

ARTÍCULO ORIGINAL

Trastorno depresivo y su asociación con la edad en pacientes de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría, FCM-UNA

Depressive disorder and its association with age in patients of the Department of Psychiatry, FCM- UNA

Bello A, O'Higgins M, Páez L, Torales J, Arce A

Cátedra y Servicio de Psiquiatría. Facultad de Ciencias Médicas,
Universidad Nacional de Asunción. Paraguay.

RESUMEN

Introducción: Según la organización mundial de la salud, en el mundo hay más de 350 millones de personas con depresión. 5% de la población adulta padece depresión. Los trastornos mentales severos afectan a 1,5 % de la población paraguaya total. El objetivo del presente trabajo fue establecer si existe asociación entre la presentación del trastorno depresivo y la edad del paciente (mayor o menor a 45 años de edad). **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio observacional, analítico de cohortes, con muestreo no probabilístico de casos consecutivos, de pacientes tratados en la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción, en quienes se seleccionó la presencia o no de trastorno depresivo, entre los periodos 2011 y 2012. Las variables independientes fueron la edad, el sexo y la procedencia y la dependiente fue la presencia o no de trastorno depresivo. Se incluyó a pacientes mayores de edad con historia clínica completa, excluyéndose a aquellos con historia clínica incompleta. **Resultados:** La hipótesis nula, que indicaba que los pacientes con edades iguales o mayores a 45 años no tenían una mayor prevalencia de trastorno depresivo, queda rechazada con el valor de Chi cuadrado que fue de 31, 9356 ($p < 0,05$). Un Odds ratio (OR) estimado de 2,10 indica que la probabilidad de presentar un trastorno depresivo es el doble para aquellos de 45 años o más, que para los menores de 45 años. El riesgo relativo (RR) indica que los de 45 años o más de edad están 1,43 veces más expuestos que los de menor a 45 años a presentar un trastorno depresivo. Se realizó un análisis estratificado demostrando que el sexo no es un factor de confusión, este interactúa con la edad siendo mayor el riesgo de padecer trastornos depresivos si el paciente es de sexo femenino. **Discusión:** Existe asociación entre la presentación del trastorno depresivo y la edad del paciente, específicamente si este es mayor o menor de 45 años. Esto podría guiar al médico psiquiatra hacia el diagnóstico y posibles causas de los trastornos, ayudando en la prevención mediante técnicas acordes a ese grupo etario.

Palabras clave: Depresión, edad, sexo.

Autor correspondiente: Alejandra Bello. Cátedra y Servicio de Psiquiatría, Campus de la UNA. Mariscal López y Cruzada de la Amistad. Correo electrónico: psiquiatria@med.una.py.

Fecha de recepción el 3 de Julio del 2014; aceptado el 30 de diciembre del 2015

ABSTRACT

Introduction: According to the World Health Organization in the world there are over 350 million people with depression. 5% of the adult population suffers from depression. Severe mental disorders affect 1.5% of the total Paraguayan population. The aim of this study was to establish the association between the presentation of depressive disorder and the patient's age (over or under 45 years of age). **Materials and Methods:** An observational, analytical cohort study was conducted with consecutive non-probabilistic sampling of cases of patients treated at the Department of Psychiatry of the Faculty of Medical Sciences of the National University of Asunción, in whom presented or not a depressive disorder, between the periods 2011 and 2012. The independent variables were age, sex and place of birth and the dependent variable was the presence or absence of a depressive disorder. The study included patients over 18 years, excluding those with incomplete medical histories. **Results:** The null hypothesis, indicating that patients with ages equal to or greater than 45 years did not have a higher prevalence of depressive disorder, was rejected with the chi-square value was of 31, 9356 ($p < 0.05$). An odds ratio (OR) of 2.10 indicates that the estimated probability of a depressive disorder is double for those 45 and older than for those under 45 years. The relative risk (RR) indicates that those who have 45 or more years of age are 1.43 times more likely than those less than 45 years to present a depressive disorder. A stratified analysis was conducted demonstrating that sex is not a confounder, it interacts with age, making female patients more likely to suffer from a depressive disorders. **Discussion:** There is an association between depressive disorder and the patient's age, specifically ages higher or lower than 45 years. This could guide the psychiatrist to diagnose and to possible causes of the disorders, helping in prevention through relevant techniques according to that age group.

Key Words: Depression, age, gender.

INTRODUCCION

Según la organización mundial de la salud en el mundo hay más de 350 millones de personas con depresión. El impacto de la depresión sobre los AVAD (años de vida perdidos por discapacidad) representa 17% del total de la población afectada por problemas mentales, seguido de las lesiones auto infligidas con 16% (1).

Con una prevalencia de trastornos mentales entre el 15 y el 18% de la población en general; se observa que la depresión es el trastorno más frecuente tanto en hombres como en mujeres. La prevalencia es de 5.2 hombres por cada 10 mujeres que la padecen.

Las mujeres son uno de los subgrupos poblacionales de mayor riesgo, tanto por motivo de la especial prevalencia que determinados problemas de salud mental, –depresión, trastornos de la conducta alimentaria, demencias (asociadas, en este último supuesto, a una mayor esperanza de vida)–, como cuando aquella haya podido ser víctima de la violencia, articulando actuaciones integradas en relación con las situaciones de estrés postraumático asociadas a los malos tratos. Así también las personas mayores se encuentran en riesgo, en función de la mayor prevalencia de problemas de salud mental que se producen en las edades avanzadas de la vida, de la existencia de patologías asociadas de forma casi exclusiva a dicho grupo de edad y, asimismo, de la necesidad de garantizar una protección específica ante posibles situaciones de debilidad o indefensión en que estas personas a veces pueden encontrarse.

Es reconocida mundialmente la mayor prevalencia de trastornos depresivos en el sexo femenino, sin embargo, el análisis del rango etario como factor de riesgo sigue siendo de prevalencia cambiante a lo largo de las generaciones. La prevalencia de depresión mayor está en torno al 4% en el grupo de 12 a 17 años y aumenta al 9% a los 18 años. La depresión se considera el trastorno mental más frecuente en todas las edades y las tasas de suicidio son especialmente relevantes entre los jóvenes.

En los últimos 30 años se empezó a reconocer la depresión mayor como un trastorno que también padecen los niños y adolescentes. Debido a la mayor comorbilidad y mayor agrupación familiar de la depresión en los individuos en quienes ésta se inicia tempranamente, se considera la posibilidad de que aquella que se inicia en la infancia o la adolescencia sea una forma más severa del trastorno. En Estados Unidos de América (EUA), se estima una prevalencia de depresión mayor entre niños de 9 a 17 años de edad de alrededor de 5% (2,3).

Otros mencionan que la edad media de inicio de un episodio depresivo es de 25 a 40 años, por lo que la depresión afecta en las edades más productivas de la vida (4).

La utilización de los servicios de salud mental aumenta con la edad, en especial en el grupo de 50 a 60 años, con un 6.8% de asistencia. La población entre 12-24 años es la que presenta mayor intento de suicidio, con una prevalencia total de 4.5% (5).

Uno de los desórdenes psicológicos con mayor prevalencia en la población de ancianos, es la depresión. 5% de la población adulta padece depresión; sin embargo seis de cada diez personas no buscan o no reciben tratamiento (6,7).

Existen numerosos factores de riesgo reconocidos para la presentación del trastorno depresivo, como la poca cohesión familiar, los ingresos insuficientes, el mal estado de salud y la poca satisfacción con los logros alcanzados, elevado consumo de alcohol, etc., todos estos de alta prevalencia en nuestro país (8).

En nuestro país, los trastornos mentales severos afectan a 1,5 % de la población paraguaya total. La tasa prevalente de la depresión ha ido en aumento, sobre todo en la franja etérea de adolescentes y adultos jóvenes (9,10)

El objetivo de este trabajo radica en establecer si existe asociación entre la presentación del trastorno depresivo y la edad del paciente, específicamente si este es mayor o menor de 45 años, y de esta manera identificar los elementos que podrían guiar al médico psiquiatra hacia el diagnóstico y posibles causas de los trastornos, así como identificar a la población de riesgo para apuntar a la prevención mediante técnicas acordes a ese grupo etario.

PACIENTES Y METODOS

Se realizó un estudio observacional, analítico de cohortes, con muestreo no probabilístico de casos consecutivos, de pacientes tratados en la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción, en quienes se seleccionó la presencia o no de trastorno depresivo, entre los periodos 2011 y 2012. Las variables independientes fueron edad mayor o menor a 45 años, sexo y procedencia. La variable dependiente fue la presencia o no de trastorno depresivo

Se incluyó a pacientes mayores de edad con historia clínica completa, excluyéndose a aquellos con historia clínica, fichas diagnósticas y códigos al alta incompletos. El estudio no recibió apoyo financiero y los autores se declaran sin conflicto de intereses.

Sobre la base de un reporte previo (6), se fijó en 5% (P1) la prevalencia de trastornos depresivos en el Paraguay y en 15% (P2), la prevalencia de pacientes depresivos en la población general. Diferencia entre P1 y P2 = 0,10. Con un $\alpha=0,05$ (bilateral) y $\beta=0,20$, se calculó el tamaño de la muestra, resultando 159 pacientes como mínimo en cada grupo.

Las variables analizadas fueron recopiladas en un cuestionario y almacenadas en planillas electrónicas Excel 6,04. Posteriormente fueron analizadas con el paquete informático SPSS versión 11,5. Los datos de las variables continuas y nominales se expresan en medias y proporciones, agrupadas en tablas para facilitar la interpretación de los mismos. Para la comparación de grupos entre variables nominales se procedió a la elaboración de tablas de contingencia utilizando la prueba de chi cuadrado, cálculo del riesgo relativo y el coeficiente de Cramer considerando una $p<0,05$ como significativa en todos los casos.

Se solicitó por escrito el acceso al archivo de la cátedra y Servicio de Psiquiatría tras la aceptación del protocolo de investigación. Todos los sujetos incluidos a través de fichas clínicas, recibieron el mismo trato y las mismas oportunidades en el proceso. Toda la información recogida se manejó en forma confidencial respetando la identidad de cada sujeto. Posteriormente, se entregó una copia de los resultados al Jefe de Servicio.

RESULTADOS

Sobre un número de 496 pacientes con trastorno depresivo y con 496 pacientes con patologías diversas, elegidos al azar, se obtuvieron los siguientes resultados:

De los 992 pacientes la edad media fue de $39,6\pm 17,8$ años (**Tabla 1** y **Grafico 1**). El valor mínimo fue de un año y el máximo de noventa y nueve años. A su vez, el 61,09% fue menor de 45 años, con 606 pacientes.

El 66,3% de los pacientes fue de sexo femenino, con 658 pacientes (**Tabla 2**).

El mayor porcentaje de pacientes provino de la ciudad de Asunción con un 24,8%. El resto de los pacientes provino del interior del país y del exterior.

Los resultados muestran que en el grupo que presentó trastornos depresivos, 259 personas presentaron una edad menor a 45 años, mientras que entre los que no presentaban trastornos depresivos este antecedente estaba presente en 347 personas (**Ver tabla 2**)

Se analizaron las diferentes variables con la presencia o no de trastorno depresivo, formulando las siguientes tablas:

	Trastorno Depresivo		TOTAL
	Si	No	
Edad > 45 años	236 47,68%	150 30,18%	386 38,91%
Edad < 45 años	259 52,32%	347 69,82%	606 61,09%
TOTAL	495 100%	497 100%	

Tabla 1: Tabla de contingencia edad según presencia de trastorno depresivo.

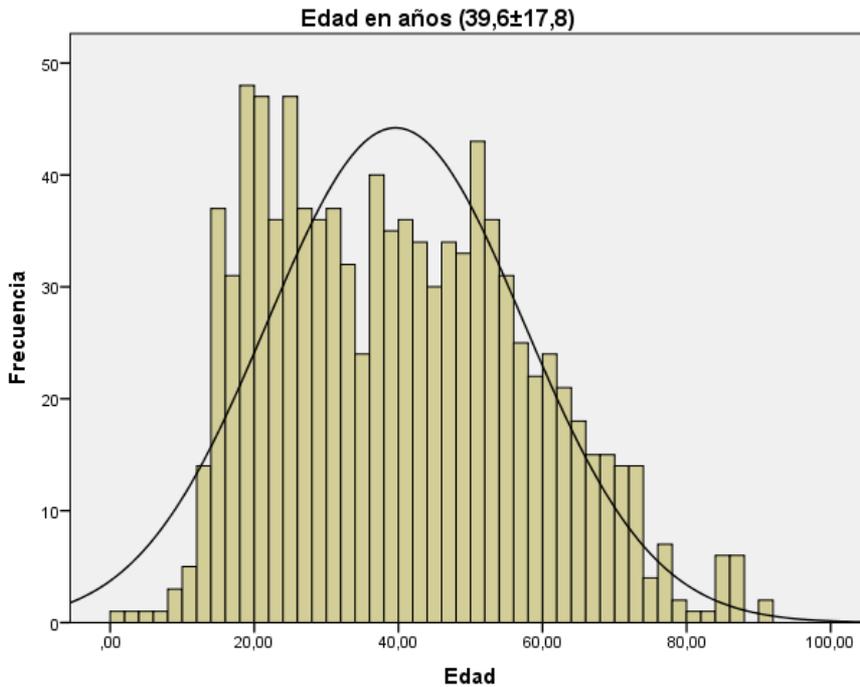


Gráfico 1: Frecuencia de edades

	Trastorno Depresivo		TOTAL
	Si	No	
Femenino	384 77,6%	274 55,1%	658 66,3%
Masculino	111 22,4%	223 44,9%	334 33,7%
TOTAL	495 100%	497 100%	

Tabla 2: Tabla de contingencia sexo según presencia de trastorno depresivo

	Trastorno Depresivo		TOTAL
	Si	No	
Asunción	162 32,7%	192 38,6%	354 35,7%
Interior	333 67,3%	305 61,4%	638 64,3%
TOTAL	495 100%	497 100%	

Tabla 3: Tabla de contingencia procedencia según presencia de trastorno depresivo

A partir de las tablas, se procedió a trabajar con el estadístico chi cuadrado para rechazar la hipótesis nula que indicaba que los pacientes con edades iguales o mayores a 45 años no tenían una mayor prevalencia de trastorno depresivo. Se encontraron los siguientes resultados:

Variable vs. Trastorno depresivo	p	χ^2	RR	OR
Edad	0,000	31,9356	1,4305	2,10
Procedencia	0,052	3,7634	0,8768	0,77
Sexo	0,000	55,9421	1,7560	2,81

	V de Cramer	p
Edad vs Tx Depresivo	0,179	0,000
Sexo vs Tx Depresivo	0,237	0,000
Localidad vs Tx Depresivo	0,068	0,100

Tabla 4: Asociación de variables independientes y presencia de trastorno depresivo

La hipótesis nula, indicaba que los pacientes con edades iguales o mayores a 45 años no tenían una mayor prevalencia de trastorno depresivo, queda rechazada con el valor de Chi cuadrado fue de 31, 9356 ($p < 0,05$).

Estos resultados presentan un Odds ratio (OR) estimado de 2,10 (Ver tabla 4) con un límite inferior de 1,62 y uno superior de 2,73. Esto demuestra un tipo de asociación significativa de riesgo a presentar trastornos depresivos al tener 45 años o más. La OR, de 2,10 indica que la probabilidad de presentar un trastorno depresivo es el doble para aquellos de 45 años o más, que para los menores de 45 años.

El riesgo relativo (RR) indica que los de 45 años o más de edad están 1,43 veces más expuestos que los de menor a 45 años a presentar un trastorno depresivo. Esto indica una probable tasa de incidencia de 1,43 veces mayor que en los no expuestos.

Se realizó un análisis estratificado por sospecha de que el sexo podría ser un factor de confusión. A la vista de los resultados, la edad (igual o mayor a 45 años o menor a 45 años) se asocia al padecimiento de trastornos depresivos. El sexo no es un factor de confusión, este interactúa con la edad siendo mayor el riesgo de padecer trastornos depresivos si el paciente es de sexo femenino.

DISCUSIÓN

La edad de los pacientes que acuden a los servicios de psiquiatría varía dependiendo del lugar. En nuestro país los pacientes que acuden a los servicios de psiquiatría son jóvenes en su mayoría. El hecho de que en el estudio se haya encontrado una prevalencia mayor de pacientes menores a 45 años no solo se explica por la predominante población joven con que cuenta nuestro país, sino que también se podría explicar con la realidad de que cada vez más pacientes jóvenes sufren de enfermedades mentales (4, 11).

Entre nuestros resultados, la probabilidad de presentar un trastorno depresivo es el doble para aquellos de 45 años o más, que para los menores de 45 años. En México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica proporcionó las primeras estimaciones nacionales de la prevalencia de los trastornos mentales. Se estimó que 8,4% de la población ha sufrido, según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV, por sus siglas en inglés), un episodio de depresión mayor alguna vez en la vida con una mediana de edad de inicio de 24 años. Estas edades tempranas de inicio implican muchos años de sufrimiento y interrupciones en diferentes ámbitos de la vida como la educación, el empleo y el escoger la pareja. Algunos estudios en otros países sugieren que la edad de inicio para la depresión mayor está disminuyendo en cohortes recientes (12).

En estudios realizados en otros países, como Estados Unidos de América, se estima una prevalencia de depresión mayor entre niños de 9 a 17 años de edad de alrededor de 5% en los últimos seis meses (13).

La procedencia mayoritaria de áreas urbanas, en especial de la ciudad de Asunción se puede explicar por la cercanía del servicio y del Hospital a esta urbe. No solo habría que reducirse a eso, sino por los propios ingresos medios de los habitantes de la ciudad capital que hacen que su población sea moderadamente más formada que el resto de la población paraguaya. Eso contribuye a que esté formada sobre los posibles riesgos a la salud mental que acarrear ciertas condiciones y hace que le sea más fácil el ir a consultar con un psiquiatra. Sobre este último punto, es de resaltar que las poblaciones latinoamericanas, entre ellas la paraguaya aun necesitan mucho por ser formadas en cuanto a la necesidad o no de acercarse a centros de ayuda para problemas que pueden derivar en enfermedades mentales. La población mayoritaria del país sigue creyendo que los servicios de atención para la salud mental corresponden para personas que hayan perdido el control de sí mismas y por lo general, la población se manifiesta reacia a acceder a estos servicios. Esto se suma a las existentes barreras entre el personal de salud y la población mayoritaria paraguaya como la barrera idiomática y la falta de personal psiquiátrico suficiente para cubrir las necesidades nacionales o los estándares internacionales (11, 14, 15, 16, 17).

Un análisis estratificado muestra que el sexo no es un factor de confusión, este interactúa con la edad siendo mayor el riesgo de padecer trastornos depresivos si el paciente es de sexo femenino.

El hecho de que la población femenina haya sido la de mayor frecuencia no solo demuestra que las estadísticas mundiales coinciden con las estadísticas demográficas paraguayas. Estudios previos realizados en el país con poblaciones semejantes han arrojado estadísticas iguales en cuanto a una preminencia de población femenina. A nivel mundial la prevalencia de mujeres con enfermedades mentales es mayor que la masculina (8,11,18).

Sobre este punto, en la encuesta nacional de adicciones de México en 1988 se incluyó una sección para investigar la prevalencia de trastornos mentales en personas de entre 18 y 65 años de edad. El 34% de la población estudiada presentó uno o más síntomas de depresión en el mes anterior al estudio. Pero lo resaltante fue que del 13% que presentó sintomatología severa, el 8,5% de los hombres y el 17% de las mujeres (19).

El hecho de que el estudio haya arrojado datos significativos sobre la prevalencia de trastornos depresivos en población mayor o igual a 45 años puede explicarse a su vez de distintas maneras. Hay que recordar que se define al trastorno depresivo como una enfermedad clínica severa que afecta al cerebro. Casi 20 millones de personas en los Estados Unidos que tienen depresión. Los síntomas pueden incluir: tristeza, pérdida de interés o placer en actividades que suele disfrutar, pérdida o aumento de peso, dificultad para dormir o sueño excesivo, pérdida de energía, sentimientos de desvalorización, ideas de muerte o de suicidio (20).

La depresión es el trastorno mental más frecuente y una de las principales causas de discapacidad, afecta a 350 millones de personas de todas las edades en el mundo, afirmó la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS indicó que en América Latina el 5% de la población adulta padece depresión; sin embargo seis de cada diez personas no buscan o no reciben tratamiento (21).

La edad elegida para el corte en los hombres se corresponde con las crisis relacionadas a su mediana edad y que podrían traer consigo situaciones que los impulsen a sentirse deprimidos (14).

La edad de corte elegida, al menos para las mujeres se relaciona al inicio de la menopausia. La menopausia trae consigo estados de ánimo que podrían llevar a trastornos en la percepción de la mujer en cuanto a su salud física, lo que puede llevar a trastornos depresivos (19).

Una de cada 3 mujeres manifiestan el síndrome climatérico y sus síntomas más frecuentes son de origen psicológico. Asimismo, afirma que esto no genera un problema de salud mental grave; sin embargo, puede disminuir la satisfacción personal e influir en las relaciones interpersonales, familiares, de pareja, sexuales y laborales. Se ha encontrado que el aumento de los episodios de depresión mayor que ocurren en este momento están ligados a los cambios hormonales de la transición a la menopausia, es decir, concentraciones elevadas de hormonas foliculo estimulantes, más que a desencadenantes sociales o ambientales; aunque los cambios en factores valiosos del estilo de vida asociados con la maternidad, la familia, la fertilidad o el rigor y el atractivo físico, pueden precipitar estados depresivos en mujeres predispuestas o vulnerables. Así, las féminas que se preocupan por otros están en riesgo de padecer depresión clínica. Otras pueden valorar la nueva independencia que estos cambios suponen en el estilo de vida. Además, la depresión cuando no es tratada puede exacerbar la enfermedad cardíaca, la diabetes y la osteoporosis (22, 23).

Las estipulaciones hechas por Rodríguez y Apolinaire, quienes hablan de la diferencia encontrada al combinar sexo-edad, que deja ver que la mujer, en la mayor parte de su etapa fértil hasta los 45 años goza de buena salud mental, y a partir de la menopausia donde se sobrecarga además con roles como el de cuidadora, experimenta mayor deterioro. En cambio, el hombre padece de mayor número de enfermedades en el período de mayor reproductividad de la mujer, durante el cual, generalmente, tiene que ser el sostén económico principal de la familia (24).

También entran dentro de los mayores de 45 años aquellas personas que se podrían clasificar dentro de la tercera edad, lo que también trae consigo condiciones que podrían llevar hacia trastornos depresivos. Dado el crecimiento normal de la población adulta mayor, acompañada del mejoramiento de la calidad de vida y del mejoramiento de los servicios de salud, se puede esperar que los problemas depresivos ligados a pacientes adultos mayores puedan aumentar en los próximos años (7,10).

La aparición de trastornos depresivos, tanto en personas jóvenes como de mayor edad, trae consecuencias no solo a la persona que los padece, sino a la sociedad en general. Las enfermedades mentales son causa de discapacidad y por tanto, de empobrecimiento y detención del desarrollo. Las mujeres jóvenes deprimidas, por ejemplo, alcanzaron, en un estudio realizado en Norteamérica, un menor nivel de ingresos y un nivel académico inferior en comparación con mujeres jóvenes que no habían tenido depresión (10).

El aumento de casos de depresión en pacientes adultos y adultos mayores puede ocasionar un exceso en la carga que tienen que soportar los sistemas de salud y los servicios de seguro social. Con el aumento progresivo de este rango etario a nivel mundial y en nuestro país, es conveniente que los servicios gubernamentales inicien tareas de prevención de la depresión y promoción de la salud dirigidos a esta población.

La OMS calcula que los trastornos depresivos en 2020 serán una de las principales causas de años perdidos por discapacidad. Esto trae consigo considerables pérdidas económicas en la sociedad y en la familia de las personas con estas patologías (25).

Según este estudio, realizado en nuestro país, los pacientes con edades iguales o mayores a 45 años tienen una mayor prevalencia de trastornos mentales, prevalencia que ha ido en aumento, por lo cual es fundamental identificar la sub-población expuesta y así trabajar en el diagnóstico, tratamiento y prevención del trastorno depresivo mediante técnicas acordes a ese grupo etario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud [sede web] Ginebra: Centro de Prensa; 9 de octubre de 2012 [acceso 10 de abril de 2014] La depresión es una enfermedad frecuente y las personas que la padecen necesitan apoyo y tratamiento. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/menta_l_health_day_20121009/es/
2. Junta de Castilla y León. Estrategia Regional de salud mental y asistencia psiquiátrica en Castilla y León. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Dirección General de Planificación Sociosanitaria. 2007.
3. Harrington R, Rutter M, Weissman M, Fudge H, Groothues C, Bredenkamp D et al. Psychiatric disorders in the relatives of depressed probands I. Comparison of prepubertal, adolescent and early adult onset cases. *J Affect Disord* 1997;42:9-22.

4. Shaffer D, Fisher P, Dulcan MK, Davies M, Piacentini J, Schwab-Stone ME et al. The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Versión 2.3 (DISC.2.3): Description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA Study. *Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders Study*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:865-877.
5. Secretaría de Salud de México Diagnóstico Epidemiológico. Dirección general de los servicios de salud mental. *Epidemiología en el ámbito internacional*. 2013.
6. Urrego, Diana Z., and Juan C. Cocoma. "Por la salud mental." *Rev. salud pública* 1.1 (1999): 58-67.
7. Barrio Pedro I, Eraña I, Mañol L. Relación de la actividad física con la depresión y la satisfacción en la tercera edad. *Revista de la psicología del Deporte*. 2001. Vol. 10, núm. 2, pp. 239-246.
8. Organización de las Naciones Unidas [sede web] Ginebra: Centro de Noticias ONU, 9 de octubre de 2012 [acceso 10 de abril de 2014] OMS afirma que la depresión es el trastorno mental más frecuente. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/News/story.asp?NewsID=24705#.U1E7Z1V5PI8>
9. ABC COLOR [en línea]. Asunción: Servicios periodísticos y multimedia; 2008 [fecha de acceso 10 de mayo del 2012], URL disponible en: <http://archivo.abc.com.py/suplementos/rural/articulos.php?pid=282840>
10. Berndt ER, Koran LM, Finkelstein SN, Gelenberg AJ, Kornstein SG, Miller IM, et al. Lost human capital from early-onset chronic depression. *Am J Psychiatry* 2000; 157(6): 940-47.
11. Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos. Paraguay, Proyección de la población nacional 2000-2050. Dirección de Prensa, Fernando de la Mora, Paraguay, diciembre 2005. Disponible en: http://www.dgeec.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/NACIONAL/Proyeccion_Nacional.pdf
12. Benjet C, Borges G, Medina-Mora M, Fleiz-Bautista C, Zambrano-Ruiz J. La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud pública Méx* [revista en la Internet]. 2004 Oct [citado 2014 Abr 17]; 46(5): 417-424. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000500007&lng=es.
13. Haffer D, Fisher P, Dulcan MK, Davies M, Piacentini J, Schwab-Stone ME et al. The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Versión 2.3 (DISC.2.3): Description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA Study. *Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders Study*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:865-877.
14. Medina-Mora ME, Rascón ML, Tapia R, Mariño M, Juárez F, Villatoro J et al. Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional. *An Inst Mex Psiquiatr* 1992; 3:48-55.
15. Schonhaut B L, Rojas N P, Kaempffer R A. Factores de riesgo asociados a déficit del desarrollo psicomotor en preescolares de nivel socioeconómico bajo: Comuna urbano rural, Región Metropolitana, 2003. *Rev. chil. pediatr.* [revista en la Internet]. 2005 Dic [citado 2014 Abr 17]; 76(6): 589-598. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062005000600006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062005000600006>.
16. López H. "Uso de un índice de bienestar social para la planificación de la salud a nivel municipal." *Salud Pública Mex* 38 (1996): 257-267
17. Organización Mundial de la Salud. *Estadísticas sanitarias mundiales 2013*. Ginebra: OMS; 2013.
18. Páez L, O'Higgins M, Torales J. Pérdida económica acorde a años de vida perdidos por discapacidad en pacientes de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción, Paraguay, años 2011-2012. *Revista Paraguaya de Psiquiatría* 2013; 1(2): 29-36
19. Couto Núñez D, Nápoles Méndez D. Síndrome climatérico en mujeres de edad mediana desde un enfoque médico social. *MEDISAN* [revista en la Internet]. 2012 Ago [citado 2014 Abr 18]; 16(8): 1185-1194. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-3019201200080001&lng=es.
20. Torpy J, Burke A, Bass R. Depresión. *JAMA*, 19 de mayo de 2010—Vol 303, núm. 19
21. World Health Organization (sede web). Ginebra, octubre de 2012. (acceso 16 de junio de 2012) World suicide prevention day 2012. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_suicide_prevention_day/en
22. Aragonès Benaiges, E., et al. "Prevalencia, expresión e impacto de los trastornos depresivos en atención primaria." *Atención primaria* 31.2 (2003): 120-125.

23. Aldana E, Gómez ME, Morales FA, Gaviño F. Síntomas psicológicos en un grupo de mujeres en etapa del climaterio, antes y después de un proceso psicoterapéutico. *Ginecol Obstet Mex.* 2007;75:268-76.
24. Rodríguez Miranda O, Apolinaire Pennini J, Alonso A. Prevalencia de alteraciones de la salud mental y factores de riesgo relevantes. *Rev Cubana Med Gen Integr* [revista en la Internet]. 2003 Ago [citado 2012 Jul 01];19(4): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000400007&lng=es.
25. Organización Mundial de la Salud. *The Global Burden of Disease; 2004 update.* WHO Geneva.

