

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN MUJERES MAYORES DE 18 AÑOS EN DOS COMUNIDADES RURALES DE LA REGIÓN CENTRAL DE HONDURAS

Prevalence of depression in women over the age of 18 in two rural communities of central Honduras

María D. Aguilar Pardo,¹ Daniel López Padilla,¹ Hugo Landa Oviedo,¹ Eleonora Espinoza,² Manuel Sierra,² Carlos Sosa,³ Denis Padgett,² Mauricio Gonzáles,² Jackeline Alger²

¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras (Médicos en Servicio Social periodo 2009-2010)

²Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras

³Hospital Psiquiátrico Nacional "Santa Rosita", Amaratéca, Francisco Morazán

RESUMEN. Antecedentes: El trastorno depresivo mayor es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres (20% vs. 12%). El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia y factores asociados a depresión en mujeres mayores de 18 años en comunidades rurales de Alubarén, Francisco Morazán, y Flores, Comayagua, Honduras. **Pacientes y Métodos:** El estudio fue realizado en dos fases, de Enero 2009 a Enero 2010. Inicialmente se realizó un estudio descriptivo transversal utilizando un muestreo aleatorio multietápico en mujeres mayores de 18 años y luego un estudio longitudinal siguiendo la cohorte de mujeres diagnosticadas con depresión mayor a las 6 y 12 semanas post-tratamiento antidepressivo. Se encuestaron entre los meses de Julio y Agosto, 2009, a 194 mujeres procedentes de Alubarén, Francisco Morazán y 249 procedentes de Flores, Comayagua, constituyendo una muestra de 443 mujeres. A cada participante se le solicitó consentimiento informado. El diagnóstico de depresión mayor se hizo utilizando el Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9). **Resultados:** La prevalencia de depresión mayor fue de 2.7% (95% IC 1.5- 4.8). Las mujeres que fueron víctimas de violencia doméstica de tipo físico y las que calificaron sus relaciones familiares como "regulares", resultaron más propensas que el resto de las mujeres encuestadas a padecer depresión mayor. Las mujeres diagnosticadas informaron 10 veces más dificultad en el desempeño de su trabajo. **Conclusión:** La prevalencia de depresión mayor fue relativamente baja (2.7%, IC95% 1.5% - 4.8%). Sin embargo, fue posible determinar asociaciones significativas en cuanto a la violencia física y el tipo de relaciones familiares. **Rev Med Hondur 2010;78(4):169-224.**

Palabras clave: Trastorno depresivo, Trastorno depresivo mayor, Asentamientos rurales, Salud de la mujer.

La depresión es un trastorno afectivo caracterizado por un sentimiento patológico de tristeza que se acompaña de síntomas somáticos, trastornos en los ciclos biológicos, pérdida del interés, sentimientos de culpa y hasta pensamientos de muerte.¹ Históricamente se han determinado condiciones predisponentes al padecimiento de depresión, mencionándose situaciones de estrés reciente como la pérdida de un familiar, pérdida de empleo y desastres naturales.² También se incluyen antecedentes familiares o personales de depresión, ancianidad y eventos en la mujer relacionados con cambios endocrinológicos, específicamente los relacionados con las hormonas sexuales.^{3,4} La depresión frecuentemente coexiste con otras enfermedades como artritis, dolor, diabetes y condiciones cardiovasculares.^{2,5} Asimismo, se han vinculado como factores de riesgo la violencia intrafamiliar, el desempleo, la desigualdad social y el consumo de sustancias tóxicas.⁶⁻⁹

La depresión afecta a unos 120 millones de personas en todo el mundo y se prevé que este número aumente.¹⁰ El trastorno depresivo mayor es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres con una prevalencia de vida que promedia el 20% y 12%, respectivamente.^{3,4} En un estudio acerca de los trastornos mentales

en Latinoamérica y el Caribe, se encontró que la prevalencia media de la depresión mayor en algún momento de la vida fue de un 8.7%, con un rango de 1.9% hasta un 19.6%, siendo estas tasas el doble en mujeres.¹¹ Un estudio realizado en 2001 por el Postgrado de Psiquiatría de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), sobre los trastornos mentales en la población mayor de 18 años en 29 comunidades urbanas, informó una prevalencia de episodio depresivo mayor de 26.4%, con una mayor prevalencia en el sexo femenino en comparación al masculino (24% y 13.2%, respectivamente).¹² Otro hallazgo importante de este mismo estudio fue una mayor prevalencia en las edades comprendidas entre los 19 y 30 años (37% del total de casos).¹²

En un estudio realizado en 1999 en la comunidad de Villa Nueva, Región Metropolitana, se determinó que la prevalencia de la depresión era del 13.1% en la población mayor de 15 años, con una prevalencia mayor en el sexo femenino (11.4%) que en el masculino (3.9%), siendo el grupo de edad más afectado el comprendido entre los 15 y 29 años (6.4%).¹³

A pesar de que la depresión puede ser diagnosticada de manera confiable en atención primaria, su manejo frecuentemente se vuelve insatisfactorio e inefectivo.¹⁴ La medicación antidepressiva, sumada a esquemas psicoterapéuticos oportunos y estructurados, es efectiva en el 60-80% de los afectados y puede ser brindada en la atención primaria. No obstante, menos del 25% de los casos

Recibido 10/06/2010, aceptado con modificaciones menores 18/12/2010
Correspondencia: Dra. Eleonora Espinoza, Unidad de Investigación Científica, 2do. Piso, Edificio Administrativo, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Tegucigalpa, Honduras. Correo-E: eleo22@hotmail.com

(en algunos países menos del 10%) reciben tales tratamientos.¹⁵ No existe en nuestro país evidencia suficiente sobre esta patología que ponga de manifiesto la necesidad de mejorar las estrategias de atención primaria para la detección temprana y el manejo oportuno. Este estudio se realizó con el objetivo de determinar la prevalencia de depresión en mujeres mayores de 18 años en las comunidades de Alubarén, Francisco Morazán y Flores, Comayagua, identificando factores asociados y determinando la respuesta terapéutica de pacientes tratadas, y así proponer recomendaciones a la Secretaría de Salud para un diagnóstico oportuno y un manejo adecuado. El estudio se deriva de una investigación diseñada por el personal docente de la Unidad de Investigación Científica (UIC), Facultad de Ciencias Médicas (FCM), como parte de una estrategia innovadora para promover la investigación nacional de temas prioritarios de salud en Honduras, utilizando la metodología "Aprender Haciendo".

PACIENTES Y MÉTODOS

El estudio se realizó en el período comprendido de Enero de 2009 a Enero de 2010 en las comunidades de Alubarén, Francisco Morazán, y Flores, Comayagua, y se realizó en dos etapas. En una primera etapa se realizó un estudio descriptivo transversal usando un muestreo aleatorio multi-etápico de mujeres mayores de 18 años. En la segunda etapa se realizó un estudio longitudinal siguiendo a la cohorte de mujeres diagnosticadas y tratadas por depresión a las 6 y a las 12 semanas post tratamiento.

En Alubarén, Francisco Morazán, se seleccionaron al azar tres de los 12 caseríos: Común, Carreto y Santa Rita y se encuestó un total de 194 mujeres. En Flores, Comayagua, se seleccionaron al azar tres de los 17 caseríos: El Higuito, Las Mercedes y el Casco central de Flores y se encuestó un total de 249 mujeres. Una vez seleccionadas las comunidades, se procedió a tomar una muestra al azar de viviendas y en cada casa seleccionada se hizo un sorteo cuando morasen en la vivienda más de una mujer mayor de 18 años.

Para el diagnóstico de depresión mayor se utilizó el cuestionario denominado Patient Health Questionnaire-9 (PHQ9). La recolección de datos se realizó entre los meses de Julio y Agosto del año 2009. En este proceso se contó con el apoyo del personal que labora de forma permanente en los CESAMOS de ambas comunidades. La información fue tabulada electrónicamente usando el programa de procesamiento y análisis de datos Epi-Info 3.5.1 para Windows (CDC, Atlanta, EUA). La prevalencia se estimó en base al número de mujeres identificadas con depresión (numerador) y el número de mujeres entrevistadas (denominador). Para determinar las diferencias entre las mujeres con y sin depresión y las variables estudiadas, se utilizó razones de disparidad (Odds Ratio, OR), intervalos de confianza del 95% y un valor de *p* menor de 0.05%.

A cada persona participante se solicitó consentimiento informado, en el cual se explicó el propósito del estudio. En la explicación brindada a cada participante, se hizo énfasis en que la participación era voluntaria y que la información se manejaría confidencialmente por el investigador y el grupo de docentes de la UIC. Las mujeres diagnosticadas con depresión mayor fueron tratadas de acuerdo al esquema de tratamiento de la Secretaría de Salud.

RESULTADOS

Características socio-demográficas de la población encuestada y antecedentes.

Entre las 443 mujeres participantes, el grupo poblacional predominante fue el de 18 a 30 años que constituyó el 41.5% (184). El 86.7% (384) sabía leer y escribir y aproximadamente el 60.3% (267) tenía al menos seis años de estudios de educación primaria. La mayoría de las mujeres (74.3%) tenía una pareja estable al momento de ser entrevistadas (casadas y en unión libre). Con respecto a la fuente de ingresos, el 70.9% (314) de las mujeres era dependiente económicamente, solo el 28.0% (124) contaba con una fuente de ingresos propios o compartidos (Cuadro 1).

Como se observa en el Cuadro 2, el 57.6% (255) de las encuestadas tenía al menos un hijo menor de 10 años. En lo que se refiere a los hábitos personales, de las 443 mujeres encuestadas, el 6.8% (30) afirmó haber tenido algún tipo de problema, familiar o de trabajo, relacionado con el consumo de alcohol en los últimos 6 meses y un 4.7% (21) afirmó su consumo reciente. Ninguna aseveró haber consumido otra sustancia tóxica durante los últimos seis meses, pero dos mujeres (0.5%) informaron haber tenido problemas relacionados con el consumo de drogas por terceras personas. En cuanto a la presencia de comportamientos violentos intrafamiliares, el 21.4% (95) refirió haber estado expuesta. Respecto al tipo de violencia del que habían sido objeto, el 19.2% (85) refirió que había sido verbal, 6.1% (27) de tipo físico, 3.4% (15) psicosocial y 0.2% (1) había sido víctima de violencia de tipo sexual. Cuando fueron

Cuadro 1. Características socio-demográficas de las mujeres encuestadas en las comunidades de Alubarén, Francisco Morazán, y Flores, Comayagua, Julio y Agosto 2009, N= 443.

Características	N (%)
Edad (años)	
18-30	184 (41.5)
31-40	107 (24.2)
41-50	68 (15.3)
> 50	84 (19.0)
Alfabetismo (sabe leer)	
Si	384 (86.7)
No	59 (13.3)
Escolaridad	
Ninguno	59 (13.3)
Primaria incompleta	117 (26.4)
Primaria completa	114 (25.7)
Secundaria incompleta	100 (22.6)
Secundaria completa	20 (4.5)
Universitaria incompleta	33 (7.4)
Estado Civil	
Casada	139 (31.4)
Soltera	88 (19.9)
Unión libre	190 (42.9)
Viuda	22 (5.0)
Divorciada	3 (0.6)
No Contestó	1 (0.2)
Ingresos	
Propios	66 (14.9)
Compartidos	58 (13.1)
Completamente dependiente	314 (70.9)
Ninguno	5 (1.1)

Cuadro 2. Antecedentes personales de las mujeres encuestadas en las comunidades evaluadas (N= 443).

Antecedentes	N (%)
Número de hijos menores de 10 años	
0	188 (42.4)
1	130 (29.3)
2	87 (19.6)
3	32 (7.2)
4	4 (1.0)
5	2 (0.5)
Consumo de alcohol en los últimos 6 meses	
Si	21(4.7)
No	422 (95.3)
Problemas personales relacionados a consumo de alcohol en los últimos 6 meses	
Si	30 (6.8)
No	413 (93.2)
Consumo de drogas en los últimos 6 meses	
Si	0 (0.0)
No	443 (100.0)
Problemas personales relacionados a consumo de drogas en los últimos 6 meses	
Si	2 (0.5)
No	441 (99.5)
Comportamientos violentos en su familia	
Si	95 (21.4)
No	348 (78.6)
Tipo de violencia	
Verbal	85 (19.2)
Físico	27 (6.1)
Psicosocial	15 (3.4)
Sexual	1 (0.2)
Relaciones familiares	
Muy buenas	100 (22.6)
Buenas	231 (52.1)
Regulares	86 (19.4)
Malas	14 (3.2)
No Contestó	12 (2.7)
Padece de alguna enfermedad	
Si	108 (24.4)
No	335 (75.6)

consultadas sobre sus relaciones familiares, el 22.6% (100) las catalogó como "Muy buenas", el 52.1% (231) como "Buenas", 19.4% (86) como "Regulares", 3.2% (14) las consideró "Malas" y el 2.7% (12) no contestó. El 24.4% (108) de las mujeres refirió padecer alguna enfermedad; las enfermedades más comúnmente informadas fueron hipertensión arterial, asma bronquial, diabetes mellitus y colon irritable.

Prevalencia de depresión y factores asociados

De las 443 mujeres encuestadas, se diagnosticaron 12 casos de depresión mayor, cinco en Alubarén y 7 en Flores, para una prevalencia de 2.7% (IC95% 1.5% - 4.8%). Al relacionar la exposición a factores de riesgo y la presencia o no de depresión mayor, se determinó que las mujeres que informaron comportamiento violento en la familia se asociaron con mayor frecuencia a depresión mayor (Cuadro 3). El antecedente de violencia física se asoció de manera estadísticamente significativa (OR=5.7, IC95% 1.1-25.0, p=0.03) y el antecedente de violencia verbal se asoció de manera marginal (OR=3.1, IC95% 0.8-11.4, p=0.05). Adicionalmente, las mujeres que

informaron relaciones familiares "regulares" y "malas", se asociaron con mayor frecuencia con depresión mayor y esta asociación fue estadísticamente significativa para las que informaron relaciones familiares "regulares" (OR= 4.4, IC95% 1.1-15.9, p=0.02) y marginal para las que informaron relaciones familiares "malas" (OR= 7.0, IC95% 0.9-40.3, p=0.06).

Al analizarse el grado de dificultad para desempeñarse en el trabajo, las pacientes con depresión mayor tuvieron una probabilidad más alta que las mujeres sin depresión de tener algún grado de dificultad (OR=10.8, IC95% 2.2-72.9, p= 0.0006). Los otros factores de riesgo estudiados: edad, escolaridad, pareja actual, ingresos, hijos menores de 10 años, consumo de alcohol y enfermedades concomitantes, no se encontraron asociados de manera estadísticamente significativa (Cuadro 3).

Solo 8 de las 12 mujeres diagnosticadas con depresión (66.7%), asistieron a la cita para iniciar tratamiento. De éstas, 5 (62.5%) iniciaron el esquema indicado que consistió en amitriptilina a dosis de 75 mg diarios. A las 6 y 12 semanas post-tratamiento, 4 (80.0%) cumplieron todo el esquema, con mejoría evidente de los síntomas; una de ellas lo abandonó por efectos secundarios, especialmente cefalea y náuseas.

DISCUSIÓN

Nuestro estudio ha determinado la prevalencia de depresión mayor en mujeres mayores de 18 años en dos comunidades rurales de la región central de Honduras, el municipio de Alubarén, Francisco Morazán, y la comunidad de Flores, municipio de la Villa de San Antonio, Comayagua. El valor determinado de prevalencia de 2.7% (IC95% 1.5-4.8) es inferior a lo informado por estudios en comunidades rurales de otros países,^{16,17} con valores que oscilan entre 5.8% y 9%. También es inferior a la prevalencia encontrada en estudios locales (11.4% y 24%), aunque en comunidades urbanas.^{12,13}

Al comparar diferentes variables sociodemográficas entre las mujeres con y sin depresión, no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. En relación a la edad, algunos autores han estimado las edades promedio de apareamiento de la enfermedad en el rango de 25 a 30 años.¹⁸ Esto contrasta con otros estudios donde la prevalencia más alta se ha encontrado en personas mayores de 45 años.¹⁹ En nuestro estudio el 66.7% de las mujeres con depresión mayor era menor de 50 años.

Con respecto a la escolaridad, en el estudio de Matud y colaboradores sobre relevancia de variables sociodemográficas en las diferencias de género, se determinó que la depresión fue mayor a menor nivel de escolaridad.⁶ En nuestro estudio, 9 (75%) de las 12 mujeres con depresión mayor sabían leer y escribir y el 50% completó al menos seis años de estudio. A pesar de la ausencia de significancia estadística, es importante resaltar que ninguna de las mujeres que cursaron educación universitaria fue diagnosticada con depresión mayor, por lo que se podría considerar que la profesionalización constituye un factor protector hacia esta patología.

Con referencia al estado civil, en un estudio realizado en zonas urbanas de México se establecieron prevalencias más altas de depresión en mujeres viudas, separadas o divorciadas (18.3%) que en las solteras (13.2%) o casadas (5.3%).²⁰ En nuestro estudio se

Cuadro 3. Características comparativas entre mujeres con y sin depresión en las comunidades estudiadas (N= 443).

Características	Con Depresión N=12 (%)	Sin Depresión N=431 (%)	OR (IC95%)	P
Edad				
>50 años	4 (33.4)	80 (18.5)	2.2	NS
≤50 años	8 (66.7)	351 (81.5)	(0.5-8.3)	
Escolaridad				
Ninguna	3 (25.0)	56 (12.9)	2.2	NS
Algún grado escolaridad	9 (75.0)	375 (87.1)	(0.5-9.4)	
Tiene pareja				
Unión Libre / Casada	10 (83.3)	319 (74.0)	1.8	NS
Soltera / Divorciada / Viuda	2 (16.7)	112 (26.0)	(0.3-11.8)	
Ingresos				
Completamente dependiente	9 (75.0)	310 (71.9)	1.2	NS
Propios / Compartidos	3 (25.0)	121 (28.1)	(0.3-5.6)	
Tiene hijos menores de 10 años				
Uno o más	8 (66.6)	247 (57.3)	1.5	NS
No	4 (33.4)	184 (42.7)	(0.4-6.0)	
Ha consumido alcohol				
Sí	1 (8.3)	20 (4.6)	1.9	NS
No	11 (91.7)	411 (95.4)	(0.3-13.5)	
Comportamiento violento en familia				
Sí	5 (41.7)	90 (20.9)	2.7	0.08
No	7 (58.3)	341 (79.1)	(0.7-9.8)	
Violencia verbal				
Sí	5 (41.7)	80 (18.5)	3.1	0.05
No	7 (58.3)	351 (81.5)	(0.8-11.4)	
Violencia Física				
Sí	3 (25.0)	24 (5.5)	5.6	0.03
No	9 (75.0)	407 (94.5)	(1.1-25.0)	
Relaciones Familiares Regulares				
Sí	6 (50.0)	80 (18.5)	4.4	0.02
No	6 (50.0)	351 (81.5)	(1.2-15.9)	
Relaciones familiares Malas				
Sí	2 (16.7)	12 (2.8)	7.0	0.06
No	10 (83.3)	419 (97.2)	(0.9-40.3)	
Padece enfermedad				
Sí	5 (41.7)	103 (23.9)	2.3	NS
No	7 (58.3)	328 (76.1)	(0.6-8.2)	
Dificultad en el trabajo*				
Algún grado de dificultad	10 (83.3)	98 (31.6)	10.8	0.0006
Nada en absoluto	2 (16.7)	212 (68.4)	(2.2-72.9)	

* N= 310, pacientes que respondieron a la pregunta sobre dificultades en el trabajo. NS= no significativo.

encontró que el 83.3% de las mujeres depresivas informaron tener pareja estable. Por otro lado, no se encontró asociación entre la dependencia económica y la presencia de depresión, lo cual concuerda con lo informado por otros autores que determinaron que la relación entre estatus laboral y depresión son hasta la fecha inconsistentes; sin embargo, en estudios previos sí se encontró tal relación.^{17,21} De igual forma, no se encontró asociación entre el consumo de alcohol u otras drogas y el diagnóstico de depresión, aunque hay informes que establecen una relación entre la depresión mayor y las conductas de alto riesgo.^{22,23} La cantidad de hijos menores de 10 años tampoco demostró asociación con el diagnóstico de depresión, lo cual ha sido tomado en consideración por estudios previos, sin haber resultados concluyentes.²⁴

Aunque nuestro estudio determinó una asociación estadística marginal entre la exposición a comportamiento violento en la

familia en general y depresión mayor, sí se encontró una asociación estadísticamente significativa respecto al tipo de violencia al que había sido sometida la paciente. Nuestros datos indican que las mujeres víctimas de violencia física se asociaron casi seis veces más a depresión mayor. La violencia intrafamiliar puede considerarse un evento de vida traumático que ha sido firmemente establecido y comprobado científicamente como factor contribuyente en el desarrollo de depresión en diversos estudios, por lo que en los últimos años ha crecido el interés en el conocimiento del impacto que genera la violencia, en especial el abuso sexual, en el desarrollo y manifestación de la depresión en mujeres.^{7,8,25}

De acuerdo a un estudio presentado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en 2009, el 75% de las mujeres hondureñas es víctima de la violencia de cualquier índole, mientras que casi todas las mujeres en Honduras han experimentado violencia física en algún momento de sus vidas.²⁶ Referente al tipo de relaciones familiares, se estableció una asociación significativa (4 veces mayor) entre aquellas mujeres que consideraron sus relaciones como "Regulares" y depresión mayor, correspondiendo el 50% de las diagnosticadas en esta categoría, lo que sugiere un apoyo social inadecuado y una mayor dificultad en las relaciones interpersonales que es exacerbada y complicada por la depresión misma. El rol social de maternidad no deseada, atención diligente y solícita a los hijos y pareja, multiparidad y dependencia económica que la mujer funge en el seno de su familia, nos hace pensar en lo imprescindible que se vuelve para una

mujer considerarse en una célula familiar que funcione armoniosamente.^{24,27}

En pacientes con depresión mayor, los síntomas provocan malestar clínicamente significativo aunado o no a deterioro social y laboral,^{4,5} lo cual concuerda con los resultados encontrados en nuestro estudio, donde el grado de dificultad referido por las mujeres diagnosticadas demostró una asociación estadísticamente significativa. Estos resultados demuestran la importancia del diagnóstico precoz y atención oportuna de este trastorno con el propósito de disminuir el impacto negativo que ocasiona en el desenvolvimiento social y laboral de la persona afectada. Desafortunadamente, la falta del apego al tratamiento no nos permitió evaluar adecuadamente la respuesta terapéutica en nuestro estudio. Nuestros resultados indican que aunque en baja prevalencia, la depresión mayor se encuentra entre las mujeres mayores de 18 años en zonas rurales de

Honduras y que los factores mayormente asociados fueron aquellos relacionados con violencia y relaciones regulares o malas en la familia. Por lo tanto, el abordaje de este problema salud debe ser médico y social.

AGRADECIMIENTO. A los habitantes de las comunidades de

Alubarén, Francisco Morazán y Flores, Comayagua, especialmente al personal de Enfermería que labora en sus Centros de Salud, por su incondicional apoyo. Se reconoce y agradece a todas las mujeres que participaron en este estudio.

REFERENCIAS

1. Menchon JM, Urretavizcaya M. Trastornos afectivos. Grupo Aula Médica Madrid, España, 2000; 8-34.
2. Bromberguer J. A Psychosocial understanding of depression in women: for the primary care physician. *J Am Womens Assoc* 2004;59(3):198-206.
3. Noble R. Depression in women. *Metabolism* 2005;54(1):49-52.
4. Accortt E, Freeman M, Allen J. Women and major depressive disorder: clinical perspectives on causal pathways. *J Womens Health* 2008;17(10):1583-90.
5. Goldbacher EM, Bromberger J, Matthews KA. Lifetime history of major depression predicts the development of the metabolic syndrome in middle-aged women. *Psychosom Med* 2009;71(3):266-72.
6. Matud M, Guerrero K, Matías R. Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *Int J Clin Health Psychol* 2006;6(1):7-21.
7. Patró R, Corbalán F, Limiñana R. Depresión en mujeres maltratadas: relaciones con estilos de personalidades, variables contextuales y de la situación de violencia. *Anales de Psicología* 2007;23(1):118-24.
8. Rivera L, Allen B, Rodríguez G, Chávez R, Lazcano E. Violencia durante el noviazgo, depresión y conductas de riesgo en estudiantes femeninas (12-24 años). *Salud Pública Mex* 2006;48(2):288-96.
9. López Ramírez ME, López del Castillo A. Relación del alcoholismo con los trastornos de la personalidad en una muestra mexicana. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* 2007;10(1).
10. World Health Organization. Sección: Datos y Cifras – 10. Datos sobre la carga mundial de enfermedad. Ginebra: World Health Organization; 2009.
11. Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, Kohn R, Torres S. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en Latinoamérica: Revisión crítica. *Rev Colomb Psiquiatr* 2005; 34(4).
12. Chirinos A, Munguía A, Lagos A, Salgado J, Reyes A, Padgett D, Donaire I. Prevalencia de trastornos mentales en la población mayor de 18 años en 29 comunidades urbanas de Honduras, 2001. *Rev Med Post UNAH (Teg)* 2002; 7(1):42-48.
13. Paz A, Moncada R, Sosa C, Romero M, Murcia H, Reyes A. Prevalencia de trastornos mentales en la comunidad de Villa Nueva, Región Metropolitana. *Rev Med Post UNAH (Teg)* 1999;4(1): 74-85.
14. Araya R, Flynn T, Rojas G, Fritsch R, Simon G. Cost-effectiveness of a primary care treatment program for depression in low-income women in Santiago, Chile. *Am J Psychiatry* 2006;163(8):1379-87.
15. World Health Organization. Ginebra: World Health Organization; 2009. Sección: Programmes and Projects / Mental Health / Disorders Management / Depression.
16. Belló M, Puentes-Rosas, Medina-Mora, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública Mex* 2005;47(1).
17. Hasin D, Goodwin R, Stinson F, Grant B. Epidemiology of the major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62(10):1097-1106.
18. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62(6):593-602.
19. Gómez-Restrepo C, Bohórquez A, Pinto Masís D, Gil Laverde J, Rondón Sepúlveda M, Díaz-Granados N. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Rev Panam Salud Pública* 2004;16(6):378–86.
20. Berenson S, Tiburcio M, Medina-Mora M. Variables demográficas asociadas con la depresión: diferencias entre hombres y mujeres que habitan en zonas urbanas de bajos ingresos. *Salud Mental* 2005; 28(6).
21. Lara M, Acevedo M, Berenson S. La depresión femenina vista desde la subjetividad de las mujeres. *Cadernos de Saúde Pública* 2004; 20(3): 818-28.
22. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001 - Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001. Serie Informe sobre la salud en el mundo.
23. Rivera L, Allen B, Rodríguez G, Chávez R, Lazcano E. Violencia durante el noviazgo, depresión y conductas de riesgo en estudiantes femeninas (12-24 años). *Salud Pública Mex* 2006;48(2):288-96.
24. Carreño J, Morales F, Sánchez C, Henales C, Espíndola J. Una explicación de los síntomas de depresión y ansiedad en mujeres estériles. *Ginecol Obstet Mex* 2007;75(3):133-41.
25. Kendler K, Gardner C, Prescott C. Toward a comprehensive developmental model for major depression in woman. *Am J Psychiatry* 2002;159(7):1133-45.
26. Redacción El Heraldo. 75 por ciento de las hondureñas es víctima de la violencia. *Diario El Heraldo*. 9 de Marzo de 2009; Sucesos: 76.
27. Meza Rodríguez T. Depresión como entidad médico psiquiátrica. *ALCMEON Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica* 2007;14(2):13-25.

SUMMARY. Background: Major depression disorder is twice more frequent in women and men (20% vs. 12%). The objective of this study was to determine the prevalence of depression and associated factors in women over the age of 18 in rural communities of Alubarén, Francisco Morazán, and Flores, Comayagua, Honduras. **Patients and methods:** This study was developed in two phases, during the period January 2009 – January 2010. Initially a cross sectional study was conducted based on a multistage random sampling of women over the age of 18. Afterwards, a longitudinal study was used to follow the cohort of women diagnosed with major depression at 6 and 12 weeks post anti depressive treatment. A survey was applied to 194 women over the age of 18 in villages of Alubarén, Francisco Morazán, and to 249 from Flores, Comayagua, during the months of July and August 2009 (total sample was 443 women). Each participant was asked for an informed consent. The cases of major depression were detected using the Patient Health Questionnaire9 (PHQ-9). **Results:** The prevalence of Major Depression was 2.7% (95% CI 1.5- 4.8). Women who had been exposed to domestic violence especially the physical type and the ones who described their family relationships as “regular” were more likely to suffer depression than those who didn’t. It was 10 times harder for women with major depression to perform at work. **Conclusion:** The prevalence of major depression was of 2.7% (IC95% 1.5% - 4.8%). Nevertheless, it was possible to determine significant associations regarding physical violence and the type of family relationships. **Rev Med Hondur** 2010;78(4):169-224.

Keywords: Depressive Disorder, Major Depressive Disorder, Rural settlements, Women’s health.