



Artículo original

Prevalencia, caracterización sociodemográfica, tratamiento y conductas de riesgo relacionadas a la Depresión en Panamá.

Prevalence, sociodemographic characterization, treatment and risk behaviors related to Depression in Panama.

*Mendoza Enrique, ** Mc Donald Anselmo, **Moreno de Rivera Aida, ***Bradshaw Ryan, ****Cumbreira Alberto.

*Médico Residente de Psiquiatría, Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid, CSS. **Investigador en Salud independiente. *** Médico Residente de Oftalmología, Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid, CSS. ****Unidad de Sistemas de Información Geográfica, Instituto Comemorativo Gorgas de Estudios de la Salud

Palabras claves:

Depresión, prevalencia, diagnóstico, tratamiento.

Keywords:

Depression, prevalence, diagnostic, treatment.

Correspondencia a:

Dr. Enrique A. Mendoza

Correo electrónico:

alex_10585@hotmail.com

Conflicto de interés: El autor declara no tener conflicto de interés alguno asociado a esta publicación.

Resumen

Objetivo: Estimar la prevalencia de la depresión, describir la caracterización sociodemográfica, tratamiento y conductas de riesgo relacionadas. **Metodología:** Se utilizó la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud y Calidad de Vida de 2007 (estudio de corte transversal, estratificado y de dominios urbano, rural e indígena), utilizando las variables socio-demográficas, antecedente de diagnóstico médico de depresión, tratamiento y conductas de riesgo. Se utilizaron porcentajes como medida de frecuencia relativa, Odds Ratios (OR) como indicador de riesgo y un valor de $p \leq 0.05$ fue considerado como estadísticamente significativo. Se aplicó el análisis de regresión logística para estimar la probabilidad de presentar depresión a partir de variables sociodemográficas predictoras. **Resultados:** Se entrevistaron 25,748 individuos, estimándose una prevalencia de depresión por antecedente de diagnóstico médico de 5.3% (CI 95% 4.1 – 6.5). La probabilidad de tener depresión fue mayor en: mujeres, OR = 3.33 (CI 95% 2.88 – 3.85; $p < 0.0001$), áreas urbanas, OR = 1.60 (CI 95% 1.42 – 1.79; $p < 0.0001$); personas de 40 años y más, OR = 1.99 (CI 95% 1.77 – 2.23; $p < 0.0001$); e individuos con estado civil de separado – divorciado y viudos, OR = 2.33 (CI 95% 1.98 – 2.74; $p < 0.0001$); OR = 2.38 (CI 95% 1.96 – 2.89; $p < 0.0001$), respectivamente. Las personas sin escolaridad presentaron menor probabilidad o riesgo de tener depresión, OR = 0.58 (CI 95% 0.44 – 0.74; $p < 0.0001$). **Conclusión:** El estudio con sus estimaciones para 2017 evidencia el problema de Salud Pública que representa la depresión en Panamá. Las mujeres presentaron mayor riesgo de depresión, al igual que aquellas personas que viven en áreas urbanas y entre aquellos de más de 40 años de edad.

Abstract

Objective: To estimate the prevalence of depression in Panama, to describe its socio-demographic characteristics and related risk behaviors. **Methodology:** We used the National Survey of Health and Life Quality, 2007 database (a cross-sectional, stratified and urban, rural, and indigenous area study), using the socio-demographic, and depression medical diagnostic background, treatment, and risk behaviors variables. Percentages were used as relative frequency measure, Odds Ratios (OR) as risk indicator, and a value of $p \leq 0.05$ was considered statistically significant. The logistic regression was used to estimate the probability to develop depression from predictor socio-demographic variables. **Results:** 25,748 individuals were interviewed. The prevalence of depression by medical diagnostic background was estimated at 5.3% (95% CI 4.1 – 6.5). Probability of developing depression was higher in: women, OR = 3.33 (95% CI 2.88 – 3.85; $p < 0.0001$), urban areas, OR = 1.60 (95% CI 1.42 – 1.79; $p < 0.0001$); 40th years old and more people, OR = 1.99 (95% CI 1.77 – 2.23; $p < 0.0001$); and people with marital status of separated – divorced and widows, OR = 2.33 (95% CI 1.98 – 2.74; $p < 0.0001$); OR = 2.38 (95% 1.96 – 2.89; $p < 0.0001$), respectively. People without scholar level or formal education presented lowest risk of medical diagnostic of depression, OR = 0.58 (95% CI 1.44 – 0.74; $p < 0.0001$). **Conclusion:** The study with its estimations to 2017 shows the public health problem that depression represents in Panama. Women presented higher risk of depression just like those people who live in urban areas and among those over 40 years old.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es la principal causa de discapacidad a nivel mundial afectando a más de 300 millones de personas, puede manifestarse con ideas suicidas y es responsable de aproximadamente 800,000 muertes anuales por suicidio, por lo que representa un problema de salud pública global[1]. La prevalencia de vida de la depresión mayor es estimada en aproximadamente 15%[2]. Encuestas epidemiológicas aplicadas a la población general en Estados Unidos han encontrado una prevalencia de 9%[3].

Se han identificado algunos factores sociodemográficos asociados a la depresión como la edad, el género, estado civil, la educación y el ingreso económico[4]. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México (2001-2002), la tasa de prevalencia anual de depresión fue de 48% entre la población general de 18 a 65 años (IC 95% = 4.0-5.6)[5].

Un estudio de la OMS, comparativo entre países, encontró que las tasas de trastornos depresivos entre mujeres son dos veces mayores que las de los hombres[6]. Las prevalencias encontradas en personas mayores de 18 años, medidas en un período de 12 meses en Chile[2], Brasil y México[7,8], variaban entre 4.5% y 7.1%. Los factores asociados con la depresión en Brasil y Chile fueron: ser mujer, no tener empleo, tener bajos ingresos económicos, ser soltero o separado[2,7].

Con respecto a la educación, estudios evidencian que en Estados Unidos y Colombia las personas con menor nivel educativo tienden a presentar menor riesgo de desarrollar cuadros depresivos[4,9].

En Panamá, según el Ministerio de Salud, los trastornos depresivos se encuentran entre las 5 principales causas de consulta en los servicios de salud mental del país, afectando más a las personas entre 35 a 49 años de edad y a los adultos mayores (65 años y más). En promedio, en el país entre los años 2015 y 2016 hubo un registro de 3,912 casos atendidos en el sistema público de salud, siendo más frecuente el diagnóstico entre las mujeres[10,11].

Siendo un problema de salud pública, en el país no existen publicaciones sobre la depresión, por lo que el objetivo de este artículo es estimar su prevalencia, describir la caracterización sociodemográfica, tratamiento y conductas de riesgo relacionadas.

METODOLOGÍA

Se utilizó la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud y Calidad de Vida (ENSCAVI) de Panamá, 2007, realizada por el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud. Este fue un estudio realizado en per-

sonas de 18 años y más, de corte transversal, estratificado, según dominios urbano, rural e indígena [a nivel de provincias/ comarcas y distritos de la República de Panamá]. El universo lo constituyeron las personas de 18 años y más residentes en las viviendas particulares ocupadas, según la cartografía del censo nacional del año 2000[12].

Para este análisis, la variable principal fue el antecedente de diagnóstico médico de depresión, incluyendo todos los tipos de depresión [leve, moderada y grave], el cual fue definido como aquellos individuos que manifestaron que un médico le había diagnosticado en algún momento de su vida un trastorno depresivo. Las variables secundarias y la definición de las mismas correspondieron al área, como el dominio geográfico urbano, rural o indígena donde residía el encuestado; la edad, cantidad de años cumplidos desde el nacimiento del individuo hasta el momento de aplicar la encuesta; el sexo, las características fenotípicas que distinguen al hombre de la mujer; la escolaridad, el grado o año escolar más alto alcanzado por el entrevistado; mientras que el estado civil fue considerado como la condición del individuo frente al matrimonio o unión en pareja: soltero, casado o unido, separado o divorciado y viudo.

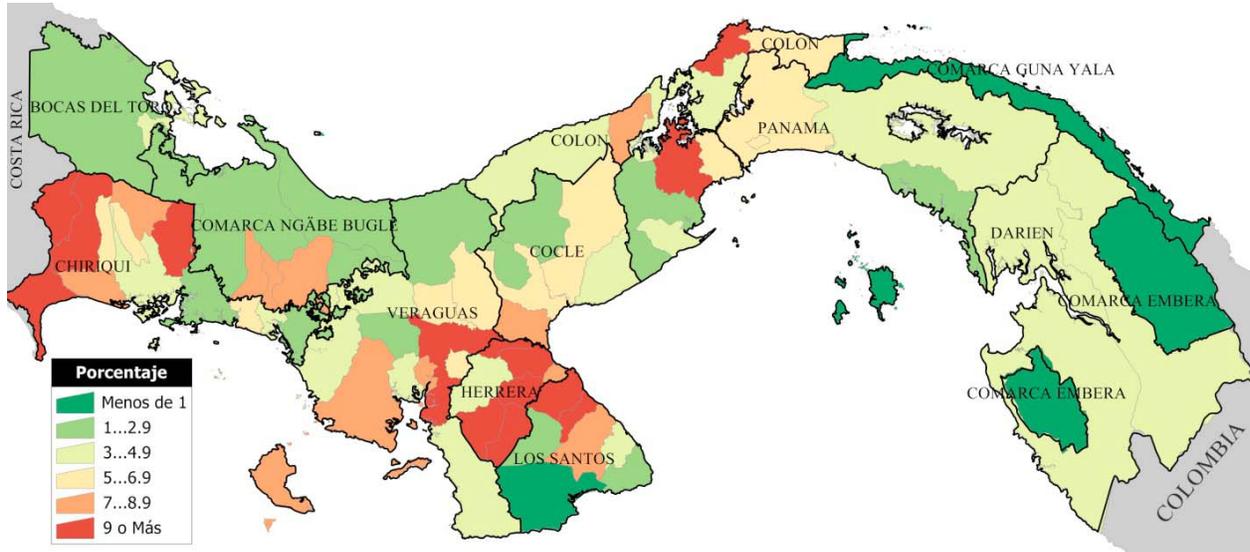
La recolección de los datos fue realizada entre septiembre y octubre de 2007 por equipos de trabajo en las 14 Regiones de Salud del país, capacitados y estandarizados para tal fin. Cada Región contó con un equipo coordinador, área y plan específico de trabajo, según los segmentos censales a visitar para aplicar la encuesta, que les correspondió la organización, el seguimiento y control de trabajo de campo. Los supervisores fueron responsables de la revisión e inspección directa de los encuestadores. En las áreas indígenas los equipos de trabajo fueron de la comunidad [entrenados y estandarizados] para garantizar la calidad del dato a través el dominio del idioma y la integración cultural.

Para la recolección de los datos se utilizó un cuestionario estructurado [encuesta], anónimo, con preguntas de tipo dicotómicas, de valoración y selección múltiple, iniciando con preguntas que identificaban los datos geográficos de la vivienda visitada. Continuaba con: sección de preguntas sobre aspectos socio-demográficos del participante, factores protectores y de riesgo a la salud, calidad de vida, uso de servicios de salud, prácticas de salud, estado individual de salud, gasto de bolsillo en salud. El antecedente de diagnóstico médico de depresión se ubicaba en la sección de estado individual de salud.

Las estimaciones de prevalencia se calcularon en porcentajes con intervalos de confianza de 95%. Como indicador de riesgo se utilizaron los Odds Ratios (OR) utilizando tablas de contingencia [2 x 2]. Las tasas específicas se compararon con tasas ajustadas según edad para la población panameña en el año 2017[13].

Se aplicó el análisis multivariado para conocer las variables socio-demográficas asociadas a la depresión, utili-

Figura 1. Prevalencia de depresión diagnosticada por médico según distrito. República de Panamá. Año: 2007. (n = 25748)



Fuente: Preparado por los autores. ENSCAVI, 2007.

zando modelos de regresión logística para estimar la probabilidad de tener depresión a partir de variables sociodemográficas predictoras. Para todos los casos, un valor de $P \leq 0.05$ fue considerando estadísticamente significativo.

El análisis se realizó utilizando los programas Microsoft Excel 2010 y Epi info (versión 3.5.1).

Todos los participantes firmaron el consentimiento informado y se garantizó la confidencialidad de los datos.

RESULTADOS

Características generales de la muestra

Se entrevistaron 25,748 personas, (39.9% hombres (10,286 / 25,748) y 60.1% mujeres (15,462 / 25,748)). El 54.7% de los entrevistados (14,072 / 25,748) residía en áreas urbanas, 33.0% (8,496 / 25,748) en áreas rurales y 12.3% (3,178 / 25,748) en áreas indígenas. La edad promedio entre los participantes fue de 42 años (43.7 hombres y 41.8 mujeres) y la mediana de 39.5 años (40.4 hombres y 38.9 mujeres).

Caracterización sociodemográfica

De los 25,748 entrevistados, 1,356 manifestaron el antecedente de diagnóstico médico de depresión, estimándose una prevalencia de 5.3% (CI 95% 4.1 – 6.5). La distribución de esta prevalencia en los distritos del país se muestra en la figura 1.

En general, la probabilidad de tener depresión fue mayor en mujeres (OR = 3.33 (2.88 – 3.85); $p < 0.0001$), en las áreas urbanas (OR = 1.60 (1.42 – 1.79); $p < 0.0001$), en

Tabla 1. Tasa específica y ajustada de las personas con depresión según variables sociodemográficas

Variables sociodemográficas	Tasa específica de personas con depresión		Tasa ajustada de depresión según edad para la población panameña en 2017
	%	Frecuencia	%
Total	5.3	1356/25748	5.2
Área			
Urbana	6.3	885/14072	6.1 ^a
Rural	4.9	420/8498	4.8 ^a
Indígena	1.6	51/3178	1.6 ^a
Sexo			
Hombres	2.3	236/10286	2.3
Mujeres	7.2	1120/15462	7.4
Edad (años)			
18-29	3.3	240/7292	3.3
30-39	4.1	239/5890	4.1
40-49	6.1	281/4599	6.1
50-59	7.7	259/3343	7.7
60 y más	7.3	337/4624	7.3
Estado civil			
Soltero	4.1	234/5766	4.9
Casado / unido	4.7	798/16987	4.7
Separado o divorciado	10.7	193/1805	10
Viudo	11.2	131/1174	9
No especificado (no respuesta)	36	09/25/18	N/A
Escolaridad			
Sin escolaridad	3.2	66/2056	5.8
Primaria	5.7	478/8344	7.6
Secundaria	5.2	534/10224	7.6
Universitario	5.5	267/4878	5.9
No especificado (no respuesta)	5	08/01/60	N/A

^a Edad ajustada a la población panameña del 2010 para áreas urbanas, rural e indígena. NA: No aplicable. Fuente: Preparado por los autores. ENSCAVI, 2007.

tre las personas de 40 años y más de edad (OR = 1.99 (1.77 – 2.23); $p < 0.0001$), así como en los individuos con estado civil de separado – divorciado (OR = 2.33 (1.98 – 2.74); $p < 0.0001$) y viudos (OR = 2.38 (1.96 – 2.89); $p < 0.0001$). Aquellas personas sin escolaridad presentaron menor riesgo de depresión en comparación con aquellas que tenían algún nivel educativo (OR = 0.58 (0.44 – 0.74); $p < 0.0001$). (Ver tablas 1 y 2).

En mujeres y hombres, la prevalencia de depresión fue menor en las áreas indígenas respecto a las áreas urbanas y rurales (OR = 0.26 (0.18 – 0.35), $p < 0.0001$; OR = 0.20 (0.11 – 0.35), $p < 0.0001$ respectivamente). Según los grupos de edad, el riesgo fue mayor en las mujeres de 40 años y más (OR = 1.26 (1.08 – 1.46), $p < 0.05$) y en los hombres de 60 años y más (OR = 1.69 (1.27 –

2.24), $p < 0.05$). En cuanto al estado civil, hubo mayor riesgo de depresión entre las mujeres separadas / divorciadas (OR = 2.13 (1.80 – 2.54), $p < 0.0001$) y entre los hombres viudos (OR = 3.81 (2.31 – 6.27), $p < 0.0001$). [Ver tabla 3].

Tabla 2. Probabilidad de Riesgo de depresión según variables Sociodemográficas

Variables sociodemográficas	OR	Intervalo de Confianza (95%)	Valor de p ^a
Área			
Urbana	1.6	1.42 – 1.79	<0.0001
Rural	0.91	0.80 – 1.02	0.1087
Indígena	0.27	0.20 – 0.36	<0.0001
Sexo			
Hombres	0.3	0.26 – 0.35	<0.0001
Mujeres	3.33	2.88 – 3.85	<0.0001
Edad (años)			
18-29	0.53	0.46 – 0.61	<0.0001
30-39	0.71	0.61 – 0.82	<0.0001
40-49	1.2	1.05 – 1.38	0.0083
50-59	1.58	1.37 – 1.82	<0.0001
60 y más	1.51	1.33 – 1.72	<0.0001
Estado civil			
Soltero	0.71	0.61 – 0.82	<0.0001
Casado / unido	0.71	0.64 – 0.80	<0.0001
Separado o divorciado	2.33	1.98 – 2.74	<0.0001
Viudo	2.38	1.96 – 2.89	<0.0001
Escolaridad			
Sin escolaridad	0.58	0.44 – 0.74	<0.0001
Primaria	1.14	1.02 – 1.28	0.0251
Secundaria	0.98	0.88 – 1.10	0.7952
Universitario	1.05	0.91 – 1.21	0.5073
No especificado (no respuesta)	0.95	0.43 – 1.99	0.9818

a El valor de p se calculó entre el número total de personas con y sin depresión (hombres y mujeres y grupos de edad).

Fuente: Preparado por los autores. ENSCAVI, 2007.

Según los resultados del análisis de regresión logística, para todas las variables sociodemográficas, hubo una mayor probabilidad de riesgo de depresión entre las mujeres respecto a los hombres ($p < 0.05$), excepto entre los viudos ($p = 0.0814$). (Ver tabla 4).

Tratamiento y conductas de riesgo

Del total de personas que indicaron el antecedente de diagnóstico médico de depresión [1,356]:

- 71.2% (IC 95% 70.9 – 71.5); tomaba medicamentos para controlar su enfermedad,
- 13.5% (IC 95% 0.0 – 3.4) recibía psicoterapia y el 20.1% (IC 95% 0.0 – 3.7) recibía orientación preventiva en salud mental.
- 6.6% (IC 95% 6.3 – 6.9) fumaba cigarrillos.
- 32.5% (IC 95% 32.2 – 32.8) consumía licor.
- 49.5% (IC 95% 49.2 – 49.8) presentaba dificultad para dormir.
- 48.2% (IC 95% 47.9 – 48.5) expresó sentimientos de tristeza y desesperanza.
- 17.1% (IC 95% 16.8 – 17.4) manifestó ideas de hacerse daño.

Tabla 3. Perfil sociodemográfico de la depresión en hombres y mujeres.

Variables Sociodemográficas	Hombres			Mujeres		
	%	Intervalo de Confianza (95%)	OR	%	Intervalo de Confianza (95%)	OR
Área						
Urbana	2.7 (142/5235)	2.4 – 3.0	1.47 (1.13 – 1.91) c	8.4 (743/8837)	8.1 – 8.7	1.52 (1.34 – 1.73) a
Rural	2.2 (82/3678)	1.9 – 2.5	0.96 (0.73 – 1.25) d	7.0 (338/4819)	6.7 – 7.3	0.60 (0.53 – 0.69) a
Indígena	0.9 (12/1373)	0.6 – 1.2	0.20 (0.11 – 0.35) a	2.2 (39/1805)	1.7 – 2.3	0.26 (0.18 – 0.35) a
Edad (años)						
18-29	1.7 (48/2811)	1.4 – 2.0	0.67 (0.49 – 0.93) c	4.3 (192/4481)	3.7 – 4.3	0.48 (0.41 – 0.57) a
30-39	1.6 (36/2248)	1.3 – 1.9	0.64 (0.45 – 0.91) c	5.6 (203/3642)	5.7 – 6.3	0.43 (0.36 – 0.50) a
40-49	2.4 (43/1828)	2.1 – 2.7	1.03 (0.74 – 1.44) d	8.6 (238/2771)	8.3 – 8.9	1.26 (1.08 – 1.46) c
50-59	3.0 (40/1353)	2.7 – 3.3	1.34 (0.96 – 1.92) d	11.0 (219/1990)	10.7 – 11.3	1.72 (1.48 – 2.02) a
60 y más	3.4 (69/2046)	3.1 – 3.7	1.69 (1.27 – 2.24) c	10.4 (268/2577)	9.7 – 10.3	1.64 (1.42 – 1.90) a
Estado civil						
Soltero	2.3 (61/2672)	2.0 – 2.6	0.99 (0.74 – 1.33) d	5.6 (173/3094)	5.3 – 5.9	0.71 (0.60 – 0.84) b
Casado / unido	2.0 (134/6853)	1.7 – 2.3	0.65 (0.50 – 0.84) c	6.6 (664/10134)	6.3 – 6.9	0.75 (0.67 – 0.85) a
Separado o divorciado	4.4 (23/517)	4.1 – 4.7	2.09 (1.34 – 3.24) c	13.2 (170/1288)	12.7 – 13.3	2.13 (1.80 – 2.54) a
Viudo	7.7 (18/233)	7.4 – 8.0	3.81 (2.31 – 6.27) a	12.0 (113/941)	11.7 – 12.3	1.83 (1.45 – 2.25) a
Escolaridad						
Sin escolaridad	1.2 (9/728)	0.4 – 2.0	1.96 (0.97 – 4.09) d	4.3 (57/1330)	3.2 – 5.4	1.82 (1.37 – 2.41) a
Primaria	2.3 (83/3617)	1.8 – 2.8	1.00 (0.75 – 1.32) d	8.3 (387/4807)	7.5 – 9.1	1.24 (1.09 – 1.41) a
Secundaria	2.3 (95/4131)	1.8 – 2.8	1.00 (0.76 – 1.31) d	7.2 (439/6093)	6.6 – 7.8	0.99 (0.87 – 1.12) d
Universitario	2.8 (48/1744)	2.0 – 3.6	1.26 (0.90 – 1.75) d	7.0 (219/3134)	6.1 – 7.9	0.95 (0.81 – 1.11) d

a $p < 0.0001$; b $p < 0.001$; c $p < 0.05$; d No significativo. Fuente: Preparado por los autores. ENSCAVI, 2007.

Tabla 4. Probabilidad de riesgo de depresión de las mujeres respecto a los hombres.

Variables Sociodemográficas	OR
Área	
Urbana	3.29 (2.73 – 3.97) a
Rural	3.31 (2.57 – 4.26) a
Indígena	2.50 (1.25 – 5.07) b
Edad (años)	
18-29	2.58 (1.85 – 3.60) a
30-39	3.63 (2.50 – 5.29) a
40-49	3.90 (2.77 – 5.51) a
50-59	4.06 (2.84 – 5.82) a
60 y más	3.33 (2.51 – 4.40) a
Estado civil	
Soltero	2.54 (1.87 – 3.45) a
Casado / unido	3.52 (2.90 – 4.26) a
Separado o divorciado	3.27 (2.05 – 5.25) a
Viudo	1.63 (0.95 – 2.84) c
Escolaridad	
Sin escolaridad	3.58 (1.70 – 7.79) b
Primaria	3.73 (2.91 – 4.78) a
Secundaria	3.30 (2.62 – 4.16) a
Universitario	2.65 (1.91 – 3.70) a

a p < 0.0001; b p < 0.05; c p > 0.05

Fuente: Preparado por los autores. ENSCAVI, 2007.

DISCUSIÓN

ENSCAVI fue la primera encuesta de salud y calidad de vida realizada en Panamá. El estudio cumplió con una metodología estricta para disminuir el sesgo y así garantizar la representatividad estadística, calidad, precisión y exactitud del dato a analizar. La investigación incluyó una muestra representativa de la población urbana, rural e indígena del país, por lo que los resultados pueden ser utilizados como un indicador sanitario nacional.

El síndrome depresivo es extraordinariamente heterogéneo con relación a sus causas, su evolución, o su intensidad[14]. "La OMS señala que en el 2030 la depresión será la que causará la mayor carga de salud"[15]. Al respecto, en Panamá, 5 de cada 100 personas presentaron sentimientos de tristeza y desesperanza, lo cual permite estimar que la población panameña está expuesta a factores de riesgos que conllevan a desarrollar trastornos depresivos, los cuales deben abordarse con tratamiento integral, para disminuir la expresión máxima de la enfermedad: el suicidio.

En nuestro estudio, la prevalencia de depresión [mayor en mujeres que en hombres], coincide con lo reportado por otros autores. Al respecto, en Colombia un estudio encontró que hubo una mayor proporción de mujeres con depresión con respecto a los hombres [9]. Por otro lado,

Kohn, R. y et al. estimaron que en América Latina y el Caribe la frecuencia de depresión fue casi el doble en mujeres[16]. Según el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH, por sus siglas en inglés), en el 2014 se encontró una mayor prevalencia de la enfermedad [8.2%] en mujeres con respecto a los hombres[17]; Por otro lado, la OMS indica que las tasas de trastornos depresivos entre mujeres son dos veces mayores que las de los hombres[18].

En cuanto a grupos de edad, en Colombia un estudio encontró que los grupos de 46 a 60 años (11.1%) y el de 61 años o más (10.9%) presentaron mayor proporción de personas deprimidas en los 12 meses previos a la encuesta[9]. En Estados Unidos, según el NIMH, el grupo de edad entre 26-49 años presentó una prevalencia de 7.2% en tanto que en los mayores de 50 años la tasa porcentual fue de 5.2%[17]. Lo reportado en nuestra investigación coincide con estas publicaciones.

En estudios previos se ha demostrado la relación directa que existe entre un bajo nivel educativo y el desarrollo de la depresión [4,9], probablemente relacionado con el estilo de vida. Por otro lado, la relación entre la depresión y el estado civil es altamente significativa, teniendo mayor riesgo aquellas personas divorciadas, separadas o viudos [4,5,9]. Ambas asociaciones estadísticas fueron encontradas en nuestro estudio.

En el análisis bivariado como en la regresión logística, los indígenas registraron una menor prevalencia de depresión. Lo anterior puede sugerir la presencia de algunos determinantes sociales, culturales y ambientales, protectores de la salud, entre los que viven en áreas comarcales y que se relacionan con los estilos de vida. Esto coincide con los estudios del Doctor Francisco Giner en los pueblos africanos que presentan baja incidencia de enfermedades mentales porque su estilo de vida es diferente al de las áreas urbanas[19].

Aunque en nuestro estudio se encontró una baja prevalencia entre el hábito de fumar y el diagnóstico de depresión, existen estudios que confirman el riesgo alto entre ambas variables [20-24.] Sánchez-Villegas y et al, encontraron una asociación directa y estadísticamente significativa entre ser fumador y el riesgo de desarrollar un trastorno depresivo (OR = 1.90 IC 1.15 – 3.14)[25]. A su vez, el consumo excesivo de bebidas alcohólicas podría inducir estados depresivos graves pero transitorios, en cualquier persona que no tenga antecedentes de depresión [9,26-28]. Esto nos sugiere que existe una relación entre el consumo del alcohol y la depresión, lo cual coincide con los resultados de nuestro estudio respecto al consumo de licor y la depresión.

A pesar de que 1 de cada 2 personas con antecedente médico de depresión tenía dificultad para dormir, la cifra es inferior a la reportada por otros estudios, donde, el 80% de los pacientes con depresión tienen un deterioro tanto en la cantidad como en la calidad del sueño[29]. Esto nos indica probablemente que los pacientes que no

manifestaron tener problemas para dormir estén siendo tratados, lo cual explicaría la diferencia en las cifras encontradas.

En nuestro estudio, cerca de la mitad de las personas con diagnóstico médico de depresión, 48.2%, expresaron sentimientos de tristeza y desesperanza. Andrés Vásquez Machado encontró que la sensación de tristeza y la incapacidad para sentir alegría y placer con las actividades que antes se lo producían, fue manifiesto por un 96.8%[30]. Aunque en este estudio se encontró un mayor porcentaje en cuanto a los sentimientos de tristeza y desesperanza con respecto al nuestro; en ambos hay una correlación entre estos síntomas con el diagnóstico médico de depresión.

En Panamá el promedio de la tasa de suicidios entre los años 2005 - 2016 fue de 4.3 / 100 000 habitante[31]. En ENSCAVI, aproximadamente 1 de cada 6 personas con antecedente médico de depresión manifestó ideas de hacerse daño. Al respecto, Jorge Caraveo y et al, encontraron una prevalencia de 85.6% donde las personas manifestaron pensamientos de muerte o suicidio[32]. Deborah Hasin y et al, reportaron que un 8.8% de las personas con depresión habían intentado suicidarse[33]. Esto confirma que este tipo de pensamientos está presente en las personas con esta enfermedad. Sin embargo, en ENSCAVI esta prevalencia fue inferior a lo reportado por estos autores. Considerando la relación que existe entre la depresión y el suicidio, los resultados de esta investigación evidencian que la depresión es un problema de salud pública que requiere mayor atención y por ende un conocimiento más preciso de la distribución geográfica. Por esta razón es necesario realizar más investigaciones relacionadas a esta enfermedad.

Los tratamientos psicológicos y los antidepresivos ofrecen eficacia en cuadros depresivos leves y moderados[34]. En cuanto al tipo de terapias que reciben las personas deprimidas, el estudio encontró que 7 de cada 10 recibían tratamiento con medicamentos, mientras que 1 de cada 10 recibía psicoterapia. Al respecto, el sistema de salud panameño debe hacer un esfuerzo a nivel de Salud Pública para diagnosticar los trastornos depresivos. De igual manera, mejorar el control de la depresión en las personas mayores de 50 años. Este esfuerzo podría reducir la morbilidad y mejorar la calidad de vida de las personas con la enfermedad.

Una limitación de esta publicación es que los datos fueron recolectados en 2007. A pesar de ello, en el país no existen estudios epidemiológicos posteriores. La estimación de la prevalencia al año 2017 utilizando las proyecciones de la población realizadas por el INEC, permite tener una aproximación a la actualidad del comportamiento epidemiológico de la depresión, constituyéndose en información relevante para el país.

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio brindan una estimación de la prevalencia de depresión en Panamá. La depresión es una enfermedad que afecta la vida personal y profesional de las personas, incluyendo el riesgo de suicidio, el cual es su máxima expresión si no se trata a tiempo.

Las mujeres fueron quienes presentaron el mayor riesgo de depresión, al igual que aquellas personas que viven en áreas urbanas y entre aquellos de más de 40 años de edad.

La información generada en esta investigación es esencial para la adecuación de los programas de atención integral dirigidos a las personas con trastornos depresivos y el desarrollo de programas preventivos en salud, lo que fortalece el concepto del uso de la ciencia para el desarrollo de políticas públicas.

REFERENCIAS

- [1] Organización Mundial de la Salud [Internet]. Depresión; 2017 [citado el 2 de mayo de 2017]. Centro de prensa. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- [2] Blazer D, Kessler R, McGonagle K, Sturtz M. The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry*. 1994;151(7): 979-86.
- [3] Madhav K, Prasad Sherchand S, Sherchan S. Association between screen time and depression among US adults. *Prev. Med. Reports*. 2017;8:67-71.
- [4] Akhtar-Danesh N, Landeen J. Relation between depression and sociodemographic factors. *Int J Ment Health Syst*. 2007;1:4 doi: 10.1186/1752-4458-1-4
- [5] Wagner F, González-Forteza C, Sánchez-García S, García-Peña C, Gallo J. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental*. 2012;35:3-11.
- [6] Bromet E, Andrade L, Hwang I, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med* 2011; 9:90 doi: 10.1186/1741-7015-9-90
- [7] Murray, Christopher J. L., Lopez, Alan D, World Health Organization, World Bank & Harvard School of Public Health [Internet]. Geneva: The Global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020: summary / edited by Christopher J. L. Murray, Alan D. Lopez; 1996 [Citado el 31 de marzo de 2017]. World Health Organization. Disponible en: <http://www.who.int/iris/handle/10665/41864>
- [8] Costello EJ, Pine D, Hammen C, et al. Development and Natural History of Mood Disorders. *Biol Psychiatry*. 2002;52:529–542.

- [9] Gómez-Restrepo C, Bohórquez A, Pinto Masis D, Gil Laverde J, Rondón Sepúlveda M, Díaz-Granados N. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Rev Panam Salud Publica*. 2004;16(6):378–86
- [10] Ministerio de Salud [Internet]. Panamá: Trastornos depresivos entre las principales causas de consulta de los servicios de salud; 2017 [citado el 23 de marzo de 2018]. Centro de prensa. Disponible en: <http://minsa.gob.pa/noticia/trastornos-depresivos-entre-las-principales-causas-de-consulta-de-los-servicios-de-salud>.
- [11] Caja de Seguro Social [Internet]. Panamá: Prevenir y tratar “Hablemos de la Depresión” CSS participó en el día mundial de la salud; 2017 [citado el 23 de marzo de 2018]. Centro de prensa. Disponible en: <http://www.css.gob.pa/web/10-abril-2017MS.html>
- [12] Moreno de Rivera A, Roa R, Mc Donald A, Luque H, González B, Gómez B. Encuesta Nacional de Salud y Calidad de Vida, ENSCAVI ISBN 978-9962-8935-1-6 [Internet]. Panamá: ICGES; 2007 [citado el 13 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.gorgas.gob.pa/enscavi/>
- [13] Contraloría General de la República [Internet]. Panamá: Estimaciones y proyecciones de la Población Total de Panamá; 2017 [citado el 20 de mayo de 2017]. Instituto Nacional de Estadística y Censo. Disponible en: https://www.contraloria.gob.pa/inec/Publicaciones/Publicaciones.aspx?ID_SUBCATEGORIA=10&ID_PUBLICACION=474&ID_IDIOMA=1&ID_CATEGORIA=3
- [14] Vallejo Ruiloba J, Crespo Blanco JM. Afrontar la depresión. Ediciones Médicas. Barcelona, España. 1999. 96 páginas.
- [15] Asamblea Mundial de la Salud, 65 [Internet]. Organización Mundial de la Salud: Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país: informe de la Secretaría; 2012. [Citado el 31 de marzo de 2017]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85966/A65_10-sp.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- [16] Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida J, et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;18:229-40.
- [17] National Institute of Mental Health [Internet]. Major Depression Among Adults; 2014 [citado el 27 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov/health/statistics/prevalence/major-depression-among-adults.shtml>
- [18] Seedat S, Scott K, Angermeyer M, et al. Cross-National Associations Between Gender and mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66(7):785-95.
- [19] elMundo.es [Internet]. Científicos españoles revelan que entre los indígenas africanos no existe la depresión; 2007 [citado el 28 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.elmundo.es/elmundo/2007/07/25/ciencia/1185360866.html>
- [20] Glassman A. Cigarette Smoking: implications for psychiatric illness. *Am J Psychiatry*. 1993;150(4):546-53.
- [21] Covey LS, Glassman A, Stetner F. Cigarette smoking and major depression. *J Addict Dis*. 1998;17(1):35-46.
- [22] Hall SM, Muñoz RF, Reus VI, Sees KL. Nicotine, negative affect, and depression. *J Consult Clin Psychol*. 1993;61(5):761-67.
- [23] Glassman AH, Covey LS. Smoking and affective disorders. *Am J Health Behav*. 1996;20:279-85
- [24] Vásquez González F, Becoña Iglesias E. ¿El hábito de fumar tiene relación con la depresión? *Psicothema*. 1998;10(2):229-39.
- [25] Sánchez-Villegas A, Serrano-Martínez M, Alonso A, de Irala J, Tortosa A, Martínez-González MA. Efecto del tabaco sobre la incidencia de depresión en la chorte SUN (Seguimiento Universidad de Navarra) después de 6 años de seguimiento. *Med Clin (Barc)*. 2008;130(11):405-09.
- [26] Schuckit MA, Irwin M, Smith TL. One year incidence rate of major depression and other psychiatric disorders in 139 alcoholic men. *Addiction*. 1994;89(4):441-45.
- [27] Merikangas KR, Leckman JF, Pursoff BA, Pauls DL, Weissman MM. Familial transmission of depression and alcoholism. *Arch Gen Psychiatry*. 1985;42(4):367-72.
- [28] Brown SA, Schuckit MA. Changes in depression among abstinent male alcoholic. *J Stud Alcohol*. 1988;49(5):412-17.
- [29] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5a ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013. p. 155-171.
- [30] Vazquez Machado A. Caracterización Clínicoepidemiológica del Síndrome Depresivo. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2001;17(3):227-33.
- [31] Contraloría General de la República [Internet]. Panamá: Estadísticas vitales. Defunciones y tasa de mortalidad en la República, por certificación médica, según causa; 2005-2016 [citado el 20 de noviembre de 2017]. Instituto Nacional de Estadística y Censo. Disponible en: https://www.contraloria.gob.pa/inec/Publicaciones/subcategoria.aspx?ID_CATEGORIA=3&ID_SUBCATEGORIA=7&ID_IDIOMA=1
- [32] Caraveo-Anduaga J, Colmenares E, Saldívar G. Estudio clínico-epidemiológico de los trastornos depresivos. *Salud Mental*. 1999;22:7-17.
- [33] Hasin D, Goodwin R, Stinson F, Grant B. Epidemiology of Major Depressive Disorder. Results From the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:1097-106.
- [34] Geddes J, Butler R, Hatcher S. Depressive disorders. *Clin Evid*. 2002;8:951-73.