

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y EVENTOS VITALES ASOCIADOS CON LA MEJORÍA CLÍNICA DE PACIENTES CON DEPRESIÓN

Dedsy Yajaira Berbesi Fernández*

Ángela María Segura Cardona**

Resumen

Introducción: la depresión es el trastorno mental más frecuente y discapacitante.

El presente estudio buscaba analizar los factores sociodemográficos y eventos vitales asociados a la depresión en pacientes de 14 hospitales del departamento de Antioquia.

Métodos: se diseñó un estudio de casos y controles en una población de 204 pacientes de hospitales de primer nivel de atención. La muestra se seleccionó por conveniencia. Los pacientes diagnosticados con depresión fueron evaluados a los tres meses de haber iniciado tratamiento y se clasificaron: sin mejoría (caso) y con mejoría clínica (control).

Resultados: se encontró asociación entre la no mejoría de los síntomas depresivos a tres meses de iniciar tratamiento antidepressivo y los antecedentes sociodemográficos, problemas económicos y eventos vitales.

Conclusión: se encontraron como principales factores relacionados con la depresión: no tener un régimen de afiliación al sistema de seguridad social en salud; problemas económicos; la muerte de un hijo y la violencia doméstica psicológica y física, por lo cual se señala la necesidad de explorar estas variables.

Palabras clave: depresión, factores de riesgo, prevención secundaria.

* Magíster en Epidemiología, docente Facultad de Medicina, Grupo de investigación: Epidemiología y Bioestadística, correo electrónico: dberbesi@ces.edu.co. Universidad CES Calle 10 A Nro. 22-04 Medellín.

** Doctora en Epidemiología, investigadora Facultad de Medicina, Grupo de investigación: Epidemiología y Bioestadística, correo electrónico: asegura@ces.edu.co Universidad CES. Calle 10 A Nro. 22-04 Medellín.

SOCIAL/DEMOGRAPHIC FACTORS AND VITAL EVENTS ASSOCIATED WITH THE CLINICAL IMPROVEMENT OF PATIENTS WITH DEPRESSION

Abstract

Introduction: *depression is the most frequent disabling mental disorder: the present study strives to analyze the social/demographic factors and vital events associated to depression in patients in 14 hospitals in the State of Antioquia.*

Methods: *a study of cases and controls in a population of 204 patients in hospitals of first level of attention was designed. The sample was selected by convenience. The patients diagnosed with depression were evaluated within three months of having started treatment and were classified: no improvement (case) and with clinical improvement (control).*

Results: *there was an association found between no improvement of the depressive symptoms after three months of starting anti-depressive treatment and the social/demographic background, financial problems and vital events.*

Conclusion: *the main factors associated with depression that were found are: not having an affiliation regime to the social security and health system; financial problems, death of a son/daughter and psychological and physical domestic violence, which point to the need to explore these variables.*

Keywords: depression, risk factors, secondary prevention.

FATORES SOCIODEMOGRAFICOS E EVENTOS VITAIS ASSOCIADOS À MELHORIA CLÍNICA DE PACIENTES COM DEPRESSÃO

Resumo

Introdução: a depressão é o transtorno mental mais frequente e incapacitante; o atual estudo buscava analisar os fatores sociodemográficos e eventos vitais associados à depressão, em pacientes de 14 hospitais do Departamento de Antioquia.

Métodos: desenhou-se um estudo de casos e controles em população de 204 pacientes de hospitais de primeiro nível de atuação. A amostra foi obtida por convergência. Os pacientes diagnosticados com depressão foram avaliados aos três meses do início do tratamento e classificados como sem melhora (caso) e com melhora clínica (controle).

Resultados: encontrou-se associação entre a não melhora dos sintomas depressivos aos três meses de iniciado o tratamento anti-depressivo e os antecedentes sociodemográficos, problemas econômicos e eventos vitais.

Conclusão: encontraram-se como principais fatores relacionados com a depressão – não estar filiado à seguridade social em saúde, a morte de um filho e a violência doméstica psicológica e física, pelo que se destaca a necessidade de se eliminar tais variáveis.

Palavras chave: depressão, fatores de risco, prevenção secundária.

Introducción

La depresión es el trastorno mental más frecuente y discapacitante, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1). Se manifiesta con síntomas de tristeza profunda, desesperanza, llanto, ansiedad, autoinculpación, insomnio, pérdida de interés, disminución de la vitalidad, pérdida de confianza y de autoestima (2-3).

Estimaciones proporcionadas en el Informe de Salud Mundial 2001 de la OMS, alrededor de 450 millones de personas padecen de trastornos mentales. Esto significa que una de cada cuatro personas desarrollará uno o más trastornos mentales o de conducta a lo largo de su vida (2). Para el año 2020, las enfermedades mentales explicarán el 15% de la discapacidad mundial, siendo la depresión por sí sola la segunda causa en el mundo. Los trastornos mentales y neurológicos son responsables del 13% del total de los años de vida ajustados por discapacidad (DALYs), que se pierden debido a todas las enfermedades y lesiones en el mundo (4).

En Colombia, los resultados del Estudio Nacional de Salud Mental de 2003 (5), mostraron que cuatro de cada diez individuos presentaron al menos un trastorno mental en algún momento de su vida, siendo uno de los hallazgos más importantes la prevalencia de vida para el trastorno depresivo, por encima del 12,1%; una prevalencia en el último año de 5,6% y en el último mes de 1,9%, y son las mujeres las más afectadas por el trastorno depresivo mayor.

La Dirección Seccional de Salud de Antioquia, realizó una línea de base

en el 2006 (6) para conocer el número de consultas externas, urgencias y hospitalizaciones generadas por diagnósticos de trastorno mental y del comportamiento a través de los registros individuales de prestación de servicios (RIPS); esta información reveló como primera causa de consulta los trastornos afectivos que incluyen el trastorno depresivo, afectando el 26,6% de hombres y el 47,1% de mujeres del total de consultas por trastorno mental.

Entre los factores relacionados que contribuyen al aumento de la enfermedad están: el sexo femenino, altos niveles de estrés y ansiedad, antecedentes personales como familiares de depresión y/o suicidio, cambios rápidos psicosociales, aumento de enfermedades crónicas. Otros factores asociados incluyen: estado civil, bajo nivel socioeconómico, tabaquismo, consumo de sustancias psicoactivas, alcoholismo y la disfuncionalidad familiar. Adicionalmente las pérdidas afectivas y el desempleo (7-10).

En el presente trabajo se analizan las características del síndrome depresivo y los factores asociados con su presencia a tres meses de iniciar el tratamiento de depresión, en 14 municipios de Antioquia en el segundo semestre de 2007.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio de casos y controles, donde se analizó un grupo de pacientes evaluados a tres meses de haber sido diagnosticados con depresión. El *caso* fue definido como los pacientes con depresión a tres meses de iniciar el tratamiento y el *control* como el paciente con mejoría clínica a tres meses de iniciar este mismo tratamiento.

Se tomaron como criterios para el cálculo del tamaño de muestra: potencia: 80%, nivel de confianza: 95%, proporción de casos con eventos vitales: 26%, proporción de controles con eventos vitales: 10%, OR: 3,1 relación: 1:1, para un tamaño de muestra de 90 casos y 90 controles.

La investigación estuvo dirigida a obtener información sobre las personas con depresión (códigos de CIE 10 - trastornos depresivos) (3) atendidos en el primer nivel de atención, teniendo como fuente secundaria los registros de prestación de servicios de salud para la captación de los casos, la historia clínica para corroborar el diagnóstico y como fuente primaria las personas, para aplicar una entrevista y completar la información.

La base de datos fue realizada en una hoja de cálculo de Microsoft Excel versión 8.0, previa crítica de la información recolectada; luego se exportó al programa SPSS 10.0® para el cálculo de los indicadores, asumiendo una $p < 0,05$, como estadísticamente significativa.

Se hizo la caracterización de los pacientes de acuerdo a variables sociodemográficas como: sexo, estado civil, nivel educativo, ocupación, zona, afiliación y tipo de familia, realizando cálculo de frecuencias y porcentajes.

La población se dividió de acuerdo a la mejoría del estado depresivo como: controles (puntaje en el test de Zung menor de 50) y casos, los pacientes que continuaban con depresión (puntaje de 50 a 59 depresión leve; puntaje de 60 a 69 depresión moderada y mayor de 70 depresión severa) (11-12).

Se utilizó la razón de disparidad con sus respectivos intervalos de confianza

del 95%, la prueba estadística de Chi cuadrado y el valor de p .

Este proyecto cumplió con los requisitos y normas establecidas por la Resolución No. 08430 de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia (13) y la Declaración de Helsinki de 2008 normas Éticas Internacionales para Investigaciones Biomédicas de la Organización Mundial de la Salud (1996). Previo a la entrevista los pacientes firmaron el consentimiento informado y su participación voluntaria dentro del estudio.

Resultados

Fueron tomados 204 pacientes diagnosticados con depresión en el segundo semestre de 2007, en 14 municipios seleccionados de Antioquia. El 52,4% (107) de los pacientes tenían depresión a tres meses de iniciar el tratamiento (caso). El 47,5% (97) de los pacientes no tenían depresión en el mismo tiempo de observación y fueron clasificados como controles.

Comportamiento de los casos y controles según edad y sexo

Respecto a los casos, la edad promedio de las mujeres fue de $45,3 \pm 12,3$; para los hombres la edad promedio fue de $45,05 \pm 13,0$, con un rango de edad de 18 a 71 años.

En los controles la edad promedio de las mujeres fue de $45,8 \pm 10$; para los hombres la edad promedio fue de $45,6 \pm 18,7$, con un rango de edad de 19 a 69 años.

Cuadro 1. Factores sociodemográficos según cambios clínicos de la depresión

Factores sociodemográficos	CASO (n=107) Con depresión a los tres meses	CONTROL (n=97) Sin depresión	OR	IC	Chi cuadrado	Valor de p
Sexo- mujer	89 (83,1%)	92 (94,8%)	1,814	(0,33-4,489)	1,694	0,140
Estado civil -sin pareja	52 (48,5%)	55 (56,7%)	1,602	(0,915-2,804)	2,735	0,098
Afiliación SGSSS- vinculado	48 (44,8%)	24 (24,7%)	2,479	(1,303-4,342)	8,138	0,002 *
Escolaridad- primaria	74 (69,1%)	65 (67,0%)	1,103963	(0,612-1,990)	0,108	0,742
Residencia-rural	30 (28,0%)	32 (32,9%)	1,263	(0,695-2,296)	0,589	0,442

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los casos y controles según las variables de sexo y edad.

Comportamiento de los casos y controles según afiliación al régimen de seguridad social

La distribución de los casos y los controles según tipo de seguridad social presentó diferencias con relación a los vinculados (pobres sin subsidio), encontrando una proporción de 44,8% de los casos versus el 24,7% de los controles con este tipo de afiliación. (OR: 2,37; IC: 1,30-4,34; valor de p: 0,004) (Cuadro 1).

Comportamiento de los casos y controles según zona

En los casos se presentó una proporción de 28,0% de pacientes residentes en el área rural, lo cual comparado con los controles, con un 32,9%, no mostró diferencias estadísticamente significativas en la accesibilidad física y funcional

a los servicios de salud, como factor de riesgo para continuar con depresión a tres meses de haberse instaurado el tratamiento para esta enfermedad.

Comportamiento de los casos y controles según estado civil

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los casos y controles al analizar el grupo de pacientes con pareja (soltero, separado, divorciado y viudo), comparado con los casados y en unión libre. (OR: 1,62 IC: 0,91-2,80; p: 0,09) (Cuadro 1).

Comportamiento de los casos y controles según nivel educativo

Al analizar el nivel educativo en los casos y controles no se encontraron diferencias estadísticamente significativas; respecto al factor de riesgo menor instrucción (sin educación y nivel primaria), comparado con los pacientes de mayor instrucción (secundaria y universidad). (OR: 1,10; IC: 0,61-1,99; p: 0,74) (Cuadro 1).

Cuadro 2. Eventos estresantes relacionados con cambios clínicos de la depresión

Eventos estresantes	Caso n=107	control n=97	OR	IC	Chi cuadrado	Valor de p
Problemas económicos	68,2 %	51,5%	2,018	(1,142-3,566)	5,911	0,011*
Conflictos de pareja	45,7 %	36,0 %	1,497	(0,853-2,626)	1,981	0,103
Conflicto con esposo (a)	42,9 %	32,9 %	1,532	(0,866-2,710)	2,15	0,093
Violencia doméstica psicológica	42,0 %	27,8%	1,882	(1,046-3,384)	4,50	0,024*
Conflicto con hijos	41,1%	26,8%	1,907	(1,055-3,477)	4,62	0,022*
Violencia doméstica física	25,2%	15,4%	1,845	(0,914-3,724)	2,97	0,060
Separación de la pareja	21,4%	12,3%	1,939	(0,907-4,148)	2,98	0,061
Enfermedad física grave de un familiar	17,7%	11,3%	1,688	(0,759-3,756)	1,67	0,137
Problemas laborales	17,7%	14,4%	1,28	(0,603-2,717)	0,414	0,326
Pérdida del empleo	13,0%	12,3%	1,06	(0,467-2,434)	0,023	0,524
Muerte de un hijo	12,1%	3,0%	4,33	(1,196-15,70)	5,77	0,014*
Conflicto con hermanos	11,2%	6,1%	1,916	(0,690-5,320)	1,59	0,154
Conflicto con otros familiares	6,5%	5,1%	1,916	(0,690-5,320)	1,59	0,206
Conflicto con amigos	2,8%	1,0%	2,769	(0,28-27,07)	0,832	0,348
Conflicto con padres	10,2%	9,2%	1,120	(0,443-2,832)	0,057	0,499
Violencia sexual	9,3%	4,1%	2,397	(0,726-7,910)	2,170	0,115
Conflicto con novio(a)	8,4%	3,0%	2,878	(0,756-10,956)	2,59	0,107
Conflicto con otros	11,2%	6,1%	1,916	(0,690-5,320)	1,600	0,154
Muerte de uno de los padres	5,6%	9,2%	0,581	(0,199-1,696)	1,006	0,231
Muerte de esposo(a)	5,6%	4,1%	1,381	(0,378-5,048)	0,240	0,437
Dificultades legales	5,6%	4,1%	1,381	(0,378-5,048)	0,240	0,437
Conflicto armado	5,6%	5,1%	1,093	(0,323-3,702)	0,020	0,568
Muerte de un hermano	4,6%	5,1%	0,902	(0,253-3,216)	0,025	0,563
Muerte de otro familiar	0,9%	2,0%	0,479	(0,155-1,483)	1,688	0,153
Desplazamiento forzado	3,7%	4,1%	0,903	(0,220-3,713)	0,020	0,584

Comportamiento de los casos y controles según ocupación

Las ocupaciones reportadas con mayor proporción fueron: amas de casa en

un 60,7% de los casos y 69,0% de los controles; seguido del trabajador dependiente con una proporción en los casos de 15,8% y 16,4% en los controles. La menor proporción reportada fue la de

Cuadro 3. Antecedentes relacionados con cambios clínicos de la depresión

Eventos estresantes	Caso n=107	control n=97	OR	IC	Chi cuadrado	Valor de p
Comorbilidad	53,2%	59,7%	0,767	(0,440-1,336)	0,880	0,213
Antecedentes familiares-si	21,4%	29,8%	0,642	(0,341- 1,210)	1,891	0,112

jubilados, con un solo paciente en cada grupo. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las diferentes ocupaciones y la mejoría del estado depresivo.

Comportamiento de los casos y controles según eventos estresantes

Respecto a los eventos estresantes, los problemas económicos fueron los más reportados, con diferencia estadísticamente significativa en los casos y controles (68,2% Vs. 51,5%) OR: 2,01; valor de p: 0,011, seguido de los conflictos de pareja con una proporción mayor en los casos (45,7% Vs. 36,0%); también existieron diferencias estadísticamente significativas en la violencia doméstica psicológica (42,0% vs. 27,8%) OR: 1,88; valor de p: 0,024; en los conflictos con los hijos una proporción en los casos de 41,1% y en los controles de 26,8% (OR: 1,90; valor de p: 0,02) y en la muerte de un hijo, con una proporción mayor en los pacientes que no mejoraron su cuadro clínico a los tres meses de haber sido diagnosticados con depresión (12,1% Vs. 3,0%) (Cuadro 2).

Comportamiento de los casos y controles según comorbilidad

La comorbilidad se define como la presencia de dos o más enfermedades

independientes en un mismo sujeto. La existencia de comorbilidad puede llegar a estar relacionada con los estados depresivos. El 60% de los que presentaron mejoría tuvieron una comorbilidad (controles) comparado con el 53% de las personas que no obtuvieron mejoría y tenían una comorbilidad (casos) sin diferencias estadísticamente significativas en estas dos proporciones. (Cuadro 3).

Discusión

Teniendo en cuenta la relevancia de los trastornos depresivos en el mundo, como lo reporta la OPS (1), el departamento de Antioquia desarrolló una estrategia de capacitación y entrenamiento a personal del primer nivel de atención, con el fin de lograr la descentralización en la atención de pacientes psiquiátricos; este proyecto hace parte de esta iniciativa, caracterizando la población con depresión y los factores asociados a la presencia de síntomas a tres meses de iniciar tratamiento.

De acuerdo al estudio sobre prevalencia de depresión en Colombia en el 2001 (14), los autores reportaron como factores de riesgo de tipo personal, el ser mujer con una razón de 2:1. El mayor número de mujeres consultantes con depresión se ha explicado por la mayor tendencia de

las mujeres a buscar ayuda médica y el contar un menor soporte social (14-16). En la presente investigación aunque no fue una muestra representativa, se tomó el universo de los pacientes atendidos en 14 hospitales del departamento de Antioquia, en el segundo semestre de 2007, encontrando una razón de 8 mujeres por cada hombre, sin diferencias estadísticamente significativas en los casos y controles según las variables de sexo y edad.

Respecto a la comorbilidad (17), en la presente investigación se encontró que un 53,2% de los casos tenían otra enfermedad previa; proporción similar a la encontrada en otros dos estudios, donde el 56,3% de las personas entre 15 y 54 años de edad que habían sufrido depresión en los últimos 30 días estaban afectados simultáneamente por otra enfermedad (18-19).

Se ha reportado asociación entre los eventos vitales y la recurrencia de depresión (20-24). En la presente investigación se encontró que los problemas económicos, la violencia doméstica psicológica, los conflictos con hijos y la muerte de un hijo, incrementan la probabilidad de no tener mejoría a los tres meses de haber sido diagnosticado e iniciar tratamiento para depresión.

Los resultados de un estudio sobre variables predictoras de un programa de prevención secundaria de depresión, demostró que las personas para las cuales resultó más eficaz este tratamiento, fueron aquellas que tenían una buena adecuación social, contaban con apoyo social y no tenían antecedentes de problemas depresivos (25). En la presente

investigación los factores de apoyo social no fueron evaluados.

En un estudio sobre características clínico - epidemiológicas de pacientes con depresión (15), se encontró que el humor depresivo, la falta de interés y disfrute en las actividades, y la sensación de pérdida de energía o fatiga, fueron los síntomas más frecuentemente referidos por los enfermos, similar a los aspectos de mayor puntuación encontrados en la presente investigación.

Un estudio de versión abreviada del test de Zung, señalaba limitaciones de este test al cuantificar síntomas como la constipación y el deseo sexual, que no se encontraban incluidos como criterios para depresión según la OMS (26). En la presente investigación, estos criterios fueron los de menor proporción encontrada en los casos y controles.

Los mayores cambios evidenciados en el test utilizado al momento del diagnóstico y a los tres meses de iniciar el tratamiento, fueron: la concentración, el ánimo deprimido y la irritabilidad, medidos a través del test del Zung, reconociendo como limitación en el estudio que se trataba de una investigación que tomaba información en forma retrospectiva para evaluar el diagnóstico realizado por el médico de primer nivel de atención, y se utilizó una muestra de pacientes por conveniencia.

La efectividad clínica de los tratamientos farmacológicos para la depresión puede verse afectada por la adherencia de los pacientes al protocolo recomendado; este aspecto no fue posible evaluar en esta investigación.

De acuerdo con los resultados de este estudio, se puede concluir que la mejoría de la depresión en estos pacientes está asociada a factores sociodemográficos y eventos vitales. Los principales factores relacionados a la no mejoría de la depresión fueron: no tener un régimen de afiliación al sistema de seguridad social en salud (SGSS), problemas económicos, la muerte de un hijo y la violencia doméstica psicológica y física, por lo cual se señala la necesidad de explorar estas variables e intervenir tempranamente estos pacientes, haciendo un seguimiento en estos casos especialmente.

Se recomienda realizar futuros estudios utilizando métodos de análisis multivariado que permitan comparar diferentes modelos estadísticos predictores, combinando el efecto de diferentes variables.

Agradecimientos

Las autoras agradecen a la Dirección Seccional de Salud de Antioquia y a la Universidad CES, por la cofinanciación del proyecto: “Evaluación de la efectividad de un programa de entrenamiento para el diagnóstico y tratamiento de la depresión”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Depression. [Internet]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/ Fecha de acceso: 18 de agosto de 2007.
2. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. En: Informe sobre la salud en el mundo, 2001. Ginebra: OMS; 2001. [Internet]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2001/es/>. Fecha de acceso: 18 de agosto de 2007.
3. Clasificación de trastornos mentales CIE 10. Criterios de la OMS. [Internet]. Disponible en: <http://www.psicoadictiva.com/cie10/cie1.htm>. Fecha de acceso: 7 de noviembre de 2008.
4. Organización Mundial de la Salud. Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas: informe compendiado. Washington: La OPS; 2004.
5. Ministerio de Protección Social. Informe preliminar encuesta nacional de salud mental. Colombia 2003. [Internet]. Disponible en: <http://www.abacolombia.org.co/postnuke/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=266>. Fecha de acceso: 18 de agosto de 2007].
6. Portilla M, Línea de base de trastorno mental y del comportamiento. Dirección seccional de salud de Antioquia 2006. Medellín: 2006.
7. Burcusa SL, Lacono W. Risk for Recurrence in Depression. *Clin Psychol Rev.* 2007 December; 27(8): 959–985.
8. Gilchrist G, Gunn J. Observational studies of depression in primary care: what do we know?. *BMC Family Practice.* 2007; 8:28.
9. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto. [Internet]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0406.pdf>. Fecha de acceso: 18 de Agosto de 2007.
10. Gómez C, Rodríguez N. Factores de riesgo asociados al síndrome depresivo en la población colombiana. *Rev Colomb Psiquiat.* 1997;13: 23-35.

11. Zung WW. A Self-Rating Depression Scale. *Arch Gen Psychiatry*. 1965;12:63-70.
12. Posada JA, Torres de Galvis Y. Estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas. Colombia, 1993. Bogotá: Ministerio de Salud; 1994.
13. Colombia, Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Colombia: El Ministerio; 1993.
14. Gómez C, Bohórquez A, Pinto D, Gil JFA, Rondón M, Díaz N. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Rev Panam Salud Pública*. 2004; 16(6):378-86.
15. Vázquez A. Caracterización clínico epidemiológica del síndrome depresivo. *Rev. Cubana Med Gen Integr* 2001;17(3):227-33
16. Alvarado R, Vega J, Sanhueza G, Muñoz MG. Evaluation of the Program for Depression Detection, Diagnosis, and Comprehensive Treatment in primary care in Chile. *Rev Panam Salud Publica* 2005;18: 278-286.
17. Wikipedia. Comorbilidad. [Internet]. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Comorbilidad>. Acceso el 18 de Agosto de 2007.
18. Gómez C, Bohórquez A, Gil JF, Pérez V. Conocimiento sobre los trastornos depresivos y evaluación de una intervención educativa aplicada a médicos de atención primaria en Bogotá, Colombia. Resultados colombianos del proyecto internacional de depresión. *Rev Colomb Psiquiat*. 2005; 34(2):.220-41
19. Grecca R, Zapata M, Vega J, Mazzotti G. Patrones de tratamiento de pacientes con depresión en la consulta ambulatoria de medicina general. *Rev Neuro-Psiquiat* 2005; 68(3-4):182-90.
20. Organización Panamericana de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo Pruebas para la acción. Washington: La OPS; 2004.
21. Caraveo-Anduaga JJ, Martínez NA, Rivera BE, Polo A. Prevalencia en la vida de episodios depresivos y utilización de servicios especializados. *Salud Mental* 1997; 20 (2):15-23.
22. González S, Fernández C, Pérez J. Prevención secundaria de la depresión en atención primaria. *Psicothema*. 2006; 18: 471-477.
23. Alvarado R, Numbausher J, Vega A. Factores psicosociales y cuadros depresivos. *Rev. de Salud Pública*. 2008; 2 (1): 8-16.
24. Gaviria S. Algunas consideraciones respecto a la depresión en las mujeres. [Internet]. Disponible en: http://www.psiquiatria.org.co/BancoMedios/Documentos%20PDF/cpe39rev_tema2algunas_consideraciones_respecto_a_la_depresion.pdf. Acceso el 2 de Marzo de 2009.
25. González S, Fernández C, Pérez J. Variables predictoras de los resultados de un programa de prevención secundaria de la depresión. *Intern. Jour. Psych. Psychol. Ther.* 2007; 7(1): 13-26.
26. Díaz LA, Campo A, Rueda GE, Barros JA. Propuesta de una versión abreviada de la escala de Zung para depresión. *Colomb Med* 2005; 36:168-172.