-45) y calidad de vida (SF-36). Se realizaron análisis descriptivos y correlacionales para describir características sociodemográficas y clínicas, y estudiar las asociaciones entre variables sociodemográficas y gravedad de la sintomatología depresiva, y entre esta última y el funcionamiento general y calidad de vida. Los participantes fueron mayoritariamente mujeres, con síntomas depresivos crónicos y severos, y alta frecuencia de comorbilidad médica. Presentaron disminución de su calidad de vida y alteraciones en el funcionamiento general y social. Sexo femenino e historia de enfermedad física fueron predictores significativos de gravedad de los síntomas depresivos. Estos, a su vez, mostraron correlaciones significativas con diferentes dimensiones del funcionamiento general y la calidad de vida, especialmente con la falta de vitalidad, impacto de la salud y problemas emocionales en la vida social, trabajo y actividades cotidianas, y percepción de una salud mental deteriorada. Los trastornos depresivos en pacientes atendidos en COSAM son altamente limitantes y están

asociados a una baja calidad de vida. El perfil observado describe principalmente mujeres, con sintomatología severa y crónica, en la que se entrelazan vulnerabilidades físicas, emocionales y de personalidad, lo que sugiere la necesidad de un enfoque articulado de la salud física y mental y recursos terapéuticos que consideren estas características.

Palabras clave: Depresión, salud pública, factores psicosociales.

Referencias bibliográficas

- World Health Organization (WHO). World Health Statistics [Internet]. Available from: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/whostat2007.pdf [Citado el 26 de octubre de 2016].
- Ustün TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJL. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry* 2004; 184 (5): 386-92.
- Vicente PB, Kohn R, Saldivia BS, Rioseco SP. Carga del enfermar psíquico, barreras y brechas en la atención de Salud Mental en Chile. *Rev Med Chile* 2007; 135 (12): 1591-9.
- Minoletti A, Sepúlveda R, Horvitz-Lennon M. Twenty Years of Mental Health Policies in Chile: Lessons and Challenges. *Int J Ment Health* 2012; 41 (1): 21-37.
- Salvo GL. Magnitude, impact and recommended management strategies for depression, with reference to Chile. *Rev Med Chile* 2014; 142 (9): 1157-64.
- Rojas CG, Fritsch MR, Solís GJ, González AM, Guajardo TV, Araya BR. Calidad de vida de mujeres deprimidas en el posparto. *Rev Med Chile* 2006; 134 (6): 713-20.
- Kuehner C. Gender differences in unipolar depression: An update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 163-74.
- Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Baker C, Torres S. Population prevalence of psychiatric disorders in Chile: 6-Month and 1-month rates. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 299-305.
- Matud MP, Guerrero K, Matías RG. The influence of sociodemographic variables on gender differences in depression. *Int J Clin Health Psychol* 2006; 6 (1): 7-21.
- Rojas G, Araya R, Lewis G. Comparing sex inequalities in common affective disorders across countries: Great Britain and Chile. *Soc Sci Med* 2005; 60 (8): 1693-703.
- Lorant V, Deliège D, Eaton W, Robert A, Philippot P, Anseau M. Socioeconomic inequalities in depression: A meta-analysis. *Am J Epidemiol* 2003; 157 (2): 98-112.
- Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010 [Internet]. Available from: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7b-c28b64dfe040010165012d23.pdf> [Citado el 26 de octubre de 2016].
- Goodwin GM. Depression and associated physical diseases and symptoms. *Dialogues Clin Neurosci* 2006; 8 (2): 259-65.
- Friborg O, Martinsen EW, Martinussen M, Kaiser S, Overgård KT, Rosenvinge JH. Comorbidity of personality disorders in mood disorders: A meta-analytic review of 122 studies from 1988 to 2010. *J Affect Disord* 2014; 152-154 (1): 1-11.
- Newton-Howes G, Tyrer P, Johnson T, Mulder R, Kool S, Dekker J, *et al.* Influence of Personality on the Outcome of Treatment in Depression: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pers Disord* 2014; 4 (4): 577-93.
- Riihimäki K, Vuorilehto M, Isometsä E. Borderline personality disorder among primary care depressive patients: A five-year study. *J Affect Disord* 2014; 155 (1): 303-6.
- Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuña J, Lewis G. Common mental disorders in Santiago, Chile:

- prevalence and socio-demographic correlates. *Br J Psychiatry* 2001; 178 (3): 228-33.
18. Retamal P, Florenzano R, Vacarezza A, Chamorro XAI, Leighton C, *et al.* Evaluación del tratamiento de depresión severa: un estudio en un centro especializado de referencia. *Rev Latinoam Psiquiatr* 2006; 6: 18-24.
 19. Vitriol GV, Cancino AA, Florenzano UR, Ballesteros TS, Schwartz PD. Efficacy and associated costs of an outpatient intervention in women with severe depression and early trauma. *Rev Med Chile* 2010; 138 (4): 428-36.
 20. Ministerio de Salud de Chile. Guía clínica de depresión en personas de 15 años y más [Internet]. 2013. Available from: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf> [Citado el 26 de octubre de 2016].
 21. Almonte JC GC. Estudio de prevalencia de patología psiquiátrica en consultantes en un centro comunitario de salud mental de Santiago. *Gac Psiquiatr Univ* 2015; 11 (3): 295-9.
 22. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4 (6): 561-71.
 23. Lambert MJ, Hansen NB, Umpriss V, Lunnen K, Okiishi J, Burlingame GM. Administration and Scoring Manual for the OQ-45.2. USA. APCSL, editor. Wilmington; 1996.
 24. Von Bergen A DLPG. OQ-45.2 Cuestionario para Evaluación de Resultados y Evolución en Psicoterapia: Adaptación, Validación e Indicaciones para su Aplicación e Interpretación. *Ter Psicológica* 2002; 20: 161-76.
 25. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin* 1995; 104: 771-6.
 26. Russell JM, Kornstein SG, Shea MT, McCullough JP, Harrison WM, Hirschfeld RMA, *et al.* Chronic depression and comorbid personality disorders: Response to sertraline versus imipramine. *J Clin Psychiatry* 2003; 64 (5): 554-61.
 27. Skodol AE, Grilo CM, Keyes KM, Geier T, Grant BF, Hasin DS. Relationship of personality disorders to the course of major depressive disorder in a nationally representative sample. *Am J Psychiatry* 2011; 168 (3): 257-64.
 28. Hays RD, Wells KB, Sherbourne CD, Rogers W, Spritzer K. Functioning and well-being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illnesses. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52 (1): 11-9.
 29. De la Parra G. Donde está la psicoterapia. En: *Desafíos para la construcción de una política de salud mental en Chile*. Santiago de Chile; 2015.

Correspondencia:

Carla Crempien

Av. Vicuña Mackenna 4860, Macul.

Teléfono: +569 98746727

E-mail: cecrempi@uc.cl