



[Revista médica de Chile](#)

Print version ISSN 0034-9887

Rev. méd. Chile vol.130 no.8 Santiago Aug. 2002

<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872002000800007>

Rev Méd Chile 2002; 130: 885-891

Factores asociados a síntomas depresivos y síntomas somáticos en mujeres climatéricas de la ciudad de Temuco

Eduardo Illanes V^{1,2}, Luis Bustos M^{1,3}, Ximena Lagos P^{4*}, Nancy Navarro H^{4*}, Sergio Muñoz N^{1,3**}**

Depressive and somatic symptoms in climacteric women

Background: Depression is an important mental health problem. The Chilean Ministry of Health has considered depression in women as one of the health priorities for the country. **Aim:** To assess the prevalence of depressive and somatic symptoms and their risk factors in climacteric women. **Material and methods:** A special questionnaire was applied to 171 women (45 to 55 years of age), coming from a community organization (PRODEMU) and a private health institution (ISAPRE Banmedica). Risk factors for depression were determined using multiple logistic regression. **Results:** The prevalence of depressive symptoms was 43%. Women with primary education had an odds ratio for depression of 2.49, compared with women with high school or university education. Other risk factor for depression was the lack of a remunerated job (Odds ratio 1.9). The risk factors for somatic symptoms were the presence of depressive symptoms (OR 3.2), lack of secondary or university education (OR 2.4), low income (OR 1.9) and having a current partner (OR 3.6). **Conclusions:** There is a high prevalence of depressive symptoms in the studied population of climacteric women. Lack of education and of a remunerated job are important risk factors for the presence of such symptoms. Women with a low level of education and with depressive symptoms have also a high risk of presenting somatic symptoms (Rev Méd Chile 2002; 130: 885-91). **(Key Words:** Climacteric; Depression; Depressive disorder; Symptoms and general pathology)

Recibido el 26 de febrero, 2002. Aceptado en versión corregida el 25 de junio, 2002.

Proyecto financiado por la Dirección de Investigación y Desarrollo de la Universidad de la Frontera, DIUFRO 9414.

¹ Capacitación, Investigación y Gestión para la Salud Basada en la Evidencia (CIGES), Facultad de Medicina, Universidad de la Frontera.

² Servicio de Psiquiatría Hospital Barros Luco Trudeau.

³ Departamento Salud Pública; CIGES, Facultad de Medicina, Universidad de la Frontera.

⁴ Departamento Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de la Frontera.

* Matrona

** Bioestadístico

La depresión es un problema de salud mental importante, ya que afecta tanto la vida personal como familiar y tiene gran repercusión social y económica. Estudios epidemiológicos han mostrado que existe una alta prevalencia de depresión en la comunidad. En Estados Unidos de América, además del clásico estudio "Epidemiologic Catchment Area" (ECA), se ha publicado el Estudio Nacional de Comorbilidad, que utilizando la

Services on Demand

Journal

- SciELO Analytics
- Google Scholar H5M5 (2017)

Article

- Article in xml format
- How to cite this article
- SciELO Analytics
- Automatic translation

Indicators

Related links

Share

- More
- More

Permalink

entrevista CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*) modificada, encontró una prevalencia en 12 meses de 11,3% para hombres y mujeres, para cualquier trastorno depresivo. Para las mujeres este mismo trabajo reportó una prevalencia de 12 meses de 14,1%, para cualquier síntoma depresivo^{1,2}. En ese mismo país, el estudio HANES (*Health and Nutrition Examination Survey*), utilizando para medir síntomas depresivos la escala CES-D (*Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale*) con punto de corte en 16 o más puntos, encontró una prevalencia de síntomas depresivos en 32,7% de mujeres afroamericanas y en 19,7% de mujeres caucásicas³. Otra investigación realizada en diferentes países utilizando la entrevista DIS (*Diagnostic Interview Schedule*) del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos, encontró prevalencias de depresión mayor en mujeres que van desde 1,8% en Taiwán, 22% en París, hasta 23,1% en Beirut⁴. Si bien es cierto que todos estos estudios están relacionados con síntomas depresivos, existen diferentes definiciones de caso dadas por los diferentes instrumentos utilizados.

En Chile, la prevalencia de vida de trastornos depresivos, es de 5% a 10% de la población adulta según el Ministerio de Salud⁵. Vicente y cols, utilizando la entrevista CIDI, encontraron en mujeres de Santiago una prevalencia de 6 meses de 12,8% para trastornos afectivos, 10,4% para trastornos ansiosos y somatomorfos y 23,2% tomados en conjunto⁶. De igual modo, el estudio realizado en Iquique por el mismo grupo y con la misma entrevista, encontró una prevalencia de 6 meses de 13,1% para trastornos afectivos, 12% para trastornos ansiosos y somatomorfos y 25,3% tomados en conjunto⁷. Otro estudio de prevalencia realizado en Santiago utilizando la entrevista estructurada CIS-R (*Clinical Interview Schedule revisada*) encontró una prevalencia de 7 días de 8% para episodio depresivo, y de 18% para trastorno neurótico no específico, con un total de 26% para ambos diagnósticos y 35% para todos los trastornos psiquiátricos incluyendo diagnósticos ICD-10 y no específicos⁸. En una población más específica tal como consultantes de atención primaria, los síntomas depresivos tienen una prevalencia que fluctúa entre 10% y 37%⁹⁻¹¹.

Con relación al climaterio, otros estudios epidemiológicos revelan que las depresiones no dependen de esta etapa de la vida de la mujer y no difieren de las que se observan en otras edades^{12,13}. Estudios en poblaciones generales revelan una discreta mayor frecuencia de síntomas psíquicos durante la premenopausa, coincidentes con las irregularidades menstruales. Dentro de éstos, los síntomas depresivos que no constituyen depresión como entidad nosológica también aumentan durante el climaterio¹⁴. También los síntomas ansiosos se han relacionado más fuertemente con la depresión a partir de los 50 años.

Otro factor que se ha relacionado con desórdenes mentales frecuentes ha sido el nivel socioeconómico. Se ha visto que las personas de nivel bajo tienen un riesgo 2 veces mayor de presentar desórdenes mentales que los de nivel socio económico más alto. Las personas sin pareja también tienen un riesgo aumentado de depresión^{3,14}. Sin embargo, no existen en el país suficientes estudios que relacionen la depresión con síntomas somáticos, estos últimos, tan frecuentes en las mujeres. A pesar que la depresión en mujeres ha sido definida como una "Prioridad de Salud País" por el Ministerio de Salud, no existen investigaciones nacionales dirigidas específicamente a cuantificar los cuadros depresivos en este segmento de la población femenina.

Este trabajo tiene tres objetivos fundamentales: el primero es conocer la prevalencia de síntomas depresivos en mujeres entre 45 y 55 años de edad no consultantes de la ciudad de Temuco. El segundo propósito es determinar factores de riesgo asociados a estos síntomas, y finalmente explorar la asociación entre síntomas depresivos y síntomas somáticos en estas mujeres.

MATERIAL Y MÉTODO

Población objetivo: Mujeres entre 45 y 55 años de edad de la ciudad de Temuco, no relacionadas con consultas en los servicios de salud. Se les denominó "mujeres no consultantes", como está descrito en una publicación previa¹⁵.

Muestra: Se utilizó una muestra de mujeres no consultantes de la ciudad de Temuco quienes participaron en un estudio previo sobre prevalencia de síntomas somáticos y psicológicos obtenidas por una Isapre (BanMédica) y PRODEMU (Fundación para la Promoción y Desarrollo de la Mujer) de la ciudad de Temuco, quienes aceptaron el protocolo de investigación y enviaron listados de sus afiliadas (mujeres cotizantes y cargas familiares de afiliados). Se seleccionaron aleatoriamente 159 mujeres entre 45-55 años de edad, de las listas antes descritas. Para efectos de este estudio se consideró que las características de las mujeres pertenecientes a estas instituciones pueden reunir los requisitos para ser representativas del universo de mujeres no consultantes de Temuco. En los talleres laborales de PRODEMU, las mujeres se organizan de acuerdo a una actividad laboral y no de salud; por otra parte, la pertenencia a una Isapre es independiente del estado de salud de las afiliadas. Se realizó una estratificación en tres niveles de ingreso familiar: nivel medio alto: sobre 500 mil pesos/mes; medio: entre 200 a 500 mil pesos/mes; y bajo: <200 mil pesos/mes (expresados en pesos chilenos de 1993). El nivel medio alto y medio se obtuvo del listado de la Isapre, y las del nivel bajo del listado de Talleres Laborales. A las

mujeres seleccionadas, se les envió una carta explicativa de la investigación requiriendo una entrevista, a aquellas que accedieron se les solicitó su consentimiento en forma verbal y escrita, antes de proceder a la aplicación de los instrumentos.

Criterios de inclusión y exclusión: Se incluyeron todas aquellas mujeres sin menopausia quirúrgica, sin antecedentes de uso de psicofármacos en un tiempo mayor o igual a seis meses antes de este estudio, sin terapia de sustitución hormonal, ausencia de patología ginecológica o mamaria de significación. Aquellas que no cumplieron con estos criterios fueron excluidas.

Tamaño muestral: Dada una prevalencia estimada de 50% (conservadora), un error de muestreo de 15% y un nivel de confianza de 95%, se determinó un tamaño de muestra de 171 mujeres. Con el fin de garantizar mujeres de los diversos ingresos económicos, la muestra se estratificó con afijación igual.

Instrumentos de medición: Se construyó un cuestionario *ad hoc* estructurado con preguntas cerradas, que incluyó preguntas con los síntomas y molestias físicas más frecuentemente reportados en la literatura. Estos síntomas incluyeron el área genitourinaria, osteoarticular y vasomotora; a todos los cuales se les denominó "síntomas somáticos". Las preguntas incluidas en la sección de los síntomas somáticos consideraron las siguientes alternativas de respuesta: "frecuentemente", "ocasionalmente" y "nunca". El instrumento se sometió a una revisión por expertos y posteriormente se realizó un estudio piloto para evaluar su comprensibilidad. Los síntomas somáticos ya han sido descritos en otra publicación¹⁵. Para evaluar síntomas depresivos se utilizó la escala CES-D^{16,17}, validada en Chile. La validación se realizó utilizando como *gold standard* dos entrevistas psiquiátricas realizadas por especialistas independientemente de los resultados de las escalas utilizando criterios DSM III-R (Riedemann JP Congreso Chileno de Medicina Interna 1991, Libro de Resúmenes; Riedemann JP *Tenth Annual Meeting of the International Clinical Epidemiology Network*, Bali Indonesia 1992, Libro de Resúmenes). Esta escala refiere las preguntas sobre los síntomas depresivos al período de la última semana, por lo que entrega una prevalencia de siete días. Las entrevistadoras fueron matronas y estudiantes mujeres del último nivel de la carrera de Obstetricia y Puericultura, especialmente entrenadas para este estudio. En esta investigación se utilizó un punto de corte en 16 puntos o más para determinar la presencia de síntomas depresivos.

Variables de exposición: Los potenciales factores asociados fueron: menopausia, número de hijos, tenencia de pareja, educación (básica/media-superior); trabajo actual (tiene/no tiene); ingreso económico (nivel bajo/medio-medio alto).

Análisis estadístico: Se realizó un análisis descriptivo exploratorio inicial de todas las variables en estudio, con el fin de determinar la calidad de los datos y establecer asociaciones crudas. Se utilizó la prueba de T de Student para la comparación de promedios; χ^2 para evaluar la existencia de asociaciones crudas. La magnitud y dirección de la asociación cruda se determinó a través de las Razones de Odds (OR). Se utilizó análisis estratificado para la evaluación de las variables de control. Se modeló depresión utilizando regresión logística múltiple, se realizaron dos diferentes análisis, el primero para determinar los factores de riesgo de la depresión y el segundo para determinar si la depresión es un factor asociado a síntomas somáticos en estas mujeres. El nivel de significación en la pruebas estadísticas utilizadas fue de 5%.

RESULTADOS

En el proceso de reunir la muestra necesaria, fueron entrevistadas 57 mujeres por cada nivel de ingreso económico, el rechazo a la entrevista fue marginal, con 2 mujeres en el ingreso económico bajo, 2 en el medio bajo y 3 en el medio alto.

Los aspectos biodemográficos de la población nos revelan que la edad promedio en las mujeres con síntomas depresivos ($49,8 \pm 3,3$) no difería significativamente de las que no los presentaban, ($50,2 \pm 3,1$; $p=0,3874$). De los factores considerados, se observó que 46,2% de las mujeres habían presentado la menopausia, 93,6% tenían al menos un hijo y 33,3% tenía entre uno y dos hijos, siendo el promedio de hijos por mujer $2,95 \pm 1,61$. El 84,2% de las mujeres vivía en pareja y en relación a trabajo remunerado 51,5% refirió tenerlo. El 77,2% de las entrevistadas tenía más de 8 años de estudio¹⁵.

La prevalencia de síntomas depresivos utilizando la escala CES-D (punto de corte 16 o más) fue 43,3% para esta muestra. Las asociaciones crudas mostraron que las mujeres con educación básica tenían 3 veces más riesgo de presentar síntomas depresivos que las que tenían educación media y superior (OR 2,87). Del mismo modo, por cada 2 mujeres con ingreso económico bajo que presentaban síntomas depresivos había sólo una mujer con ingreso económico medio-medio alto con los mismos síntomas (OR 1,85). Esta proporción también se mantuvo entre las que tenían y no tenían trabajo (OR 2,1). La tenencia de pareja no resultó asociada con la presencia de síntomas depresivos ([Tabla 1](#)). Utilizando regresión logística múltiple se procedió a evaluar la significación

conjunta de todos los factores, encontrando que la depresión estaba asociada significativamente a educación básica OR ajustado=2,49 [IC 95% 1,15-5,37]. Por otra parte, la no tenencia de trabajo OR ajustado=1,91 [IC 95% 0,99-3,68] si bien presentó una asociación clínicamente significativa (OR >1,5) no alcanzó a encontrar significancia estadística (Tabla 2). El OR ajustado combinado de los factores de riesgo de depresión (sin trabajo remunerado y educación básica) fue OR=4,74 [IC 95% 1,88-11,98].

Tabla 1. Asociaciones crudas entre síntomas depresivos y los antecedentes bio-socio-demográficos de mujeres climatéricas de la ciudad de Temuco

Antecedentes bio-socio-demográficos	Síntomas Depresivos		p	OR	95% IC
	Ausencia n=88	Presencia n=71			
Edad promedio (años) ± 1DE	50,2±3,1	49,8±3,3	0,3874	-	-
Tiene menopausia (%)	44,3	47,9	0,653	1,15	0,62-2,16
Nº de hijos	2,7±1,5	3,4±1,7	0,0144		
≤2 (%)	45,5	28,2			
≥3 (%)	54,6	71,8	0,025	2,13	1,09-4,14
No tiene pareja (%)	20,5	12,7	0,194	0,56	0,24-1,35
No tiene trabajo (%)	40,9	60,6	0,014	2,22	1,17-4,20
Educación (%)					
Media/Superior	84,1	64,8	0,005	2,87	1,36-6,09
Básica	15,9	35,2			
Ingreso económico (%)					
Medio-Alto/Medio	70,5	56,3	0,065	1,85	0,96-3,56
Bajo	29,6	43,7			

Tabla 2. Factores asociados a síntomas depresivos en mujeres climatéricas de la ciudad de Temuco*

Factores asociados	OR	P	95% IC
Sin trabajo remunerado	1,91	0,055	0,99-3,68
Educación básica	2,49	0,020	1,15-5,37

* Ajustado por Regresión Logística Múltiple.

Para determinar si los síntomas depresivos estaban relacionados con la presencia de síntomas somáticos en estas mujeres, se procedió a modelar los síntomas de depresión como factor de exposición para la presencia de al menos un síntoma somático, encontrándose que los síntomas de depresión estaban asociados a una mayor presencia de síntomas físicos OR=3,19 [IC 95% 1,52-6,73]; a un nivel educacional bajo OR=2,35 [IC 95% 0,85-6,45]; nivel de ingresos bajo OR=1,87 [IC 95% 0,82-4,27] y la tenencia de pareja OR=3,57 [IC 95% 1,41-9,35] (Tabla 3). La OR ajustando la combinación de los factores de riesgo para síntomas somáticos (síntomas depresivos, educación básica, ingreso económico bajo y pareja actual) fue=50,93 [IC 95% 11,48-225,94].

Tabla 3. Factores asociados a síntomas somáticos en mujeres climatéricas de la ciudad de Temuco*

Factores asociados	OR	P	95% IC
Presencia de síntomas depresivos	3,19	0,002	1,52-6,73
Educación básica	2,35	0,099	0,85-6,45
Ingreso económico bajo	1,87	0,136	0,82-4,27
Con pareja actual	3,57	0,008	1,41-9,35

* Ajustados por Regresión Logística Múltiple.

DISCUSIÓN

En este estudio, llama la atención la alta prevalencia de síntomas de depresión (43,3%). Si bien existen trabajos que muestran altas prevalencias de trastornos psiquiátricos en poblaciones seleccionadas de consultantes⁹⁻¹¹; por la constitución de esta muestra parece más adecuado comparar estos hallazgos con estudios hechos en población general. Además, dado que las preguntas del CES-D están referidas a los últimos 15 días también parece adecuado comparar estos resultados con investigaciones que entreguen prevalencia puntual o de un corto período tales como los trabajos de Vicente y Araya ya mencionados⁶⁻⁸. Por otra parte, dado que la escala CES-D no provee el diagnóstico de depresión según los criterios DSM-IV o CIE-10, se asume que además de una mayoría de mujeres que presentan depresión mayor o distimias, de acuerdo a los criterios antes mencionados, están incluidas algunas mujeres con trastornos de adaptación y otras con varios síntomas depresivos pero que no reúnen los criterios diagnósticos. Esta situación ya ha sido informada en otra investigación, señalando que la mayoría de los pacientes detectados de esta manera corresponderían a depresión mayor³.

Al analizar los factores asociados a los síntomas de depresión, se observa que no hay relación con algunas variables tales como menopausia, número de hijos o la tenencia de pareja. Sin embargo, las mujeres con educación básica están más propensas a presentar estos síntomas en relación a aquellas que tienen educación media o superior. Si bien la ausencia de trabajo remunerado está asociado clínicamente a los síntomas depresivos (OR >1,5), éstos no alcanzan significación estadística, lo que atribuimos a una muestra insuficiente, esto se demuestra en que al disminuir la confianza a 90% en el modelo de regresión logística, los intervalos de confianza son significativos [OR 1,91; IC 90% 1,1-3,31]. Estos hallazgos están en concordancia con los estudios que relacionan el nivel socioeconómico con aumento de los síntomas psiquiátricos y los así llamados "desórdenes mentales comunes"¹⁸. Al considerar el efecto conjunto de los factores asociados ([Tabla 2](#)) se concluye que el riesgo de tener síntomas depresivos para una mujer que reúne los dos factores de riesgo, es decir, tiene sólo educación básica y no tiene trabajo remunerado es casi 5 veces mayor que una mujer con educación media o superior y con trabajo remunerado (OR 4,74).

Respecto a los síntomas somáticos de las mujeres climatéricas, se observa una clara asociación con síntomas depresivos (OR 3,19), esta asociación también se ha observado en otro estudio con pacientes depresivos realizado en Santiago de Chile, en que existe una alta prevalencia de síntomas somáticos especialmente de síntomas gastrointestinales, cardiorrespiratorios y osteomusculares⁹. También se observa un mayor riesgo en aquellas mujeres con educación básica y con ingreso económico familiar bajo. En ambos casos si bien hay una clara asociación clínica no alcanza a tener significación estadística lo puede ser atribuido a tamaño muestral, al menos en cuanto a la variable educación. Un hallazgo en esta muestra, es que las mujeres que tienen pareja están más expuestas a presentar síntomas somáticos que aquellas que no la tienen, a pesar que la ausencia o presencia de pareja no está asociada con depresión en el modelo previo. Por lo tanto, la ausencia de pareja estable se constituye en un factor protector de síntomas somáticos para las mujeres de este estudio ([Tabla 3](#)). Al considerar el efecto conjunto de los factores significativos, se concluye que el riesgo de tener al menos un síntoma somático en mujeres que presentan los cuatro factores asociados, es decir, tienen síntomas depresivos, sólo educación básica, tienen un ingreso económico familiar bajo y tienen pareja actual, es 50 veces mayor que aquellas que no presentan ninguno de estos factores (OR 50,93).

Una limitación de este estudio es el tamaño muestral que impidió determinar en algunos casos una significación estadística clara aunque parece haber significación clínica. Esto se explica por el hecho que los cálculos de tamaño muestral fueron hechos para determinar prevalencia de los síntomas tal como está descrito en una publicación previa¹⁵.

REFERENCIAS

1. Blazer DG, Kessler RC, Mc Gonagle KA, Swartz MS. The Prevalence and Distribution of Major Depression in a National Community Sample: The National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 979-86. [[Links](#)]
2. Kessler RC, McGonagle KA, Zao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S et al. Lifetime and 12 Months Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 18-19. [[Links](#)]
3. Eaton W, Kessler L. Rates of Symptoms of Depression in a National Sample. *Am J Epidemiol* 1981; 114: 528-38. [[Links](#)]
4. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Grenwald S, Hwo H et al. Cross National Epidemiology of Major Depression and Bipolar Disorder. *JAMA* 1996; 276: 293-9. [[Links](#)]

5. Ministerio de Salud, Unidad de Salud Mental. *Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Nivel Primario de Atención*. Serie MINSAL 03, Guías metodológicas SN Nº 3, 1998. [[Links](#)]
6. Vicente B, Rioseco P, Vielma M, Uribe M, Boggiano G, Torres S. Trastornos psiquiátricos en diez comunas de Santiago: prevalencia de seis meses. *Rev Psiquiatría* 1992; IX: 1050-60. [[Links](#)]
7. Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, Madariaga C, Vielma M, Muñoz M et al. Prevalencia de vida y seis meses de algunos trastornos psiquiátricos en la población de 15 años y más de la provincia de Iquique. *Rev Psiquiatría* 1999; XV: 59-69. [[Links](#)]
8. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuña J, Lewis G. Common Mental Disorders in Santiago, Chile: Prevalence and socio-demographic correlates. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 228-33. [[Links](#)]
9. Araya R, Wynn R, Leonard R, Lewis G. Psychiatric Morbidity in Primary Health Care in Santiago, Chile: Preliminary Findings. *Br J Psychiatry* 1994; 165: 530-3. [[Links](#)]
10. Ruiz A, Silva H. Prevalencia de Trastornos Psiquiátricos en un Consultorio Externo de Medicina General. *Rev Méd Chile* 1990; 118: 339-45. [[Links](#)]
11. Ruiz A, Silva H, Miranda C. Diagnóstico Clínico y Psicométrico de la depresión en Pacientes de Medicina General. *Rev Méd Chile* 2001; 129: 627-33. [[Links](#)]
12. Hällstrom T, Samuelsson S. Mental Health in the Climacteric: the longitudinal study of women in Gothenburg. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl* 1985; 130: 13-8. [[Links](#)]
13. Silva H. Depresión y climaterio, aspectos clínicos y neuroendocrinos. *Rev Méd Chile* 1993; 121: 434-8. [[Links](#)]
14. Ballinger CB. Psychiatric aspects of the menopause. *Br J Psychiatry* 1990; 156: 773-87. [[Links](#)]
15. Lagos X, Navarro N, Illanes E, Bustos L. Prevalencia de síntomas biológicos y psicológicos en mujeres perimenopáusicas, según estrato socio económico, en la ciudad de Temuco. *Rev Méd Chile* 1998; 126: 1189-94. [[Links](#)]
16. Shinar D, Gross C, Price T, Banko M, Bolduc PL, Robinson R. Screening for Depression in Stroke Patients: The reliability and validity of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale. *Stroke* 1986; 17: 241-5. [[Links](#)]
17. Vega W, Warheit G, Buhl-Auth J, Meinhardt K. The prevalence of Depressive Symptoms among Mexican, Americans and Anglos. *Am J Epidemiol* 1984; 120: 592-607. [[Links](#)]
18. Araya R, Rojas G, Lewis G. Desórdenes mentales comunes, depresión y salud pública. *Rev Méd Chile* 1998; 126: 582-9. [[Links](#)]

Correspondencia a: Luis Bustos M. Casilla 54-D. Fono: 325744. Fax: 325741. Facultad de Medicina, Universidad de la Frontera Temuco. E-mail: lbustos@ufro.cl



All the contents of this journal, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution License](#)

**Bernarda Morín 488, Providencia,
Casilla 168, Correo 55
Santiago - Chile**

Tel.: (56-2) 2753 5520



revmedchile@smschile.cl