

---

# Diferencias de sexo en la depresión mayor: Estudio exploratorio en pacientes hospitalizados con comorbilidades físicas y mentales

---

*Sex differences in major depression: An exploratory study in hospitalized patients with physical and mental comorbidities*

Alessandra **Beauchamp-Lebrón**, Nicole **Ramos Pérez**, George **Scott** & Julio **Jiménez Chávez**

Ponce Health Sciences University

---

*Recibido: 10 de octubre de 2021 / Aceptado: 12 de diciembre de 2021*

## Resumen

La prevalencia de ser diagnosticado con un trastorno mental como Depresión Mayor en Puerto Rico es aproximadamente un 9.7%. Se estima que el 36.6% de las personas presentan comorbilidad con enfermedades crónicas y de salud mental y el 46% de los pacientes que reciben cuidado médico en un hospital general también padecen de alguna condición de salud mental. Sin embargo, existe una brecha de conocimiento de la relación entre el sexo biológico y la depresión en pacientes con comorbilidades físicas-mentales ingresados en hospitales generales. Este estudio tuvo como objetivo examinar las diferencias en el sexo biológico asociado a recibir el diagnóstico de Trastorno de Depresión Mayor (TDM) en pacientes ingresados en un hospital general. Para lograr esto se implementó un diseño transversal correlacional que evalúa los trastornos mentales diagnosticados frecuentemente en pacientes recibiendo cuidado médico y quirúrgico en un hospital general. El 68.9% de los pacientes recibieron un diagnóstico de depresión mayor por primera vez. En cuanto a variables asociadas a determinantes sociales de la salud, el nivel de ingreso económico y de educación se asociaron con el diagnóstico de Depresión Mayor. Se encontró que los pacientes masculinos presentan una mayor probabilidad (1.18 más alta) de ser diagnosticados con depresión que las mujeres de la muestra estudiada. Este hallazgo contradice lo reportado en la literatura revisada y abre las puertas al estudio del TDM en hombres y mujeres con comorbilidades físicas y mentales.

Palabras claves: *Comorbilidades, Depresión Mayor, Enfermedades Crónicas, Sexo biológico,*

## Abstract

The prevalence depression in Puerto Rico is 9.7%. It is estimated that 36.6% of people live with comorbid chronic physical and mental illness and 46% of patients who receive medical care in a general hospital also suffer from some form of mental health condition. However, there is a gap in the knowledge of the relationship between biological sex and depression in patients with physical-mental comorbidities admitted to general hospitals. This aim of this study was to examine the differences in biological sex associated with receiving a diagnosis of Major Depressive Disorder (MDD) in patients admitted to a general hospital. A retrospective correlational analysis of cross-sectional medical and behavioral health chart data for 3,795 patients was implemented. Sixty-eight percent (68.9%) of the sample received a current diagnosis of major depression for the first time by our clinical health psychology team during their hospital stay. Regarding variables associated with social determinants of health, the level of economic income and education were associated with the diagnosis of depression. Male patients were found to have a higher probability (OR = 1.18) of being diagnosed with depression than women. This finding contradicts what has been reported in the reviewed literature and opens the doors to the study of MDD in men and women with physical and mental comorbidities.

Keywords: *Biological sex, Chronic diseases, Comorbidities, Major depression*

---

Toda comunicación relacionada a este artículo debe dirigirse al siguiente correo electrónico: [abeauchamp19@stu.psm.edu](mailto:abeauchamp19@stu.psm.edu)

---

En años recientes ha incrementado el número de publicaciones científicas que resaltan la relación entre las enfermedades crónicas y la salud mental. Además, temas relacionados al área mental han adquirido mayor relevancia al considerar la salud bajo un concepto holístico. Actualmente, la emergencia del COVID-19 ha visibilizado la importancia de la salud mental a nivel mundial debido al aumento significativo de casos de depresión y ansiedad, así como del uso y abuso de sustancias controladas (Panchal et al., 2021). Asimismo, durante los últimos años, las enfermedades mentales han sido catalogadas dentro de las principales causas de morbilidad y representan aproximadamente el 14 % de todas las muertes a nivel mundial (Walker et al., 2018). Se ha estimado que el 10.7% de la población mundial vive actualmente con un trastorno mental y un 5% con depresión (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021; Ritchie et al., 2018). Según la OMS, la depresión es la principal causa de discapacidad y es uno de los principales contribuyentes a la carga mundial de morbilidad (OMS, 2021). Las personas que viven con depresión experimentan cambios drásticos en su vida social, mayor riesgo de muerte por suicidio y deterioro de la salud física, entre muchas otras consecuencias asociadas al trastorno (Brådvik, 2018; Strine et al., 2004). Sin embargo, las personas que viven con una condición médica crónica y depresión presentan un cuadro de salud más complicado. Un estudio realizado en 2015 reveló que la carga económica del diagnóstico de Trastorno de Depresión Mayor (TDM) en los Estados Unidos es de aproximadamente \$83.1 billones de dólares, incluyendo otros diagnósticos como Trastorno de Bipolaridad y Distimia (Greenberg et al., 2015).

En Puerto Rico, los reportes muestran una prevalencia de 23.7% para cualquier trastorno mental (incluyendo aquellos relacionados a uso de sustancias) y 9.7%

para depresión mayor entre los adultos de 18 a 64 años (Canino et al., 2016; Canino et al., 2019). Puerto Rico muestra una mayor prevalencia de trastornos mentales comparado a lo reportado por la OMS para la población mundial.

Los criterios del DSM-5 para el diagnóstico de TDM incluyen estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, disminución del interés por actividades que antes generaban placer, pérdida o aumento del apetito, cambios en el patrón de sueño, agitación o retraso motriz, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de minusvalía, disminución de los niveles de atención y concentración y pensamientos de muerte e ideas suicidas. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo en la persona (American Psychiatric Association, 2013). Según establece el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés) un 8.1% de la población adulta norteamericana presenta sintomatología correspondiente a TDM, además, las mujeres presentan una prevalencia de TDM de 10.4% y los hombres presentan 5.5% (Brody et al., 2018). Aunque todos los criterios de este diagnóstico son de importancia, es necesario prestar particular atención a la ideación suicida. Se ha identificado que los suicidios representan un 73.9% en instituciones psiquiátricas y un 26.1% en hospitales generales (Scott et al., 2018). Análogo a esto, durante el año fiscal de 2019-2020, el Programa Integrado de Intervención en Crisis - Línea PAS en Puerto Rico, reportó haber recibido 310,655 llamadas relacionadas a problemática de salud mental, de las cuales 14,600 llamadas estuvieron relacionadas a conductas suicidas (Oficina de Programas Federales y Planificación, datos suministrados por la Línea PAS AF 2019-2020). Sin duda, la salud mental representa un problema de salud alarmante en la isla, evidenciado por estadísticas que señalan que el 7.3% de la población adulta en

Puerto Rico reúne criterios diagnósticos para algún trastorno mental severo.

Por otra parte, la relación entre depresión y determinantes sociales de la salud ha sido estudiado. El CDC establece que la prevalencia de depresión disminuye a medida que los niveles de ingreso familiar aumentan (Brody et al., 2018). Un estudio local sugiere que variables como historial de salud mental, historial de uso y abuso de sustancias, ingreso familiar mensual, estado civil y estatus de empleo se relaciona con la posibilidad de ser diagnosticado con el TDM (Scott, 2021).

Las enfermedades crónicas son definidas como afecciones médicas de larga duración que comúnmente presentan un aumento en severidad con el pasar de los años. En Puerto Rico, las enfermedades crónicas son responsables de las principales causas de muerte (Departamento de Salud, 2020). Según un estudio desarrollado por el Departamento de la Salud en el 2020, se ha identificado que las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes, el asma, la artritis y el Alzheimer son las principales causas de muerte y discapacidad en Puerto Rico. Además, estas enfermedades han sido asociadas al desarrollo de trastornos mentales. Por ejemplo, se ha estudiado la relación entre procesos inflamatorios a nivel del sistema cardiovascular, cambios fisiológicos, anomalías en la secreción de hormonas y cambios metabólicos causadas por síntomas de enfermedades mentales (ansiedad y depresión) que pueden impactar en la aparición y evolución de condiciones médicas (Canadian Mental Health Association, 2008).

Desde la década de los setenta, se ha reconocido la importancia de la interacción de factores de carácter biológico, psicológicos y sociales en la comprensión del fenómeno salud-enfermedad (Engel, 1977). Una evidencia de esta interacción es la frecuencia con la que personas con enfermedades mentales muestran compor-

tamientos que resultan negativos para la salud tales como: consumo de sustancias controladas, uso excesivo de alcohol, inactividad física y mala alimentación (Walker et al., 2015). Esto ha servido de base para la creación de terapias psicofisiológicas para personas con enfermedades físicas que buscan incrementar la calidad de vida del paciente (Lemon et al., 2013).

Por otra parte, se ha identificado que aproximadamente el 80% de las personas con trastornos mentales graves encontrarán dificultades para acceder a la atención de salud mental y no recibirán tratamiento (Daré et al., 2019). Resultado de esta realidad, muchos pacientes buscan atención médica en las salas de emergencia de hospitales generales. El CDC (2021) publicó que aproximadamente 4.9 millones de visitas a la sala de emergencias llegan con algún trastorno mental conductual y del desarrollo neurológico como diagnóstico principal. Se estima que entre el 8 % y el 53.6 % de los pacientes admitidos a hospitales generales presentan algún trastorno de ansiedad o depresión. Solo el 10% de pacientes ingresados a hospitales generales llegan a ser diagnosticados y tratados en el área de la salud mental (Shisheng, et al., 2019). Lo anterior justifica decir que los hospitales generales están ubicados en una posición estratégica para facilitar el acceso a la atención de la salud mental (Jiménez et al., 2013). Según, Shisheng y colegas (2019), existe un gran porcentaje de pacientes que acude a hospitales generales para recibir servicios de cuidados médicos aquejados por síntomas que son la expresión somática de trastornos mentales. En respuesta a estas realidades, han surgido iniciativas como el Plan de Acción Europeo de Salud Mental de la OMS 2013-2020, el cual establece la necesidad de crear asociaciones colaborativas, multidisciplinarias y de atención comunitaria dirigidas a mejorar el cuidado médico (ONU, 2021).

El objetivo del presente estudio fue explorar la posibilidad de recibir un diagnóstico de TDM en hombres y mujeres hospitalizados por condiciones de salud crónicas considerando determinantes sociales de la salud.

### **Método**

Para la implementación de este estudio se desarrolló un diseño transversal-correlacional que evalúa los trastornos mentales diagnosticados frecuentemente en pacientes recibiendo cuidado médico en un hospital general del sur de Puerto Rico.

Realizamos un análisis secundario fue realizado a partir de la base de datos de pacientes atendidos por el Programa de Servicios de Psicología Clínica (PSPC) con sede en el Hospital Damas de Ponce, entre enero de 2015 y diciembre de 2019.

La muestra estuvo conformada por 3,795 pacientes, todos mayores de 21 años, quienes recibieron servicios del PSPC durante el periodo antes señalado.

### **Procedimiento**

Una vez autorizada la utilización de la base de datos del PSPC por parte del director del programa, fue solicitada y recibida la aprobación de la Junta de Revisión Institucional (IRB por sus siglas en inglés) del Ponce Research Institute. Los investigadores del estudio forman parte del equipo clínico del PSPC, el cual presta servicios de psicología que incluyen evaluaciones clínicas, intervenciones de psicoterapia breve, intervenciones psicofisiológicas y servicios de rehabilitación neuropsicológica. El programa atiende a pacientes ingresados en el Hospital Damas de Ponce en todas unidades clínicas y brinda apoyo emocional a familiares que lo ameriten. Las personas son atendidas a través de referidos médicos y órdenes permanentes (“Standing Orders”), esta última modalidad implementada en

unidades clínicas seleccionadas. Los órdenes permanentes se realizan en las unidades de Cirugía Cardiovascular, Cuidados Intensivos, Cuidados Coronarios y en el Centro Especializado de Enfermería (“Skilled Nursing Facility”). Las personas son atendidas por estudiantes doctorales avanzados de los programas de Psicología Clínica (Ph.D. y Psy.D.) de la Ponce Health Sciences University. Todos los estudiantes reciben supervisión clínica continua de profesionales de la psicología clínica con licencia, quienes validan todos los diagnósticos y planes terapéuticos. Los diagnósticos son realizados a base de los criterios estipulados por el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en su quinta edición, DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Las variables consideradas para este estudio incluyeron: datos sociodemográficos, diagnósticos médicos según el sistema de clasificación de diagnósticos y procedimientos en su décima edición (ICD-10, por sus siglas en inglés) y los diagnósticos psiquiátricos otorgados según el DSM-5. La evaluación para determinar los diagnósticos psicológicos se apoya en entrevistas clínicas estandarizadas, instrumentos de tamizaje para ansiedad (Inventario de Ansiedad de Beck -BAI), para depresión (Inventario de Depresión de Beck-BDI-II) y área cognitiva (Mini Mental State Examination-MMSE). Igualmente, se obtuvo información de la base de datos sobre variables sociodemográficas (edad, sexo, ingreso mensual, nivel de educación, empleo y estado civil), así como antecedentes de salud mental y física de los pacientes.

### **Análisis de los datos**

Utilizamos el *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 27 (IBM Corp) para realizar el análisis de datos para realizar procedimientos de preparación y exploración de datos, y examinamos la

integridad, los errores, la calidad y la normalidad de los datos. Para contrarrestar las variables ausentes implementamos un proceso de eliminación de lista (Salgado et al., 2016). Las frecuencias y proporciones se tabularon para los datos nominales y ordinales y se tabularon datos de razón para las medias y desviación estándar. Realizamos un análisis de regresión logística binaria para evaluar el grado en que el sexo biológico predijo que se diagnosticaría con una condición de TDM mayor actual del DSM-5 durante la hospitalización.

### Resultados

Analizamos datos de 3,795 participantes. De este número el 62.2% era féminas y el 37.8% eran masculinos. La media para la edad fue ( $M=60.81$ ;  $DE=16.792$ ). En cuanto al estado civil, el 51.4% reportaron estar solteros y el 48.6% casados. En cuanto al nivel de educación, el 1.5% no había recibido educación formal, el 22.7% había recibido un nivel de educación menor a escuela superior, el 39.3% completó escuela superior y el 36.5% completó un nivel de estudios secundarios y más. El 82.0% de la muestra revelaron no tener empleo o ser retirado y el 18.0% contaban con un empleo. Más del 70 % de la muestra estudiada reportó tener ingresos mensuales de \$1,500 o menos. El 12.4% recibía un ingreso mensual de menos de \$300 dólares mensuales, el 36.7% recibía un ingreso entre \$300- 900, el 27.3% recibía \$901-1,500, el 11.7% recibía \$1,500-2,100 y el 11.9% recibía más de \$2,101. La tabla 1 muestra las características sociodemográficas.

Dentro de los datos de salud mental y salud física, podemos observar que un

32.5% presentaba previamente diagnosticado una enfermedad de salud mental, mientras que un 67.5% no estaba diagnosticado con una enfermedad de salud mental previa.

Dentro de los diagnósticos previos, el más recurrente era los Trastornos dentro del espectro de Depresión con un 18.3%, seguido por Trastorno de Ansiedad con un 2.6%, un 0.4% fue diagnosticado con Espectro de Esquizofrenia u otros Trastornos Psicóticos. Asimismo, un 0.4% con Trastorno Bipolar y un 0.3% con trastornos relacionados a Trauma y Estrés. Por otro lado, un 25.3% presentó un historial de uso y abuso de sustancia. Mientras que un 74.7% negó uso y abuso de sustancias ilícitas.

Las enfermedades de salud físicas más comúnmente diagnosticadas fueron: enfermedades cardiovasculares con un 25.8%, enfermedades ortopédicas con un 14.8%, enfermedades relacionadas a obstetricia y ginecología con un 9.4%, enfermedades psiquiátricas con un 8.2%, además, un 6.0% fue diagnosticada con alguna enfermedad gastrointestinales. Se encontró que un 31.8% tenía comorbilidad entre enfermedades físicas y de salud mental, mientras que un 64.1% no presentó comorbilidad y un 4.0% fueron no diagnóstico.

Al examinar el perfil de las personas que fueron diagnosticados con TDM comórbido con condiciones de salud física se observa que las féminas presentaron 30.6 % de diagnósticos de depresión, mientras que los masculinos tenía un 34.3% de cumplir con los criterios y ser diagnosticados con TDM.

**Tabla 1***Características Sociodemográficas (n = 3,795)*

	Frecuencia	%
<b>Edad (años)</b>	M = 60.81 SD = 16.79	-
<b>Sexo biológico</b>		
Femenino	2362	62.2
Masculino	1433	37.8
<b>Estado Civil</b>		
Soltero	1951	51.4
Casados	1844	48.6
<b>Educación</b>		
No educación formal	58	1.5
< Escuela Superior	860	22.7
Escuela Superior	1491	39.3
> Escuela Superior	1386	36.5
<b>Estatus de Empleo</b>		
Desempleados (o retirados)	3111	82
Empleados	684	18
<b>Ingreso Mensual Total</b>		
≤ \$300	471	12.4
\$301 - \$900	1392	36.7
\$901 - \$1,500	1036	27.3
\$1,501 - \$2,100	443	11.7
≥ \$2,101	453	11.9

La media de edad de esta población para las féminas (M=59), mientras que los masculinos (M= 62). El 57.0% de las féminas reportaron no estar casadas, más el 43.0% estaban casadas. Por otra parte, el 42.1% de los masculinos reportaron no estar casados, mientras que el 57.9% reportaron estar casados. En términos del empleo, el 82.1% de las féminas reportaron no tener empleo, más el 17.9% indicó que tener algún tipo de trabajo. Dentro de la muestra masculina, el 81.8% reportó no

tener empleo, mientras que el 18.2% sí mantenía un empleo. En términos de ingreso, las féminas reportaron: 11.9% recibía un ingreso igual o menor de \$300, el 40.1% recibía \$301-\$900, el 26.3% recibía entre \$901-\$1,500, el 11.0% recibía entre \$1,501-\$2,100 y el 10.7% recibía \$2,101 o más. Mientras que los hombres reportaron: 13.3% recibía igual o menor de \$300 mensuales, 31.1% recibía \$301-\$900 mensuales, 29.0% recibía \$901-1,500 mensuales, 12.7% recibía \$1,501-2,100

mensuales y el 14.0% recibía mayor a \$2,101 mensuales.

En términos de historial de salud mental podemos observar que el 33.4% de las féminas tenía un historial recurrente de salud mental, mientras que el 66.6% no tenía historial. Dentro de los diagnósticos previos se observa que las féminas más comúnmente presentaban: depresión 19.5%, ansiedad 3.0%, bipolaridad 0.4%, trauma y estrés 0.3% y 0.3% presentaba otras problemáticas relacionadas a atención clínica. Por otra parte, el 31.1% de los masculinos reportaron tener un historial previo de salud mental, más el 68.9% reportaron no tener historial. Los masculino presentaron dentro de su historial de salud mental más comúnmente: depresión 16.3%, 1.8% ansiedad, espectro de la esquizofrenia 0.7%, trauma y estrés 0.5% y bipolaridad 0.4%. Además, se recopiló información acerca del historial de uso y abuso de sustancia y el 13.9% de las féminas y el 44.0% de los masculino reportaron presentar algún problema con adicción. Conjuntamente, se realizaron análisis para determinar las diferencias por sexo biológico entre la comorbilidad entre trastornos de salud mental y enfermedades físico, se encontró que en las féminas un 30.4% presentó comorbilidad, un 63.5% no presentó comorbilidad y un 6.1% fue no diagnóstico. Un 34.2% de los masculinos presentó comorbilidad, un 65.2% no presentó comorbilidad y un 0.6% fue no diagnóstico (ver tabla 2).

Las pacientes mujeres mostraron un 15.8% menos de probabilidad de ser diagnosticadas con una forma actual de TDM comparación con los hombres OR =.842, [IC 95% = .732, .968]. Por el contrario, los pacientes varones tenían 1.18 veces más probabilidad de haber sido diagnosticados con un trastorno depresivo actual. Este modelo de regresión logística fue significativo ( $\chi^2(1) = 5.78, p = .016$ ), sin embargo, el sexo biológico representó solo el 0.2% de la varianza encontrada al ser diagnosticado con una condición

depresiva actual, Nagelkerke  $R^2 = .002$ . Esta asociación siguió siendo significativa después de controlar por edad y antecedentes de enfermedad mental previa, ( $\chi^2(1) = 804.36, p < .001$ ). Al considerar estas dos variables, las mujeres tenían un 27.1% menos de probabilidad de haber sido diagnosticadas con una condición actual del DSM-5 en comparación con los hombres, OR =.729, [.622, .856]. Además, cada aumento de un año en la edad se asocia con menos del 1% de probabilidad de ser diagnosticados. Los pacientes que fueron diagnosticados con una condición mental previa fueron 7.87 veces más de probables de haber recibido un diagnóstico actual del DSM-5, en comparación con aquellos sin una condición mental previa.

### Discusión

El objetivo principal de este estudio fue examinar la posibilidad de recibir un diagnóstico de TDM en hombres y mujeres hospitalizados con condiciones de salud física considerando determinantes sociales de la salud. Los resultados muestran que los hombres tuvieron 1.18 más posibilidades de recibir un diagnóstico de TDM que las mujeres de la muestra estudiada. Estos hallazgos retan la literatura existente que reporta una prevalencia mayor del TDM en mujeres que en hombres (Albert, 2015).

Algunos trastornos como la depresión, la ansiedad y quejas somáticas afectan más a las mujeres, y tienden a ser más prolongados, presentan más recurrencias, mayor tendencia a la cronicidad y a la incapacidad que cuando se presentan en hombres (Turabian, 2018). Se han considerado factores tales como causas biológicas, roles y normas sociales, antecedentes culturales, estilos de vida y las condiciones psicológicas para explicar esta diferencia entre mujeres y hombres (Yoon, et al., 2018). Inclusive, se ha descrito que las mujeres parecen ser más vulnerables a los efectos depresógenos de los procesos inflamatorios que los hombres (Bekhbat & Neigh, 2018)

**Tabla 2**

*Diferencias biológicas relacionadas con el sexo en condiciones demográficas, salud mental y médicas*

	Femenino Frecuencia (%)	Masculino Frecuencia (%)
<b>Edad (años)</b>	M = 59.15 SD = 17.57	M = 65.53 SD = 15.03
<b>Estado Civil</b>		
Solteros	1347 (57)	604 (42.1)
Casados	1015 (43)	829 (57.9)
<b>Educación</b>		
No tienen educación formal	35 (1.5)	23 (1.6)
< Escuela Superior	521 (22.1)	339 (23.6)
Escuela Superior	871 (36.8)	620 (43.3)
> Escuela Superior	935 (39.6)	451 (31.5)
<b>Estatus de Empleo</b>		
Desempleados (O retirados)	1939 (82.1)	1172 (81.8)
Empleados	423 (17.9)	261 (18.2)
<b>Ingreso Mensual Total</b>		
≤ \$300	281 (11.9)	190 (13.3)
\$301 - \$900	946 (40.1)	446 (31.1)
\$901 - \$1,500	621 (26.3)	415 (29)
\$1,501 - \$2,100	261 (11)	182 (12.6)
≥ \$2,101	253 (10.7)	200 (14)
<b>Trastorno Mental Previo</b>		
Sí	788 (33.4)	445 (31.1)
No	1574 (66.6)	988 (68.9)
<b>Historial de Uso y Abuso de Sustancias</b>		
Sí	328 (13.9)	631 (44)
No	2034 (86.1)	802 (56)
<b>Comorbilidad</b>		
Sí	718 (32.4)	490 (34.4)
No	1500 (67.6)	934 (65.6)
<b>Trastorno mental actual</b>		
Sí	722 (30.6)	492 (34.3)
No	1640 (69.4)	941 (65.7)

Sin embargo, la muestra del estudio está compuesta por pacientes con comorbilidades físicas (enfermedades cardiovasculares, enfermedades ortopédicas, enfermedades relacionadas a

obstetricia y ginecología, gastrointestinales) y depresión. La depresión ha sido asociada a disminución de la calidad de vida, el aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad, pronósticos de



salud no favorables, progresión rápida de las enfermedades y el aumento en el costo de los servicios (Simons, 2001). Los resultados de este estudio generan preguntas para ser respondidas en futuros estudios que examinen si la depresión en población con comorbilidades físicas y mentales podría ser más alta en hombres en comparación a hombres sin comorbilidades.

El Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH por sus siglas en inglés) de Estados Unidos señala en un estudio que la depresión fue más común en personas entre los 18 y 25 años (NIMH, 2018). Aun cuando el promedio de las edades de los pacientes de la muestra estudiada está entre los 60 y 65 años, los resultados mostraron que a menor edad hay más probabilidad de ser diagnosticado con depresión. La OMS sostiene que el 15 % de adultos de 60 años o más sufre de algún trastorno de salud mental. Sin embargo, sabemos que en pacientes con comorbilidades físicas este porcentaje puede aumentar. Las personas con enfermedades físicas crónicas tienen mayor riesgo a desarrollar depresión, e incluso, tener síntomas más severos de ambas condiciones (física y mental) (NIMH, 2021). El 80% de los adultos mayores de 65 años padecen al menos una enfermedad crónica y un 50% es afectado por más de una (Prasad et al., 2012). En Puerto Rico, el 10.7% de adultos mayores de 65 años son diagnosticados con TDM (Pagán et al., 2016). Por tanto, podemos decir que el promedio de edad de la muestra del estudio (66 años) es acorde a lo reportado por la literatura.

Por último, uno de cada tres pacientes (31%) evaluados por el PSPC reportaron haber recibido previamente un diagnóstico de salud mental, no obstante, el 69% de los pacientes atendidos reunieron criterios para un diagnóstico de salud mental actual. El Estudio de Necesidades de Salud Mental y Uso de Sustancias y Utilización de

servicios, publicado por ASSMCA, publicó que casi la mitad de los adultos (43%) con enfermedades mentales graves que no recibieron ningún servicio de salud mental percibieron la necesidad de servicios en los últimos 12 meses (ASSMCA, 2016). Para lograr una mayor comprensión de estas cifras, es necesario considerar determinantes sociales como nivel económico y nivel de educación, acceso a servicios de salud mental, contar con amplia cobertura de seguro médico, ubicación geográfica y disponibilidad de transporte.

Sin duda, las barreras generadas por determinantes sociales, como bajo nivel de educación, pobre estabilidad económica y acceso limitado a los servicios de salud contribuyen a perpetuar inequidades en salud. La implementación de servicios de salud mental en hospitales generales ayuda a reducir las disparidades de salud asociadas a las barreras de acceso a servicios, especialmente en población socioeconómicamente desventajada. Sin duda, los hospitales generales son ambientes idóneos para identificar trastornos mentales, desarrollar intervenciones breves y facilitar la conexión del paciente con el sistema de salud especializado en el área de salud mental.

El enfoque de esta investigación fue lograr evidenciar los posibles factores que contribuyen al desarrollo de TDM en la muestra estudiada. Sin embargo, el diseño de nuestro estudio nos ayuda a explorar la existencia de relaciones entre variables, no establecer causalidad entre las mismas. Futuras investigaciones deben desarrollar diseños explicativos posiblemente con integración de grupos comparativos entre hombres y mujeres con presencia o ausencia de comorbilidades físicas y mentales.

**Tabla 3****Regresiones logísticas binarias: sexo biológico y diagnóstico de depresión actual**

Modelo de Regresión Logística Binaria no Ajustada							
	B	S.E.	Wald c <sup>2</sup>	p	OR	95% IC	
						Bajo	Alto
Constante	- .648	.056	135.85	< .001	.523	-	-
Femenino <sup>a</sup>	- .172	.071	5.81	.016	.842	.732	.968
Regresión Logística Binaria Ajustada							
Constante	- .850	.168	25.56	< .001	.427	-	-
Femenino <sup>a</sup>	- .316	.082	14.97	< .001	.729	.622	.856
Años (years)	- .009	.002	13.02	< .001	.991	.987	.996
Enfermedades desalud mental previas <sup>b</sup>	2.06	.168	25.56	< .001	7.87	6.73	9.21

*Note.* <sup>a</sup>: En comparación a masculinos. <sup>b</sup>: En comparación a no tener diagnóstico previo de salud mental.

**Discusión**

El objetivo principal de este estudio fue examinar la posibilidad de recibir un diagnóstico de TDM en hombres y mujeres hospitalizados con condiciones de salud física considerando determinantes sociales de la salud. Los resultados muestran que los hombres tuvieron 1.18 más posibilidades de recibir un diagnóstico de TDM que las mujeres de la muestra estudiada. Estos hallazgos retan la literatura existente que reporta una prevalencia mayor del TDM en mujeres que en hombres (Albert, 2015). Algunos trastornos como la depresión, la ansiedad y quejas somáticas afectan más a las mujeres, y tienden a ser más prolongados, presentan más recurrencias, mayor tendencia a la cronicidad y a la incapacidad que cuando se presentan en hombres (Turabian, 2018). Se han considerado factores tales como causas

biológicas, roles y normas sociales, antecedentes culturales, estilos de vida y las condiciones psicológicas para explicar esta diferencia entre mujeres y hombres (Yoon, et al., 2018). Inclusive, se ha descrito que las mujeres parecen ser más vulnerables a los efectos depresógenos de los procesos inflamatorios que los hombres (Bekhat & Neigh, 2018).

Sin embargo, la muestra del estudio está compuesta por pacientes con comorbilidades físicas (enfermedades cardiovasculares, enfermedades ortopédicas, enfermedades relacionadas a obstetricia y ginecología, gastrointestinales) y depresión. La depresión ha sido asociada a disminución de la calidad de vida, el aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad, pronósticos de salud no favorables, progresión rápida de las enfermedades y el aumento en el costo de los servicios (Simons, 2001). Los resultados de

este estudio generan preguntas para ser respondidas en futuros estudios que examinen si la depresión en población con comorbilidades físicas y mentales podría ser más alta en hombres en comparación a hombres sin comorbilidades.

El Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH por sus siglas en inglés) de Estados Unidos señala en un estudio que la depresión fue más común en personas entre los 18 y 25 años (NIMH, 2018). Aun cuando el promedio de las edades de los pacientes de la muestra estudiada está entre los 60 y 65 años, los resultados mostraron que a menor edad hay más probabilidad de ser diagnosticado con depresión. La OMS sostiene que el 15 % de adultos de 60 años o más sufre de algún trastorno de salud mental, sin embargo, sabemos que en pacientes con comorbilidades físicas este porcentaje puede aumentar. Las personas con enfermedades físicas crónicas tienen mayor riesgo a desarrollar depresión, e incluso, tener síntomas más severos de ambas condiciones (física y mental) (NIMH, 2021). El 80% de los adultos mayores de 65 años padecen al menos una enfermedad crónica y un 50% es afectado por más de una (Prasad et al., 2012). En Puerto Rico, el 10.7% de adultos mayores de 65 años son diagnosticados con TDM (Pagán et al., 2016). Por tanto, podemos decir que el promedio de edad de la muestra del estudio (66 años) es acorde a lo reportado por la literatura.

Por último, uno de cada tres pacientes (31%) evaluados por el PSPC reportaron haber recibido previamente un diagnóstico de salud mental, no obstante, el 69% de los pacientes atendidos reunieron criterios para un diagnóstico de salud mental actual. El Estudio de Necesidades de Salud Mental y Uso de Sustancias y Utilización de servicios, publicado por ASSMCA, publicó que casi la mitad de los adultos (43%) con enfermedades mentales graves que no recibieron ningún servicio de salud mental percibieron la necesidad de servicios en los

últimos 12 meses (ASSMCA, 2016). Para lograr una mayor comprensión de estas cifras, es necesario considerar determinantes sociales como nivel económico y nivel de educación, acceso a servicios de salud mental, contar con amplia cobertura de seguro médico, ubicación geográfica y disponibilidad de transporte.

Sin duda, las barreras generadas por determinantes sociales, como bajo nivel de educación, pobre estabilidad económica y acceso limitado a los servicios de salud contribuyen a perpetuar inequidades en salud. La implementación de servicios de salud mental en hospitales generales ayuda a reducir las disparidades de salud asociadas a las barreras de acceso a servicios, especialmente en población socioeconómicamente desventajada. Sin duda, los hospitales generales son ambientes idóneos para identificar trastornos mentales, desarrollar intervenciones breves y facilitar la conexión del paciente con el sistema de salud especializado en el área de salud mental.

El enfoque de esta investigación fue lograr evidenciar los posibles factores que contribuyen al desarrollo de TDM en la muestra estudiada. Sin embargo, el diseño de nuestro estudio nos ayuda a explorar la existencia de relaciones entre variables, no establecer causalidad entre las mismas. Futuras investigaciones deben desarrollar diseños explicativos posiblemente con integración de grupos comparativos entre hombres y mujeres con presencia o ausencia de comorbilidades físicas y mentales.

## Conclusión

El presente estudio evidenció que los hombres de la muestra estudiada tuvieron más probabilidad de recibir el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor que en mujeres, contrario a lo que reporta la literatura revisada. Nosotros creemos que la presencia de las enfermedades crónicas

tiene un rol muy importante que amerita ser estudiado. Además, consideramos que los factores sociales como nivel de educación, empleo e ingreso económico juegan un rol importante en el diagnóstico de TDM.

### Reconocimientos

Por último, agradecemos las aportaciones de los miembros del Comité Editorial de la Revista Salud y Conducta Humana (RSYCH), así como a la editora, Jennifer Morales-Cruz y aquellas personas que ayudaron a desarrollar y afinar nuestro pensamiento científico y clínico. Entendemos que esta información ayudará a formular mejor entendimiento sobre las diferencias por sexo biológico en la manifestación de depresión en un hospital general. Además, el presente proyecto recibió apoyo del Research Center for Minority Institutions (RCMI-U54MD007579). Nuestro agradecimiento al personal administrativo y clínico de Hospital Damas de Ponce por facilitar las operaciones del Programa de Servicios de Psicología Clínica con sede en dicho centro hospitalario.

### Referencias

- Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción. (2021). *Informe estadístico del programa integrado de intervención en crisis – Línea PAS*. <https://assmca.pr.gov/estadistica/Ao%20Fiscal%2020192020/Informe%20%20Anual%20L%C3%ADnea%20PAS%20AF%2019%2020.pdf>
- Albert, P. R. (2015). Why is depression more prevalent in women? *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 40(4), 219-221. <https://doi.org/10.1503/jjpn.150205>
- American Psychiatric Association. (2013). Cautionary statement for forensic use of DSM-5. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). APA.
- Brådvik, L. (2018). Suicide risk and mental disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph15092028>
- Brigitta, B. (2002). Pathophysiology of depression and mechanisms of treatment. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 4(1), 7-20. <https://doi.org/10.318877/DCNS.2002.4.1/bbondy>
- Brody, D., Pratt, L., & Hughes, J. (2018). *Prevalence of Depression Among Adults Aged 20 and Over: United States, 2013-2016*. Center for Disease Control and Prevention [CDC], 303 <https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db303.htm>
- Canadian Mental Health Association (2008). *Recommendations for preventing and managing coexisting chronic physical conditions and mental illness*. [https://ontario.cmha.ca/wpcontent/uploads/2008/12/cmha\\_chronic\\_disease\\_policy\\_paper\\_2008.pdf](https://ontario.cmha.ca/wpcontent/uploads/2008/12/cmha_chronic_disease_policy_paper_2008.pdf)
- Canino, G., Vila, D., Santiago-Batista, K., García, P., Vélez-Baez, G., & Moreda-Alegría, A. (2016). *Needs assessment study of mental health and substance use disorders and service Utilization among adult population of Puerto Rico*. <https://www.assmca.pr.gov>
- Daré, L. O., Bruand, P. E., Gérard, D., Marin, B., Lameyre, V., Boumédiène, F., & Preux, P. M. (2019). Co-morbidities of mental disorders and chronic physical diseases in developing and emerging countries: A meta-analysis. *BMC Public Health*, 19(1), 304.
- Engel, G. L., (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286),

- 129-136.  
<https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Geir, F. L., Schirmer, H., Wang, C. E. A., & Emanus, N. (2017). Ageing and mental health: Changes in self-reported health due to physical illness and mental health status with Consecutive cross-sectional analyses. *BMJ Open*, 7(1). <https://dx.doi.org/uprm.idm.oclc.org/10.1136/bmjopen-2016-013629>
- Greenberg, P. E., Fournier, A. A., Sistrisky, T., Pike, C. T., & Kessler, R. C. (2015). The economic burden of adults with major depressive disorder in the United States (2005 and 2010). *Journal of Clinical Psychiatry*, 76(2), 155-162. <https://doi.org/10.4088/JCP.14m09298>. PMID:25742202
- Jiménez, J., Rivera, D., Benítez, P., Tarrats, H., & Ramos, A. (2013). Intergrating mental health services into a general hospital in Puerto Rico. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 20(3), 294-301. <https://doi.org/10.1007/s10880-012-9352-x>
- Kang, E., Kim, S., Rhee, Y. E., Lee, J., & Yun, Y. H. (2020). Self-management strategies and Comorbidities in chronic disease patients: Associations with quality of life and Depression. *Psychol Health Med*, 26(8), 1031-1043. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.183858>
- National Institutes of Mental Health (2018 February) *Depression*. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>.
- Scott, G., Beauchamp-Lebrón, A. M., Rosa-Jiménez, A. A., Hernández-Justiniano, J., Ramos-Lucca, A., Asencio-Toro, G., & Jiménez-Chávez, J. (2021). Commonly diagnosed mental Disorders in a general hospital system. *International Journal of Mental Health Systems*, 15(61). <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00484-w>
- Simon, G. E. (2001). Treating depression in patients with chronic disease: Recognition and treatment are crucial; depression worsens the course of a chronic illness. *The Western Journal Medicine*, 175(5), 292-293. <https://doi.org/10.1136/ewj.175.5.292>
- Strine, T. W., Chapman, D. P., Kobau, R., Balluz, L., & Mokdad, A. H. (2004). Depression, anxiety, and physical impairments and quality of life in the U.S. Noninstitutionalized population. *Psychiatric Services*, 55(12), 1408-1413. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.55.12.1408>
- Pagán, N., Díaz, L., Vélez, J., & Carrión-Baralt, J. (2016). *Perfil de salud de la población de 65 años o más en Puerto Rico en 2013*. Universidad de Puerto Rico, Recinto de Ciencias Médicas. <https://estadisticas.pr/files/BibliotecaVirtual/estadisticas/biblioteca/UPR/InformePerfildeSaludedelaPoblacionde65omsenPuertoRicoen2013FINAL.pdf>
- Panchal, N., Kamal, R., & Garfield, R. (2021). *The implications of COVID-19 for mental health and substance use*. Kaiser Family Foundation. <https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/issue-brief/the-implications-of-covid-19-for-mental-health-and-substance-use/>
- Prasad, S., Sung, B., & Aggarwal, B. B. (2012). Age-associated chronic diseases require age-old Medicine: Role of chronic inflammation. *Preventative Medicine*, 54 Suppl (Suppl), S29-S37. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2011.11.011>
- Turabian, J. L. (2018). Gender differences in prevalence of chronic disease: Facts and Hypothesis; melody and

- harmony. *Journal of Public Health and General Medicine*, 1(1), 1-3. [https://www.researchgate.net/publications/328631494\\_Gender\\_Differences\\_in\\_Prevalence\\_of\\_Chronic\\_Diseases\\_Facts\\_and\\_Hypothesis\\_Melody\\_and\\_Harmony](https://www.researchgate.net/publications/328631494_Gender_Differences_in_Prevalence_of_Chronic_Diseases_Facts_and_Hypothesis_Melody_and_Harmony)
- Walker, J., Burke, K., Wanat, M., Fisher, R., Fielding, J., Mulick, A., Puntis, S., Sharpe, J., Esposti, M. D., Harris, E., Frost, C., & Sharpe, M. (2018). The prevalence of depression in general hospital inpatients: A systematic review and meta-analysis of interview-based studies. *Psychol Med*, 48(14), 2285-2298. doi:10.1017/S0033291718000624
- Williams, S.C., Schmaltz, S., Castro, G., & Baker, D. (2018). Incidence and method of suicide in hospitals in the United States. The Joint and the United States. The joint and Patient Safety, 44(11), 643-650. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2018.08.002>
- Yoon, S., & Kim, Y. K. (2018). Gender differences in depression. Y. K. Kim (Ed.). *Understanding Depression*. Springer.