



**Encuesta
Nacional de
Salud
2016 -2017**



**INFORME ENCUESTA NACIONAL DE SALUD
2016-2017**

**Salud Mental 1: Trastornos del ánimo:
Depresión y Bipolaridad I-II**

Subsecretaría de Salud Pública
División de Planificación Sanitaria
Departamento de Epidemiología

Ministerio de Salud
Subsecretaría de Salud Pública
División de Planificación Sanitaria
Departamento de Epidemiología
Maclver 541, Santiago

Coordinación técnica Encuesta Nacional de Salud

Departamento de Epidemiología. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud

Ejecutor de terreno Encuesta Nacional de Salud

Departamento de Salud Pública, Pontificia Universidad Católica de Chile

Autor Informe

Departamento de Epidemiología. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud

Colaboradores

Departamento de salud mental. División de Prevención y Control de Enfermedades, Ministerio de Salud

Noviembre, 2018

Cómo citar este documento

Ministerio de Salud. Informe Encuesta Nacional de Salud 2016-2017: Trastornos del ánimo: Depresión y Bipolaridad I y II [internet]. Santiago de Chile; 2018, 33p. [insertar fecha de consulta]. Disponible en: <https://goo.gl/oe2iVt>

Índice

1. Antecedentes	5
2. Aspectos metodológicos	7
Figura N°1. Diagrama de flujo módulos WHO-CIDI en ENS 2016-2017	8
Tabla N°1. Prevalencia DSMIII-R de Trastornos Psiquiátricos en Chile (EPPS).....	9
3. Resultados	12
3.1 Sospecha de depresión (CIDI <i>Short form</i>)	12
Gráfico N°1. Prevalencia de sospecha de depresión (síntomas depresivos, CIDI <i>Short form</i> F1), según criterio DSM IV total país y según sexo. Chile. ENS 2003, 2009-10 y 2016-17.	12
Tabla N°3. Prevalencia de sospecha de depresión (síntomas depresivos, CIDI <i>Short form</i> F1), según criterio DSM IV por sexo, grupos de edad, años de estudios cursados, zona y macrozona. Chile. ENS 2003, 2009-10 y 2016-17.....	13
3.2 Depresión	14
Gráfico N°2. Prevalencia de depresión vida y 12 meses, según criterio DSM IV total país y según sexo. Chile. ENS 2016-17.	14
Tabla N°4. Prevalencia de vida y 12 meses de depresión (CIDI) según DSM IV por sexo, grupos de edad, años de estudios cursados, zona y macrozona, Chile, ENS 2016-17.....	15
Tabla N°5. Estadísticos descriptivos del indicador: “Edad de inicio de síntomas depresivos”. Chile, ENS 2016-17.	16
Tabla N°6. Percentiles de resultados de inicio de síntomas depresivos. Chile, ENS 2016-17.....	16
Gráfico N°3. Distribución de variable “Edad de inicio de síntomas depresivos”. Chile, ENS 2016-17.....	17
Tabla N°7. Estadísticos descriptivos del inicio de síntomas depresivos (años) total país y según sexo. Chile. ENS 2016-17.	17
Gráfico N°4. Edad de inicio de síntomas depresivos (años) según sexo, Chile, ENS 2016-17.....	18
Gráfico N°5. Modelo 1: Regresión logística para muestras complejas de depresión vida, ajustado por sexo y grupo de edad. Chile. 2016-17.	19
Gráfico N°6. Modelo 2: Regresión logística para muestras complejas de depresión - vida, ajustado por sexo, grupo de edad y años de estudios cursados aprobados. Chile. 2016-17.	20
Gráfico N°7. Modelo 3: Regresión logística para muestras complejas de depresión - vida, ajustado por sexo, grupo de edad y zona. Chile. 2016-17.	21
Gráfico N°8. Modelo 4: Regresión logística para muestras complejas de depresión - vida, ajustado por sexo, grupo de edad y macrozona. Chile. 2016-17.	21

Gráfico N°9. Modelo 4: Regresión logística para muestras complejas de depresión – 12 meses, ajustado por sexo, grupo de edad y macrozona. Chile. 2016-17.....	22
3.2 Bipolaridad	23
Gráfico N°10. Prevalencia de Trastorno Bipolar tipo I últimos 12 meses y prevalencia vida. Chile. 2016-17	23
Gráfico N°11. Prevalencia de Trastorno Bipolar tipo II últimos 12 meses y prevalencia vida. Chile. 2016-17	24
Tabla N°9. Prevalencia de vida y 12 meses de Bipolaridad I (CIDI) según DSM IV por sexo, grupos de edad, años de estudios cursados, zona y macrzona Chile, ENS 2016-17.....	25
4.Discusión y Conclusiones	26
5.Referencias.....	28
Anexos	29

1. Antecedentes

En Chile, la salud mental es un problema de salud pública relevante reflejado en la magnitud de patologías que afectan a la población y su carga de enfermedad asociada. El estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible realizado el año 2007 señala que un 23,2% de los Años de Vida Saludables perdidos por discapacidad o muerte prematura (AVISA) son consecuencia de condiciones neuro-psiquiátricas. En comparación con otras condiciones de salud, esto indica que el conjunto de enfermedades neuro-psiquiátricas explican la mayor parte de pérdida de AVISA, seguidas por Enfermedades Digestivas (15,8%) y Enfermedades Cardiovasculares (12,1%) (1).

Los trastornos de salud mental afectan diferencialmente a subpoblaciones dependiendo de las características sociodemográficas, en efecto ocurren más frecuentemente en mujeres en comparación con hombres y en personas con nivel educacional bajo. La Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2009-2010 señala que mientras un 17,2% de las personas reportan tener síntomas depresivos en el último año, éstos sólo se presentan en un 8,5% de los hombres (IC 95%: 6,7%-10,9%¹) en comparación con el 25,7% de mujeres (IC 95% 23,0%-28,8%). La prevalencia de síntomas depresivos también varía con significancia estadística entre personas de diferente nivel educacional, aumentando conforme disminuyen los años de escolaridad. Mientras dentro de las personas con nivel educacional bajo un 20,8% reporta síntomas depresivos (IC 95%: 17,0%-25,2%), un 18,4% de las personas de nivel educacional medio presentan dichos síntomas (IC 95%: 15,9%-21,1%) y un 11,8% de personas con nivel educacional alto (IC 95%:8,8%-15,6%). Lo anterior implica que las personas de nivel educacional bajo tiene una probabilidad 2,3 veces mayor que sus pares con nivel educacional alto (IC 95% 1,5%-3,8%) y las personas de nivel educacional medio tienen una probabilidad 1,8 veces mayor que el mismo grupo de referencia (IC 95%: 1,2%-2,7%).

Dentro del conjunto de trastornos neuro-psiquiátricos, los trastornos depresivos unipolares son la segunda causa específica con mayor cantidad de AVISA perdidos (1). Estimaciones de carga de enfermedad a nivel mundial del Instituto *Health Metrics and Evaluation* (2) indican que para Chile los trastornos depresivos representan un 5,6% (IC 95%: 4,58% - 6,77%) del total de los Años Vividos con Discapacidad (AVD) y un 2,76 % (IC 95%: 2,12%-3,47%) de los Años de Vida Saludables (AVISA) perdidos (2). Los trastornos bipolares representan por su parte el 1,32% (IC 95%: 0,89%-1,85%) del total de AVD y 0,65% (IC 95%: 0,43%-0,93%) del total de AVISA perdidos.

Para dar respuesta a la situación recién expuesta en Chile se han diseñado e implementado tres planes nacionales de salud mental. El primero (1993) se basó en las siguientes estrategias: 1) Incorporación de la temática en otros programas de salud; 2) Instalación de Unidades de Salud Mental y un Consejo Técnico e Intersectorial; 3) Instalación y fortalecimiento de prestaciones en Atención Primaria de Salud (APS); 4) Capacitación y protección de salud mental de trabajadores/as; 5) Levantamiento de propuestas legislativas. El segundo plan nacional de salud mental se basó conceptualmente en el modelo de salud

¹ Todos los intervalos de confianza de las prevalencias se reportan a un 95%.

mental comunitaria para favorecer la integración social. Sus principales líneas de trabajo fueron: 1) Aumento de su resolutivez en APS; 2) Nuevos dispositivos de salud mental; 3) Desinstitucionalización de personas en hospitales psiquiátricos de larga estadía; 4) Fortalecimiento de la hospitalización de corta estadía; 5) Fortalecimiento de la participación. Para continuar con los esfuerzos en Salud Mental se ha formulado un nuevo Plan Nacional para el período entre 2017-2025 que distingue siete líneas de acción: 1) Regulación y derechos humanos; 2) Provisión de servicios; 3) Financiación; 4) Gestión de la calidad, sistemas de información e investigación; 5) Recursos humanos y formación; 6) Participación; 7) Intersectorialidad.

A pesar de los esfuerzos mencionados, en el ámbito de prestación de servicios la información disponible indica que el acceso a tratamiento por salud mental es aún escaso, siendo que la cobertura en APS es de sólo un 19% (3). Similarmente, a nivel internacional se estima que existe una brecha superior a 70% entre la necesidad y acceso a tratamiento (4). En vista de estos antecedentes, Salud Mental es también un problema priorizado por el “Plan Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la década 2011-2020” (5) y contiene los siguientes objetivos; 1) mejorar el acceso a tratamiento, 2) mejorar calidad del tratamiento, y 3) promover la inclusión social de las personas con discapacidad de origen mental.

La información disponible en salud mental en Chile tiene dos limitaciones importantes. En primer lugar, es información lejana en el tiempo que no necesariamente refleja la situación actual del país. Por otro lado, las versiones previas de la ENS implementaron un instrumento de tamizaje para medir síntomas depresivos (*CIDI-Short Form*) que, al no descartar cuadros diagnósticos de sintomatología similar mediante un diagnóstico diferencial, la prevalencia calculada en base a este instrumento sobreestima la prevalencia poblacional real. Experiencias previas indican que del total de las personas categorizadas como con depresión con el uso del CIDI-SF, un 25% correspondían a falsos positivos (6)). Por lo anterior, se incorporó en esta tercera versión de la ENS una visita a una sub-muestra para la implementación de un módulo ampliado de salud mental: *Composite International Diagnostic Interview* (WHO-CIDI) 3.0 (7). Este instrumento es usado en los estudios poblacionales de salud mental patrocinados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) dentro de la *World Mental Health Survey Initiative* y ha sido utilizada en estudios epidemiológicos de varios países latinoamericanos de habla hispana como Perú, México y Colombia con buen desempeño. En Chile, fue utilizada en el principal estudio de prevalencias psiquiátricas realizado a la fecha (referencia).

La evidencia internacional señala que las personas que padecen de trastornos de salud mental están en mayor riesgo de presentar otras enfermedades (transmisibles y no transmisibles) al mismo tiempo que la comorbilidad dificulta la búsqueda y adherencia al tratamiento (9). Por esto mismo se acoge a nivel mundial el principio que refuerza que ‘no hay salud sin salud mental’. La información que brinda esta nueva versión de la ENS será una contribución relevante para la toma de decisiones en el trabajo de salud mental en Chile.

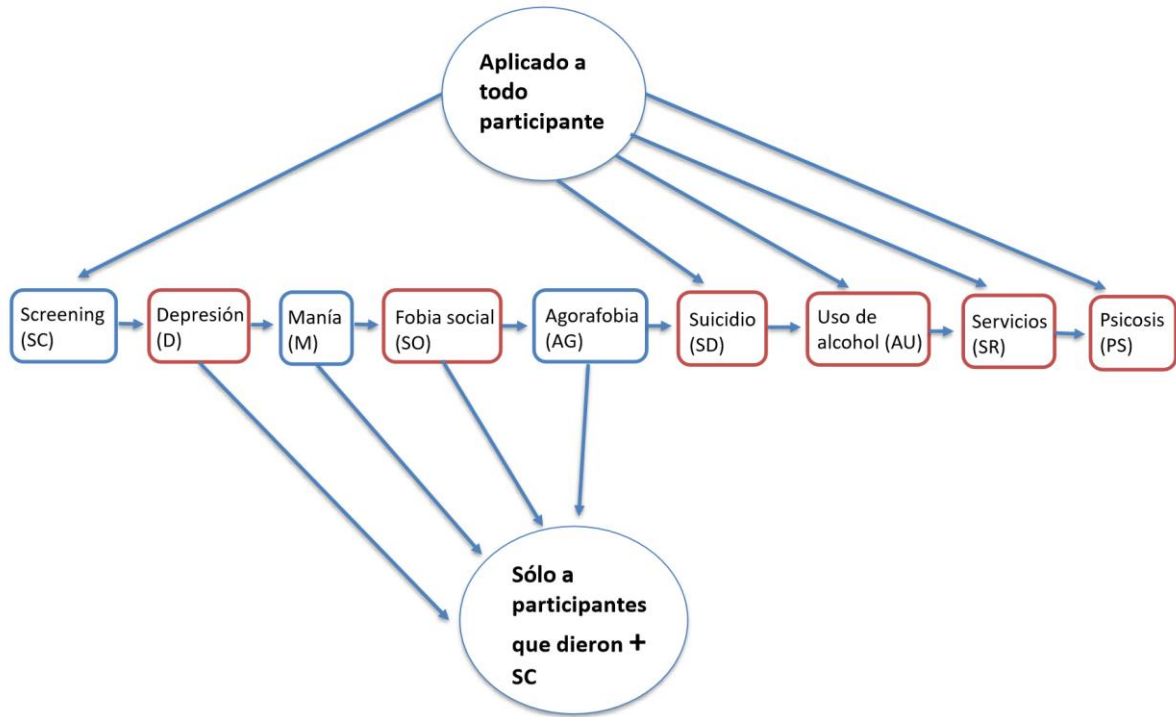
2. Aspectos metodológicos

Al igual que en las versiones previas de la ENS, el instrumento de tamizaje de depresión es el CIDI *Short-Form* (CIDI-SF). Este es un instrumento de tamizaje de síntomas depresivos (abreviado) usado para detectar posibles casos que pudieran tener depresión, pero no establece un diagnóstico de depresión. Este instrumento contiene 30 preguntas sobre síntomas depresivos y es aplicado en la primera visita (F1) a todos los encuestados. Considera la presencia de los síntomas de tristeza (disforia) y la falta de interés o capacidad de disfrute (anhedonia). Permite obtener un puntaje de riesgo de depresión en base a la suma de los 7 criterios complementarios (criterios menores para depresión DSM-IV) de los cuales deben cumplirse un mínimo de 5.

Para esta versión de la ENS 2016-2017 se incorporó un módulo ampliado de salud mental mediante una tercera visita adicional de una duración aproximada de 60 minutos. En esta visita se utilizó el formulario F3, que corresponde a ocho módulos adaptados culturalmente de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta de la Organización Mundial de la Salud versión 3.0 (WHO-CIDI por sus siglas en inglés) programados en formato Tablet (sistema Android) replicando la versión computarizada (CAPI, del inglés: *Computer Assisted Personal Interviewing*). De todos los módulos que componen el instrumento, la ENS 2016-2017 escogió 8 módulos según los antecedentes de prevalencia de trastornos mentales en nuestro país (Tabla N°1), priorizando aquellos de mayor magnitud. Los módulos seleccionados fueron: *Screeener* (SC), Depresión (D), Manía (M), Fobia Social (SO), Agorafobia (AG), Uso de Alcohol (AU), Psicosis (PS) y Suicidio (SD). Adicionalmente se confeccionó un módulo de Servicios basado parcialmente en preguntas del módulo Servicios de CIDI adaptado para Chile (SR-ENS 2016-2017). La Figura N°1 muestra el diagrama de flujo de aplicación de los módulos seleccionados. A todas las personas seleccionadas se les aplican los cinco módulos (i.e. SC, AU, PS, SD y SR-ENS 2016-2017). En caso que el participante responda positivamente a determinados ítems filtro de la Sección de Evaluación Inicial o *Screeener* (SC), se procede a aplicar un máximo de 4 módulos adicionales (i.e. D, M, SO y AG).

A partir del marco muestral entregado por INE, actualizado a 2008 para la muestra urbana, con base al Censo 2002, la ENS 2016-2017 seleccionó a una sobremuestra aleatoria compleja (estratificada y multietápica por conglomerados) de 9.901 viviendas. Esta es una muestra no autoponderada, diseñada para tener estratos geográficos y demográficos homogéneos, lo que implica sobrerrepresentación de regiones distintas a la metropolitana, zonas rurales y adultos mayores. La sobrerrepresentación de ciertos grupos poblacionales se corrigió en el análisis a través de factores de expansión que consideran el diseño muestral, las probabilidades de selección, corrección por no respuesta y postestratificación demográfica. El tamaño muestral nominal estimado para los cuestionarios de la primera visita (F1) a la vivienda se estimó en 6.027 participantes, proyectando un 25% de pérdida. Esta muestra permite obtener tamaños nominales aproximados de 5.580 participantes examinados por enfermera (F2, 7% pérdida adicional estimada).

Figura N°1. Diagrama de flujo módulos WHO-CIDI en ENS 2016-2017



Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud de Chile

El CIDI-SF, instrumento utilizado en todas las versiones de la ENS, está incorporado en el F1, por lo que se implementa a la muestra completa de la encuesta. Por su parte, para la aplicación del módulo de salud mental extendido se escogió a una submuestra aleatoria a partir de F1 con un tamaño muestral alcanzado de 3.403 tras descartar 27 casos que no cumplían el criterio de inclusión (Tabla N°2). Además, mientras la muestra de F1 incluye a personas de 15 años y más, al igual que la ENS 2009 y a diferencia de la ENS 2003 que sólo incluyó a personas de 17 años y más, para la aplicación de F3 los encuestados debían tener 18 años o más. Se eliminaron también 40 adultos mayores de la base F3 a los cuales se confirmó deterioro cognitivo objetivado (Minimental y *Pfeffer* alterados). Esto se produjo ya que la evaluación inicial realizada en F1 otorga solo puntajes preliminares que deben ser confirmados posteriormente al analizar la base de datos final con una sintaxis especializada para el Minimental. Esto mismo explica, además de los casos de imposibilidad de contactar a un cuidador para contestar instrumento *Pfeffer*, que a algunos adultos mayores no se les haya indicado realizar el instrumento *Pfeffer* en la visita correspondiente y presenten *missing* en esa variable. Se mantuvo en F3 a un joven que tenía 17 años en F1 y cumplió 18 años antes de realizar el F3.

Tabla N°1. Prevalencia DSMIII-R de Trastornos Psiquiátricos en Chile (EPPS)

	Trastornos mental	EPPS1 (n=2,978)			
		Vida		Anual	
		%	EE	%	EE
Trastornos afectivos	E. Depresivo mayor	9,	0,7	5,7	0,6
	Episodio maniaco	1,9	0,4	1,4	0,3
	Distimia	8	0,8	3,9	0,7
	Algún trastorno afectivo	15	1,1	9,3	1
Trastornos ansiosos	Trastorno de pánico	1,6	0,4	0,9	0,4
	Agorafobia sin pánico	11,1	1,4	6,3	1,1
	Ansiedad generalizada	2,6	0,5	1,6	0,3
	Fobia social	10,2	2,8	6,4	1,6
	Fobia simple	9,8	1,8	8	1,5
	Trastorno obsesivo compulsivo	1,2	0,6	1,2	0,6
	Trastorno por estrés postraumático	4,4	0,5	2,4	0,3
Algún trastorno de ansiedad	16,2	1,6	9,9	1	
Uso de sustancias	Abuso de alcohol	3,6	0,8	2,3	0,4
	Dependencia de alcohol	6,4	0,7	4,7	0,6
	Abuso de drogas	0,9	0,2	0,3	0,2
	Dependencia de drogas	2,6	0,5	1,5	0,4
	Dependencia de nicotina	3,9	0,5	1,5	0,4
	Cualquier trastorno por consumo de alcohol o drogas	11,7	1,1	8,1	0,7
	Cualquier trastorno por uso de sustancias	14,4	1,4	10,4	0,9
Otros trastornos	Psicosis no afectiva**	1,8	0,3	0,7	0,2
	Trastornos somatomorfos	3,5	0,6	2,9	0,5
	Trastorno conducta alimentaria	1,2	0,3	1,2	0,3
	Desorden de personalidad antisocial	1,6	0,3	1,0	0,2
	Trastorno cognitivo	3,7	0,9	3,7	0,9
	Cualquier otro trastorno	31,5	1,8	22,2	1,6

Fuente: elaboración propia en base a (8).

1 Efectuado en 4 Provincias (Santiago, Concepción, Iquique, Cautín)

* 'Algún trastorno de ansiedad' no incluye fobia social, fobia específica o TOC.

**'Psicosis no afectiva' incluye esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo y psicosis atípica

*** 'Diagnóstico basado en el test Mini-mental'.

**** 'No incluye trastornos alimentarios, fobia social, fobia específica, trastornos obsesivo-compulsivo, dependencia a la nicotina o trastorno cognitivo'

Tabla N°2: Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión
Tener 15 (o 18) años o más*
Ser residente habitual de la vivienda seleccionada
Criterios de exclusión
Mujeres embarazadas
Personas que manifiestan conductas violentas

*El CIDI se aplica a personas que tengan 18 años o más al momento de la aplicación de la ENS 2016-2017.

Los criterios de exclusión se justifican por razones técnicas y operacionales. Al igual que en versiones anteriores de la ENS, se consideraron como no elegibles tanto a mujeres embarazadas como a personas violentas. La primera se debe a que el embarazo modifica parámetros antropométricos y algunos test de laboratorios. Las mujeres embarazadas fueron excluidas del listado de personas elegibles previo al proceso de selección aleatoria dentro de la vivienda. Por otro lado, la exclusión de participantes con conductas violentas busca proteger la seguridad del personal encargado del trabajo de campo de la encuesta. El registro de conductas violentas se lleva a cabo mediante los códigos de disposición final de casos que deben registrar los encuestadores y enfermeras. Frente a los casos en que la visita a la vivienda terminase en un rechazo, el coordinador realizó un segundo o tercer intento enviando a un nuevo encuestador a la vivienda, de modo de intentar obtener la participación de la persona seleccionada.

Dado que se trata de una sub-muestra, la representatividad de estos resultados es a nivel nacional, urbano/rural y por macrozona, sin representatividad a nivel regional como es el caso de los formularios F1 y F2. Dada la baja precisión estadística que se obtiene en el análisis regional por su alto coeficiente de variación, que supera el 30%, se realizó análisis por macrozonas, tomando como referencia la clasificación establecida en el diseño muestral (8). Las macrozonas se clasifican según las siguientes regiones en: 1) Norte: Arica y Parinacota, Tarapacá, Antofagasta, Atacama, Coquimbo, 2) Centro: Valparaíso, L. Bdo. O'Higgins, Maule, Biobío, 3) Sur: La Araucanía, Los Ríos, Los Lagos, Aysén y Magallanes y Antártica chilena, y 4) RM: Región Metropolitana.

En el análisis de salud mental ENS 2016-17 se utilizó el factor de expansión para el formulario F3 y se ajustaron los datos por: a) sexo y edad, b) sexo, edad y años totales de estudio cursados aprobado, c) sexo, edad y zona, y d) sexo, edad, macrozona para todas las prevalencias analizadas, incluyendo el cálculo de *Odds Ratio* (OR).

Los análisis comparativos con las mediciones de la ENS 2003 y 2009-10 no son ajustados y sólo se realizan mediante la comparación de los intervalos de confianza. Todos los resultados de la ENS 2003 y 2009-10 utilizados en el presente informe fueron recalculados a partir de las bases de datos disponibles en <http://epi.minsal.cl/>.

Dado que la muestra CIDI (F3) es representativa en mayores de 18 años, el indicador de “sospecha de depresión o síntomas depresivos” se recalculó en la versión del 2003 y 2009-10 tomando en consideración el mismo grupo de edad para permitir su comparabilidad.

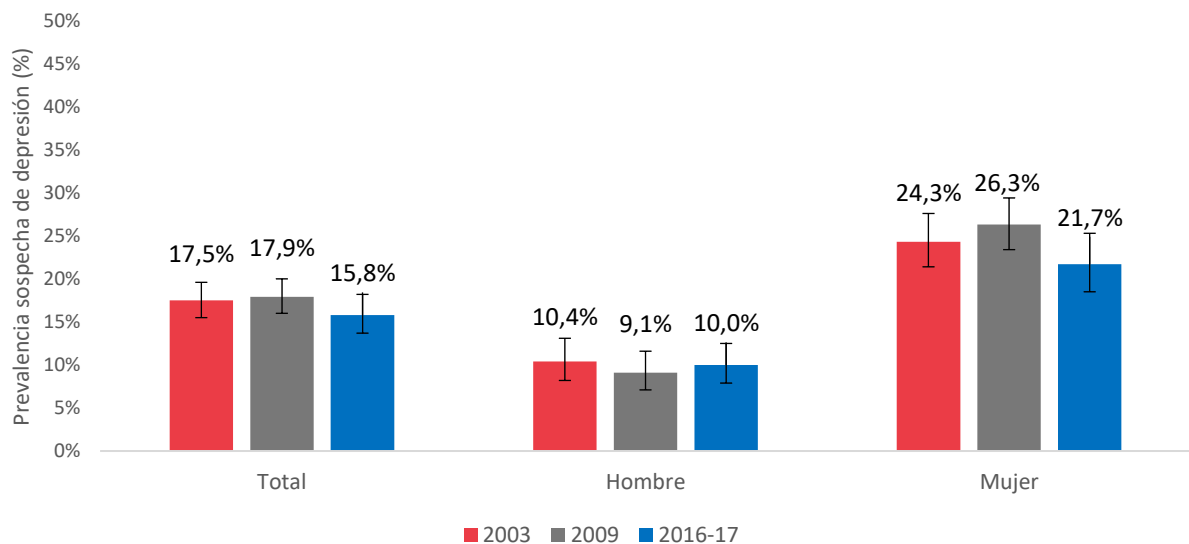
Para efecto de este informe se analizarán los trastornos del ánimo: Sospecha de depresión, Depresión (Trastorno depresivo mayor) y Bipolaridad I y II. Este último trastorno toma en consideración dentro del algoritmo ciertos criterios de depresión, manía e hipomanía medidos en sus respectivos módulos.

3. Resultados

3.1 Sospecha de depresión (CIDI *Short form*)

Los resultados de la ENS 2016-17, muestran una prevalencia de síntomas depresivos de un 15,8% a nivel país (IC 95%: 13,7%–18,2%), siendo de un 10,0% (IC 95%: 7,9%-12,5%) para el caso de los hombres y 21,7% (IC 95%: 18,5%-25,3%) en mujeres. Comparando la ENS 2016-17 con respecto a las mediciones anteriores, se mantiene la diferencia por sexo, afectando en mayor medida a mujeres. A nivel nacional, no se observan diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de síntomas depresivos entre períodos de medición, ni en población general ni dentro de cada grupo definido por sexo.

Gráfico N°1. Prevalencia de sospecha de depresión (síntomas depresivos, CIDI *Short form* F1), según criterio DSM IV total país y según sexo. Chile. ENS 2003, 2009-10 y 2016-17.



Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud de Chile

Tabla N°3. Prevalencia de sospecha de depresión (síntomas depresivos, CIDI *Short form* F1), según criterio DSM IV por sexo, grupos de edad, años de estudios cursados, zona y macrozona. Chile. ENS 2003, 2009-10 y 2016-17.

Variable	Años de medición			
	Prevalencia (%) (IC 95%)			
	Población expandida (n muestral)			
	2003	2009-10	2016-17	
Sexo	Hombre	10,4 (8,2-13,1) 574.836 (155)	9,1 (7,1-11,6) 480.983 (139)	10,0 (7,9-12,5) 620.019 (156)
	Mujer	24,3 (21,4-27,6) 1.389.733 (417)	26,3 (23,4-29,4) 1.458.635 (560)	21,7 (18,5-25,3) 1.339.868 (516)
	Total País	17,5 (15,5-19,6) 1.964.569 (572)	17,9 (16-20) 1.939.618 (699)	15,8 (13,7-18,2) 1.959.887 (672)
Edad	18-24 años	16,0 (11,6-21,7) 321.605 (65)	16,9 (12,7-22,2) 309.477 (76)	11,4 (7,8-16,4) 195.683 (60)
	25-44 años	19,2 (16,1-22,7) 950.493 (212)	19,4 (16,1-23,1) 850.263 (258)	17,5 (14,2-21,5) 830.982 (234)
	45-64 años	17,5 (14,2-21,4) 533.624 (179)	19,4 (16,3-22,9) 623.791 (266)	18,9 (15,4-23) 789.047 (270)
	65+ años	12,8 (9,7-16,8) 158.848 (116)	11,2 (8,2-15,3) 156.087 (99)	8,2 (6,2-10,6) 144.175 (108)
Años de estudio cursados	< 8 años	17,7 (15,2-20,5) 753.959 (301)	21,4 (17,4-25,9) 444.799 (217)	13,4 (9,7-18,3) 290.774 (158)
	8-12 años	17,6 (14,6-21) 842.410 (209)	19,5 (16,9-22,5) 1.156.237 (386)	18,2 (15,2-21,7) 1.208.140 (375)
	> 12 años	16,6 (11,7-23) 360.604 (60)	11,9 (8,9-15,7) 335.559 (94)	13,2 (9,9-17,3) 459.619 (137)
Área	Urbano	18,3 (16,1-20,7) 1.775.828 (495)	18,4 (16,3-20,6) 1.728.879 (603)	16,3 (13,9-18,9) 1.790.035 (586)
	Rural	12,2 (9,2-16,1) 188.741 (77)	14,8 (11,2-19,4) 210.739 (96)	12,2 (9,4-15,6) 169.851 (86)

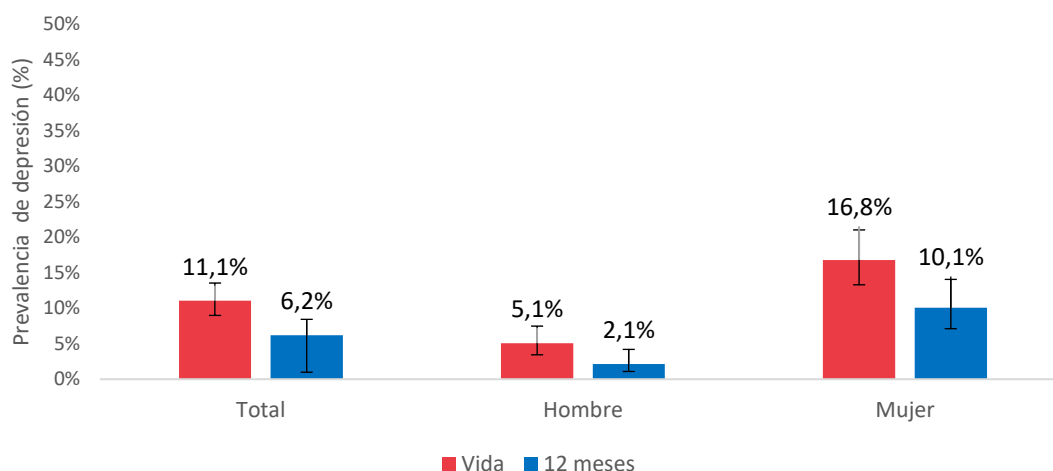
Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud de Chile

3.2 Depresión

La prevalencia de depresión CIDI se calcula a partir de los criterios clínicos basados en el DSV-IV. A diferencia del CIDI-SF, se descartan los falsos positivos debido a causa médica-física (enfermedad crónica orgánica u otra dolencia) y situación de duelo. La prevalencia de depresión se presentará tanto como indicador de “vida” (criterios clínicos que han estado presente alguna vez en la vida, no necesariamente los últimos 12 meses) y el indicador de “12 meses”, el cual indica que ha estado presente durante los últimos 12 meses.

Los resultados de la ENS 2016-17, muestran una prevalencia de depresión de vida de 11,1% a nivel país (IC 95%: 9,0%-13,6%) con un 5,1% (IC 95%: 3,4%-7,5%) en hombres y 16,8% (IC 95%:13,3%-21,0%) en mujeres. En el caso de la prevalencia de los últimos 12 meses, la prevalencia de depresión es de 6,2% a nivel país (IC 95%: 4,5%-8,4%) con un 2,1% (IC 95%: 1,0%,1-4,2%) en hombres y 10,1% (IC 95%: 7,1%-14,1%) en mujeres.

Gráfico N°2. Prevalencia de depresión vida y 12 meses, según criterio DSM IV total país y según sexo. Chile. ENS 2016-17.



Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud de Chile

La Tabla N°4 señala que para el caso de las variables edad, años totales de estudios cursados aprobados y área de residencia (urbano-rural), no existen diferencias estadísticamente significativas entre sus categorías en ninguno de los dos indicadores reportados (prevalencia de vida y prevalencia 12 meses).

Con respecto a la distribución geográfica a lo largo del país, en la prevalencia de depresión vida las macrozonas RM y centro presentan una prevalencia mayor (con significancia estadística) en comparación con las macrozonas norte y sur (11,6% y 15,6% respectivamente). Esta significancia estadística se mantiene en la prevalencia 12 meses en la macrozona norte en comparación con las macrozonas RM, centro y sur, siendo menor en la macrozona norte (0,9%). Además, la macrozona centro mantiene una

prevalencia mayor y con significancia estadística en comparación con la macrozona sur (8,8% y 3,4% respectivamente). Por último, según sexo, se observa que las mujeres tienen una prevalencia de depresión más alta (estadísticamente significativa) que los hombres, tanto en la prevalencia de vida como durante los últimos 12 meses

Tabla N°4. Prevalencia de vida y 12 meses de depresión (CIDI) según DSM IV por sexo, grupos de edad, años de estudios cursados, zona y macrozona, Chile, ENS 2016-17.

Variable		ENS 2016-17	
		Prevalencia (%) (IC 95%)	
		Población expandida (n muestral)	
		Vida	12 meses
Sexo	Hombre	5,1 (3,4-7,5) 342.952 (74)	2,1 (1,1-4,2)* 144.917 (27)
	Mujer	16,8 (13,3-21,0) 1.178.981 (302)	10,1 (7,1-14,1) 706.171 (163)
	Total País	11,1 (9,0-13,6) 1.521.933 (376)	6,2 (4,5-8,4) 851.088 (190)
Edad	18-24 años	8,1 (4,2-14,9)* 159.516 (26)	6,1 (2,7-13,1)* 120.057 (15)
	25-44 años	10,1 (7,1-14,3) 548.873 (103)	5,6 (3,4-9,2) 303.718 (51)
	45-64 años	13,8 (10,4-18,0) 611.779 (165)	7,4 (4,8-11,3) 330.190 (86)
	65+ años	10,5 (7,6-14,2) 201.764 (82)	5,0 (3,1-8,2) 97.122 (38)
Años de estudio cursados	< 8 años	12,0 (8,6-16,6) 263.736 (81)	7,6 (4,6-12,3) 165.764 (44)
	8-12 años	11,5 (8,9-14,8) 869.658 (216)	6,3 (4,2-9,4) 474.393 (109)
	> 12 años	9,7 (6,3-14,6) 378.381 (74)	5,4 (2,8-10,2)* 210.930 (37)
Área	Urbano	11,3 (9,0-14,0) 1.380.778 (326)	6,1 (4,3-8,6) 747.803 (163)
	Rural	9,3 (5,9-14,3) 141.155 (50)	6,8 (3,8-11,8) 103.285 (27)
Macrozona	Norte	4,1 (2,5-6,7) 70.062 (53)	0,9 (0,5-1,7)* 15.355 (19)
	RM	11,6 (7,6-17,3) 652.108 (53)	6,7 (3,6-12,1)* 375.918 (29)
	Centro	15,6 (12,7-19,1) 706.869 (210)	8,8 (6,4-12) 396.371 (106)
	Sur	4,9 (3,2-7,4) 92.894 (60)	3,4 (1,9-5,8) 63.444 (36)

Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud de Chile

*Estas categorías presentan un coeficiente de variación (CV) mayor al estándar propuesto para toda la encuesta (>30%). Para estos casos, la estimación no alcanza una precisión estadísticamente confiable. Se deja a criterio del investigador realizar inferencia estadística. Estos casos son:

1. Grupos según edad: En personas de 18 a 24 la prevalencia de depresión vida (CIDI) alcanza un CV de 32,3% y para el caso de la prevalencia de depresión 12 meses 40,5%.
2. Grupos según sexo: En hombres la prevalencia de depresión 12 meses tiene un CV de 34,5%.
3. Grupos según nivel educacional: En personas con más de 12 años de estudios cursados aprobados la prevalencia de depresión 12 meses tiene un CV de 33,1%.
4. Grupos según Macrozona: En Zona Norte y RM la prevalencia de depresión 12 meses tiene un CV de 31,6% y 31,2% respectivamente.

En base al CIDI también se puede calcular la edad de inicio del primer episodio de síntomas depresivos (que puede o no corresponder al episodio actual). Del total de los encuestados que presentan criterios diagnósticos de depresión en base al CIDI extendido (n=376) en el 89,3% (n=336. Este análisis señala que la edad de inicio fluctúa entre los 4 y 86 años con una mediana de 30. Se aplicaron pruebas de normalidad para evaluar el tipo de distribución de la variable, observando que no presenta una distribución normal (ver anexos). La curtosis resultó positiva (*Leptocúrtica*) lo que quiere decir que los datos están más concentrados en torno a la media (distribución puntiaguda). Al analizar la variable de inicio de síntomas depresivos según sexo, se observa que en el caso de ambos sexos la mediana es próxima a 30 años. Para el caso de las mujeres la dispersión es mayor debido a que el máximo es 86 años a diferencia de 67 años en el caso de los hombres.

Tabla N°5. Estadísticos descriptivos del indicador: “Edad de inicio de síntomas depresivos”. Chile, ENS 2016-17.

	n muestral	Valores perdidos	Media	Desviación estándar	Mediana	Mínimo	Máximo
Inicio de síntomas depresivos	336	40 (10,6%)	32.79	17.05	30.0	4	86

* Los valores perdidos corresponden a los encuestados que no autorreportan edad de inicio de síntomas depresivos”.

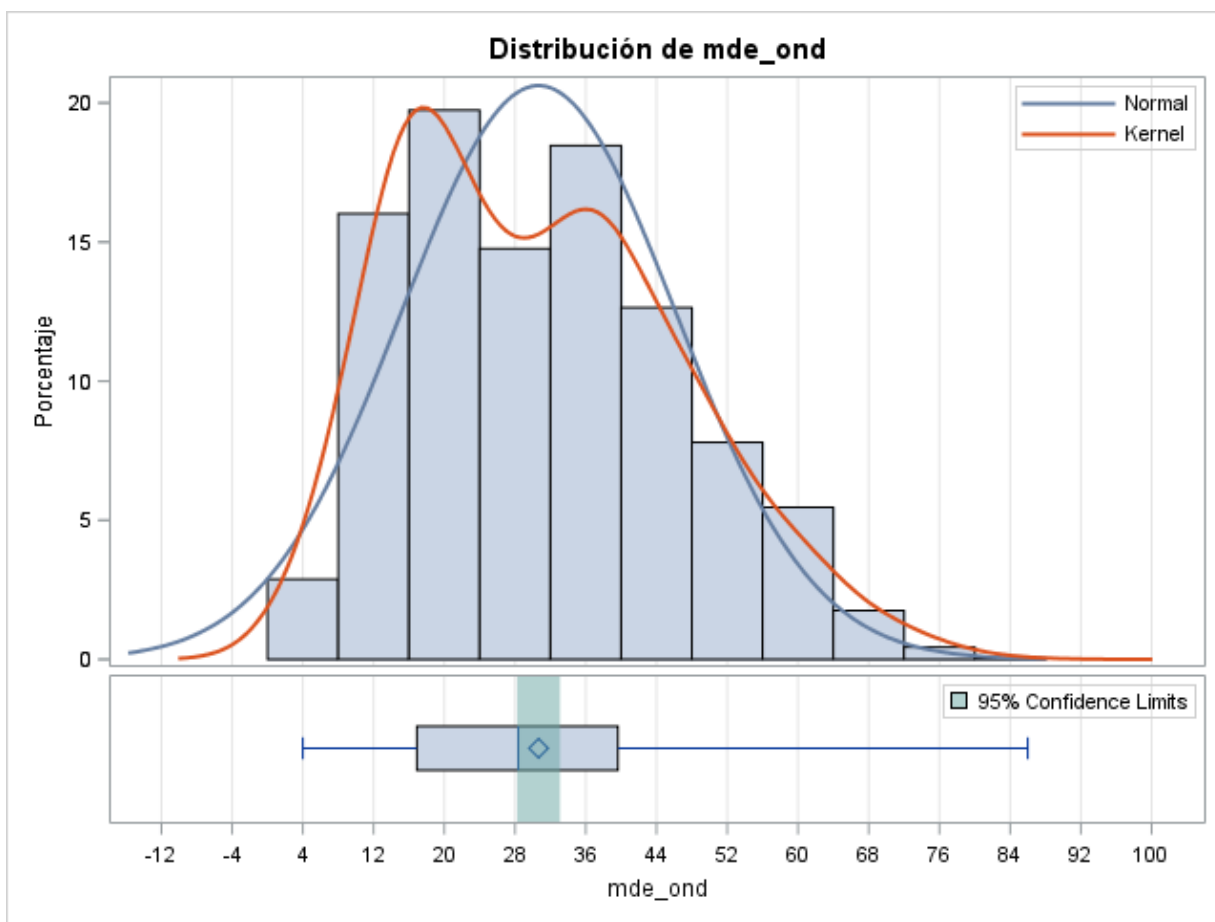
Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud de Chile.

Tabla N°6. Percentiles de resultados de inicio de síntomas depresivos. Chile, ENS 2016-17.

	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%
Inicio de síntomas depresivos	4,0	14,0	16,8	20,0	30,0	35,0	40,0	48,0	58,0

Fuente: Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud de Chile

Gráfico N°3. Distribución de variable “Edad de inicio de síntomas depresivos”. Chile, ENS 2016-17.



Fuente: Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud de Chile.

Tabla N°7. Estadísticos descriptivos del inicio de síntomas depresivos (años) total país y según sexo. Chile. ENS 2016-17.

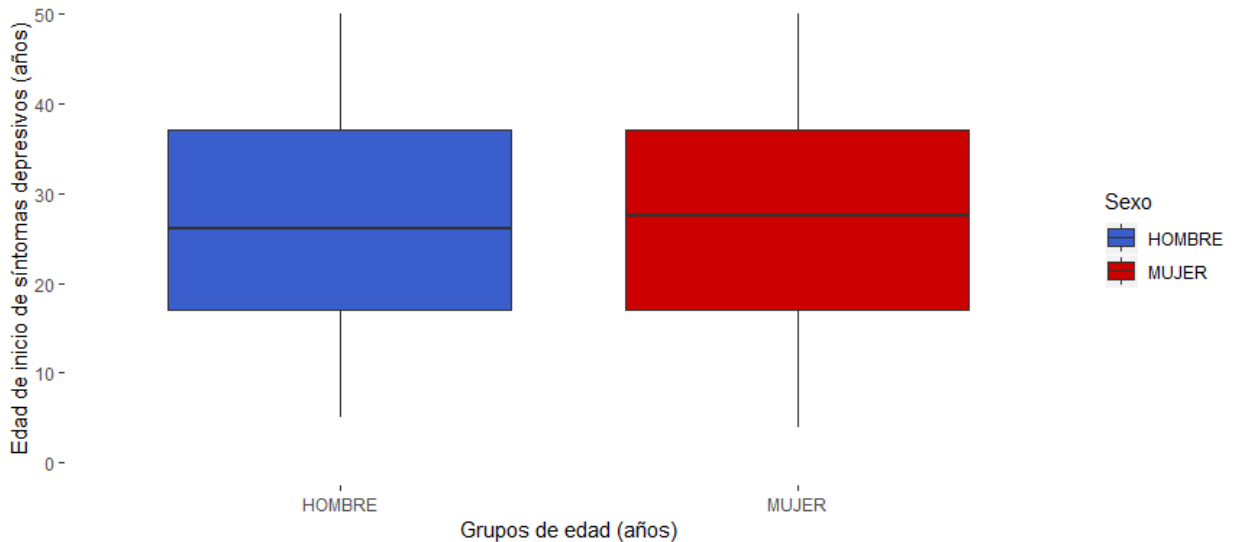
	n muestral	Media	Desviación estándar	Mínimo	P25	Mediana	P75	Máximo	IQR (*)
Hombres	74	32,96	16,11	5,00	19,00	31,00	43,00	67,00	23,50
Mujeres	301	32,65	17,25	4,00	18,00	30,00	45,00	86,00	27,00
Total país	375	32,71	17,01	4,00	18,00	30,00	45,00	86,00	27,00

(*) Rango intercuartílico percentil 25 – 75.

Fuente: Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud de Chile.

El gráfico N°4 muestra que la mediana de inicio de síntomas depresivos es similar para ambos sexos, no existe diferencias significativas ($p=0.7163$) usando un test no paramétrico para muestras independientes de Wilcoxon.

Gráfico N°4. Edad de inicio de síntomas depresivos (años) según sexo, Chile, ENS 2016-17.



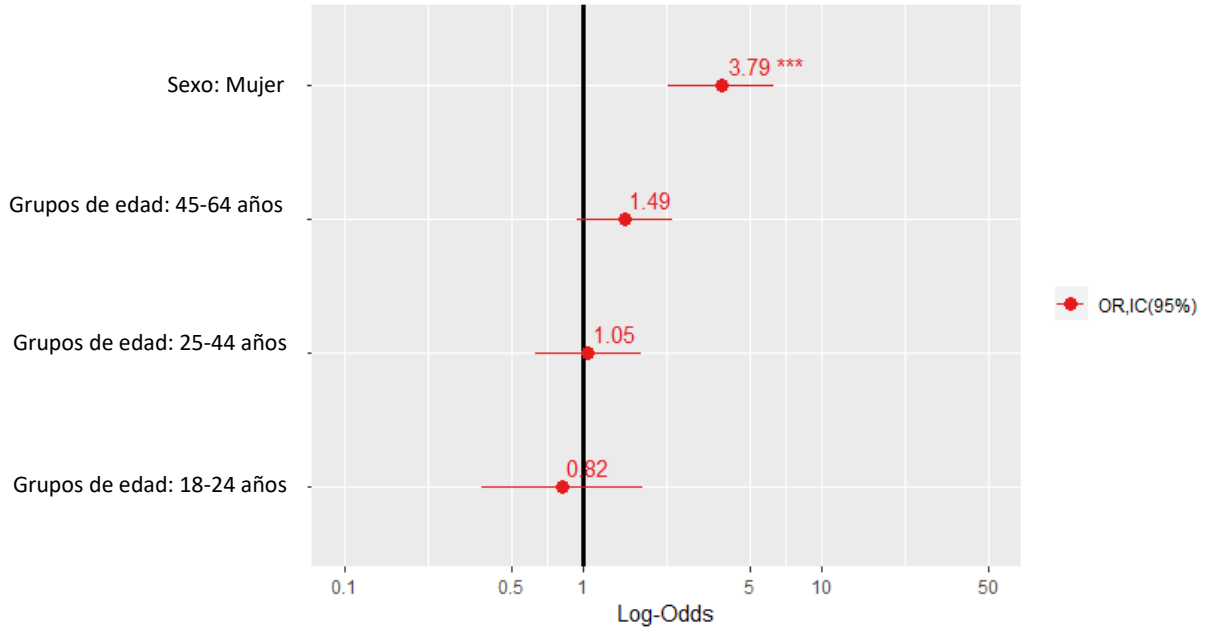
Fuente: Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud de Chile.

En base a modelos de regresión logística para muestras complejas y para determinar diferencias significativas ajustadas por variables demográfica, se calculó el Odds Ratio (OR) de presentar depresión CIDI tomando la condición “presenta diagnóstico CIDI” como variable respuesta. Como variables independientes se consideraron las presentadas en el análisis descriptivo.

Se analizó la depresión de vida según sexo, observando diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres, ajustando por grupos de edad. El riesgo de tener depresión es 3,79 veces mayor en mujeres con respecto a los hombres. Para el caso del indicador de depresión en los últimos 12 meses se observan diferencias significativas por sexo al igual que el indicador de vida aumentando el riesgo en mujeres, siendo 5,14 veces mayor la probabilidad de tener depresión en comparación con hombres.

Por otro lado, en el análisis según grupo de edad ajustado por sexo de la depresión de vida como el de 12 meses, no se observan diferencias significativas tomando como referencia el grupo mayor a 65 años comparado a todos los otros grupos evaluados.

Gráfico N°5. Modelo 1: Regresión logística para muestras complejas de depresión vida, ajustado por sexo y grupo de edad. Chile. 2016-17.



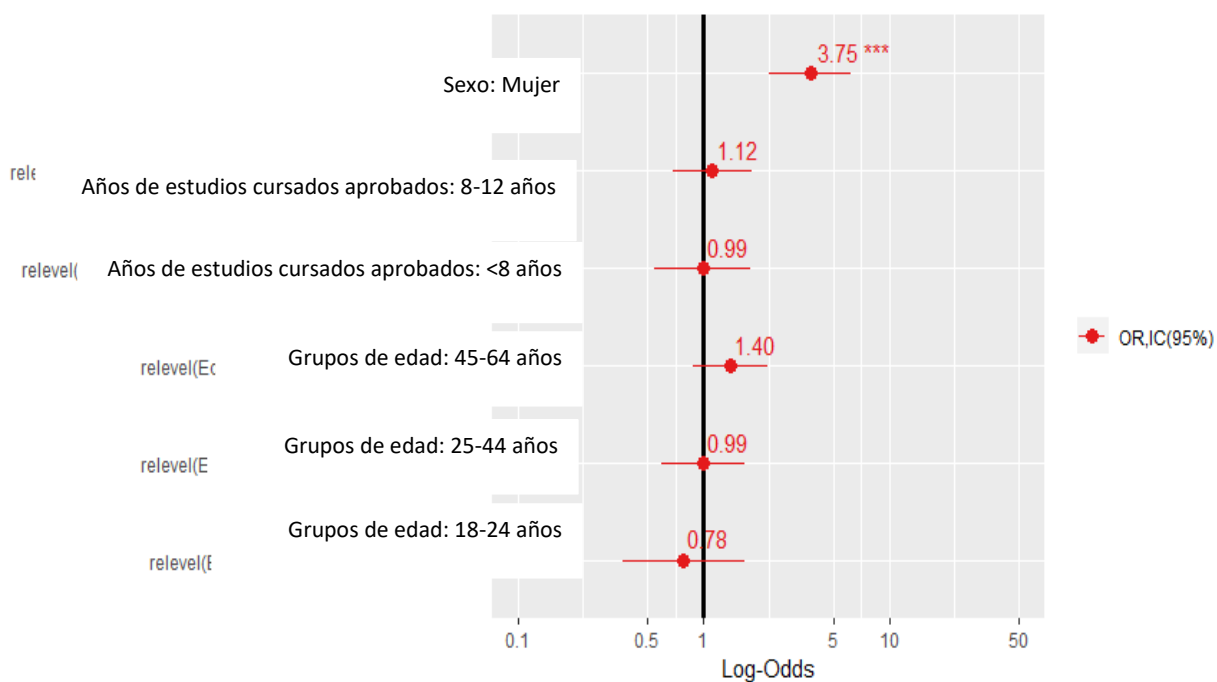
Significancia *** $p < 0.001$; ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$. Grupo de referencia, hombres, NEDU >12, edad >65 años

Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud de Chile

En relación a los años totales de estudio cursados, no se observan diferencias significativas entre la depresión evaluada para ambos indicadores tomando como referencia los que poseen >12 años ajustado por sexo y edad ver (Modelo en Anexos). Igualmente, con respecto a la zona no se observan diferencias significativas entre la depresión evaluada para ambos indicadores tomando como referencia la categoría urbana ajustado por sexo y edad.

Para el caso de la depresión último año al igual que el indicador de vida, presenta diferencias significativas para la variable macrozona siendo sólo la macrozona Norte la que actúa como factor protector. Según el análisis por macrozonas, se evidencia que la macrozona Norte y Sur presenta diferencias estadísticamente significativas en relación a la RM, utilizada como referencia, ajustado por sexo y edad.

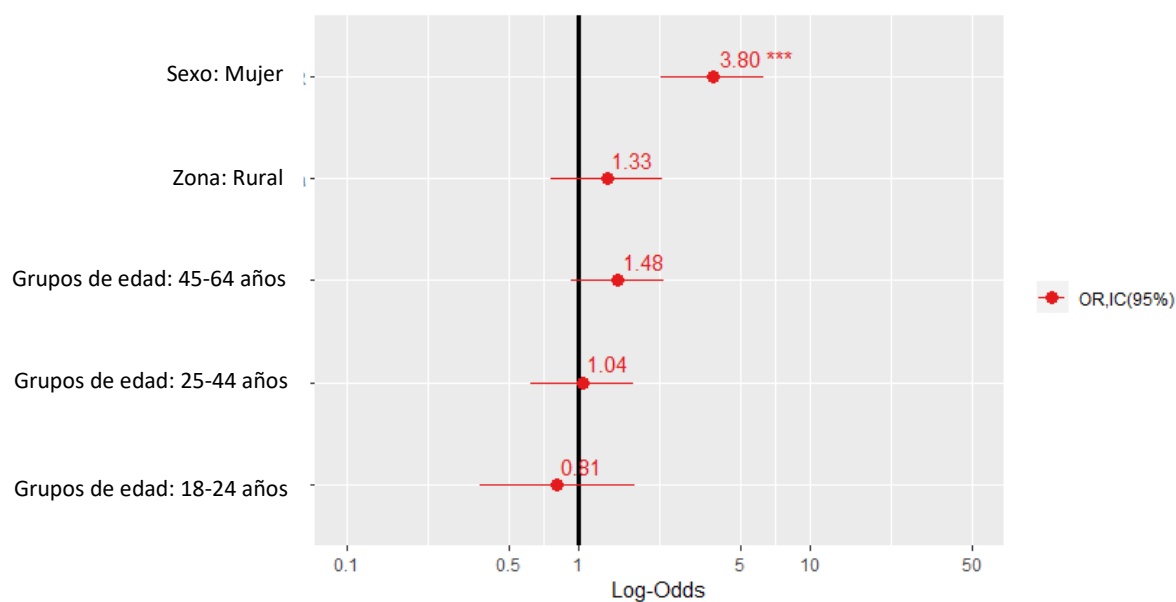
Gráfico N°6. Modelo 2: Regresión logística para muestras complejas de depresión - vida, ajustado por sexo, grupo de edad y años de estudios cursados aprobados. Chile. 2016-17.



Significancia *** p < 0.001; ** p < 0.01; * p < 0.05. Grupo de referencia, hombres, NEDU >12, edad >65 años.

Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud de Chile

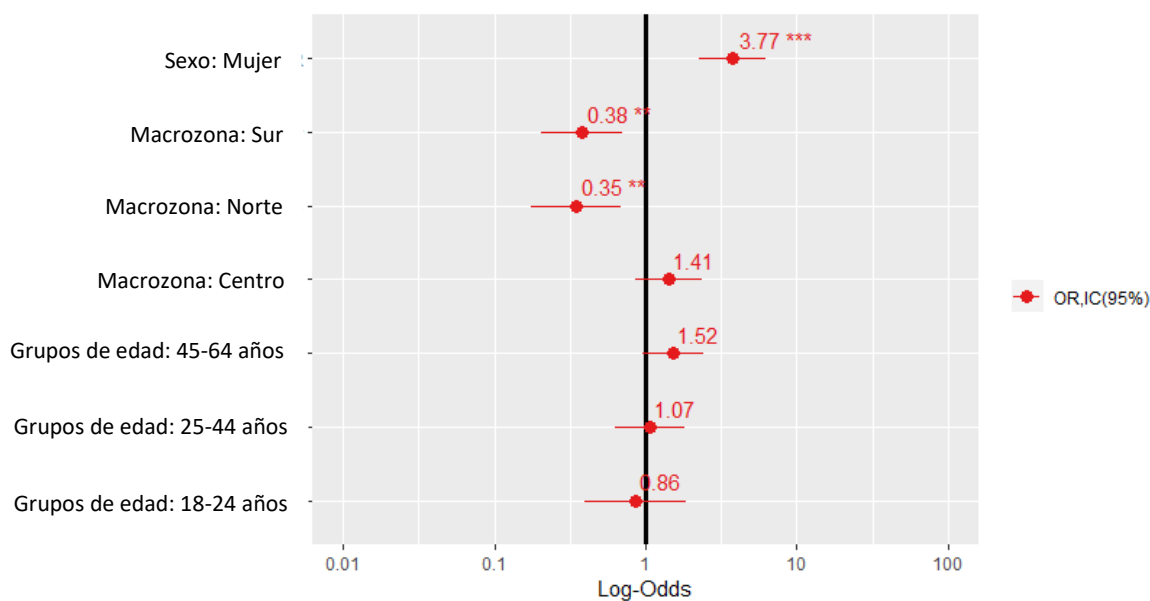
Gráfico N°7. Modelo 3: Regresión logística para muestras complejas de depresión - vida, ajustado por sexo, grupo de edad y zona. Chile. 2016-17.



Significancia *** p < 0.001; ** p < 0.01; * p < 0.05. Grupo de referencia, hombres, NEDU >12, edad >65 años.

Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud de Chile

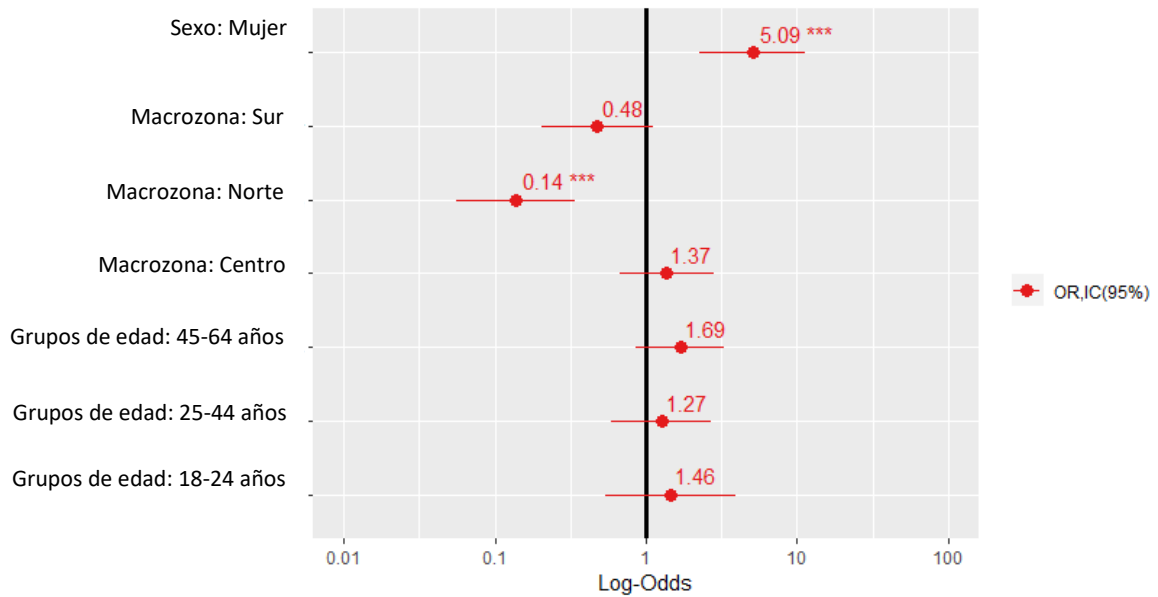
Gráfico N°8. Modelo 4: Regresión logística para muestras complejas de depresión - vida, ajustado por sexo, grupo de edad y macrozona. Chile. 2016-17.



Significancia *** p < 0.001; ** p < 0.01; * p < 0.05. Grupo de referencia, hombres, NEDU >12, edad >65 años.

Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud de Chile

Gráfico N°9. Modelo 4: Regresión logística para muestras complejas de depresión – 12 meses, ajustado por sexo, grupo de edad y macrozona. Chile. 2016-17



Significancia *** p < 0.001; ** p < 0.01; * p < 0.05. Grupo de referencia, hombres, NEDU >12, edad >65 años.

Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud de Chile.

Respecto a uso de servicios, se señala que el 60% (IC 95%: 51,1 - 68,6) de los individuos prevalentes de depresión ha consultado a un médico o profesional. Un 88,6% (IC 95%: 77,4%-94,6%) de dichos individuos con depresión que ha consultado ha accedido a tratamiento, y un 9,6 (IC 95%: 5,4% - 16,4%) ha requerido hospitalización (Tabla N°8).

Tabla N°8. Personas con depresión según autorreporte de Consultas médicas u otro profesional, tratamiento y hospitalización.

Variable	Prevalencia	IC (95%)	Población expandida	Tamaño muestral
Ha consultado a un médico o profesional (D72)	60,2	(51,1 - 68,6)	905.088	214
Tratamiento (D84)	88,6	(77,4 - 94,6)	762.882	192
Hospitalización (D87)	9,6	(5,4 - 16,4)	86.715	22

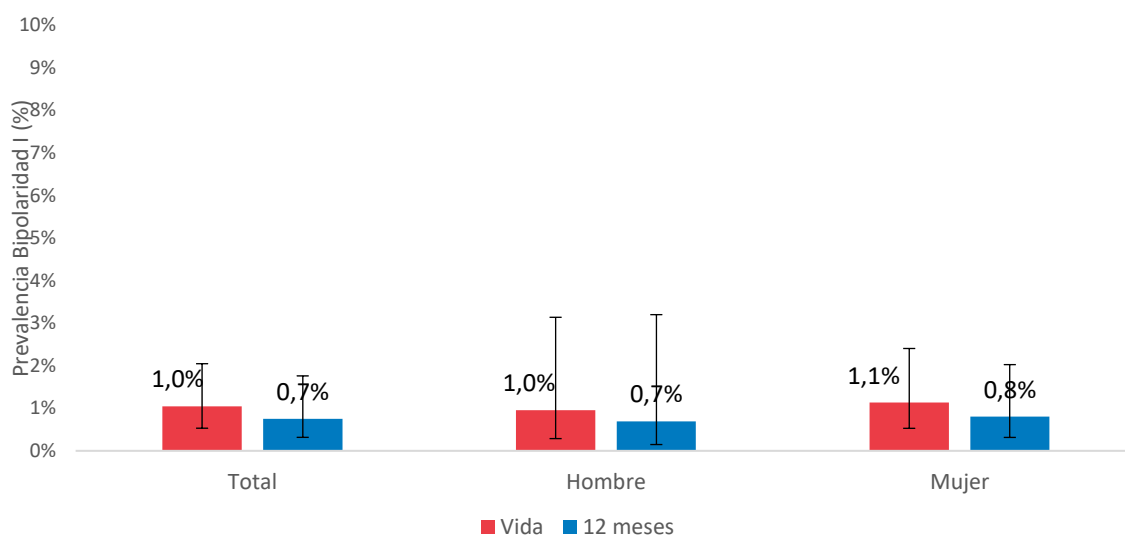
Fuente: Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud de Chile.

3.2 Bipolaridad

A nivel poblacional la prevalencia de trastorno Bipolar tipo I es 1%, y la prevalencia de vida de trastorno Bipolar tipo II es 0,7%. Por otro lado, la prevalencia de trastorno Bipolar tipo I y tipo II del último año, que se refiere a aquellos casos que han tenido un episodio agudo depresivo o eufórico dentro del último año, es de 0,7% para ambos diagnósticos. No existen diferencias estadísticamente significativas comparando por sexo para cada uno de los indicadores. Dado el bajo número de casos con diagnóstico de bipolaridad (I y II) no se realizó análisis estratificado y tampoco fue posible realizar análisis ajustados utilizando modelos logísticos.

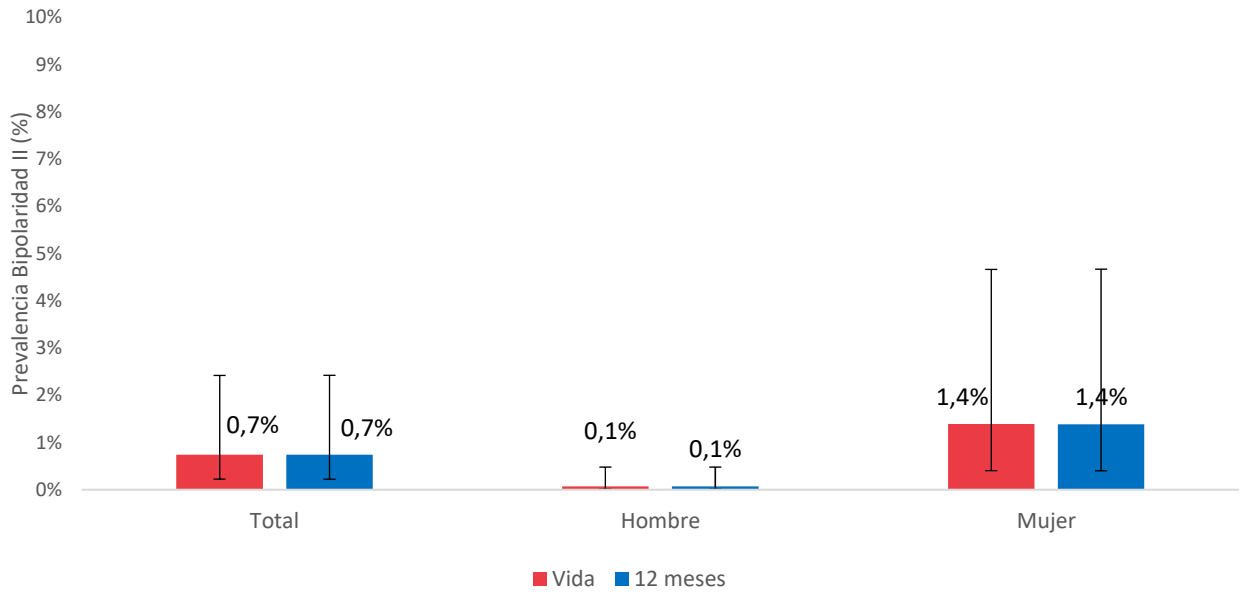
En la tabla N°9 se presentan la distribución de casos según para Trastorno Bipolar I vida y últimos 12 meses según grupos de edad, años de estudio cursados, área y macrozonas.

Gráfico N°10. Prevalencia de Trastorno Bipolar tipo I últimos 12 meses y prevalencia vida. Chile. 2016-17



Fuente: Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud de Chile.

Gráfico N°11. Prevalencia de Trastorno Bipolar tipo II últimos 12 meses y prevalencia vida. Chile. 2016-17



Fuente: Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud de Chile.

Tabla N°9. Prevalencia de vida y 12 meses de Bipolaridad I (CIDI) según DSM IV por sexo, grupos de edad, años de estudios cursados, zona y macrozonas Chile, ENS 2016-17.

Variable	ENS 2016-17		
	Prevalencia (%) (IC 95%)		
	Población expandida (n muestral)		
	Vida	12 meses	
Sexo	Hombre	1,0 (0,3-3,1) 64.510 (9)	0,7 (0,1-3,2) 46.801 (4)
	Mujer	1,1 (0,5-2,4) 79.371 (18)	0,8 (0,3-2,0) 56.263 (14)
	Total País	1,0 (0,5-2,0) 143.880 (27)	0,7 (0,3-1,8) 103.064 (18)
Edad	18-24 años	0,2 (0,1-1,0) 4.879 (2)	0,2 (0,1-1,0) 4.879 (2)
	25-44 años	1,7 (0,6-4,4) 91.751 (9)	1,3 (0,4-4,2) 71.227 (6)
	45-64 años	0,7 (0,2-1,9) 30.154 (10)	0,3 (0,1-0,7) 11.912 (6)
	65+ años	0,9 (0,2-3,7) 17.096 (6)	0,8 (0,2-3,9) 15.047 (4)
Años de estudio cursados	< 8 años	0,8 (0,2-3,3) 17.079 (5)	0,7 (0,2-3,3) 16.216 (4)
	8-12 años	1,6 (0,7-3,4) 121.376 (21)	1,1 (0,4-3,0) 86.848 (14)
	> 12 años	0,1 (0,0-1,0) 5.426 (1)	0 (0-0) 0 (0)
Área	Urbano	1,2 (0,6-2,3) 141.028 (26)	0,8 (0,3-2,0) 100.212 (17)
	Rural	0,2 (0,0-1,3) 2.853 (1)	0,2 (0,0-1,3) 2.853 (1)
Macrozona	Norte	0,2 (0,1-1,0) 4.879 (2)	0,2 (0,1-1,0) 4.879 (2)
	RM	1,7 (0,6-4,4) 91.751 (9)	1,3 (0,4-4,2) 71.227 (6)
	Centro	0,7 (0,2-1,9) 30.154 (10)	0,3 (0,1-0,7) 11.912 (6)
	Sur	0,9 (0,2-3,7) 17.096 (6)	0,8 (0,2-3,9) 15.047 (4)

Fuente: Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud de Chile

4. Discusión y Conclusiones

Los resultados del módulo de salud mental de la ENS 2016-2017 indican que la prevalencia de síntomas depresivos se ha mantenido en Chile sin variaciones significativas desde el 2003 al 2017. Esto es el caso tanto a nivel global como por sexo, manteniéndose también estable en hombres y en mujeres a lo largo del tiempo.

El módulo extendido de salud mental indica que la prevalencia de depresión es menor a la prevalencia de síntomas depresivos estimada por el instrumento de tamizaje (CIDI-SF). En 2016-2017, un 11,1% de la población chilena ha tenido depresión alguna vez en su vida, mientras un 6,2% ha tenido un cuadro depresivo durante el último año. Estos valores se condicen con cifras previas de estimación poblacional de cuadros depresivos (EEPS), que indican que al año 2006 un 9,2% de la población chilena había tenido un episodio de depresión alguna vez en la vida y un 5,7% durante el último año. Se distingue de este modo un leve aumento en la prevalencia de depresión en sus dos indicadores. No obstante, estos valores no pueden ser directamente comparados dado que provienen de estudios con diseños muestrales diferentes y versiones distintas del mismo instrumento de medición.

Los resultados de la ENS 2016-17 son similares a la prevalencia poblacional estimada en otros países utilizando el mismo instrumento (CIDI). En Canadá, la prevalencia de depresión se ha mantenido estable entre los años 1994 y 2012 cerca del 5%. La prevalencia de depresión también es similar en Alemania, que estima que el 4,2% de los hombres y el 9,9% de las mujeres tienen depresión en el último año. Con una magnitud superior, Etiopía estima una prevalencia de 6,8% y Turquía de 8,2%. A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud estima que la prevalencia mundial de depresión es cercana al 4,4% y en la Región de las Américas cercano al 4% en hombres y al 5% en mujeres.

Destaca la diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres con respecto a la prevalencia de depresión. Esta diferencia es, además sistemática, tanto en tiempo, como en indicador e instrumento utilizado. Las mujeres siempre presentan una prevalencia mayor de depresión en comparación con los hombres en todos los años, en ambos indicadores medidos en 2016-2017 (prevalencia de vida y prevalencia de 12 meses) y en los dos instrumentos utilizados en esta última versión de la ENS (CIDI y CIDI-SF). El mayor riesgo de presentar depresión en mujeres que en hombres permanece estadísticamente significativo en todos los modelos multivariados, independiente de las variables de ajuste incluidas.

Lo anterior indica que la depresión sigue siendo una prioridad de salud pública en Chile en tanto la prevalencia de síntomas depresivos se ha mantenido estable en el tiempo y la prevalencia de depresión es mayor a la estimada por la Organización Mundial de la Salud para la región de las Américas. El análisis del módulo de uso de servicios podrá esclarecer el grado de acceso a tratamiento que tiene la población chilena con depresión. No obstante, para disminuir la prevalencia de depresión el desafío de salud pública más relevante recae en el diseño de políticas públicas a nivel poblacional que permitan prevenir la configuración de cuadros de depresión, además de su abordaje terapéutico una vez manifiestos.

Por otro lado, la prevalencia de trastorno Bipolar tipo I y tipo II es un 1% y un 0,7% respectivamente. Un 0,7% (en ambos diagnósticos) ha presentado un episodio agudo (depresivo o eufórico) durante el último año.

Por último, se destaca la contribución del módulo de salud mental de esta versión de la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 a la salud pública. Esta primera medición de trastornos mentales a nivel poblacional nos permite conocer el estado actual de ciertas patologías de gran impacto al estado de salud de las personas, insumando de esta manera la toma de decisiones del sector.

5. Referencias

- (1) MINSAL. Informe final estudio de carga de enfermedad y carga atribuible [Internet]. Santiago de Chile; 2007 [1 de julio 2019]. 101 p. Disponible en: <https://bit.ly/2wVPTTI>
- (2) Institute for Health Metrics and Evaluations (IHME). Global Burden of Disease (GBD). Data visualizations, GBD compare. Disponible en: <https://goo.gl/HNYNEk>
- (3) MINSAL. Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025[Internet]. Santiago de Chile; 2017 [1 de julio 2019]. 238 p. Disponible en: <https://shorturl.at/uBS01>
- (4) OMS. Invertir en Salud Mental. Ginebra; 2004 [1 de julio 2019]. 52 p. Disponible en: <https://shorturl.at/fjCDH>
- (5) MINSAL. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Santiago de Chile; 2011 [1 de julio 2019]. 52 p. Disponible en: <https://shorturl.at/tFINR>
- (6) Patten, S. B., Brandon-Christie, J., Devji, J., & Sedmak, B. (2000). Performance of the composite international diagnostic interview short form for major depression in a community sample. *Chronic Dis Can*, 21(2), 68-72.
- (7) WHO WMH-CIDI. The World Health Organization World Mental Health Composite International Diagnostic Interview. Disponible en: <https://www.hcp.med.harvard.edu/wmhcid/>
- (8) Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Levav I, Torres S. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R disorders in the Chile psychiatric prevalence study. (2006). *Am J Psychiatry*, Aug; 163(8): 1362-70.
- (9) Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R., & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *The lancet*, 370(9590), 859-877.

Anexos

Prevalencia de sospecha de depresión según sexo, grupos de edad, años de estudios cursados, macrozona y zona, Chile, ENS 2003, 2009-10 y 2016-17.

Variable	Años de medición			
	Prevalencia (%) (IC 95%)			
	Población expandida (n muestral)			
	ENS 2003	ENS 2009-10	ENS 2016-17	
Sexo	Hombre	10,4 (8,2-13,1) 574.836 (155)	9,1 (7,1-11,6) 480.983 (139)	10,0 (7,9-12,5) 620.019 (156)
	Mujer	24,3 (21,4-27,6) 1.389.733 (417)	26,3 (23,4-29,4) 1.458.635 (560)	21,7 (18,5-25,3) 1.339.868 (516)
	Total País	17,5 (15,5-19,6) 1.964.569 (572)	17,9 (16-20) 1.939.618 (699)	15,8 (13,7-18,2) 1.959.887 (672)
Edad	18-24 años	16,0 (11,6-21,7) 321.605 (65)	16,9 (12,7-22,2) 309.477 (76)	11,4 (7,8-16,4) 195.683 (60)
	25-34 años	19,2 (16,1-22,7) 950.493 (212)	19,4 (16,1-23,1) 850.263 (258)	17,5 (14,2-21,5) 830.982 (234)
	35-44 años	17,5 (14,2-21,4) 533.624 (179)	19,4 (16,3-22,9) 623.791 (266)	18,9 (15,4-23,0) 789.047 (270)
	45-54 años	12,8 (9,7-16,8) 158.848 (116)	11,2 (8,2-15,3) 156.087 (99)	8,2 (6,2-10,6) 144.175 (108)
Años de estudio cursados	< 8 años	17,7 (15,2-20,5) 753.959 (301)	21,4 (17,4-25,9) 444.799 (217)	13,4 (9,7-18,3) 290.774 (158)
	8-12 años	17,6 (14,6-21) 842.410 (209)	19,5 (16,9-22,5) 1.156.237 (386)	18,2 (15,2-21,7) 1.208.140 (375)
	> 12 años	16,6 (11,7-23) 360.604 (60)	11,9 (8,9-15,7) 335.559 (94)	13,2 (9,9-17,3) 459.619 (137)
Área	Urbano	18,3 (16,1-20,7) 1.775.828 (495)	18,4 (16,3-20,6) 1.728.879 (603)	16,3 (13,9-18,9) 1.790.035 (586)
	Rural	12,2 (9,2-16,1) 188.741 (77)	14,8 (11,2-19,4) 210.739 (96)	12,2 (9,4-15,6) 169.851 (86)

Fuente: Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud de Chile.

Prevalencia de sospecha de depresión según macrozona. Chile, ENS 2009-10 y ENS 2016-17.

Variable	Años de medición		
	Prevalencia (%) (IC 95%)		
	Población expandida (n muestral)		
	ENS 2009-10	ENS 2016-17	
Macrozona	Norte	10,5 (8,5-13,0) 136.300 (143)	9,8 (7,0-13,5) 116.185 (131)
	RM	19,0 (15,6-23) 810.030 (150)	8,5 (5,1-13,8) 47.401 (25)
	Centro	18,8 (15,6-22,4) 682.084 (208)	19,3 (16,0-23,0) 1.421.944 (317)
	Sur	18,8 (15,2-23,1) 311.205 (198)	11,4 (9,3-14,0) 374.357 (199)
	Total País	17,9 (16,0-20,0) 1.939.618 (699)	15,8 (13,7-18,2) 1.959.887 (672)

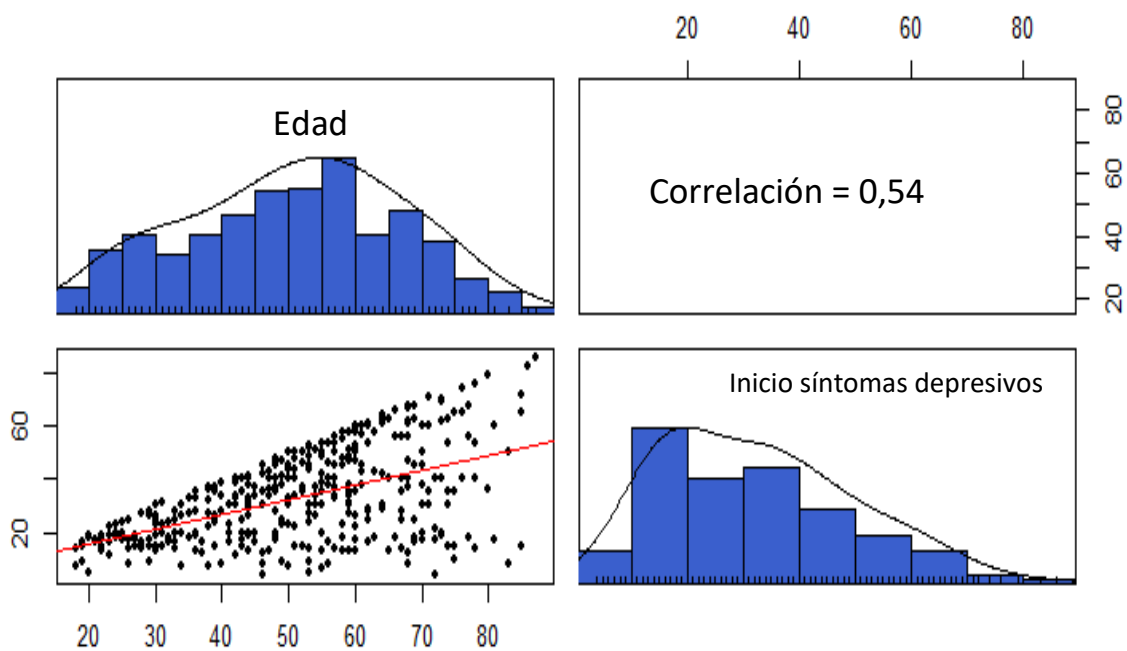
Fuente: Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud de Chile.

Test de normalidad de variable inicio de síntomas depresivos (mde_ond) y diferencia con respecto a la edad reportada (dif_inic), Chile, ENS 2016-17

Test de normalidad	mde_ond	dif_inic
Shapiro-Wilk	W = 0.96173, <i>p-value</i> < 0.05	W = 0.8941, <i>p-value</i> < 0.05
Lilliefors (Kolmogorov-Smirnov)	D = 0.10058, <i>p-value</i> = 0.001014	D = 0.14219, <i>p-value</i> < 0.05
Hegazy-Green	T = 0.1497, <i>p-value</i> < 0.05	T = 0.25165, <i>p-value</i> < 0.05
Kurtosis test	T = 2.6344, <i>p-value</i> = 0.119	T = 3.5024, <i>p-value</i> = 0.044

Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud de Chile

Scatterplot entre la edad reportada y la edad de inicio de los síntomas depresivos. Chile, ENS 2016-17.



Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud de Chile

Modelos de regresión logística para cálculo de OR de la prevalencia de depresión - vida, utilizando como referencia la categoría “sin depresión”.

	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4
Intercepto	0.046***	0.0466***	0.036***	0.048***
IC 95%	[0.03, 0.08]	[0.02, 0.09]	[0.02, 0.08]	[0.03, 0.09]
Sexo: Mujer (ref.=Hombre)	3.787***	3.748***	3.797***	3.774***
IC 95%	[2.28, 6.29]	[2.25, 6.23]	[2.28, 6.31]	[2.26, 6.29]
Edad Codificada: 18-24 (ref.=65+)	0.819	0.779	0.807	0.860
IC 95%	[0.38, 1.78]	[0.36, 1.67]	[0.37, 1.75]	[0.40, 1.86]
Edad Codificada: 25-44 (ref.=65+)	1.048	0.990	1.040	1.065
IC 95%	[0.63, 1.74]	[0.59, 1.65]	[0.63, 1.73]	[0.63, 1.80]
Edad Codificada: 45-64 (ref.=65+)	1.485	1.397	1.480	1.521
IC 95%	[0.94, 2.35]	[0.88, 2.22]	[0.93, 2.35]	[0.95, 2.43]
NEDU: <8 años (ref.=>12 años)		0.989		
IC 95%		[0.55, 1.79]		
NEDU: 8-12 años (ref.=>12 años)		1.115		
IC 95%		[0.68, 1.83]		
Zona: Urbano (ref.=Rural)			1.326	
IC 95%			[0.76, 2.31]	
Macrozona: Norte (ref.=RM)				0.346**
IC 95%				[0.17, 0.69]
Macrozona: Centro (ref.=RM)				1.413
IC 95%				[0.85, 2.36]
Macrozona: Sur (ref.=RM)				0.376**
IC 95%				[0.20, 0.70]
Tamaño muestral no ponderado válido para el modelamiento	3403	3369	3403	3403

*** p < 0.001; ** p < 0.01; * p < 0.05.

Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud de Chile

Test de comparaciones de Wilcoxon por ajuste de “Bonferroni” del inicio de síntomas depresivos (años), según grupos de edad. Chile. ENS 2016-17

Grupos de edad	Valor - p (95% de confianza)		
	18-24	25-44	45-64
25-44	0.00011	-	-
45-64	p < 0.001	p < 0.001	-
65+	p < 0.001	p < 0.001	0.16395

Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud de Chile

Test de comparaciones de Wilcoxon por ajuste de “Bonferroni” de la diferencia entre la edad reportada y el inicio de síntomas depresivos (años), según grupos de edad. Chile. ENS 2016-17

Grupos de edad	Valor - p (95% de confianza)		
	18-24	25-44	45-64
25-44	0.00251	-	-
45-64	0.00017	0.01442	-
65+	p < 0.001	p < 0.001	0.00055

Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud de Chile