

CLASIFICACION Y EPIDEMIOLOGIA DE LA DEPRESION EN COSTA RICA(*) SIMPOSIO SOBRE DEPRESION

A. Gallegos A. **

Reconocer y describir las partes, diferenciando unas de otras y dándoles un nombre propio, es tarea del hombre desde que desarrolló su actividad mental superior. Esa actividad del conocimiento es el diagnóstico. Con las partes descritas y diferenciadas, el ordenarlas desde algún punto de vista, es la clasificación. Los sumerios y egipcios describieron, sin clasificar, la histeria y la melancolía. Más tarde, en la medicina greco-romana se diagnosticaron más cuadros, que hoy clasificaríamos dentro de los padecimientos mentales. Un primer intento clasificatorio se le debe a Wm. Cullen, quien inspirado por la clasificación sistemática de los seres vivos de Linneo, desarrolló una nosología de las enfermedades mentales, introduciendo el término de neurosis (Siglo XVIII) Pinel, a principios del Siglo XIX (Cuadro Nº 1) esbozó una clasificación simple, eminentemente clínica (1). En el curso de ese siglo se fueron añadiendo numerosos cuadros clínicos, y las clasificaciones (Esquirol, Kraepelin, etc.) abundaron, casi siempre manteniéndose dentro del marco de la Psicología Clásica, describiendo las alteraciones del pensamiento, voluntad, sentimiento, apetitos inferiores. Hacia 1906 Bonhoeffer contribuyó con nuevas ideas a la clasificación existente. No se puede dejar de mencionar a Freud y las escuelas derivadas del pensamiento psicoanalítico, con la contribución a la clasificación, con el estudio de neurosis y psiconeurosis, y sus explicaciones psicogenéticas. La clasificación propuesta por Adolf Meyer en 1936 permeó de manera tal la psiquiatría norteamericana, que el término "reacción" fue utilizado en el primer Manual Diagnóstico Estadístico de trastornos mentales (D.S.M.I), aparecido en 1952. Además del interés clínico, la clasificación de enfermedades es indispensable para las estadísticas en salud, especialmente en su aplicación a la epidemiología. Con ese propósito, e iniciándose con la estadística de las causas de muerte, en varios Congresos (Bruselas 1853; Viena 1891), se produjo la nomenclatura internacional de las causas de defunción (1). No fue sino hasta el 6º Congreso en 1946, que se inicia la primera clasificación por morbilidad. (7a. Clasificación internacional de enfermedades; la 8a. apareció en 1968 y la 9a. o actual, entró en vigencia en 1979). La Asociación Psiquiátrica Americana ha seguido muy de cerca esa evolución acomodándose a los dígitos propuestos internacionalmente en su D.S.M. II y recientemente en el D.S.M. III.

Este preámbulo al tema que me ocupa tendrá mayor significado si realizamos el hecho que hace 2.600 años en Sumeria o Grecia, hace doscientos años en Francia y Alemania, así como en las múltiples clasificaciones producidas durante este último período, con el nombre de

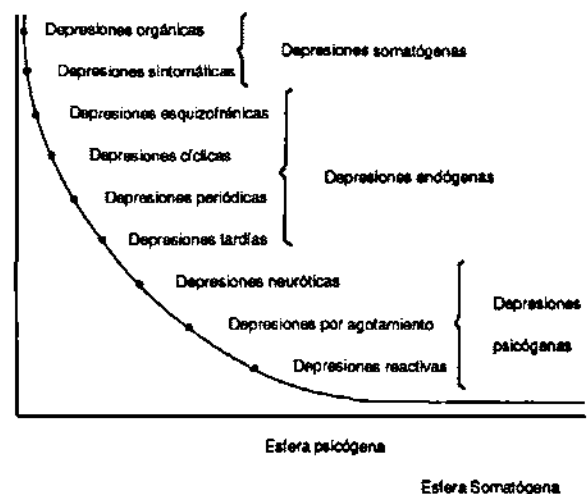
melancolía, de depresión, de timergasia, de hipertimia dolorosa, distimias o desmoralización, el concepto de tristeza anormal siempre ha estado presente como una enfermedad. (Cuadro 1).

CUADRO Nº1
CLASIFICACION DE LA ALIENACION MENTAL SEGUN PHILLIPE PINEL

- Manía
- Melancolia
- Demencia
- Idiotez

Partiendo del hecho de que la depresión se haya diagnosticado, al especialista en psiquiatría y algunos pocos médicos internistas les interesará definir el tipo de depresión, ya que el tratamiento a aplicar y el pronóstico van ligados a como la nombremos. La primera división que por largo tiempo se hizo, era en depresión de magnitud psicótica, menor o neurótica. En escuelas europeas, el equivalente aproximado es el ser depresiones endógenas o exógenas. En 1966, Kielholz logró una clasificación de los estados depresivos de tipo nosológico, sin ahondar en la magnitud clínica o sea, sin tomar en cuenta la polaridad psicótica-neurótica (Cuadro Nº 2). Más recientemente y con base en estudios biogénéticos Winokur (6) , ha dado otra clasificación (Cuadro Nº 3). La clasificación y la etiología en conjunto y como un esfuerzo totalista, se presenta el Cuadro Nº (4). También, la experiencia farmacológica ha impulsado a algunos autores a clasificar las depresiones desde el punto de vista psicofarmacológico: Zoch (Cuadro Nº 5) (7).

CUADRO Nº 2
CLASIFICACION NOSOLOGICA DE LOS ESTADOS DEPRESIVOS
(Kielholz, 1966)



* Por invitación al IX Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana. - San Luis de Potosí, 1985.

** Coordinador Nacional Ejecutivo de Salud Mental - Costa Rica.

CUADRO Nº 3

CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS
POR LA BIOGENESIS SEGUN WINOKUR

Depresión primaria	Bipolar	
	Unipolar	Depresiva pura Espectro depresivo Atípica Equivalentes depresivos
Depresión secundaria		a trastorno psiquiátrico (esquizofrenia, histeria, alcoholismo)
		a trastornos médico-quirúrgico severos

CUADRO Nº 4

CLASIFICACION DE LA DEPRESION POR LAS
PROBABLES ETIOLOGIAS, Y LA INTENSIDAD
CLINICA (Gallegos)

	Intensidad Clínica	Neurótica Psíquica	PSICOGENA O REACTIVA	ENDOGENA
			- Depresión psicótica reactiva	- Melancolía - Depresión - Trastorno afectivo psicótico - Depresión monopolar - Depresión en trastorno bipolar
			- Neurosis depresivo-ansiosa - Neurosis depresiva o distimia - Duelo	- Equivalentes somáticos - Enf. espectro-depresiva - Trastorno afectivo no psicótico monopolar, - Depresión bipolar - Depresión leve delictotímica
Etiología				

CUADRO Nº 5

TIPOS DE DEPRESIONES UTILES PARA ESCOGER
POR LA ORIENTACION LA TERAPEUTICA
PSICOFARMACOLOGICA (Zoch)

- Tristeza normal o duelo	- Duelo prolongado
- Depresión Típica	- Depresión atípica
- Depresión retardada	- Depresión agitada
- Depresión neurótica	- Depresión psicótica
- Depresión reactiva	- Depresión endógena
- Depresión unipolar	- Depresión bipolar

CUADRO Nº 6

TRASTORNOS AFECTIVOS - CLASIFICACION
INTERNACIONAL - D.S.M. III

CIE-9

290.2 Demencia senil tipo depresivo
 295.7 Psicosis esquizo-afectiva
 296 Psicosis afectivas
 296.1 Psicosis maníaco depresiva, tipo depresiva
 296.2 Psicosis maníaco depresiva, tipo circular.
 296.8 Otras
 298.0 Psicosis depresiva reactiva
 300.4 Depresión neurótica
 301.1 Personalidad depresiva
 309.0 Reacción depresiva breve.
 309.1 Reacción depresiva prolongada
 311 Trastorno depresivo no clasificado en otra parte

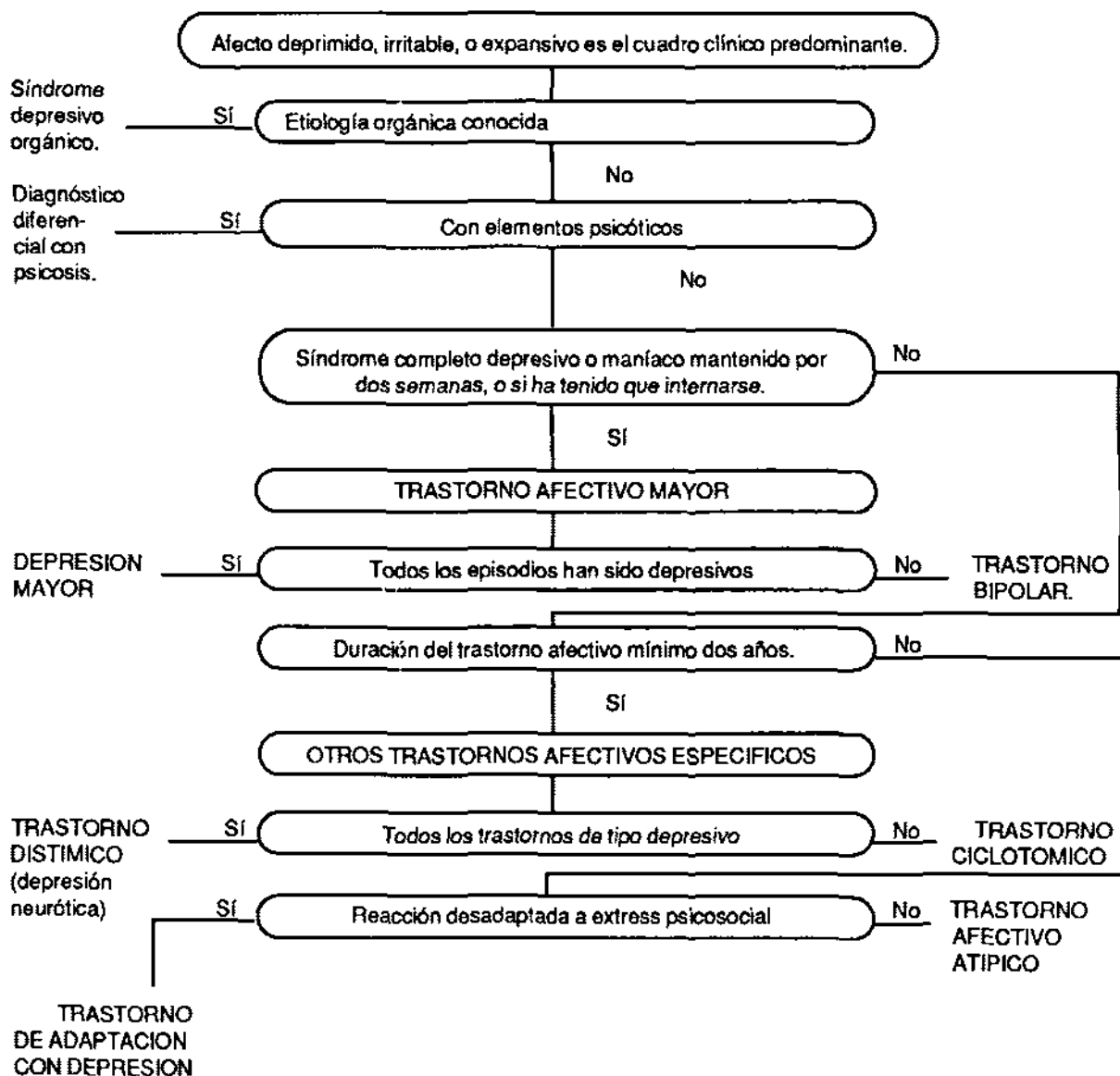
D.S.M. III

290.21 Trastorno mental orgánico con depresión.
 296 Trastornos afectivos mayores
 296.1 Episodio depresivo mayor
 296.2X Episodio depresivo mayor único.
 296.3X Episodio depresivo mayor, recurrente.
 296.5X Trastorno bipolar tipo depresivo.
 296.75 Trastorno bipolar atípico.
 296.82 Depresión atípica.
 300.40 Trastorno distímico
 301.13 Trastorno ciclo tímico
 309.00 Trastorno de adaptación con humor deprimido

La clasificación del D.S.M. III puede completarse con el siguiente esquema para diagnóstico diferencial de los trastornos afectivos (Cuadro Nº 7). La epidemiología de la depresión, tomando una definición amplia, tiene muchos estudios que dan números bastante aproximados. Entre 10 y 20% de los ciudadanos tendrá una depresión clínica; es variable la apreciación de la tasa de deprimidos tratados por el médico general; en general

dan cifras bajas, cifras más bajas aún son las de los deprimidos que consultan al psiquiatra. Coinciden que la frecuencia es tres veces mayor en la mujer, y también que en el mundo hay entre 100 y 200 millones de deprimidos (Cuadro N° 8). Tomado de Hollister, en el Cuadro N° 9 vemos que más del cincuenta por ciento de mil consultas psiquiátricas fueron por depresión.

CUADRO Nº 7
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL EN TRASTORNO DEL AFECTO (HUMOR)



CUADRO Nº 8

VARIABLES EPIDEMIOLOGICAS DE LA DEPRESION REPORTADAS POR DIVERSOS AUTORES

AUTOR	PREVALENCIA POBLACION GENERAL	TASA DEPRIMIDOS TRATADOS POR MED. GENERAL	PROPORCION PACIENTES MASC. Y FEM.	TASA ADQUIRIDA TRATADOSPOR PSIQUIATRIA	Nº DEPRIMIDOS EN EL MUNDO
Ban	6 al 25%	90%	—	—	100 millones
López-Ibar	10%	20%	1 hombre por c/3 mujeres	1%	200 millones
Coppen	10 a 20%	—	—	—	—
Pichot	10 a 20%	20%	1 hombre por c/3 mujeres	1%	150 millones

En Costa Rica (Cuadro Nº 10), la prevalencia del diagnóstico depresión medido por egresos, estancias y promedio de estancias, tanto a nivel nacional como en sus dos fuentes principales, a saber: el Hospital Nacional Psiquiátrico con 53% de los egresos y los Hospitales Generales con el 47%, muestran, en el cuadro Nº 10, en que se comparan las cifras de esquizofrenia, trastornos afectivos y la neurosis depresiva, muestra que la primera tiene una prevalencia mayor y se trata preferentemente en el Hospital Nacional Psiquiátrico, con estancias entre 43 y 55 días promedio. Los trastornos afectivos mayores, de menor prevalencia, se tratan casi por igual en el Hospital Nacional Psiquiátrico y en los Hospitales Generales, pero en estos es un quinto de estancia promedio. La neurosis depresiva, o sea depresión a nivel no psicótico, es casi el doble que la depresión mayor y la mitad de las esquizofrenias, en que cuatro quintos de los egresos se producen de los Hospitales Generales con un promedio de estancia de una semana. El Hospital Nacional Psiquiátrico completa esas cifras con un

CUADRO Nº 9

1.000 CONSULTAS PSIQUIATRICAS EN UN HOSPITAL GENERAL (Hollister)

DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO PRINCIPAL

<i>Depresión (de todas variedades y grados)</i>	502
<i>Síndrome cerebral orgánico</i>	155
<i>Estado de ansiedad</i>	68
<i>Reacciones de conversión</i>	52
<i>Alcoholismo</i>	30
<i>Otros</i>	147
<i>Sin diagnóstico psiquiátrico</i>	46

CUADRO Nº 10

EGRESOS, ESTANCIAS Y PROMEDIO DE ESTANCIAS DE LA MORBILIDAD PSIQUIATRICA SEGUN EGRESOS HOSPITALARIOS, 1982

(Rubros 295: Esquizofrenia, 296: Trastorno afectivo y 300: Trastorno neurótico)

A NIVEL NACIONAL, HOSPITAL NACIONAL PSIQUIATRICO Y HOSPITALES GENERALES 1982

DIAGNOSTICO	NACIONAL			HOSP. NACL. PSIQUIATRICO			HOSPITALES GENERALES		
	Número Egresos	Estancias	Prom. Est.	Número Egresos	Estancias	Prom. Est.	Número Egresos	Estancias	Prom. Est.
295 Esquizofrenia	2.378-29%	125.710-34%	53 d.	1.909-80%	105.691-84%	55 d.	469-20%	20.019-16%	43 d.
296 Trastorno afectivo tipo depresivo	677-8%	23.297-6%	34 d.	366-54%	19.968-86%	54 d.	311-46%	3.329-14.3%	11 d.
300.4 Trastorno neurótico depresivo	1.036-12%	8.640-2%	8 d.	216-20%	2.585-30%	12 d.	858-80%	6.054-70%	7 d.

Elaborado de los datos del "Análisis sobre la prestación de servicios hospitalarios por morbilidad de trastornos mentales". - Secretaría Ejecutiva de Planificación Sectorial de Salud, Ministerio de Salud - Caja Costarricense de Seguro Social, 1984.

CUADRO N° 11

TASAS DE MORBILIDAD DE TRASTORNOS MENTALES
SEGUN EGRESOS HOSPITALARIOS POR SEXO Y
RESIDENCIA, 1982
(Diagnóstico según novena edición de la C.I.E.)

DIAGNOSTICO	TASAS POR CADA DIEZ MIL HABITANTES		
	Masculino	Femenino	Total
295 Esquizofrenia	10,9	9,2	10
296 Afectivas	2,2	3,5	2,8
300.4 Depresión Neurótica	2	6	4
TOTAL TRASTORNOS AFECTIVOS	4,2	9,5	5,6

De la Secretaría Ejecutiva de Planificación Sectorial de Salud.

CUADRO N° 12

PREVALENCIA DEL DIAGNOSTICO DE DEPRESION EN
CUATRO CONSULTAS EXTERNAS DE PSIQUIATRIA DE LA
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

AUTORES	AÑO	LOCALIDAD	PREVALENCIA
Adis Castro y Thomas	1972	Area Metropolitana	50,2%
Zamora Quesada	1973	Turrialba	56,2%
González Amador	1976	Puerto Limón	58,5%
García Charpentier	1976	San Isidro de El General	52,4%
		PROMEDIO NACIONAL	53,8%

RESUMEN

El autor hace una revisión histórica del concepto y clasificación de los síndromes depresivos hasta el presente. Presenta varios estudios de la prevalencia del síndrome depresivo en la población normal y de la consulta psiquiátrica a nivel mundial y, en especial su presentación en los diferentes estudios hechos en Costa Rica. Es de destacar, en cuanto sirva para interpretar la calidad a nivel mundial de la psiquiatría costarricense, que tanto el diagnóstico como los resultados de los estudios son muy equiparables a los resultados de los autores norteamericanos y europeos citados en el trabajo.

BIBLIOGRAFIA

1. Clasificación Internacional de Enfermedades N° 9 organización Mundial de la Salud – Organización Panamericana de la Salud. 525 Twenty third Street, N.W. Washington D.C. 20036 E.U.A.
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (D.S.M. III). American Psychiatric Association. Washington D.C. 1983.
3. El Diagnóstico de la Depresión. Manual para el Médico Clínico. Publicado por Lederle.
4. Gallegos Ch. Alvaro. Catedrático de la UCR. Curso de Psiquiatría. Escuela de Medicina. 1982.
5. Gallegos Ch., Alvaro, Catedrático de la UCR. Curso de Psiquiatría. Escuela de Medicina. 1983.
6. Winokur George, Genetic Aspects of Depression. Separation and Depression. A.A.S. 1973. páginas 125 - 137.
7. Zoch, Carlos Enrique. Mesa Redonda: Depresión. Comité Científico, Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. 25 de marzo de 1976.