

**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA**

**MEDICINA Y CIRUGÍA**

**TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
LICENCIATURA EN MEDICINA Y CIRUGÍA**

**CARGA DE LA ENFERMEDAD POR  
ESQUIZOFRENIA, DESÓRDENES BIPOLARES  
Y DESÓRDENES DEPRESIVOS EN COSTA  
RICA, 1990-2014**

**Sustentante:**

**Diana Avendaño Solís**

**Tutor:**

**Dra. Yazlin Alvarado Rodríguez**

**Octubre, 2018**

# TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO.....	ii
ÍNDICE DE TABLAS .....	v
ÍNDICE DE FIGURAS .....	vi
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	viii
DEDICATORIA.....	ix
AGRADECIMIENTO.....	x
RESUMEN .....	xi
ABSTRACT .....	xiii
CAPÍTULO I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	15
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	16
1.1.1 Antecedentes del problema.....	16
1.1.2 Delimitación del problema .....	22
1.1.3 Justificación.....	22
1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN.....	24
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	25
1.3.1 Objetivo general .....	25
1.3.2 Objetivos específicos .....	25
1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES.....	26
1.4.1 Alcances de la investigación .....	26
1.4.2 Limitaciones de la investigación.....	26
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	28
2.1 CONTEXTO HISTÓRICO .....	29
2.1.1 Historia de los desórdenes mentales .....	29

2.1.2 Historia de los desórdenes mentales en Costa Rica .....	31
2.2 CONTEXTO TEÓRICO.....	34
2.2.1 ¿Qué es la carga de la enfermedad? .....	34
2.2.2 Indicadores para estimar la carga de la enfermedad .....	35
2.3 GENERALIDADES .....	39
2.3.1 ¿Qué son los trastornos psiquiátricos? .....	39
2.3.2 ¿Cuáles son los trastornos psiquiátricos a estudiar? .....	40
2.4 DESORDEN DEPRESIVO MAYOR.....	42
2.4.1 Generalidades.....	42
2.4.2 Episodio depresivo .....	42
2.4.3 Clasificación .....	45
2.4.4 Factores de riesgo .....	45
2.4.5 Criterios diagnósticos .....	46
2.5 DESORDEN DEPRESIVO PERSISTENTE (DISTIMIA) .....	48
2.5.1 Generalidades.....	48
2.5.2 Clasificación .....	49
2.5.3 Criterios diagnósticos .....	49
2.6 ESQUIZOFRENIA.....	51
2.6.1 Generalidades.....	51
2.6.2 Criterios diagnósticos .....	52
2.6.3 Diagnóstico diferencial .....	53
2.6.4 Pronóstico .....	54
2.7 TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR.....	55
2.7.1 Generalidades.....	55
2.7.2 Clasificación .....	55

2.7.3 Criterios diagn3sticos .....	58
CAPÍTULO III. MARCO METODOL3GICO.....	60
3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACI3N .....	61
3.2 TIPO DE INVESTIGACI3N .....	62
3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO .....	63
3.3.1 Área de estudio .....	63
3.3.2 Fuente .....	63
3.3.3 Poblaci3n .....	63
3.3.4 Muestra .....	64
3.3.5 Criterios de inclusi3n y exclusi3n .....	64
3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCI3N DE LA INFORMACI3N .....	65
3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACI3N.....	66
3.6 OPERACIONALIZACI3N DE VARIABLES.....	67
3.7 METODOLOGÍA .....	69
CAPÍTULO IV. PRESENTACI3N DE RESULTADOS.....	71
4.1 PRESENTACI3N DE RESULTADOS .....	72
CAPÍTULO V. DISCUSI3N E INTERPRETACI3N DE RESULTADOS .....	92
5.1 DISCUSI3N E INTERPRETACI3N DE LOS RESULTADOS.....	93
CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	107
6.1 CONCLUSIONES .....	108
6.2 RECOMENDACIONES.....	110
BIBLIOGRAFÍA .....	114
GLOSARIO Y ABREVIATURAS.....	117
ANEXOS .....	118

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla N° 1.</b> Clasificación Internacional de Impedimentos, Discapacidad y Hándicap de la OMS .....	37
<b>Tabla N° 2.</b> Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, décima revisión (CIE-10).....	40
<b>Tabla N° 3.</b> Clasificación de los desórdenes mentales del Global Burden of Disease (GBD) 2016 .....	41
<b>Tabla N° 4.</b> Clasificación del episodio depresivo (CIE-10) .....	43
<b>Tabla N° 5.</b> Criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor, según el DSM-V.	46
<b>Tabla N° 6.</b> Criterios diagnósticos de un episodio maniaco, según el DSM-V .....	58
<b>Tabla N° 7.</b> Tasa de incidencia por desórdenes mentales en Costa Rica, Estados Unidos y España, año 2014 (tasas por 100 000 habitantes, estandarizadas).....	99
<b>Tabla N° 8.</b> Tasa de prevalencia por desórdenes mentales en Costa Rica, Estados Unidos y España, año 2014 (tasas por 100 000 habitantes, estandarizadas).....	102
<b>Tabla N° 9.</b> Tasa de AVAD por desórdenes mentales en Costa Rica, Estados Unidos y España, año 2014 (tasas por 100 000 habitantes, estandarizadas).....	105

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura N° 1.</b> Tasa de incidencia por Esquizofrenia en Costa Rica, 1990-2014, según sexo y grupo etario (Tasa por 100 000 habitantes) .....	73
<b>Figura N° 2.</b> Tasa de incidencia por Desorden Depresivo mayor en Costa Rica, 1990-2014, según sexo y grupo etario (Tasa por 100 000 habitantes) .....	74
<b>Figura N° 3.</b> Tasa de incidencia por Distimia en Costa Rica, 1990-2014, según sexo y grupo etario (Tasa por 100 000 habitantes).....	75
<b>Figura N° 4.</b> Tasa de incidencia por Desorden Bipolar en Costa Rica, 1990-2014, según sexo y grupo etario (Tasa por 100 000 habitantes) .....	76
<b>Figura N° 5.</b> Tasa de prevalencia por Esquizofrenia en Costa Rica, 1990-2014, según sexo y grupo etario (Tasa por 100 000 habitantes) .....	78
<b>Figura N° 6.</b> Tasa de prevalencia por Desorden Depresivo mayor en Costa Rica, 1990-2014, según sexo y grupo etario (Tasa por 100 000 habitantes) .....	79
<b>Figura N° 7.</b> Tasa de prevalencia por Distimia en Costa Rica, 1990-2014, según sexo y grupo etario (Tasa por 100 000 habitantes).....	80
<b>Figura N° 8.</b> Tasa de prevalencia por Desorden Bipolar en Costa Rica, 1990-2014, según sexo y grupo etario (Tasa por 100 000 habitantes) .....	81
<b>Figura N° 9.</b> Tasa de AVAD por Esquizofrenia en Costa Rica, 1990-2014, según sexo y grupo etario (Tasa por 100 000 habitantes) .....	83
<b>Figura N° 10.</b> Tasa de AVAD por Desorden Depresivo mayor en Costa Rica, 1990-2014, según sexo y grupo etario (Tasa por 100 000 habitantes) .....	84
<b>Figura N° 11.</b> Tasa de AVAD por Distimia en Costa Rica, 1990-2014, según sexo y grupo etario (Tasa por 100 000 habitantes) .....	85
<b>Figura N° 12.</b> Tasa de AVAD por Desorden Bipolar en Costa Rica, 1990-2014, según sexo y grupo etario (Tasa por 100 000 habitantes) .....	86
<b>Figura N° 13.</b> Tasa de AVD por Esquizofrenia en Costa Rica, 1990-2014, según sexo y grupo etario (Tasa por 100 000 habitantes).....	88
<b>Figura N° 14.</b> Tasa de AVD por Desorden Depresivo mayor en Costa Rica, 1990-2014, según sexo y grupo etario (Tasa por 100 000 habitantes) .....	89

<b>Figura N° 15.</b> Tasa de AVD por Distimia en Costa Rica, 1990-2014, según sexo y grupo etario (Tasa por 100 000 habitantes) .....	90
<b>Figura N° 16.</b> Tasa de AVD por Desorden Bipolar en Costa Rica, 1990-2014, según sexo y grupo etario (Tasa por 100 000 habitantes) .....	91
<b>Figura N° 17.</b> Carga mundial de morbilidad, años de vida ajustados a discapacidad (AVAD), 2001 .....	103
<b>Figura N° 18.</b> Carga Global de las Enfermedades 2001 .....	104

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico N° 1.</b> Tasa de incidencia por desórdenes mentales en Costa Rica, 1990-2014 (Tasa por 100 000 habitantes) .....	72
<b>Gráfico N° 2.</b> Tasa de prevalencia por desórdenes mentales en Costa Rica, 1990-2014 (Tasa por 100 000 habitantes). .....	77
<b>Gráfico N° 3.</b> Tasa de AVAD por desórdenes mentales en Costa Rica, 1990-2014 (Tasa por 100 000 habitantes) .....	82
<b>Gráfico N° 4.</b> Tasa de AVD por desórdenes mentales en Costa Rica, 1990-2014 (Tasa por 100 000 habitantes) .....	87

## DEDICATORIA

Este trabajo se lo dedico, primeramente, a Dios, por haberme dado la fortaleza y perseverancia para alcanzar esta meta.

Se lo dedico también a mis padres, que han luchado contra tormentas y han hecho hasta lo imposible por cumplir este sueño. Especialmente, a mi madre, ya que siempre ha guiado mis pasos y me ha enseñado que siempre se debe luchar por lo que se quiere; que se le debe hacer frente a las adversidades por más difíciles que estas sean y que nunca debemos renunciar a nuestros sueños. Gracias a esto, hoy cumplimos este sueño juntos.

A mis tías y abuelos, quienes también han contribuido, enormemente, en la realización de este sueño, por su apoyo incondicional.

A todas las personas que me han acompañado en este largo proceso hasta el final; amigos, compañeros, profesores, pacientes, por todas las enseñanzas, por el apoyo y la ayuda brindada.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco, eternamente, a Dios y a la Virgen de los Ángeles ya que sin ellos no hubiera logrado llegar a este momento.

Asimismo, agradezco a mi mamá y papá, quienes han estado para mí en todo este largo camino sin importar nada, por su apoyo incondicional, por todos sus consejos y su comprensión. A mis tías, quienes siempre estuvieron presentes, les agradezco de corazón ya que me han dado las fuerzas necesarias para seguir adelante con este sueño y no dejar de intentarlo.

A todos los médicos y docentes que me han transmitido su conocimiento y amor por la medicina, a todos los hospitales y centros médicos que abrieron sus puertas brindándome enseñanzas y por permitir mi desarrollo constante como persona y profesional.

Agradezco a mi tutora, la Dra. Yazlin Alvarado Rodríguez por su asesoramiento a lo largo de la elaboración de este proyecto, por su gran disposición, entrega y apoyo para así alcanzar esta meta.

Finalmente, agradezco a todos mis amigos, compañeros y a todas las personas que me han brindado su apoyo todos estos años y por hacer más llevadero todo este proceso.

Gracias a todos.

## RESUMEN

**Introducción:** se sabe que tanto la esquizofrenia como los desórdenes bipolares y los desórdenes depresivos se consideran un problema de salud en el mundo que está en aumento; por lo que este trabajo tiene como objetivo fundamental mostrar el impacto que estos generan en Costa Rica, según la carga de la enfermedad por cada uno de estos. Todo con el fin de lograr cambios en la salud mental de los costarricenses y disminuir el impacto negativo que generan estas patologías en el sistema de salud pública nacional. **Objetivo general:** determinar la carga de la enfermedad por esquizofrenia, desórdenes bipolares y desórdenes depresivos en Costa Rica, 1990-2014. **Metodología:** la realización de este estudio se basó en la información suministrada por el *Institute for Health Metrics and Evaluation*, mediante la recolección de datos del *Global Burden of Disease*. Se recolectaron los datos de incidencia, prevalencia, años de vida vividos con discapacidad y los años de vida ajustados a discapacidad, en tasas por 100 000 habitantes, causados por los diferentes desórdenes mentales en estudio, en la población costarricense en el periodo de 1990 hasta el año 2014. Estos datos se organizaron según sexo, causa y grupo etario, desde los 5 años hasta los 70 o más años. **Resultados:** la incidencia y prevalencia por desórdenes mentales han presentado cambios muy leves. El DDM afecta, mayormente, a la población; en el 2014 presentó la mayor incidencia con 3 366,65 por cada 100 000 habitantes. De igual forma, la prevalencia ha ido en aumento hasta el 2014, cuando se dio una tasa de 2 209,58 por cada 100 000. Afecta más a los mayores de 70 años, principalmente, a las mujeres. Por el contrario,

la esquizofrenia es la que menos afección genera, presentó la mayor incidencia en el 2014, con 14,16 por cada 100 000 habitantes, mayormente, entre los 15 a 49 años; tiene las tasas de prevalencia más bajas, en el 2014 aumentó hasta 223,97 por cada 100 000 habitantes. En cuanto a los AVAD y los AVD, estos han ido en aumento; viéndose con mayores cambios, igualmente, el DDM; pasando del año 1990 de una tasa de AVAD de 361,69 a una de 455,95 por cada 100 000 habitantes al 2014. Mientras que la distimia fue la menos afectada, ya que en 1990 presentó una tasa de AVAD de 72,20 la cual aumentó al 2014 a una tasa de 90,85 por cada 100 000 habitantes. **Conclusiones:** los desórdenes mentales afectan, mayormente, a las mujeres, en especial en el DDM, distimia y DB. El DDM es el que más afecta a los costarricenses. En los AVAD se evidencia un aumento en la tendencia a lo largo del estudio en todas las patologías y presenta la mayor tasa en el DDM y la menor tasa de AVAD fue la distimia. **Palabras clave:** *Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)*, *Global Burden of Disease (GBD)*, años de vida ajustados a discapacidad (AVAD), años de vida vividos con discapacidad (AVD), desorden depresivo mayor (DDM), desorden bipolar (DB).

## ABSTRACT

**Introduction:** it is known that schizophrenia, bipolar disorders and depressive disorders are considered a global health problem, which is increasing; therefore, in this work we have as a fundamental objective to show the impact generated by these in Costa Rica, according to the burden of the disease for each of these. All in order to achieve changes in the mental health of Costa Ricans and reduce the negative impact that these pathologies generate in the national public health system. **General objective:** to determine the burden of the disease due to schizophrenia, bipolar disorders and depressive disorders in Costa Rica, 1990-2014. **Methodology:** for the realization of this study we rely on the information provided by the Institute for Health Metrics and Evaluation, through the collection of data from the Global Burden of Disease. We collected data on incidence, prevalence, years of life lived with disability and years of life adjusted for disability, in rates per 100 000 inhabitants, caused by the different mental disorders under study, in the Costa Rican population in the period from 1990 to the year 2014. These data were organized by sex, cause and age group, from 5 years to 70 or more years. **Results:** the incidence and prevalence of mental disorders have presented very slight changes. The MDD mainly affects the population, presenting the highest incidence in 2014, being 3 366.65 per 100 000 inhabitants. Likewise, the prevalence has been increasing until 2014, where a rate of 2 209.58 per 100,000 was given. It affects more those over 70 years of age, mainly women. On the contrary, Schizophrenia is the one that generates less affection, had the highest incidence in 2014, being of 14.16 per 100 000 inhabitants, mostly

between 15 and 49 years; it has the lowest prevalence rates, being that in 2014 it increased to 223.97 per 100 000 inhabitants. In terms of DALYs and YDLs, these have been increasing; The MDD is also seen with greater changes; going from the year 1990 with an DALY rate of 361.69 to one of 455.95 per 100,000 inhabitants as of 2014. While dysthymia was the least affected, since in 1990 it had an AVAD rate of 72.20 which increased to 2014 at a rate of 90.85 per 100 000 inhabitants.

**Conclusions:** Mental disorders mainly affect women, especially in MDD, dysthymia and BD. The MDD is the one that most affects Costa Ricans. In DALYs, there was an increase in the trend throughout the study in all the pathologies, presenting the highest rate in MDD, and the lowest DALY rate was dysthymia. **Key words:** Institute of Metrics and Health Evaluation (IHME), Global Burden of Diseases (GBD), years of life adjusted for disability (DALY), years of life lived with disability (YDL), major depressive disorder (MDD), bipolar disorder (BD).

## **CAPÍTULO 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

## **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1.1 Antecedentes del problema**

Los trastornos mentales, como la esquizofrenia, los desórdenes bipolares y los desórdenes depresivos, han constituido un grave problema de salud pública a través del tiempo, el cual ha ido en aumento y se ha subestimado su impacto en la salud y calidad de vida de las personas. Por lo que en las últimas décadas se han realizado ciertos estudios para analizar su impacto en los sistemas de salud, ya que afectan en gran medida no solo a Costa Rica, sino que constituye un problema mundial.

En Colombia, en el año 1999, se publicó un ensayo<sup>(1)</sup> en el que se evidencia que el trastorno depresivo es muy frecuente en el mundo occidental, con una prevalencia de vida de 10 a 25 % y afecta, especialmente, a mujeres de 25 a 44 años. De igual forma, en el estudio se afirma que del 20 al 25 % de los problemas psiquiátricos corresponden a alguna forma de trastorno depresivo.

En este mismo ensayo se comparan datos con un estudio que se llevó a cabo en 1993, en el que se demuestra que la prevalencia de depresión clínica fue de 25.1 % e, igualmente, fue mayor en mujeres que en hombres, sin embargo, en esa oportunidad la población más afectada se situó en un rango de edad entre los 12-24 años<sup>(1)</sup>.

Por lo tanto, se puede ver cómo con el transcurrir del tiempo y la falta de atención que se les da a estos trastornos ha afectado a más personas y el rango de edad del

padecimiento ha ido, igualmente, en aumento, por lo que no se puede restringir el cuidado o la atención a un solo grupo etario.

En el año 2002, en Colombia se publicó un estudio de salud mental en el que a grandes rasgos se hace una comparativa de la afectación en la población por trastornos depresivos según los porcentajes obtenidos en Colombia respecto a la afección en el mundo<sup>(2)</sup>.

En este se plantea que la carga de la enfermedad por depresión mayor en los países desarrollados se encuentra en segundo lugar, mientras que en los países en desarrollo ocupa el cuarto lugar. Igualmente, evidencia que en el mundo los trastornos depresivos representan el 17 % de los AVAD perdidos<sup>(2)</sup>.

Se deja claro que, para ese entonces, mundialmente la depresión ocupa el cuarto lugar como causa de carga por enfermedad, en el grupo etario de 15 a 44 años, afectando, mayormente, a mujeres. De igual manera, se demuestra que la esquizofrenia es la novena causa de discapacidad en el mundo<sup>(2)</sup>.

Lo anterior demuestra la gravedad de los desórdenes mentales y el gran impacto que generan en la calidad de vida de las personas, además, evidencia la necesidad de invertir más recursos y prestar más atención a estas personas y así disminuir su impacto en la salud pública y en la carga mundial de la enfermedad.

En Colombia se volvió a hacer una comparativa de los diferentes estudios que se han hecho en ese país con respecto a desordenes depresivos, en la que muestran algunos de los aspectos reportados en cada uno de estos; por ejemplo, en un estudio que se llevó a cabo en 1987 revelaron que la prevalencia de depresión fue de 4.5 %, afectando en un 5.2 % a las mujeres y en un 3.8 % a los hombres. Porcentajes similares a los del estudio de 1993<sup>(2)</sup>.

En el año 2004 en México se publicó un estudio con el objetivo de conocer la prevalencia de la depresión con inicio temprano y comparar su curso natural; en este se afirman que, aproximadamente el 2.0 % de la población ha padecido depresión en la infancia o adolescencia, con un promedio de siete episodios a lo largo de su vida<sup>(3)</sup>.

Esto en comparación con estudios realizados en Estados Unidos, en los que se estima que la prevalencia de depresión mayor entre niños de 9 a 17 años de edad es de alrededor de 5 %, lo que muestra que la prevalencia de depresión con inicio temprano en México es menos de la mitad<sup>(3)</sup>.

Dicho lo anterior, se puede ver como contrario a lo que se cree popularmente, los desórdenes depresivos no son afecciones exclusivas de personas adultas y se pueden presentar en cualquier etapa de la vida de una persona y se deja claro que a pesar de que en niños las cifras son menores no se deben excluir y dejar de lado la sintomatología de estos, ni creer o atribuir sus cambios de humor al comportamiento propio de la edad.

En ese mismo estudio publicado en México en el año 2004, se reveló, según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, que se consiguen las primeras estimaciones nacionales de la prevalencia de los trastornos mentales, en las que se estimó que 8.4 % de la población ha sufrido un episodio de depresión mayor alguna vez en la vida con una mediana de edad de inicio de 24 años<sup>(3)</sup>.

En México se publicó un estudio en el año 2005 con el objetivo de presentar estimaciones de prevalencia de depresión, a partir de datos de la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño 2002-2003, en la que se calcularon las prevalencias según sexo, edad y nivel de escolaridad. Esta dio como resultado una prevalencia

nacional de depresión de 4.5 % y la población mayormente afectada fue femenina con un 5.8 % en comparación con un 2.5 % en los hombres; lo que evidencia que la prevalencia de la misma aumenta con la edad y disminuye al aumentar la escolaridad<sup>(4)</sup>.

Se menciona el Informe Mundial sobre la Salud de 2001, en el que se indica que la prevalencia puntual de depresión en el mundo en los hombres es de 1.9 % y de 3.2 % en las mujeres, mientras que la prevalencia para un periodo de 12 meses es de 5.8 % y 9.5 %, respectivamente. Se deja claro que 4 de las 10 enfermedades más discapacitantes son neuropsiquiátricas, en las cuales se incluye la esquizofrenia y la depresión<sup>(4)</sup>.

Según estos estudios, se puede ver como no solo regional, sino mundialmente, los desórdenes depresivos están, por lo general, más presentes en la población femenina y la prevalencia de estos, de igual forma, ha ido en aumento con el paso del tiempo en esta misma población, lo que podría llegar a ser alarmante en un futuro si no se le presta atención, ya que afecta directa y, negativamente, sobre la carga global de la enfermedad y el grado de discapacidad en esta población.

En el año 2005 la Organización Panamericana de la Salud publicó un estudio con base en los trastornos mentales en América Latina y el Caribe<sup>(5)</sup>; los datos se obtuvieron de estudios comunitarios publicados en América Latina y el Caribe entre 1980 y 2004.

En este estudio se incluyeron las psicosis no afectivas, incluidas la esquizofrenia, la depresión mayor, la distimia y el trastorno bipolar y arrojó como resultado que las psicosis no afectivas (entre estas la esquizofrenia) tuvieron una prevalencia media estimada durante el año precedente de 1,0 %; la depresión mayor, de 4,9 %<sup>(5)</sup>.

En Colombia, en el año 2008, se publicó un estudio de prevalencia del trastorno depresivo mayor, en el que se menciona que el trastorno depresivo mayor es el cuarto trastorno de salud con mayor carga global de enfermedad y discapacidad, ya que implica el 4,5 % del total de años de vida perdidos ajustados con discapacidad (AVAD) y el 12,1 % del total de años de vida con discapacidad<sup>(6)</sup>.

También se menciona que, en el continente americano, el trastorno depresivo mayor presenta un AVAD de 8 % y se ha convertido en el problema con mayor carga de enfermedad. En este estudio se dice que el trastorno depresivo mayor tiene una alta prevalencia actual en adultos de la población general, que puede oscilar entre 3,4 y 8,5 %. Mientras que en 1987, se encontró en Colombia una prevalencia de depresión de 25,6 % y en 1993, de 25,1 %<sup>(6)</sup>.

En México, en el año 2013, se realizó un ensayo en el que se indica que la depresión en este país ocupa el primer lugar de discapacidad en mujeres y el noveno en hombres, en cuanto a la pérdida de años de vida saludables.

Los resultados en este ensayo señalan que 9.2 % de los mexicanos sufrieron un trastorno afectivo en algún momento de su vida y 4.8 % en los doce meses previos al estudio. La depresión ocurre con mayor frecuencia entre las mujeres (10.4 %) que entre los hombres (5.4 %); mientras que las prevalencias observadas en los EUA, Europa y Brasil son más elevadas ya que más de 15 % de la población ha padecido depresión mayor alguna vez en la vida y más de 6 % durante el año anterior<sup>(7)</sup>.

En este mismo ensayo se mencionan estudios con población adolescente, los cuales muestran que, entre los trastornos más frecuentes en esa etapa de la vida se encuentran los depresivos, 7.8 % de los jóvenes con depresión mayor y 0.8 % con

aquellos de distimia. Mientras quienes tienen más de 65 años, la prevalencia de depresión se encuentra arriba de 20 %<sup>(7)</sup>.

En el año 2016 la OMS publicó que los trastornos mentales comunes están en aumento en todo el mundo. Entre 1990 y 2013, el número de personas con depresión o ansiedad aumentó en cerca de un 50 %, de 416 millones a 615 millones. A pesar de este aumento de personas con algún trastorno depresivo, las inversiones actuales en servicios de salud mental son muy inferiores a lo necesario<sup>(8)</sup>.

Según la encuesta para el Atlas de Salud Mental de la OMS 2014<sup>(8)</sup>, los gobiernos gastan por término medio un 3 % de sus presupuestos sanitarios en salud mental, cifra que oscila entre menos de un 1 % en los países de ingresos bajos y un 5 % en los de ingresos altos. Esto demuestra el poco interés que se le da a su impacto en la salud pública mundial.

Además, deja en evidencia que no es un problema del cual se desconozca su existencia y sus alcances negativos en la salud de las personas, sino que por el contrario se han subestimado, a tal punto que han llegado a ser una de las principales causas de discapacidad en el mundo y a pesar de ver este incremento con el paso de los años los gobiernos siguen sin tomar en serio su impacto y sin invertir en mejorar la calidad en la atención de la salud mental de la población, ni en capacitar, adecuadamente, al personal de salud.

En febrero de 2017 la OMS publicó que la depresión es un trastorno mental frecuente y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo, de igual forma, se dice que es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad<sup>(9)</sup>.

Mientras tanto en Costa Rica, en el año 2014, el Ministerio de Salud Pública dio los primeros datos oficiales sobre trastornos mentales.

En cuanto a esquizofrenia, en el año 2013 se registraron 215 casos y la provincia más afectada es San José con 113 casos. Para trastorno bipolar sumó 152 casos y el grupo de edad más afectado es el de 70 a 74 años de edad. Mientras en depresión se notificaron 41,576 casos nuevos durante el 2013. El 74 % se da en mujeres, lo que podría estar asociado a la violencia intrafamiliar, desempleo, falta de acceso de medios económicos o endeudamientos<sup>(10)</sup>.

### **1.1.2 Delimitación del problema**

Esta investigación estará orientada en identificar la carga de la enfermedad por esquizofrenia, desórdenes bipolares y desórdenes depresivos en la población costarricense, esto según causa y abarcando ambos sexos, en un rango de edad de los 5 a los 70 años o más, en el periodo de 1990 al 2014.

### **1.1.3 Justificación**

Los desórdenes depresivos, esquizofrenia y desórdenes bipolares en la actualidad se consideran un problema de salud mundial, el cual va en incremento poco a poco, creando un gran impacto en los diferentes sistemas de salud. Todo esto debido a que a pesar de que se conocen sus alcances, se les ha dejado de lado y no se les presta la atención necesaria debido a que se subestiman.

Aunque es cierto que tanto internacional como nacionalmente existe cierta información acerca de esto, hay un gran vacío con respecto a estos diferentes desórdenes. Cuesta encontrar estudios en los que se estime la morbilidad por desórdenes depresivos, esquizofrenia y desórdenes bipolares, ahondando en todos y cada uno de estos detalladamente, sino que más bien se ven de forma general.

Por lo tanto, uno de los objetivos de este estudio es recopilar toda la información necesaria y así estimar la morbilidad de dichos trastornos y plasmarlos de forma detallada, según causa, sexo y grupo etario en la población nacional, para, de esta forma, tener una mejor idea del impacto de estos desórdenes en Costa Rica.

## **1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la carga de la enfermedad por esquizofrenia, desórdenes bipolares y desórdenes depresivos en Costa Rica, 1990-2014?

## **1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar la carga de la enfermedad por esquizofrenia, desórdenes bipolares y desórdenes depresivos en Costa Rica, 1990-2014.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

- Estimar la incidencia de la esquizofrenia, desórdenes bipolares y desórdenes depresivos en Costa Rica de 1990-2014 según sexo y grupo etario.
- Estimar la prevalencia de la esquizofrenia, desórdenes bipolares y desórdenes depresivos en Costa Rica de 1990-2014 según sexo y grupo etario.
- Identificar los años de vida vividos con discapacidad por esquizofrenia, desórdenes bipolares y desórdenes depresivos en Costa Rica de 1990-2014 según sexo y grupo etario.
- Identificar los años de vida ajustados a discapacidad por esquizofrenia, desórdenes bipolares y desórdenes depresivos en Costa Rica de 1990-2014 según sexo y grupo etario.

## **1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES**

### **1.4.1 Alcances de la investigación**

- Se logra examinar los datos presentes en la base de datos del GBD referentes a la población costarricense desde el año 1990 al 2014 en relación con la esquizofrenia, desorden bipolar y desórdenes depresivos.
- Se confirman las edades de inicio más frecuentes para cada una de las patologías en estudio.
- Se evidenció que los desórdenes mentales estudiados afectan, mínimamente, a los niños menores de 5 años, pues se encontró que las tasas de incidencia en estos son de 0 o cifras muy cercanas a 0.
- Todo esto se logra con el fin de brindar, ampliamente, la información sobre la esquizofrenia, desorden bipolar y desórdenes depresivos, para que así todas las personas interesadas en este tema y que tengan acceso a este estudio tengan una idea del impacto que generan estos en el sistema de salud.

### **1.4.2 Limitaciones de la investigación**

- Pocos estudios actualizados sobre desórdenes mentales en Costa Rica.
- Falta de estudios epidemiológicos completos acerca de esquizofrenia, desórdenes bipolares y desórdenes depresivos en Costa Rica.
- Falta de estudios previos de esquizofrenia, desórdenes bipolares y desórdenes depresivos con este diseño de investigación.

- Dificultad para acceder a datos anteriores al año 2013, ya que hasta el 2012 se hace obligatoria en Costa Rica la declaración de trastornos mentales. Y hasta ese entonces el Ministerio de Salud da a conocer los primeros datos.

## **CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO**

## **2.1 CONTEXTO HISTÓRICO**

### **2.1.1 Historia de los desórdenes mentales**

Se sabe que a lo largo de la historia de la humanidad siempre han existido los desórdenes mentales, sin embargo, en la antigüedad estos no eran vistos ni tratados como enfermedades como tal, más bien eran atribuidos a teorías o conceptos mágico-religiosos<sup>(11)</sup>.

Estos desórdenes se atribuían, generalmente, a aspectos espirituales y posesiones demoníacas, por lo que no se les brindaba la atención y el manejo adecuados, ya que las personas que los padecían eran recluidas de la sociedad o se dejaban como un asunto de resolución por parte de los sacerdotes.

Con el paso del tiempo esta situación no mejoró, ya que, por ejemplo, en los campos de concentración nazis, las personas que padecían de algún desorden mental eran vistas como defectuosas y afectaban la pureza de la raza humana, por lo que se les llegó a eliminar<sup>(11)</sup>.

Por este motivo, los desórdenes mentales a lo largo del tiempo e incluso en la actualidad están ligados a mitos y tabúes, por lo que la sociedad los sigue marginando y discriminando al considerarlos inferiores, todo esto a causa de la falta de información y del desconocimiento de su origen. Motivo por el cual las personas que los padecen se sienten avergonzados y aislados, por lo que entran en negación y ocultan su padecimiento.

El estigma social que provoca padecer alguno de estos desórdenes mentales ha llevado a las personas a ocultar sus padecimientos y no consultar en los servicios

médicos y no recibir tratamiento adecuado. A la vez, la carga y la presión social, laboral, familiar y educativa ha ido en aumento en la actualidad, por lo que también se ha asociado a un aumento de estos padecimientos.

Por lo que, en la actualidad, se consideran un problema de salud pública que va en aumento y se cree que son los responsables del aumento en el porcentaje de discapacidad en el mundo<sup>(11)</sup>. Según la Organización Mundial de la Salud<sup>(12)</sup>, la prevalencia de los trastornos mentales, actualmente, continúa en aumento y causa efectos considerables en la salud de las personas, así como también graves consecuencias en el ámbito socioeconómico y en de los derechos humanos en el mundo.

Por lo tanto, se puede observar cómo los sistemas de salud a lo largo del tiempo e incluso en la actualidad se han quedado cortos en dar una respuesta adecuada a la carga que generan los trastornos mentales, lo que ocasiona gran divergencia entre la necesidad de estas personas por recibir tratamiento adecuado y la asistencia que realmente se les da.

Se afirma que para el año 1990, solo en América Latina y el Caribe los trastornos neuropsiquiátricos representaban, aproximadamente, un 8,8 % de los años de vida ajustados a discapacidad. Mientras que para el año 2002 esta proporción llegó a aumentar hasta un 22,2 %<sup>(13)</sup>.

Para el año 2001 la OMS creó el Informe sobre la salud en el mundo, en el cual se evidenció que a principios de este siglo la cantidad de personas estimada con padecimientos neuropsiquiátricos era de aproximadamente 450 millones. Este también indicaba que más del 25 % de la población que habita en los países

desarrollados y en desarrollo padecen uno o más trastornos mentales a lo largo de su vida<sup>(13)</sup>.

En el 2008 la OMS presentó el Programa de acción para superar la brecha en salud mental, con el que se buscaba la capacitación de profesionales sanitarios en técnicas para ampliar y mejorar los servicios en pro de la salud mental<sup>(12)</sup>.

Posteriormente, la OMS creó el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020, el cual fue aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud en el año 2013<sup>(12)</sup>.

En dicho plan se reconoce la salud mental como un elemento esencial para el bienestar de las personas.

Con la creación de este plan, lo que se busca es reforzar acciones eficaces en el ámbito de la salud mental, así como también crear en las comunidades servicios de asistencia social y mental completos y eficaces, de igual forma, se busca aumentar la promoción y prevención de la salud mental y fortalecer los sistemas de información acerca de este tema en el mundo.

### **2.1.2 Historia de los desórdenes mentales en Costa Rica**

En Costa Rica, a lo largo de los años, el tema de los desórdenes mentales y la adecuada salud mental de las personas no se han considerado temas primordiales en las políticas de salud de los gobiernos del país. Por lo que se puede afirmar que Costa Rica es uno de los países en el mundo que han subestimado el impacto que causan estos desórdenes mentales en los sistemas de salud pública de cada país.

En Costa Rica, las personas con desórdenes mentales al igual que en otros países pueden ser menospreciados o hasta discriminados e, igualmente, por la

estigmatización social y la vergüenza de admitir que se padece de alguno de estos desórdenes, las personas no suelen recurrir a los servicios médicos para su adecuada valoración y tratamiento.

En el país, las acciones en el ámbito de la salud mental han sido muy limitadas, lo que evidencia el hecho de que solo el 3 % del presupuesto nacional de salud se destina al apartado de salud mental y de este un 67 % se destina a los dos hospitales psiquiátricos del país y el pequeño presupuesto restante se destina a otros centros médicos, atención primaria y a la prevención<sup>(14)</sup>.

Por lo que se puede ver cómo en Costa Rica no existía una política pública relacionada con el tema de salud mental y las pocas acciones realizadas en este ámbito se lograron gracias a iniciativas gubernamentales y no gubernamentales<sup>(14)</sup>.

Esta situación se mantuvo por años, ignorando así el aumento en la frecuencia de padecimientos por trastornos mentales. Sin embargo, este escenario cambió en el 2012, año en el que el Ministerio de Salud creó la Política Nacional de Salud Mental 2012-2020, en la que, finalmente, se definen los lineamientos y el plan de acción de salud mental para Costa Rica.

Esta política se creó con el fin de desarrollar acciones intersectoriales e interinstitucionales, para fortalecer la salud mental, prevenir la discapacidad temprana asociada con los trastornos mentales, mediante un abordaje oportuno, con calidad y calidez, de aquellos factores o situaciones en el ámbito comunitario que ponen en riesgo la salud mental y la vida de las personas<sup>(15)</sup>.

Gracias a la creación de esta política, el Ministerio de Salud cuenta a partir del año 2012 con los primeros datos oficiales de trastornos mentales, ya que a partir de ese momento pasó a ser obligatoria la declaración de enfermedades como la depresión,

la esquizofrenia, el trastorno bipolar y los intentos de suicidio que afecten a la población nacional, con el fin de tener mayor control sobre estas y mejorar la toma de decisiones<sup>(10)</sup>.

## 2.2 CONTEXTO TEÓRICO

### 2.2.1 ¿Qué es la carga de la enfermedad?

La carga de la enfermedad ha sido un indicador de suma importancia a lo largo de los años, ya que muestra la situación de salud de cada país y del mundo en general. Inicialmente, se definía como la carga atribuible a una afección o enfermedad específica, según su incidencia, prevalencia y mortalidad<sup>(16)</sup>. Sin embargo, se llegó a la conclusión de que no reflejaba totalmente el impacto negativo de las afecciones en la salud y calidad de vida de las personas, así como tampoco evidenciaba el impacto económico de cada una de estas.

Por lo que en los años 90 se realizó el proyecto *Global Burden of Disease*, liderado por el Dr. Murray, junto con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial, con el propósito de crear un indicador que midiera no solo la frecuencia de las enfermedades que afectaban a la población sino también las pérdidas mortales y no mortales de estas<sup>(16)</sup>.

Dicho esto y a partir de ese proyecto, se dice que el indicador ideal para la carga de la enfermedad son los años de vida ajustados a discapacidad (AVAD), ya que se toman como medida para cuantificar las pérdidas de vida sana, por muerte prematura o por el tiempo vivido con un estado de salud afectado<sup>(17)</sup>.

Todo esto se llevó a cabo para ayudar y orientar a las autoridades de salud en la toma de decisiones y priorizar las acciones respecto a las enfermedades que afectan a la población según la inversión económica que estas requieran.

## 2.2.2 Indicadores para estimar la carga de la enfermedad

Estos se utilizan para expresar el impacto de las enfermedades en las personas, ya que miden las pérdidas mortales y no mortales que generan dichas afecciones en la población y en su calidad de vida.

Entre estos indicadores se encuentran:

### A) Incidencia

La incidencia de una enfermedad representa el número de casos nuevos de una afección en una población determinada, durante un periodo específico<sup>(18)</sup>.

Tasa de incidencia: va a expresar la conducta de la enfermedad en estudio en la población a lo largo del tiempo. Esta se saca a partir del número de casos nuevos de una enfermedad que ocurren en una población y en un periodo determinado, entre el total de población expuesta a mitad del periodo y, usualmente, se multiplica por mil<sup>(18)</sup>.

$$\text{Tasa incidencia} = \frac{\text{número de casos nuevos}}{\text{total de población expuesta}} \times 1000$$

Es decir, mide el número de casos nuevos existentes de personas sanas que desarrollan cierta enfermedad en un periodo específico.

## **B) Prevalencia**

Se dice que la prevalencia es la proporción de individuos de una población que presenta el evento (enfermedad) en un momento o periodo determinado<sup>(18)</sup>. Es decir, el número de casos existentes.

Tasa de prevalencia: esta se mide según el número de casos existentes de una enfermedad (nuevos y antiguos), entre la población total expuesta, por el amplificador<sup>(18)</sup>.

$$\text{Tasa prevalencia} = \frac{\text{número de casos existentes}}{\text{total de población expuesta}} \times 1000$$

## **C) Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD)**

Los años de vida ajustados a discapacidad son la unidad o indicador ideal para estimar la carga de enfermedad<sup>(18)</sup>. Este indicador es la suma de los años de vida perdidos por muerte prematura (AVP) y los años de vida vividos con discapacidad (AVD).

En términos generales, se diría que un AVAD es un año de *vida sana* perdido<sup>(19)</sup>.

$$\text{AVAD} = \text{AVP} + \text{AVD}$$

## **D) Años de vida vividos con discapacidad (AVD)**

Los años vividos con discapacidad se calculan multiplicando el número de casos nuevos de una enfermedad por la duración media de la discapacidad y multiplicando, a la vez, por el peso de la discapacidad.

Se dice que el peso de la discapacidad va a revelar la gravedad de la enfermedad. Esta clasificación va de 0 (no hay discapacidad) a 1 (muerte), según la tabla de pesos de la enfermedad creada por la OMS<sup>(20)</sup>.

**Tabla N° 1.** Clasificación Internacional de Impedimentos, Discapacidad y Hándicap de la OMS

<b>Clase</b>	<b>Descripción</b>	<b>Peso</b>
<b>0</b>	Ausencia de discapacidad	0
<b>1</b>	Limitación en la capacidad de desempeño en al menos una actividad de las siguientes áreas: recreación, educación, procreación y ocupación	0.096
<b>2</b>	Limitación en la capacidad de desempeño para la mayoría de actividades en una de las siguientes áreas: recreación, educación, procreación y ocupación	0.22
<b>3</b>	Limitación en la capacidad de desempeño de actividades o en dos o más de las siguientes áreas: recreación, educación, procreación y ocupación	0.400
<b>4</b>	Limitación en la capacidad de desempeño en la mayoría de las actividades en todas las siguientes áreas: recreación, educación, procreación y ocupación	0.600
<b>5</b>	Necesidad de asistencia en actividades cotidianas instrumentales, como en la preparación de alimentos, en hacer compras o en el aseo de la casa	0.810
<b>6</b>	Necesidad de asistencia en actividades personales cotidianas, como comer, higiene personal y vestido	0.920
<b>7</b>	Muerte	1

**Fuente:** elaboración propia con datos de<sup>(20)</sup>

Por lo que se puede ver, ofrece un peso equivalente a enfermedades mortales como a enfermedades no letales, pero que sí afectan las capacidades de la población

afectada, además de que ofrecen información de la presión que ejercen sobre los servicios de salud<sup>(21)</sup>.

## 2.3 GENERALIDADES

### 2.3.1 ¿Qué son los trastornos psiquiátricos?

Actualmente, existe gran variedad de afecciones psiquiátricas en la población mundial, sin embargo, este trabajo se enfocará en los desórdenes depresivos, bipolares y la esquizofrenia, los cuales pertenecen al grupo de los trastornos psiquiátricos, que son enfermedades del sistema nervioso central.

Entre los trastornos psiquiátricos se encuentra gran variedad de patologías, cada una con distintas manifestaciones. En general, se suelen caracterizar por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás<sup>(12)</sup>.

Se dice que la mayoría de estos trastornos son síndromes heterogéneos de los que aún se desconoce su neuropatología y marcadores biológicos<sup>(22)</sup>. Por lo que sus diagnósticos aún se hacen solo con las observaciones clínicas basadas en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* de la *American Psychiatric Association* (DSM-V)<sup>(22)</sup>.

A lo largo del tiempo se ha menospreciado el efecto negativo de estos desordenes en la salud de la población y, actualmente, se ha demostrado que la incidencia y prevalencia de estos ha ido en aumento, debido a la poca atención que se les presta. Se ha demostrado que estos afectan, considerablemente, la salud de las personas y, por ende, están causando un gran impacto en el ámbito socioeconómico.

### 2.3.2 ¿Cuáles son los trastornos psiquiátricos a estudiar?

Como se mencionó, existe un gran conjunto de afecciones mentales llamadas trastornos psiquiátricos, sin embargo, en este trabajo se hará énfasis, únicamente, en cuatro patologías pertenecientes a este gran grupo de afecciones, las cuales son:

- Trastorno depresivo mayor
- Trastorno depresivo persistente (distimia)
- Esquizofrenia
- Trastorno afectivo bipolar

Los cuales, según la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, décima revisión (CIE-10) forman parte de los trastornos mentales y del comportamiento, clasificándolos, a la vez, en dos grupos, los cuales se muestran a continuación:

**Tabla N° 2.** Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, décima revisión (CIE-10)

<b>Trastornos mentales y del comportamiento</b>	
<b>Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes</b>	
<b>F20</b>	Esquizofrenia
<b>Trastornos del humor (afectivos)</b>	
<b>F31</b>	Trastorno afectivo bipolar
<b>F32</b>	Episodio depresivo
<b>F34.1</b>	Trastornos del humor (afectivos) persistentes

**Fuente:** elaboración propia con datos de<sup>(23)</sup>

Sin embargo, actualmente, el Instituto de Métricas de Salud y Evaluación (IHME por sus siglas en inglés) utiliza la clasificación creada por el proyecto *Global Burden of Disease* (GBD), el cual sitúa a estos trastornos en un gran grupo llamado desórdenes mentales. Dicha clasificación se muestra a continuación:

**Tabla N° 3.** Clasificación de los desórdenes mentales del *Global Burden of Disease* (GBD) 2016

<b>B.7</b>	<b>Desórdenes mentales</b>
<b>B.7.1</b>	Esquizofrenia
<b>B.7.4</b>	Desordenes depresivos
<b>B.7.4.1</b>	Desorden depresivo mayor
<b>B.7.4.2</b>	Distimia
<b>B.7.5</b>	Desorden bipolar

**Fuente:** elaboración propia con datos de<sup>(24)</sup>

Debido a lo anterior y para efectos prácticos, este trabajo se basará, mayormente, en la clasificación dada por el Instituto de Métricas de Salud y Evaluación (IHME) y el proyecto *Global Burden of Disease* (GBD).

## **2.4 DESORDEN DEPRESIVO MAYOR**

### **2.4.1 Generalidades**

En la actualidad, la depresión es un trastorno que afecta a la población mundial y según la OMS se considera una de las principales causas de discapacidad en el mundo, afectando, aproximadamente, a más de 300 millones de personas<sup>(12)</sup>.

La depresión puede convertirse en un serio problema en la salud de las personas, el cual empeora según la duración e intensidad de la afección, asimismo, puede afectar la condición socioeconómica de las personas.

Es importante tener en cuenta esta patología y conocer sus alcances, ya que mundialmente este trastorno no se diagnostica de forma correcta y, por ende, no se trata de manera adecuada.

Por esto, es necesario conocer todos los desórdenes afectivos, ya que, aproximadamente 20 % de las mujeres y 10 % de los hombres en edad adulta van a experimentar alguno de estos en su vida<sup>(25)</sup>.

En general, el trastorno depresivo mayor (TDM) se encuentra en aproximadamente el 7 % de la población, afecta en mayor medida a mujeres en una proporción de 2:1 y, por lo general, inicia entre los 25-29 años, sin embargo, se puede presentar en cualquier momento<sup>(25)</sup>.

### **2.4.2 Episodio depresivo**

Este se caracteriza porque la persona que lo padece experimenta sensación de desgano, pierde interés en las cosas, suele tener dificultad para concentrarse en sus

actividades, tiende a padecer trastornos en el sueño y pérdida de apetito, en general, tienen la sensación de ser infelices.

Según la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, décima revisión (CIE-10) este episodio puede dividirse según su gravedad en la presentación de la sintomatología y grado de limitación social, ya sea en el trabajo o en su autoestima:

**Tabla N° 4.** Clasificación del episodio depresivo (CIE-10)

<b>F32</b>	<b>Episodio depresivo</b>
<b>F32.0</b>	Episodio depresivo leve
<b>F32.1</b>	Episodio depresivo moderado
<b>F32.2</b>	Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
<b>F32.3</b>	Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
<b>F32.8</b>	Otros episodios depresivos
<b>F32.9</b>	Episodio depresivo sin especificación

**Fuente:** elaboración propia con datos de<sup>(23)</sup>

Las personas con un trastorno depresivo mayor pueden padecer uno o varios episodios depresivos lo largo de su vida, independientemente de si es leve, moderado o grave. Sin embargo, para considerarse como tal, la persona nunca debe haber padecido ningún episodio maníaco o hipomaníaco asociado a este.

Según la guía para el diagnóstico clínico DSM-V<sup>(25)</sup> existen algunos elementos descriptivos que ayudan a caracterizar el episodio depresivo mayor más reciente o en curso, según sus características:

- Características atípicas: aumento del apetito, aumento de peso, hipersomnolencia.
- Características melancólicas: se suelen despertar muy temprano, se sienten mal en comparación con el resto del día, falta de apetito, sensación de culpabilidad, sin mejoría ante estímulos agradables.
- Características de ansiedad: presencia de inquietud, preocupación o miedo.
- Características catatónicas: ya sea con hiperactividad o inactividad motriz.
- Características mixtas: mezcla de síntomas depresivos y maníacos.
- Con ciclado rápido: paciente que presenta cuatro episodios en un año.
- Patrón estacional: cuando se desarrolla la enfermedad en una época específica del año.

Como se indica en la guía para el diagnóstico clínico DSM-V<sup>(25)</sup>, un episodio depresivo mayor debe cumplir con cinco requisitos, es decir, que debe presentar:

- Calidad depresiva del estado de ánimo: cambio evidente en su desempeño.
- Periodo mínimo: debe estar presente casi diariamente por dos semanas.
- Cierta número de síntomas: debe presentar al menos cinco de los siguientes síntomas, estado de ánimo deprimido, anhedonia, pérdida de apetito, peso y sueño, fatiga, agitación, autoestima baja, deseo de muerte o ideas suicidas.
- Malestar o discapacidad: compromete su desempeño laboral, escolar, social o incluso sexual.
- Cumplir con criterios de exclusión: uso de sustancias, ya sea medicamentos, drogas, alcohol o alguna afección médica.

En general, el trastorno depresivo mayor (TDM) puede tener tanto un inicio súbito como gradual y suelen tener un promedio general de duración de 6 a 9 meses, sin embargo, también puede tener una duración de semanas (dos o más) o hasta incluso años.

Se dice que este trastorno (TDM) suele ser hereditario.

### **2.4.3 Clasificación**

El trastorno depresivo mayor (TDM) se suele dividir o clasificar según el número de episodios depresivos que presente el paciente a lo largo de su vida, por lo que se clasifica en:

- **Trastorno depresivo mayor de episodio único:** en el cual los pacientes tienen un único episodio depresivo en toda su vida.
- **Trastorno depresivo mayor recurrente:** en este los pacientes suelen presentar más de un episodio depresivo en su vida y, según la guía para el diagnóstico clínico DSM-V<sup>(25)</sup> el segundo episodio debe estar separado del primero por al menos dos meses.

### **2.4.4 Factores de riesgo**

Se afirma que la depresión tiene una etiología multifactorial, ya sean factores genéticos o ambientales, entre los cuales se pueden mencionar los siguientes:

- Sexo: mayor tendencia a afectar a las mujeres.
- Edad: mayormente en personas de 25-29 años, como se mencionó.
- Antecedentes personales: episodio depresivo previo, enfermedades crónicas presentes, cambios hormonales, ideas o intentos suicidas.

- Antecedentes familiares: historia de familiares de primer grado con antecedente de depresión.
- Hechos estresantes: trauma emocional, desempleo, pérdida de algún familiar, entre otros.

#### 2.4.5 Criterios diagnósticos

Como se observó, la mayor parte de los trastornos psiquiátricos son síndromes heterogéneos y se desconoce la neuropatología y marcadores biológicos auténticos, por lo tanto, los diagnósticos aún se basan en la clínica y sintomatología basadas en el *Diagnostic and Staticial Manual of Mental Disorders* de la *American Psychiatric Assosiation* (DSM)<sup>(22)</sup>. A continuación, se mencionan los criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor.

**Tabla Nº 5.** Criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor, según el DSM-V

---

**A-**Cinco o más de los siguientes síntomas han estado presentes durante dos semanas y representan un cambio en el funcionamiento general previo de la persona. Al menos uno de los síntomas presentes es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida del interés o del placer.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, según información subjetiva o por otras personas.
  2. Disminución importante del interés o del placer en todas o casi todas las actividades realizadas durante el día, casi todos los días. (según información subjetiva o por otras personas).
  3. Pérdida de peso sin proponérselo o aumento del mismo o disminución del apetito casi todos los días.
  4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
  5. Agitación o retardo psicomotor casi todos los días.
  6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
  7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva (que puede ser delirante) casi todos los días.
  8. Disminución de la capacidad para concentrarse o para tomar decisiones,
-

---

casi todos los días (a partir de información subjetiva o de otras personas).

9. Pensamiento de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan determinado para llevarlo a cabo.

---

**B-** Los síntomas causan malestar, clínicamente, significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

---

**C-** El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

---

**D-**El episodio depresivo mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

---

**E-** Nunca ha presentado un episodio maniaco o hipomaniaco.

---

**Fuente:** elaboración propia con datos de <sup>(25)</sup> y <sup>(26)</sup>

## **2.5 DESORDEN DEPRESIVO PERSISTENTE (DISTIMIA)**

### **2.5.1 Generalidades**

Suele llamarse de distintas formas, como, por ejemplo, distimia, trastorno distímico, depresión crónica o como ahora se llama, trastorno depresivo persistente. Este trastorno tiene una duración más extensa que el trastorno depresivo mayor y no suele tener fases de exaltación.

Como se mencionó anteriormente, el trastorno depresivo mayor tiene una duración de dos semanas o más, a diferencia de la distimia, que suele durar años. Tal es el caso de personas que lo presentan en casi toda su vida. Debido a esto, suelen tener grandes afecciones e incapacidades a lo largo de su vida.

Por lo que se sabe, este no tiene la gravedad suficiente para considerarse como un episodio depresivo mayor.

Es decir, el trastorno depresivo persistente (TDP) suele tener sintomatología similar al trastorno depresivo mayor (afección del estado de ánimo, fatiga, dificultad en la concentración, pérdida de peso o apetito, entre otros), sin embargo, no cuenta con un criterio importante, en este caso no hay deseos o ideas suicidas.

Según el DSM-V<sup>(25)</sup> aproximadamente el 6 % de la población adulta padece del trastorno depresivo persistente y afecta, en su mayoría, a las mujeres. En este también se dice que puede iniciar a cualquier edad, sin embargo, rara vez aparece de forma tardía.

Este trastorno suele ser de inicio discreto y aparecer de forma temprana, por lo que suelen considerarlo como su estado normal, ignorando su padecimiento.

A manera de resumen, según el DSM-V<sup>(25)</sup> este trastorno se puede describir como depresión de bajo grado, el cual persiste por un periodo aproximado de dos años, en el cual los pacientes rara vez son conscientes de este.

### **2.5.2 Clasificación**

Este trastorno se suele clasificar según el DSM-V<sup>(25)</sup> según su edad de inicio, en:

- Trastorno depresivo persistente de inicio temprano: antes de los 20 años.
- Trastorno depresivo persistente de inicio tardío: si inicia después de los 21 años.

En el DSM-V<sup>(25)</sup> también se suele especificar según ciertas características:

- Con síndrome distímico puro: no cumple criterios para episodio depresivo mayor.
- Con episodio depresivo mayor persistente: cumplió criterios durante los dos años precedentes.
- Con episodios depresivos mayores intermitentes, con episodio activo: actualmente, cumple los criterios de episodio depresivo mayor.
- Con episodios depresivos mayores intermitentes, sin episodio activo: cumplió en algún momento los criterios de episodio depresivo mayor, mas no lo hace en la actualidad.

### **2.5.3 Criterios diagnósticos**

Existen ciertos criterios a tomar en cuenta para hacer el diagnóstico de trastorno depresivo persistente, los cuales según el DSM-V<sup>(25)</sup> son:

- Duración del trastorno: dos años o más con presencia de síntomas.

- Discapacidad o malestar: presencia de afección en el ámbito laboral, educativo, social o sexual.
- Diagnóstico diferencial: no hay evidencia de medicamentos, drogas o alcohol, no se cumplen criterios de trastornos bipolares ni trastorno depresivo mayor.

## 2.6 ESQUIZOFRENIA

### 2.6.1 Generalidades

Se afirma que este es un trastorno mental grave, ya que afecta a más de 21 millones de personas en el mundo<sup>(27)</sup> y se caracteriza porque la persona afectada cursa con distorsión de la percepción, del pensamiento y de sus emociones<sup>(25)</sup>. Esto afecta el desempeño tanto educativo como laboral y personal de la persona.

Es una afección frecuente, con una prevalencia mundial, aproximadamente de un 1 %<sup>(22)</sup>, la cual se creía que afectaba casi de igual forma a ambos sexos, sin embargo, en la actualidad, la OMS indica que es más frecuente en hombres (12 millones) que en mujeres (9 millones)<sup>(28)</sup>.

Además, suele afectar a personas en edad temprana, es decir, se presenta al final de la adolescencia y en la adultez temprana (entre los 16 y 30 años) y rara vez se diagnostica después de los 45 años<sup>(29)</sup>. Este trastorno puede aparecer de forma gradual, a veces de forma imperceptible hasta establecerse.

Para hablar específicamente de la esquizofrenia la persona debe presentar manifestaciones psicóticas por un periodo de al menos 6 meses, dentro de los cuales se presentarán grupos sintomáticos principales, los cuales según el Harrison<sup>(22)</sup> se dividen en:

- Síntomas positivos: alucinaciones, ideas delirantes, lenguaje desorganizado.
- Síntomas negativos: anhedonia, abulia, comportamiento asocial.
- Síntomas cognitivos: deficiencias en la memoria funcional, distracción, desorientación.

## 2.6.2 Criterios diagnósticos

Para hacer el diagnóstico correcto de esquizofrenia, como se mencionó, el paciente debe haber presentado durante seis meses síntomas psicóticos, entre los cuales se encuentran cinco síntomas específicos y debe haber presentado al menos dos de estos.

Como se verá a continuación, los requisitos de los criterios de inclusión A del DSM-V para diagnosticar esquizofrenia son<sup>(25)</sup>:

- Ideas delirantes: creencias falsas que no pueden explicarse; no se puede persuadir a la persona de que esta idea es incorrecta, a pesar de la evidencia de lo contrario. Estas pueden ser ideas de grandeza, erotomaníacas, de culpa, persecución, de control, somáticas, entre otras.
- Alucinaciones: percepción sensorial falsa en ausencia de un estímulo sensorial relacionado. Las cuales se presentan cuando la persona está despierta y alerta y, a la vez, la persona no la puede identificar como irreal. Se dice que las alucinaciones auditivas y visuales son las más comunes.
- Lenguaje desorganizado: o asociaciones laxas, es cuando la vinculación mental del paciente no está dada por la lógica, sino que, por rimas o juegos de palabras, los cuales interfieren con la comunicación.
- Comportamiento anómalo: son acciones físicas que carecen de un objetivo, como desvestirse en público o tomar posturas corporales peculiares e incómodas.
- Síntomas negativos: estos reducen las características de la personalidad de la persona, es decir, afectan su deseo, sus emociones.

### 2.6.3 Diagnóstico diferencial

Es importante saber diferenciar la esquizofrenia de otros trastornos que incluyen, de igual manera, a la psicosis entre sus principales síntomas. Para esto y según el DSM-V existen cuatro clases de datos que ayudan a diferenciar los distintos tipos de psicosis<sup>(25)</sup>, entre estos se encuentran:

- Síntomas psicóticos: se dice que cualquier tipo de psicosis debe incluir al menos uno de los síntomas psicóticos anteriormente descritos, sin embargo, y como ya se mencionó, el médico debe confirmar la presencia de dos o más de estos para establecer el diagnóstico de esquizofrenia.
- Evolución de la enfermedad: el tipo de psicosis se determina por los patrones longitudinales y características asociadas al trastorno, por lo que algunos de los factores a tomar en cuenta son la duración (6 meses para diagnosticar esquizofrenia), factores precipitantes (menor probabilidad de ser afección de evolución crónica como la esquizofrenia) y la evolución previa de la enfermedad (antecedente de recuperación completa de una psicosis indica un trastorno diferente a la esquizofrenia)<sup>(25)</sup>.
- Complicaciones debidas a la enfermedad: si el paciente presenta una afección o disfunción significativa de su desempeño social, laboral o familiar, indica mayor seguridad para el diagnóstico de esquizofrenia.
- Criterios de exclusión: se debe tener en cuenta la existencia de trastornos psicóticos causados por enfermedades físicas, consumo de sustancias (alcohol, drogas ilegales), uso de medicamentos y antecedentes personales patológicos (trastornos del estado de ánimo)<sup>(25)</sup>.

Otras características a tomar en cuenta para el diagnóstico diferencial son los antecedentes familiares y la edad de inicio; esto ya que, según se plantea, un paciente con algún familiar directo con esquizofrenia aumenta las probabilidades de que este paciente padezca, de igual forma, de esquizofrenia. Asimismo, es poco probable que se diagnostique un paciente con esquizofrenia después de los 40 años, ya que es un trastorno de inicio a edad temprana.

#### **2.6.4 Pronóstico**

El pronóstico de personas con esquizofrenia, diagnosticadas y tratadas temprana y adecuadamente es cada vez mejor. Sin embargo, no hay que menospreciar este trastorno, ya que según la OMS las personas con esquizofrenia tienen entre 2 y 2,5 veces más probabilidades de morir a temprana edad que el resto de la población<sup>(27)</sup>. Según se menciona en el DSM-5<sup>(25)</sup>, los pensamientos suicidas son muy comunes en personas diagnosticadas con esquizofrenia y aproximadamente un 10 % de estas personas llegan a cometer suicidio, por lo que es importante darle seguimiento a estos pacientes.

## **2.7 TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR**

### **2.7.1 Generalidades**

Este es un trastorno cíclico del estado del ánimo, anteriormente conocido como trastorno maniaco-depresivo, el cual se caracteriza por cambios repentinos e impredecibles en el estado de ánimo de una persona, que pueden presentar desde episodios depresivos mayores hasta episodios maníacos e hipomaniacos, separados por periodos de estado de ánimo “normal”<sup>(22)</sup>.

Este trastorno del estado del ánimo es bastante frecuente, ya que según la OMS afecta aproximadamente a 60 millones de personas en todo el mundo<sup>(12)</sup> y aproximadamente el 25 % de las personas con trastornos del estado de ánimo experimentan episodios maníacos o hipomaniacos y casi todos acompañados también con episodios depresivos<sup>(25)</sup>.

El primer episodio se puede presentar a cualquier edad, desde la infancia hasta la senectud<sup>(23)</sup>, sin embargo, es más usual entre los 20 y 30 años de edad y suele tener una prevalencia similar en ambos sexos, sin embargo, hay más probabilidades de que las mujeres que lo padezcan presenten mayores episodios depresivos, mientras que los hombres son más propensos a los episodios maníacos<sup>(22)</sup>.

### **2.7.2 Clasificación**

La intensidad, duración y ciertas características de la sintomatología que presente el paciente, pueden ayudar a determinar el tipo específico de trastorno bipolar<sup>(25)</sup>; los cuales pueden ser:

- **Trastorno afectivo bipolar tipo I:** para identificarse como tal, la persona debe haber presentado mínimo un episodio maniaco y la mayor parte de estos han presentado también algún episodio depresivo mayor e incluso puede ir acompañado o no de algún episodio de hipomanía.

Sin embargo, se debe tener en cuenta ciertas pautas, por ejemplo, para considerar un episodio como nuevo este debe representar un cambio en la polaridad o de ser el caso, este nuevo episodio debe estar separado del anterior por un periodo de dos meses en los cuales la persona haya cursado con su estado de ánimo “normal”<sup>(25)</sup>.

También se debe tomar en cuenta los episodios maniacos posteriores al uso de tratamientos para la depresión y se toman como diagnóstico de T. bipolar tipo I únicamente si la sintomatología persiste después de finalizar el efecto de dicha terapia.

Las personas con trastorno bipolar tipo I corren con un riesgo mucho mayor de cometer suicidio y se sugiere que esta población representa una cuarta parte de todos los suicidios<sup>(25)</sup>.

- **Trastorno afectivo bipolar tipo II:** para hacer este diagnóstico es necesario que la persona que lo presente haya cursado con episodios depresivos recurrentes y con al menos un episodio hipomaniaco. Como se puede detallar entre un trastorno y otro la diferencia radica en el grado de afección y discapacidad que presente la persona afectada, que es en menor intensidad en el tipo II<sup>(25)</sup>.

Según se indica en el DSM-V<sup>(25)</sup>, se cree que estas personas a diferencia de las que padecen trastorno bipolar tipo I, permanecen enfermas mayor tiempo, ya que pasan periodos más prolongados en fase depresiva.

Teniendo en claro la clasificación del trastorno afectivo bipolar y en qué consiste cada uno, es necesario conocer cada uno de los episodios del estado de ánimo que los componen y así tener más claro el diagnóstico, ya sea tipo I o II.

Según se indica en el DSM-V, los episodios del estado de ánimo son bloques de construcción a partir de los cuales se integran muchos de los trastornos del estado de ánimo. En este caso, para hacer el diagnóstico correcto del trastorno afectivo bipolar específico<sup>(25)</sup> entre los cuales se encuentran:

- Episodio depresivo mayor: este tiene una duración de al menos dos semanas, dentro de las cuales la persona cursa con estado de ánimo deprimido, disminución del placer, poca energía, trastornos del sueño, sensación de culpabilidad, inutilidad, infelicidad y pensamientos suicidas. Así como disminución en su desempeño laboral y social<sup>(22) (25)</sup>.
- Episodio maniaco: se presenta en periodo de una semana, en el cual el paciente cursa con una triada específica, intensificación de la autoestima, aumento de su actividad motriz y verborrea. Así como con euforia, irritabilidad, impulsividad, menor necesidad de sueño y fuga de ideas, los cuales llegan a afectar gravemente la vida social, laboral y educativa de la persona, a tal punto de necesitar hospitalización para evitar daños a sí mismo o a otras personas<sup>(22)</sup>.
- Episodio hipomaniaco: su sintomatología es similar a la del episodio maniaco, sin embargo, este se presenta en menor intensidad, suelen cursar con euforia

e irritabilidad y aumenta su nivel de distracción, sin embargo, la persona que lo padece no suele llegar a poner en peligro su vida ni la de otros debido a sus acciones, por lo que estas no requieren ser hospitalizadas.

La principal diferencia con el episodio maniaco es la duración, ya que en este caso la sintomatología que presente el paciente debe estar por al menos cuatro días.

### **2.7.3 Criterios diagnósticos**

Anteriormente, se mencionaron los criterios diagnósticos del episodio depresivo mayor, por lo que, en este punto, se hablará sobre los criterios específicos para identificar y diagnosticar un episodio maniaco de forma adecuada y así lograr diferenciarlo de uno hipomaniaco. A continuación, se mencionarán dichos criterios:

**Tabla Nº 6.** Criterios diagnósticos de un episodio maniaco, según el DSM-V

---

**A-** Periodo bien definido de anomalía con estado de ánimo, persistentemente, elevado, expansivo o irritable, que dura más de una semana (o cualquier duración si requiere hospitalización).

---

**B-** Durante el periodo de alteración del estado del ánimo, persistencia de tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro, si el estado de ánimo es solo irritable) y presencia de ellos en grado significativo:

- 1- Autoestima excesiva o grandiosidad.
  - 2- Menor necesidad de dormir.
  - 3- Habla más de lo habitual o siente la necesidad de seguir hablando.
  - 4- Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos se suceden a gran velocidad.
  - 5- Distracción (facilidad para dirigir la atención a estímulos externos irrelevantes o poco importantes).
-

---

**6-** Aumento de la actividad dirigida hacia un objetivo (social, laboral, escolar, sexual) o agitación psicomotriz.

**7-** Dedicación excesiva a actividades placenteras con gran potencial de consecuencias nocivas (gastar mucho dinero, indiscreciones sexuales).

---

**C-** Los síntomas no cumplen criterios de un episodio mixto.

---

**D-** La alteración del estado de ánimo es lo bastante grave para deteriorar el funcionamiento laboral, las actividades sociales habituales o las relaciones con los demás o requiere hospitalización para evitar daños al propio paciente o a terceros o muestra rasgos psicóticos.

---

**E-** Los síntomas no se deben al efecto fisiológico directo de una sustancia o a una enfermedad orgánica generalizada.

---

**Nota:** para hacer el diagnóstico de trastorno bipolar de tipo I hay que descartar los síntomas de tipo manía, claramente, secundarios al tratamiento con antidepresivos

---

**Fuente:** elaboración propia con datos de <sup>(22)</sup> <sup>(25)</sup>

## **CAPÍTULO 3. MARCO METODOLÓGICO**

### **3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN**

Este estudio tiene un enfoque cuantitativo ya que se hace una recolección de datos y se analizan diferentes variables para así brindar con una aproximación a la evolución y comportamiento de la carga de la enfermedad por esquizofrenia, desórdenes bipolares y desórdenes depresivos en Costa Rica, del año 1990 al 2014.

### **3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Corresponde a una investigación de tipo descriptiva, ya que, según los datos obtenidos, se observará el comportamiento y evolución de la carga de la enfermedad en los diferentes desórdenes mentales en Costa Rica, esto en el periodo de 1990 al año 2014.

### **3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO**

#### **3.3.1 Área de estudio**

Este estudio se realiza en Costa Rica, en personas de ambos sexos que se encuentran en un rango de edad de los 5 a los 70 años o más, desde el año 1990 hasta el 2014.

#### **3.3.2 Fuente**

- Fuente primaria: debido a la naturaleza de este estudio, no se hace a partir de fuentes primarias, ya que se basa en la revisión de diferentes bases de datos.

- Fuentes secundarias:

\* Instituto Nacional de Estadística y Censos de Costa Rica (INEC)

\* Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)

\* Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS)

\* Organización Mundial de la Salud (OMS)

\* Ministerio de Salud de Costa Rica

\* Libros de texto, revistas médicas, artículos y páginas en Internet relacionadas con el tema

#### **3.3.3 Población**

La población de este estudio son personas de ambos sexos en un rango de edad que va desde los 5 hasta los 70 años más, en el periodo de 1990-2014.

### **3.3.4 Muestra**

No se requiere muestra para el presente estudio.

### **3.3.5 Criterios de inclusión y exclusión**

- Criterios de inclusión: personas en Costa Rica, en un rango de edad entre los 5 y 70 años o más, diagnosticadas con desorden depresivo mayor, desorden depresivo persistente (distimia), esquizofrenia o desorden bipolar.
- Criterios de exclusión: según la naturaleza de este estudio, no aplica el uso de criterios de exclusión.

### **3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

En este estudio no se utiliza ningún instrumento para la recolección de datos, ya que se investigan bases de datos ya existentes, cuya información se organizará en una hoja de recolección de datos para su posterior tabulación.

### **3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

Este estudio es de tipo observacional, ya que se limita a observar el comportamiento de los diferentes desórdenes mentales en estudio, su curso y evolución en un periodo o línea de tiempo, la cual en este caso va desde 1990 hasta el 2014, sin alterar o modificar ninguna de las variables en estudio.

A la vez, es un estudio descriptivo, ya que, en este solo se busca analizar la información y datos obtenidos, para así describir cuál es el comportamiento de los desórdenes depresivos a través del tiempo, estudiar su frecuencia y tendencias, respectivamente.

Es de tipo transversal ya que se basa en la recopilación de datos y en el impacto de los desórdenes depresivos en la población nacional en un momento específico, en este caso de 1990 al 2014.

Además, es un estudio de tipo ecológico mixto, ya que las unidades de estudio son de diferentes áreas geográficas y diferentes periodos, ya que se analizará toda la población del territorio costarricense desde el año 1990 hasta el 2014.

### 3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Dimensión	Instrumento
<b>Estimar la incidencia de la esquizofrenia, desórdenes bipolares y desórdenes depresivos en Costa Rica de 1990-2014 según sexo y grupo etario.</b>	-Incidencia.	- Número de casos nuevos de una enfermedad o evento que aparecen en un intervalo de tiempo.	- Tasa de incidencia.	- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), Global Burden of Disease (GBD).
<b>Estimar la prevalencia de la esquizofrenia, desórdenes bipolares y desórdenes depresivos en Costa Rica de 1990-2014 según sexo y grupo etario.</b>	- Prevalencia.	- Proporción de la población que presenta un determinado trastorno en un momento específico.	-Tasa de prevalencia.	- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), Global Burden of Disease (GBD).

---

**Identificar los años de vida vividos con discapacidad por esquizofrenia, desórdenes bipolares y desórdenes depresivos en Costa Rica de 1990-2014 según sexo y grupo etario.**

-Años de vida vividos con discapacidad (AVD).

-Mide los años de vida perdidos por vivir en estadios menores a la salud total.

-Tasa de AVD.

- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), Global Burden of Disease (GBD).

---

**Identificar los años de vida ajustados a discapacidad por esquizofrenia, desórdenes bipolares y desórdenes depresivos en Costa Rica de 1990-2014 según sexo y grupo etario.**

-Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD).

-Unidad de medida de la carga de la enfermedad, permite estimar las pérdidas de salud para una población con respecto a las consecuencias mortales y no mortales de las enfermedades.

-Tasa de AVAD

- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), Global Burden of Disease (GBD).

---

Fuente: elaboración propia.

### 3.7 METODOLOGÍA

Este trabajo se basará en la información suministrada por el *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME), esto mediante la recolección de datos del *Global Burden of Disease* (GBD), del cual se utilizarán los siguientes códigos:

- B.7.1
- B.7.4.1
- B.7.4.2
- B.7.5

La información recolectada se organizará según sexo, causa y edad, esta última va desde los 5 años hasta los 70 o más años, los cuales se organizarán en un total de 4 grupos de edad: de 5 a 14 años, 15 a 49 años, de 50 a 69 años y de 70 años y más.

El grupo de menores a 5 años no se tomará en cuenta para la presentación de los datos, esto debido a que las cifras pertenecientes a este rango de edad están en 0 o muy cercanas a este.

Con base en los objetivos de este trabajo, se recolectarán los datos de incidencia, prevalencia, años de vida vividos con discapacidad y los años de vida ajustados a discapacidad, causados por la esquizofrenia, desordenes bipolares y desordenes depresivos en Costa Rica, en un periodo que va desde el año 1990 hasta el año 2014.

No se analizará la mortalidad ni los años de vida perdidos por muerte prematura (AVPP), debido a que los datos referentes a estas variables están en 0, ya que se cuentan como datos de suicidios.

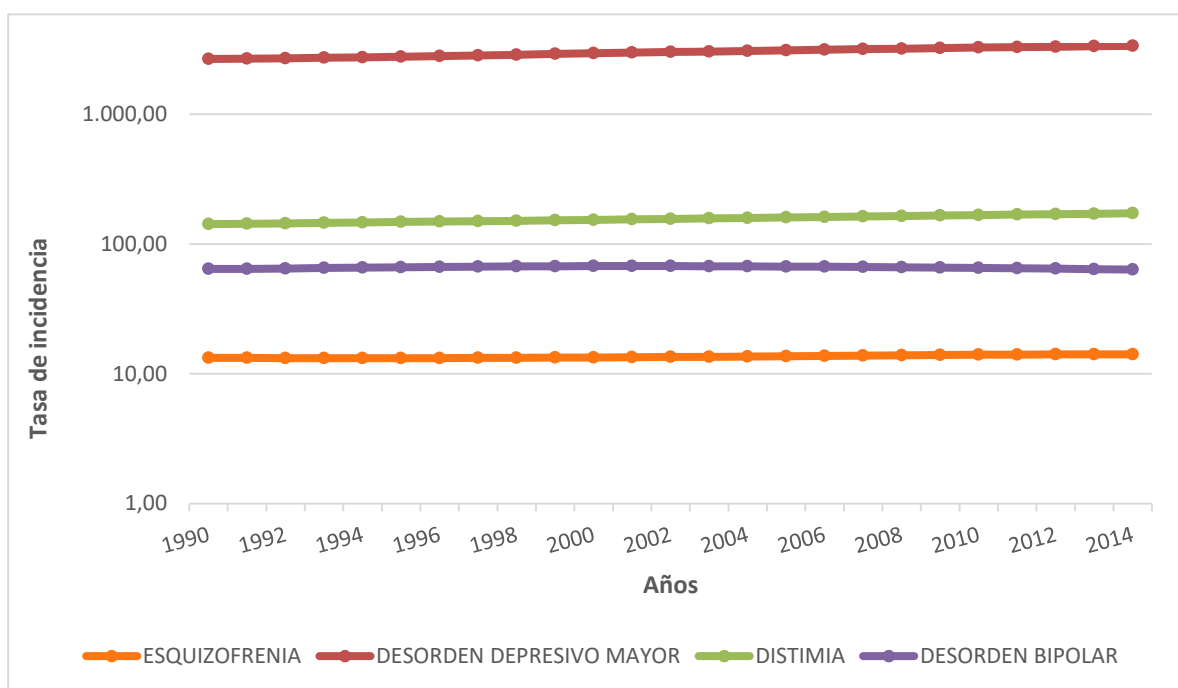
Para la presentación de los datos en este estudio se trabajará con tasas brutas, sin embargo, al momento de realizar comparaciones de datos con otros estudios, se realizarán mediante tasas estandarizadas.

Debido a esto no se realizará una comparativa por regiones, provincias, ni cantones del impacto en la mortalidad de los diferentes desórdenes mentales a estudiar, por lo que no se tomarán datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos de Costa Rica (INEC), únicamente se basará en los datos proporcionados por el *Global Burden of Disease* (GBD).

## **CAPÍTULO 4. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**

## 4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

**Gráfico N° 1.** Tasa de incidencia por desórdenes mentales en Costa Rica, 1990-2014 (Tasa por 100 000 habitantes)



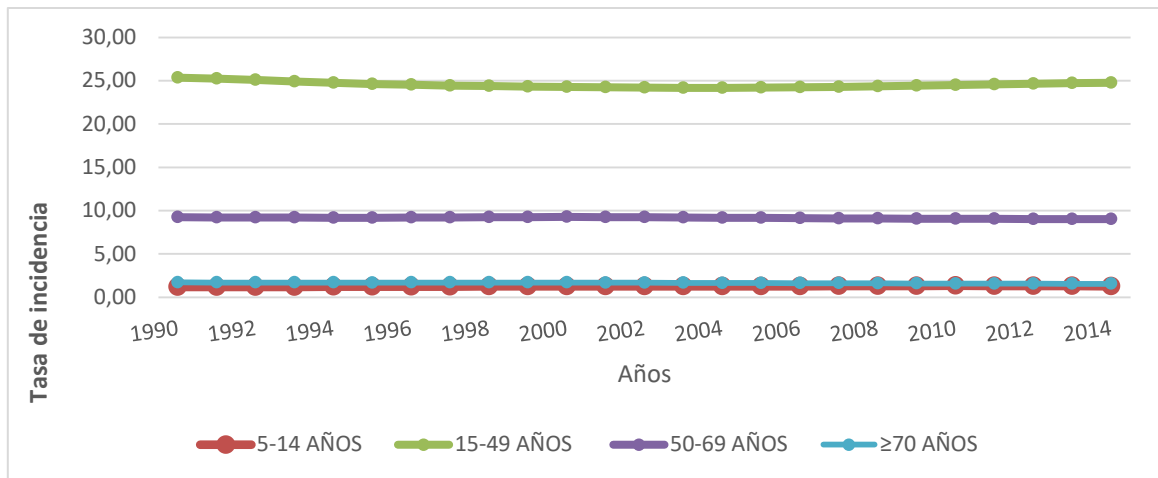
**Fuente:** elaboración propia con datos de<sup>(24)</sup>

En el gráfico anterior se puede observar que la incidencia general por desórdenes depresivos en estos 25 años en estudio no ha presentado cambios significativos; de las cuatro patologías en estudio, se muestra que la de mayor incidencia ha sido el desorden depresivo mayor, la cual en el año 1990 presentó una tasa de incidencia de 2 705,22 por cada 100 000 habitantes, mientras que para el año 2014 aumentó a una tasa de incidencia de 3 366,65 por cada 100 000 habitantes.

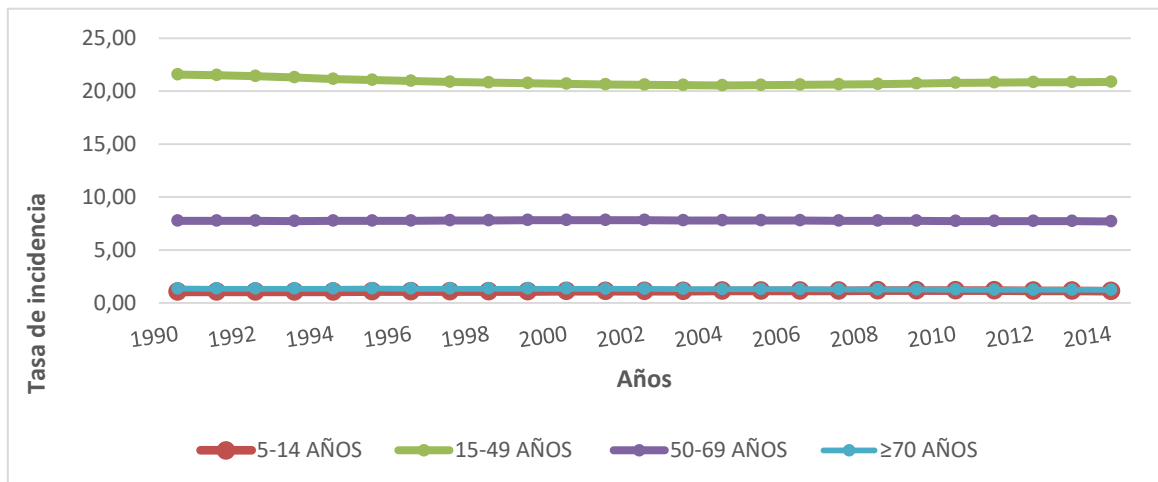
Por el contrario, la patología de menor incidencia a lo largo del tiempo es la esquizofrenia, que presentó la mayor cifra en el año 2014 con una tasa de incidencia de 14,16 por cada 100 000 habitantes.

**Figura N° 1.** Tasa de incidencia por Esquizofrenia en Costa Rica, 1990-2014, según sexo y grupo etario (Tasa por 100 000 habitantes).

**A. Tasa de incidencia en hombres**



**B. Tasa de incidencia en mujeres**

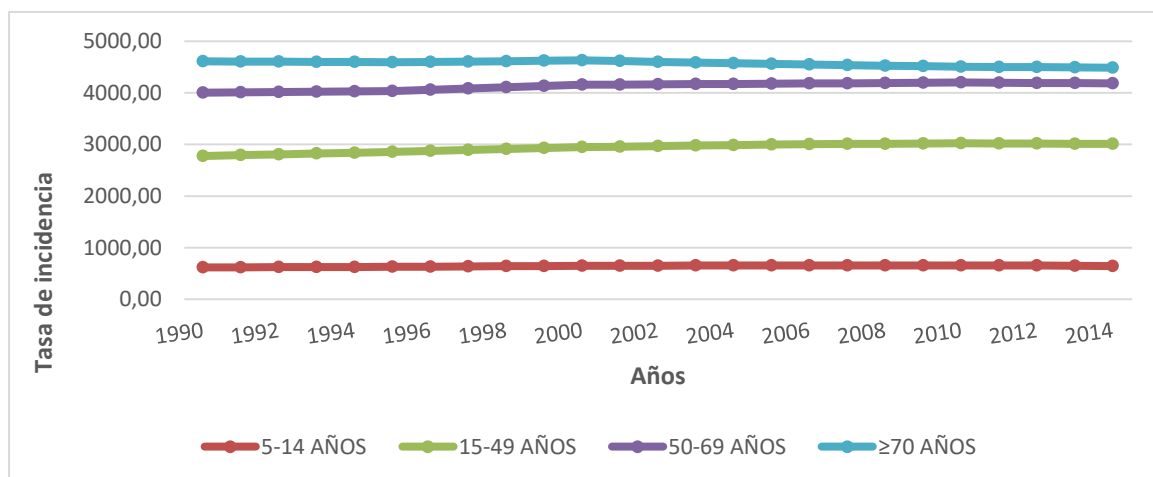


**Fuente:** elaboración propia con datos de<sup>(24)</sup>

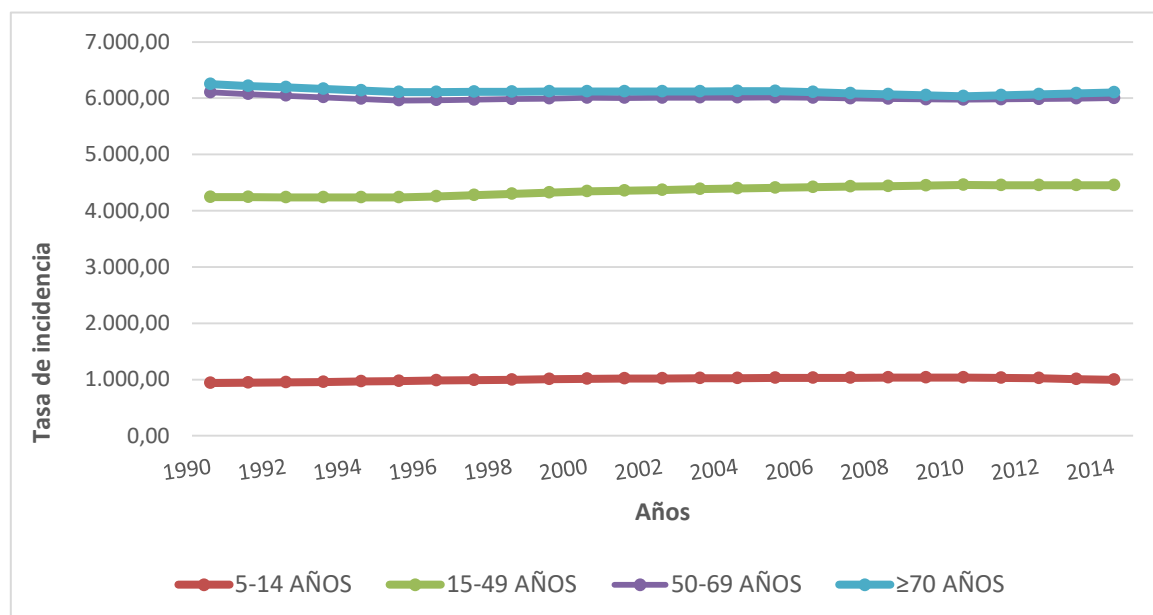
Aquí se puede ver cómo la esquizofrenia afecta, mayormente, a los hombres, sin embargo, se evidencia que para ambos sexos el grupo etario más afectado es el comprendido entre las edades de 15 a 49 años, presentando las cifras más altas en el año 1990, con una incidencia de 25,34 por cada 100 000 habitantes los hombres, mientras que en las mujeres fue de 21,57 por cada 100 000 habitantes. En cuanto a los menos afectados, han sido en ambos casos las personas entre los 5 y 14 años.

**Figura N° 2.** Tasa de incidencia por Desorden Depresivo mayor en Costa Rica, 1990-2014, según sexo y grupo etario (Tasa por 100 000 habitantes)

**A. Tasa de incidencia en hombres**



**B. Tasa de incidencia en mujeres**

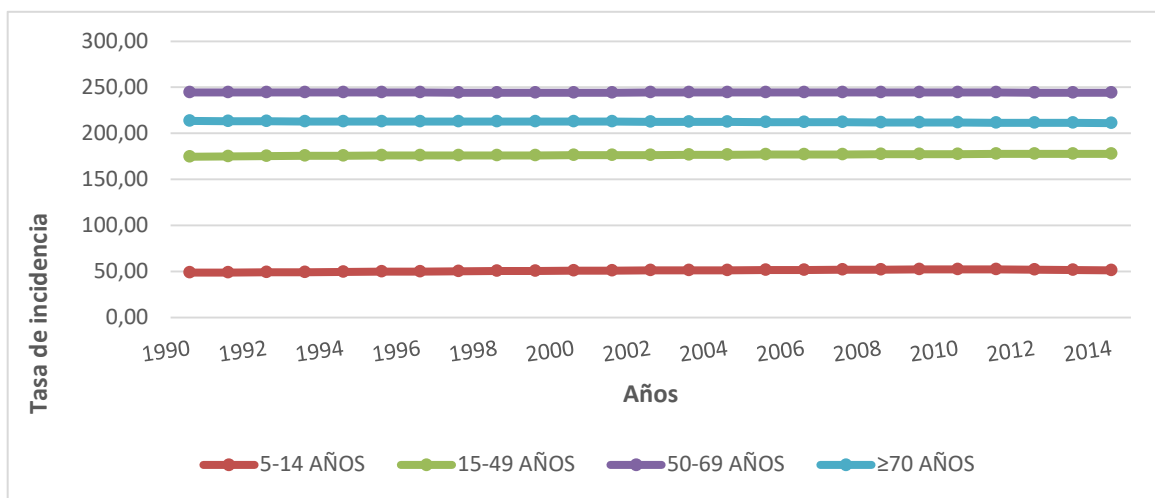


Fuente: elaboración propia con datos de<sup>(24)</sup>

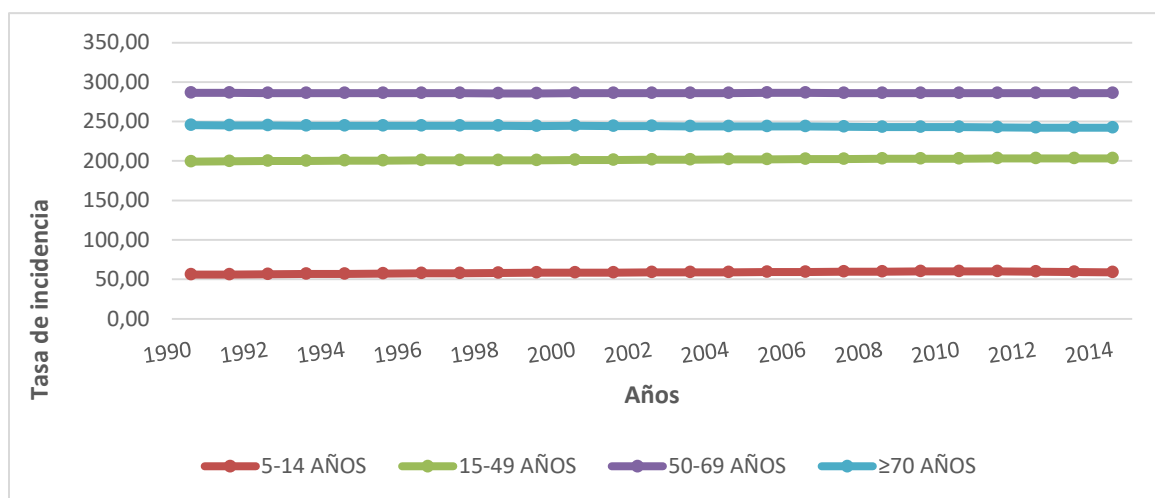
En estos gráficos se observa cómo el desorden depresivo mayor afecta, mayormente, a las personas con más de 70 años, en especial a las mujeres y la tasa más alta se presentó en el año 1990, con una incidencia de 6 247,84 por cada 100 000 habitantes. Mientras que los de 5 a 14 años, especialmente los varones, son los menos afectados.

**Figura N° 3.** Tasa de incidencia por Distimia en Costa Rica, 1990-2014, según sexo y grupo etario (Tasa por 100 000 habitantes)

**A. Tasa de incidencia en hombres**



**B. Tasa de incidencia en mujeres**

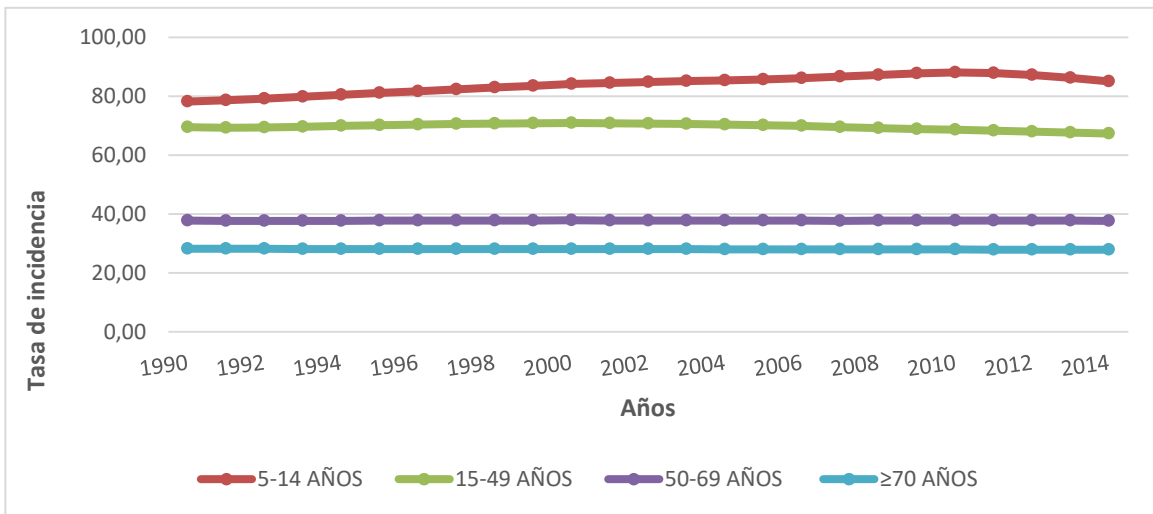


**Fuente:** elaboración propia. con datos de <sup>(24)</sup>

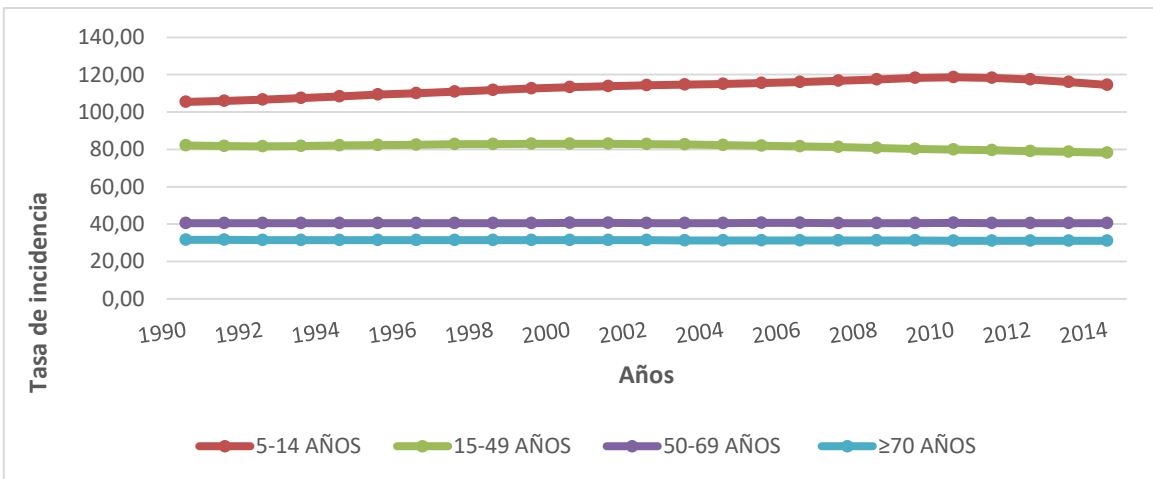
Se observa cómo la incidencia por Distimia no ha presentado mayores cambios a través del tiempo; en este caso se ven más afectadas las mujeres. Las personas entre los 50 y 69 años son las más afectadas. Las tasas de incidencia más altas se presentaron en 1990, en las mujeres con una incidencia de 286,28 por cada 100 000 habitantes y en el 2005 los hombres con una incidencia de 244,57 por cada 100 000 habitantes. A la vez, las personas de 5 a 14 años fueron las menos afectadas.

**Figura N° 4.** Tasa de incidencia por Desorden Bipolar en Costa Rica, 1990-2014, según sexo y grupo etario (Tasa por 100 000 habitantes)

**A. Tasa de incidencia en hombres**



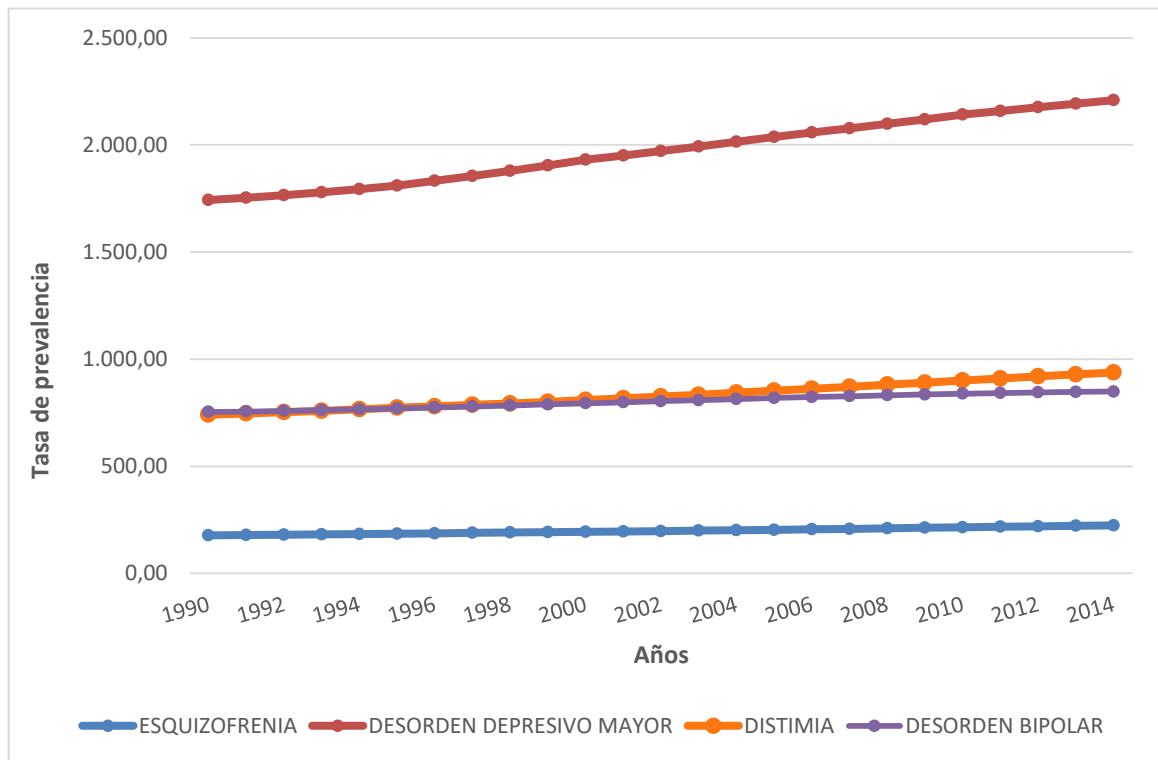
**B. Tasa de incidencia en mujeres**



Fuente: elaboración propia con datos de <sup>(24)</sup>

En estos gráficos se evidencia cómo el desorden bipolar afecta, mayormente, a las personas entre los 5 y 14 años, en especial, a las mujeres. Sin embargo, en ambos casos se observa un aumento en la incidencia a lo largo del tiempo, presentando las tasas más altas en el 2010, con una incidencia de 118,60 por cada 100 000 habitantes en las mujeres y en los hombres fue de 88,08 por cada 100 000 habitantes.

**Gráfico N° 2.** Tasa de prevalencia por desórdenes mentales en Costa Rica, 1990-2014 (Tasa por 100 000 habitantes).



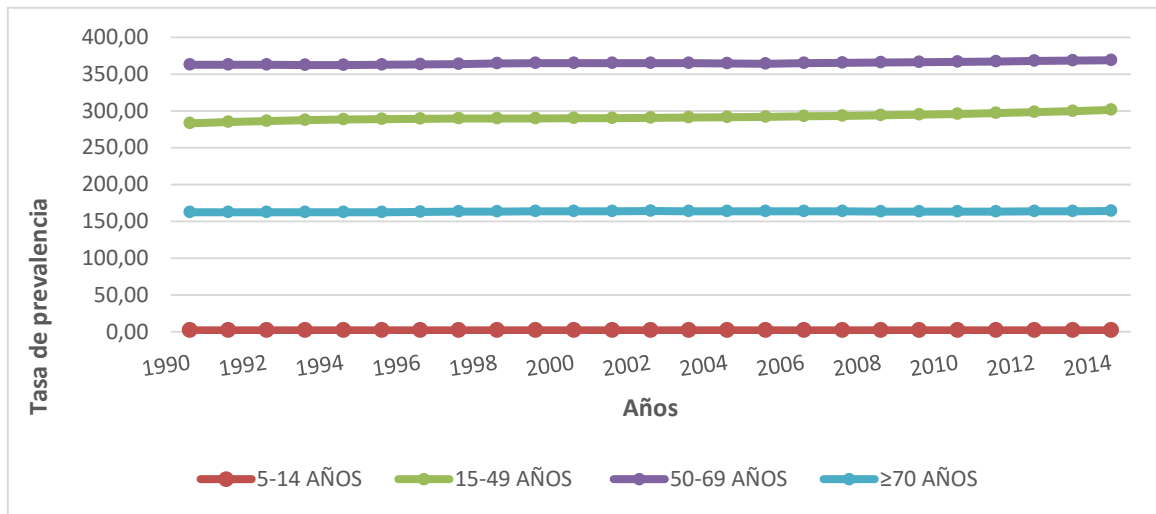
**Fuente:** elaboración propia con datos de<sup>(24)</sup>

En el gráfico anterior se puede observar que la prevalencia general por desórdenes depresivos en Costa Rica en estos 25 años en estudio ha ido en aumento y de las patologías en estudio se puede ver cómo el desorden depresivo mayor ha sido la de mayores cambios, ya que en el año 1990 presentó una tasa de prevalencia de 1 742,79 por cada 100 000 habitantes y para el año 2014 aumentó a una prevalencia de 2 209,58 por cada 100 000 habitantes.

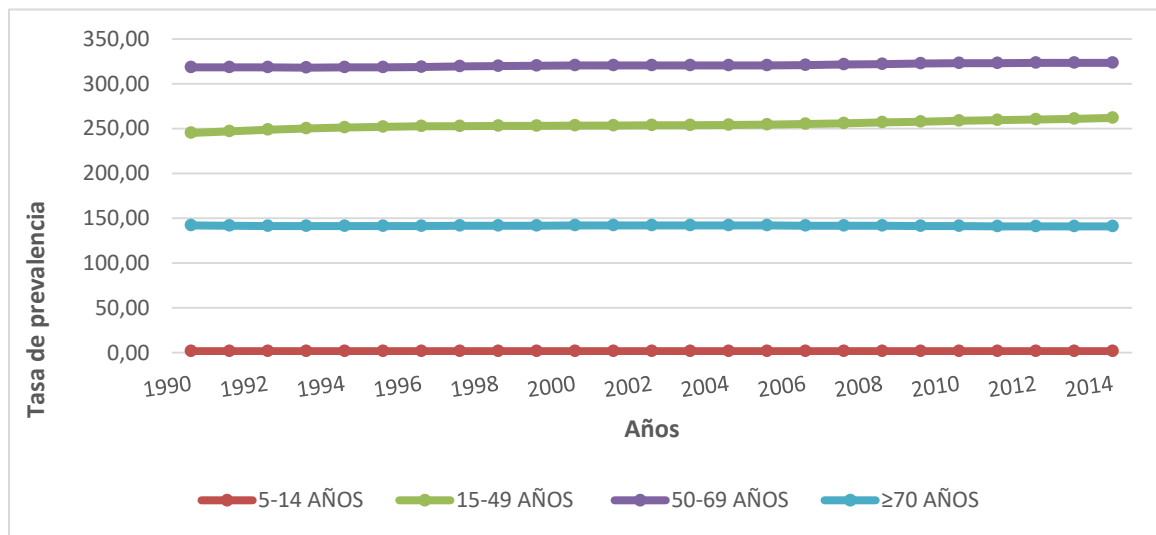
Por otro lado, se ve cómo la esquizofrenia es la que menos cambios ha presentado y tiene las tasas de prevalencia más bajas, en 1990 era de 176,71 por cada 100 000 habitantes y para el 2014 aumentó a 223,97 por cada 100 000 habitantes.

**Figura N° 5.** Tasa de prevalencia por Esquizofrenia en Costa Rica, 1990-2014, según sexo y grupo etario (Tasa por 100 000 habitantes)

**A. Tasa de prevalencia en hombres**



**B. Tasa de prevalencia en mujeres**

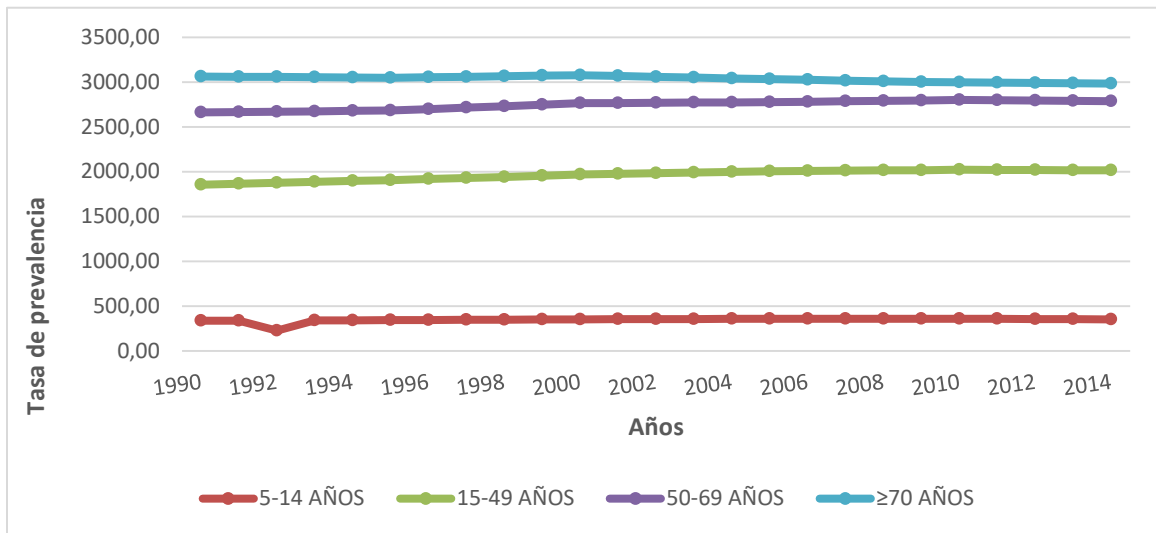


**Fuente:** elaboración propia con datos de<sup>(24)</sup>

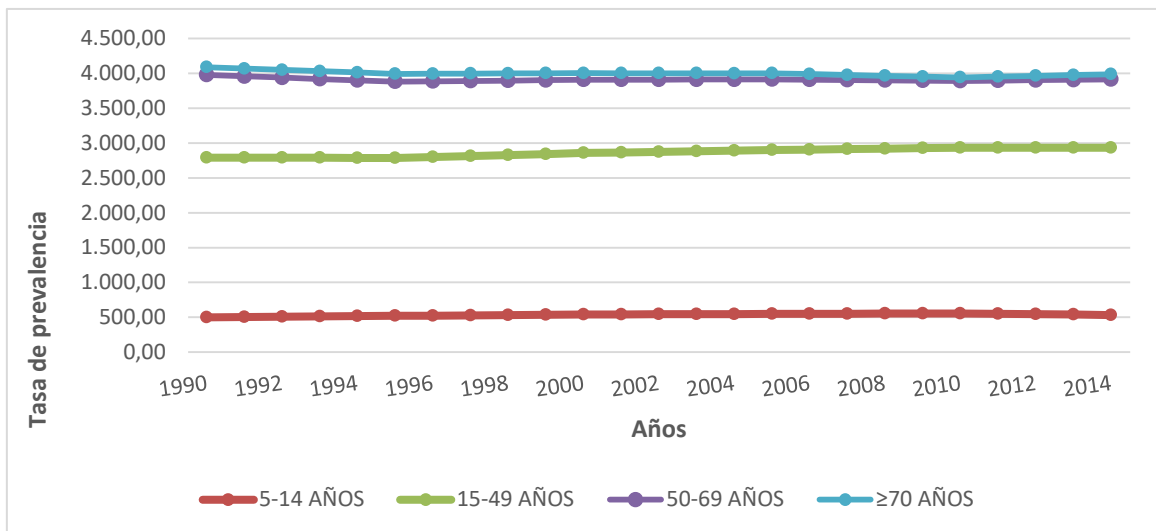
Con base en esta información, se observa que la esquizofrenia no ha tenido cambios significativos a través de los años. Igualmente, se ve más afección en personas entre los 50 y 69 años, en especial en hombres; con una tasa de prevalencia más alta en el 2014 con 368,65 por cada 100 000 habitantes, mientras que para las mujeres fue de 323,22 por cada 100 000 habitantes.

**Figura N° 6.** Tasa de prevalencia por Desorden Depresivo mayor en Costa Rica, 1990-2014, según sexo y grupo etario (Tasa por 100 000 habitantes)

**A. Tasa de prevalencia en hombres**



**B. Tasa de prevalencia en mujeres**

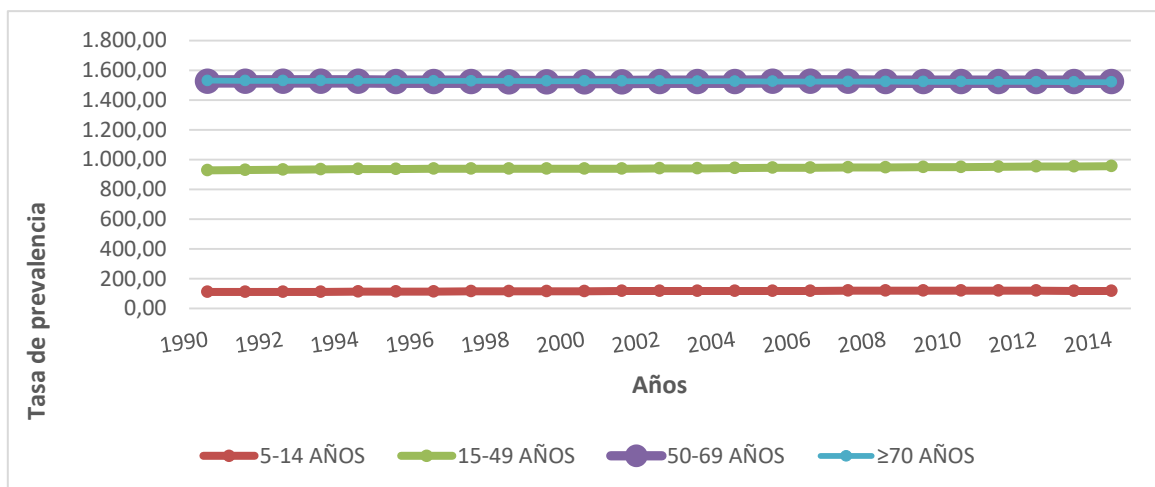


**Fuente:** elaboración propia con datos de <sup>(24)</sup>

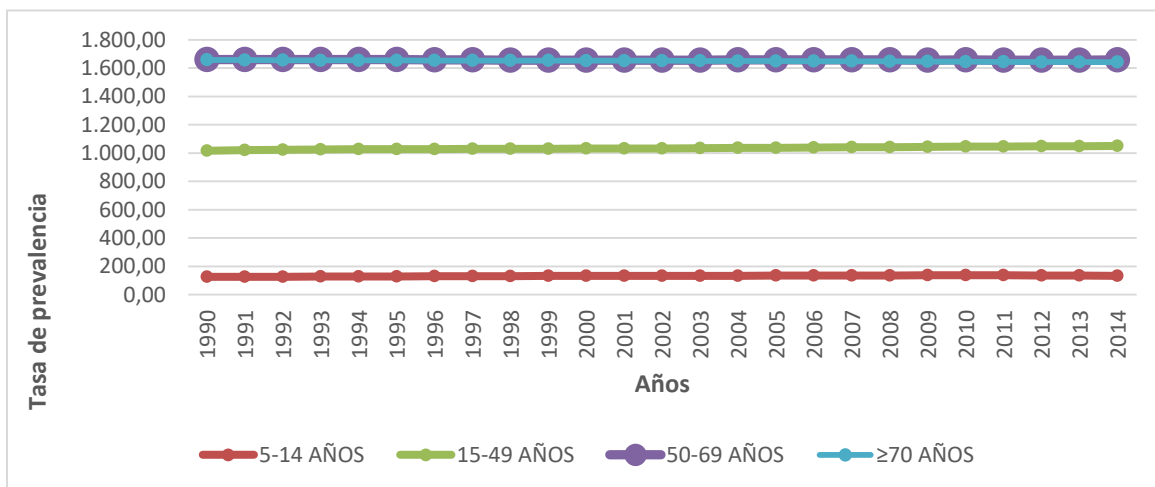
Según esta información, se puede detallar cómo el desorden depresivo mayor afecta, principalmente, a las personas mayores de 70 años, en especial a las mujeres. Las mayores tasas de prevalencias son 4 085,70 por cada 100 000 habitantes en 1990 (mujeres) y 3 077,35 por cada 100 000 habitantes en 2000 (hombres).

**Figura N° 7.** Tasa de prevalencia por Distimia en Costa Rica, 1990-2014, según sexo y grupo etario (Tasa por 100 000 habitantes)

**A. Tasa de prevalencia en hombres**



**B. Tasa de prevalencia en mujeres**

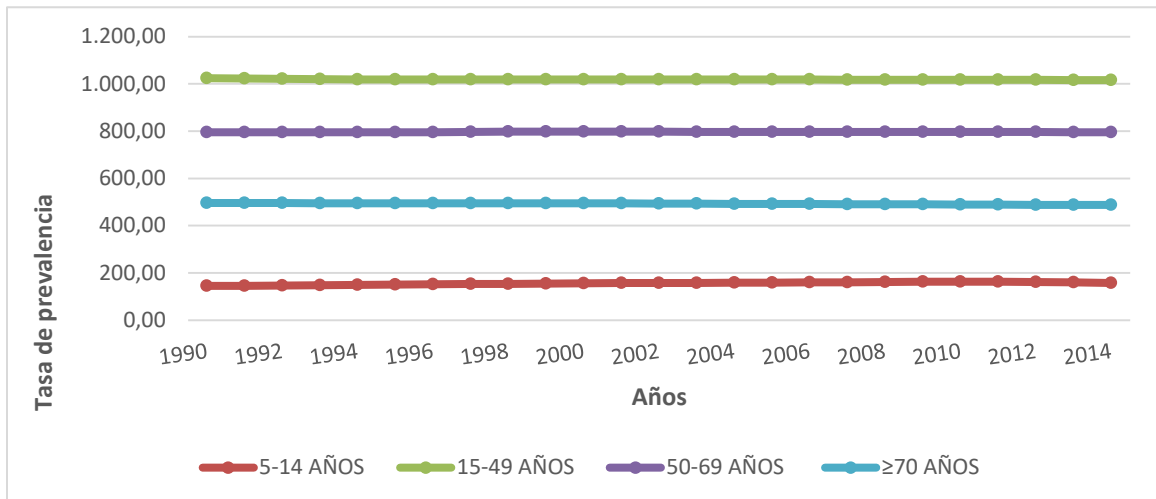


**Fuente:** elaboración propia con datos de<sup>(24)</sup>

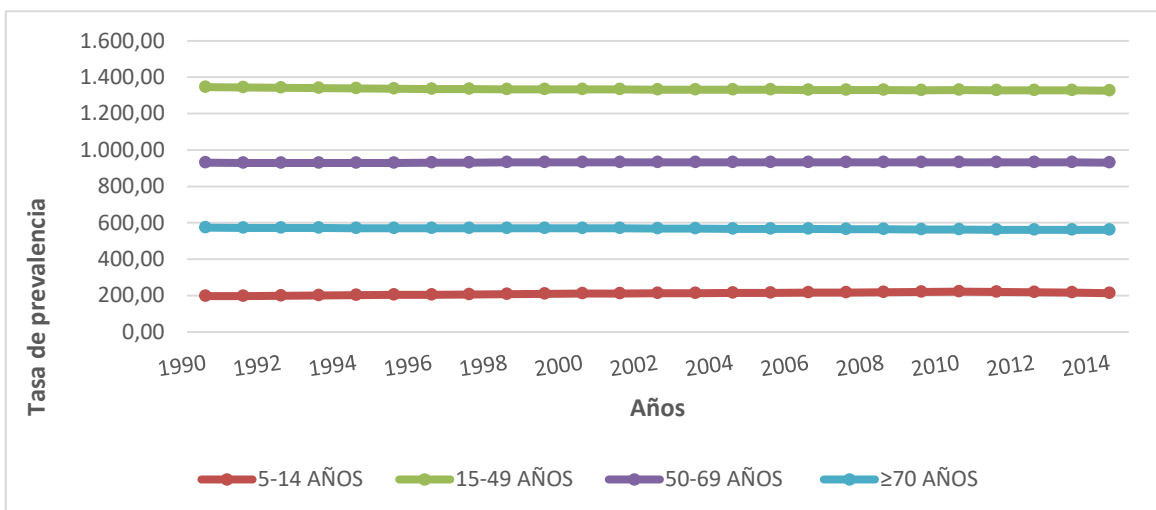
Con base en el gráfico anterior, se puede ver cómo la distimia afecta más a las mujeres, sin embargo, afecta de forma muy similar a las personas entre los 50 y 69 y a los mayores de 70. Por ejemplo, las mujeres se ven más afectadas entre los 50 y 69 años (mayor prevalencia en 1993 con 1 660,44 por cada 100 000 habitantes), mientras que en los hombres afecta más a los mayores de 70 años (mayor prevalencia en 1990 con 1 530,13 por cada 100 000 habitantes).

**Figura N° 8.** Tasa de prevalencia por Desorden Bipolar en Costa Rica, 1990-2014, según sexo y grupo etario (Tasa por 100 000 habitantes)

**A. Tasa de prevalencia en hombres**



**B. Tasa de prevalencia en mujeres**

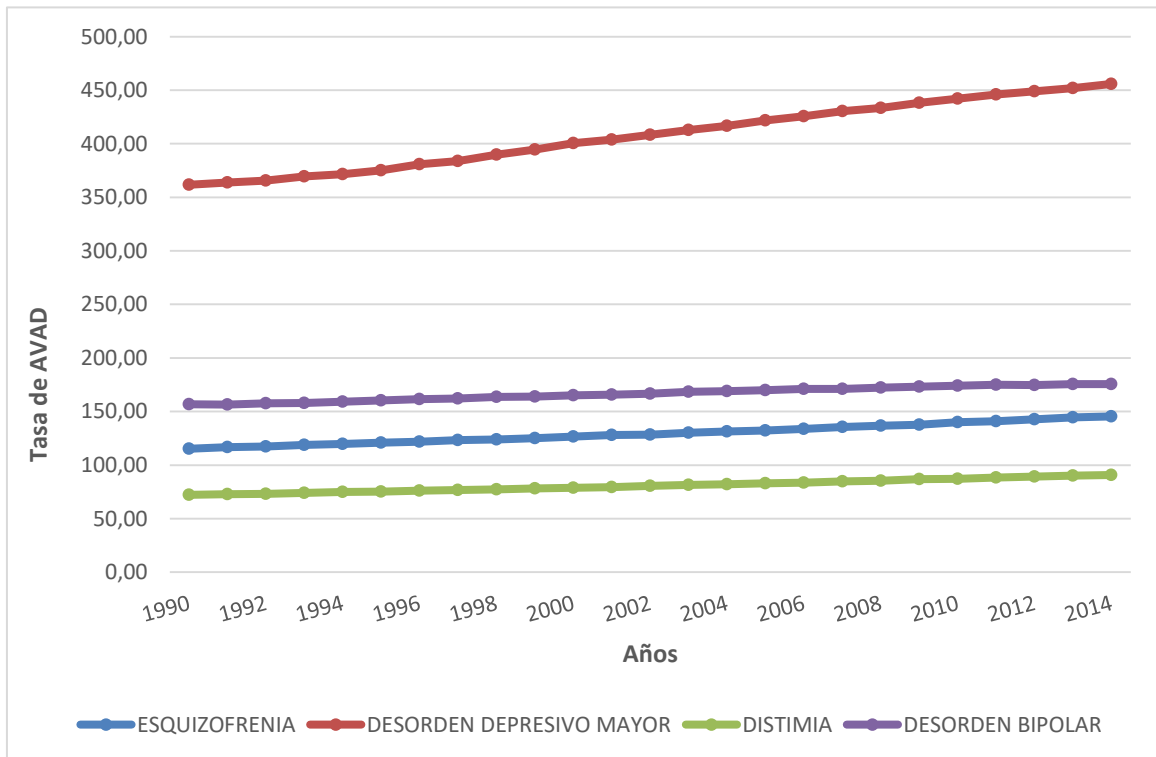


**Fuente:** elaboración propia con datos de<sup>(24)</sup>

En la información anterior se muestra que el desorden bipolar no ha tenido cambios significativos. También se observa que afecta más a las mujeres y a las personas entre los 15 y 49 años. Las tasas más altas se ven en el año 1990; en mujeres fue de 1 346,20 por cada 100 000 habitantes y en hombres de 1 023,66 por cada 100 000 habitantes. De igual forma, se aprecia que las personas entre los 5 y 14 años son las menos afectadas.

### Gráfico N° 3. Tasa de AVAD por desórdenes mentales en Costa Rica, 1990-2014

(Tasa por 100 000 habitantes)



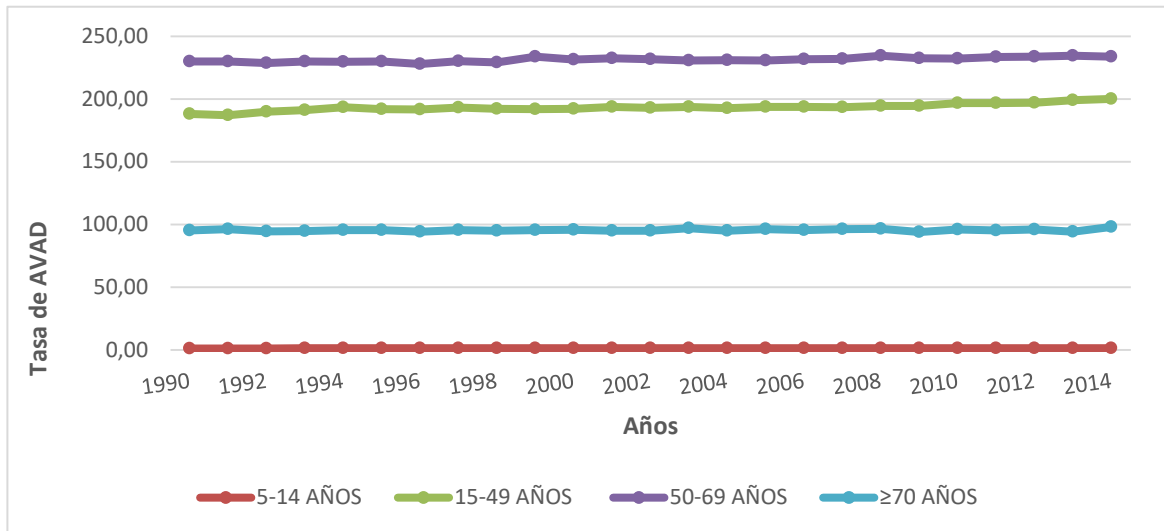
Fuente: elaboración propia con datos de<sup>(24)</sup>

En este gráfico se observa cómo los AVAD general por desórdenes depresivos en Costa Rica en estos 25 años en estudio han ido en aumento y de las patologías en estudio se ve que el desorden depresivo mayor ha sido el que mayores cambios ha presentado; ya que pasó del año 1990 con una tasa de AVAD de 361,69 por cada 100 000 habitantes, al año 2014 a una tasa de AVAD de 455,95 por cada 100 000 habitantes.

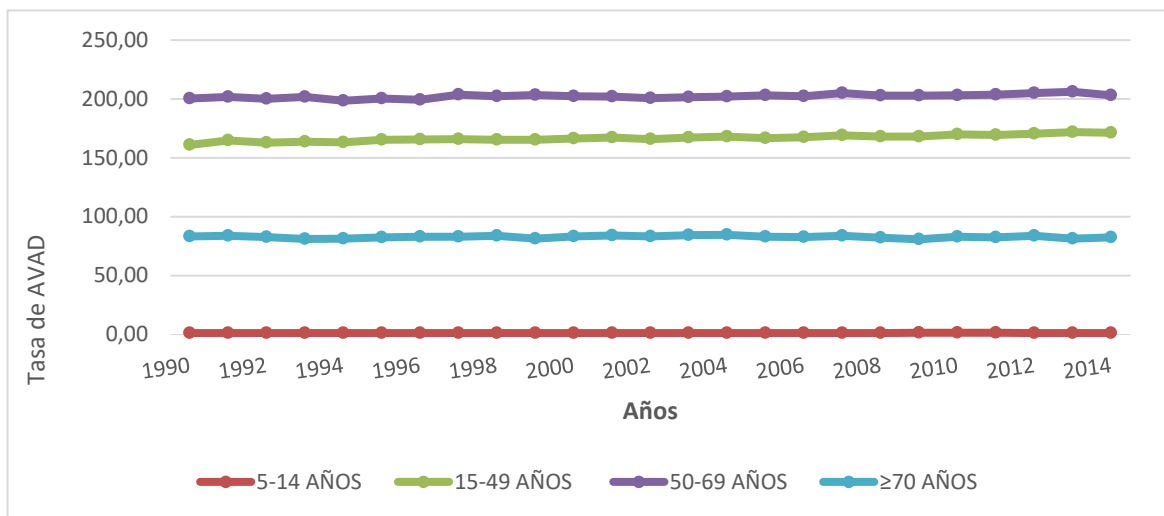
Mientras que la distimia es la que menos afectada se ha visto en el tiempo, ya que en 1990 presentó una tasa de AVAD de 72,20 la cual aumentó al año 2014 a una tasa de AVAD de 90,85 por cada 100 000 habitantes.

**Figura N° 9.** Tasa de AVAD por Esquizofrenia en Costa Rica, 1990-2014, según sexo y grupo etario (Tasa por 100 000 habitantes)

**A. Tasa de AVAD en hombres**



**B. Tasa de AVAD en mujeres**

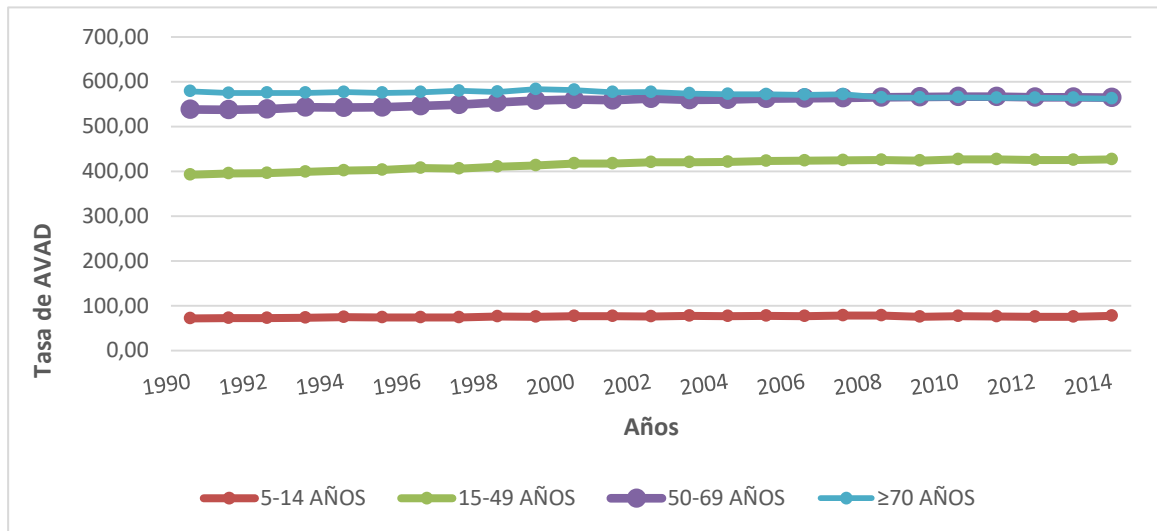


**Fuente:** elaboración propia con datos de<sup>(24)</sup>

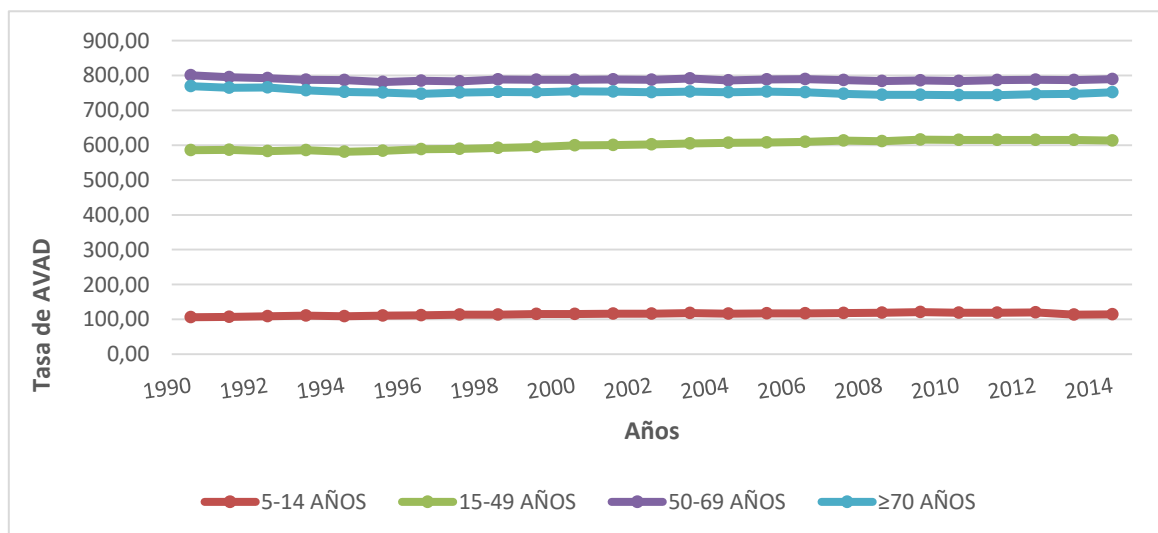
Se observa cómo la esquizofrenia no ha tenido cambios significativos en el tiempo. Igualmente, se logra detallar cómo afecta más a las personas entre los 50 y 69 años, en especial, a los hombres; estos tuvieron la tasa de AVAD más alta en el 2008, con 234,42 por cada 100 000 habitantes; mientras que para las mujeres fue de 206,07 por cada 100 000 habitantes en el 2013.

**Figura N° 10.** Tasa de AVAD por Desorden Depresivo mayor en Costa Rica, 1990-2014, según sexo y grupo etario (Tasa por 100 000 habitantes)

**A. Tasa de AVAD en hombres**



**B. Tasa de AVAD en mujeres**

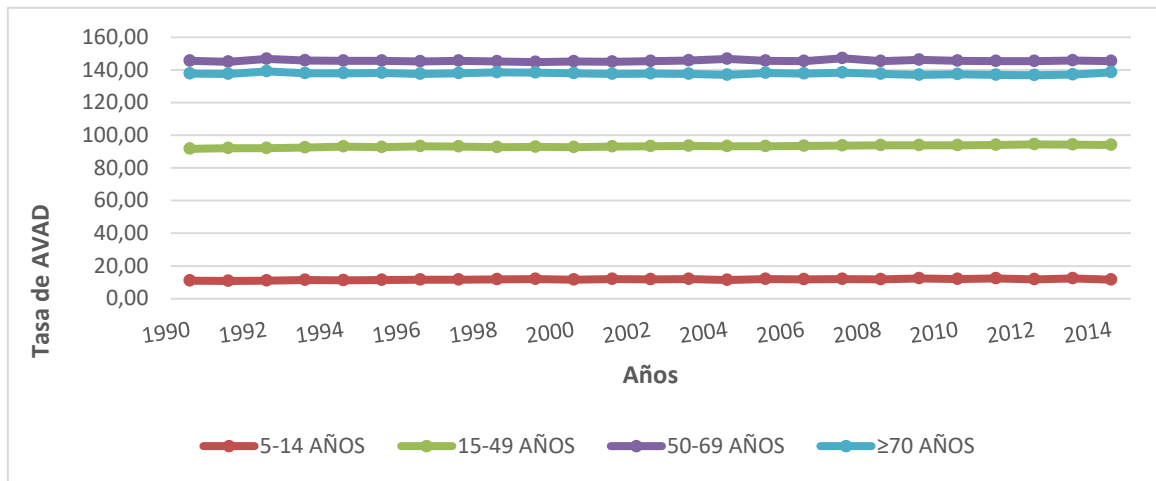


Fuente: elaboración propia con datos de<sup>(24)</sup>

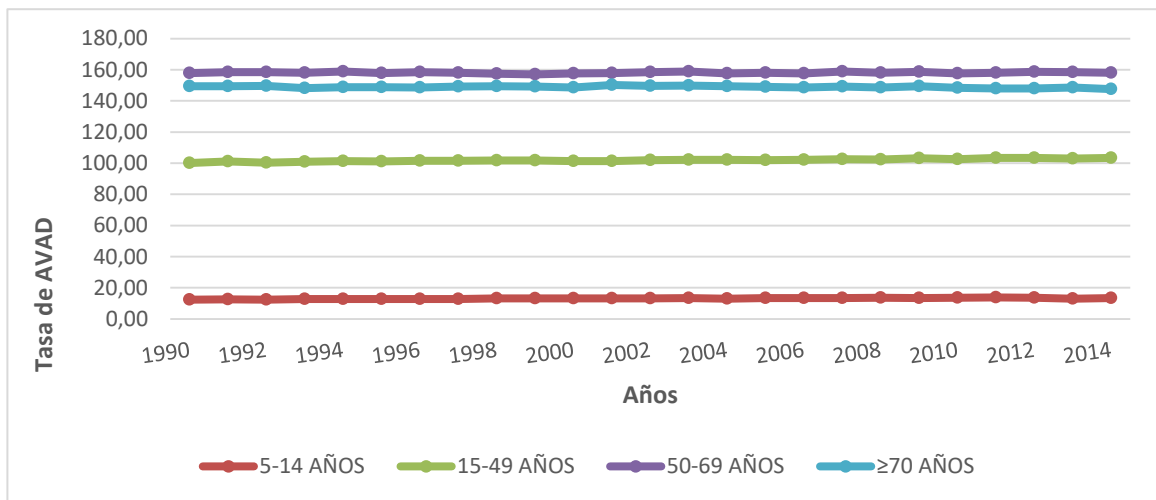
Según la información anterior, se logra ver mayor afección en las mujeres, principalmente entre los 50 y 69 años, con la tasa de AVAD más alta en 1990 de 800,23; mientras que los hombres se ven más afectados los mayores de 70 años con la tasa de AVAD más alta en 1999 de 583,25 por cada 100 000 habitantes.

**Figura N° 11.** Tasa de AVAD por Distimia en Costa Rica, 1990-2014, según sexo y grupo etario (Tasa por 100 000 habitantes)

**A. Tasa de AVAD en hombres**



**B. Tasa de AVAD en mujeres**

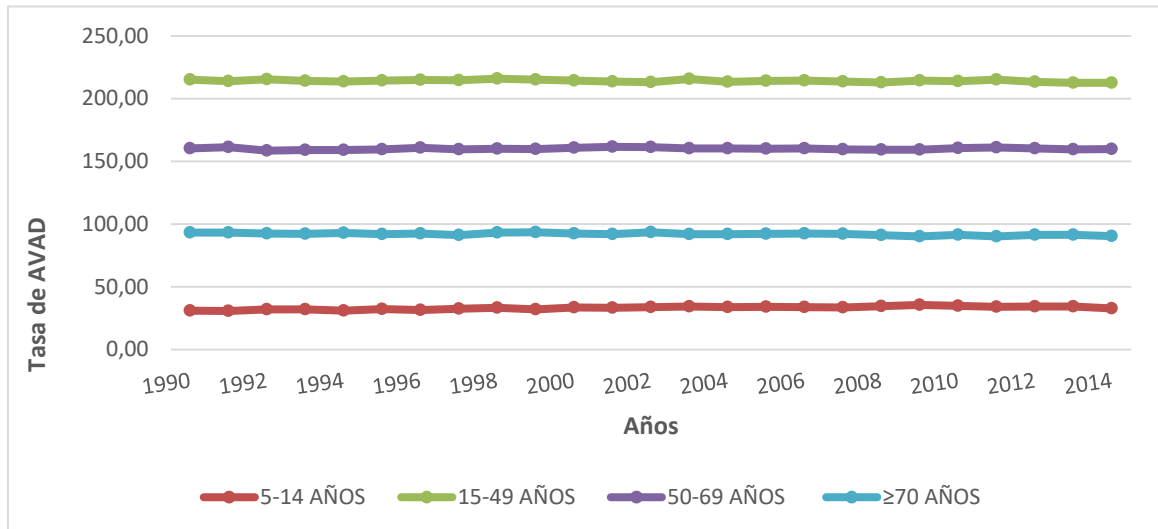


**Fuente:** elaboración propia con datos de<sup>(24)</sup>

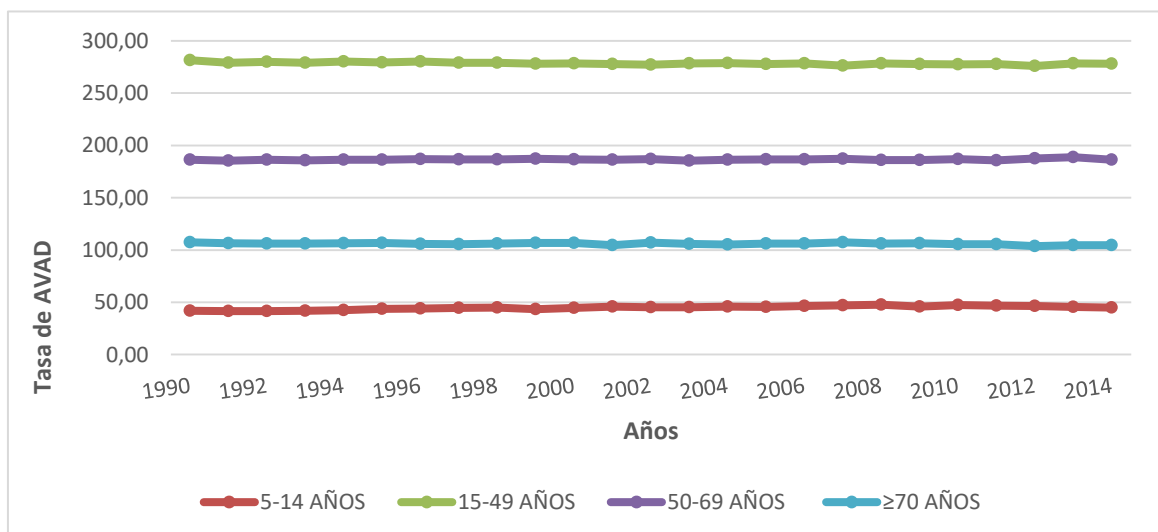
Aquí se puede detallar cómo la distimia afecta más a las mujeres. También se observa que afecta, principalmente, a las personas entre los 50 y 69, con las mayores tasas de AVAD en el 2007, con 158,97 por 100 000 habitantes en las mujeres; mientras que en los hombres con 147,17 por cada 100 000 habitantes. De igual forma, se observa que las personas entre los 5 y 14 años son los menos afectados.

**Figura N° 12.** Tasa de AVAD por Desorden Bipolar en Costa Rica, 1990-2014, según sexo y grupo etario (Tasa por 100 000 habitantes)

**A. Tasa de AVAD en hombres**



**B. Tasa de AVAD en mujeres**

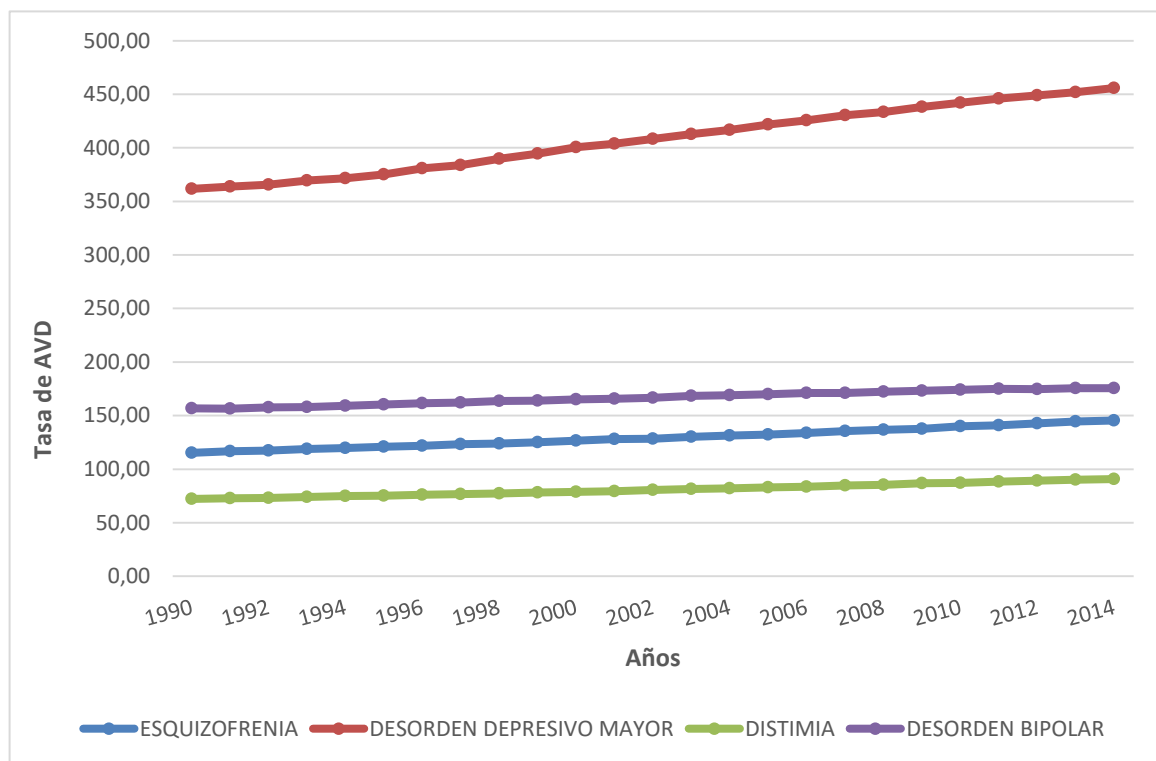


**Fuente:** elaboración propia con datos de<sup>(24)</sup>

Según la información anterior, se logra detallar cómo en el desorden bipolar no ha habido cambios significativos; también se observa que este afecta más a las mujeres y a las personas entre los 15 y 49 años, de las cuales se ven las tasas más altas en 1990 en mujeres con 281,29 por cada 100 000 habitantes, mientras que en hombres 215,85 por cada 100 000 habitantes en 1998.

#### Gráfico N° 4. Tasa de AVD por desórdenes mentales en Costa Rica, 1990-2014

(Tasa por 100 000 habitantes)



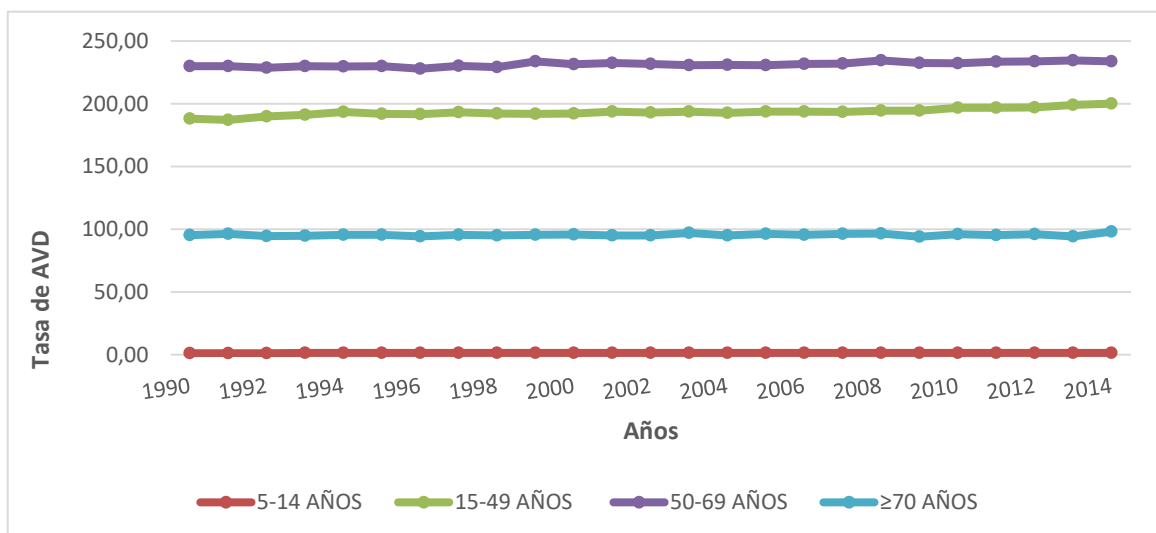
Fuente: elaboración propia con datos de<sup>(24)</sup>

En este gráfico se logra ver que los AVD general por desórdenes depresivos en Costa Rica en los años en estudio han ido en aumento y de las patologías estudiadas se observa que el desorden depresivo mayor ha sido el que mayores cambios ha presentado; el cual pasó del año 1990 con una tasa de AVD de 361,69 por cada 100 000 habitantes, al año 2014 a una tasa de AVD de 455,95 por cada 100 000 habitantes.

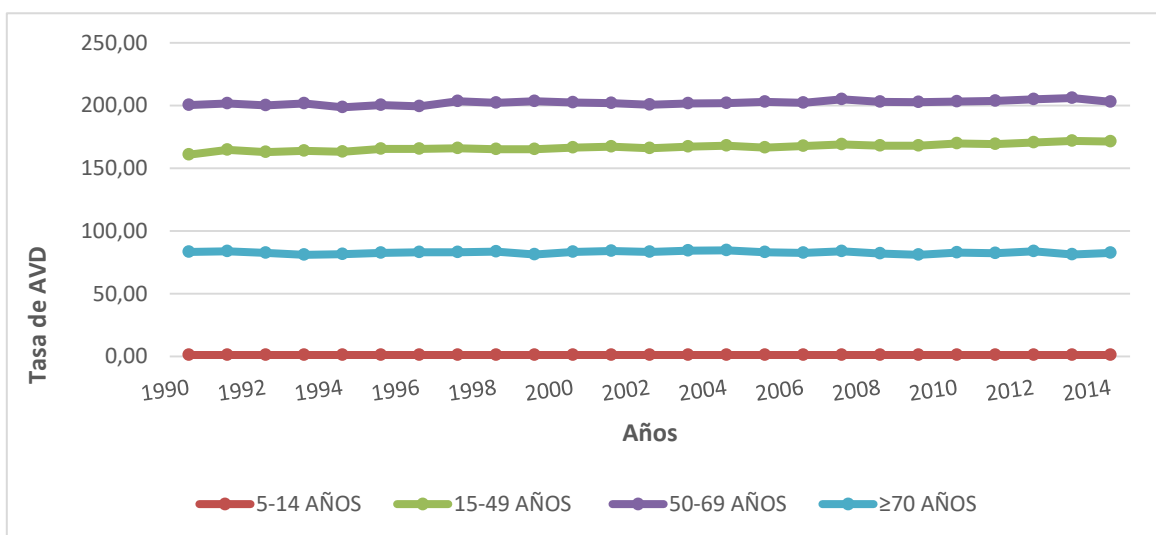
Mientras que la distimia es la que menos afectada se ha visto en el tiempo, ya que en 1990 presentó una tasa de AVD de 72,20 la cual aumentó al año 2014 a una tasa de AVD de 90,85 por cada 100 000 habitantes.

**Figura N° 13.** Tasa de AVD por Esquizofrenia en Costa Rica, 1990-2014, según sexo y grupo etario (Tasa por 100 000 habitantes)

**A. Tasa de AVD en hombres**



**B. Tasa de AVD en mujeres**

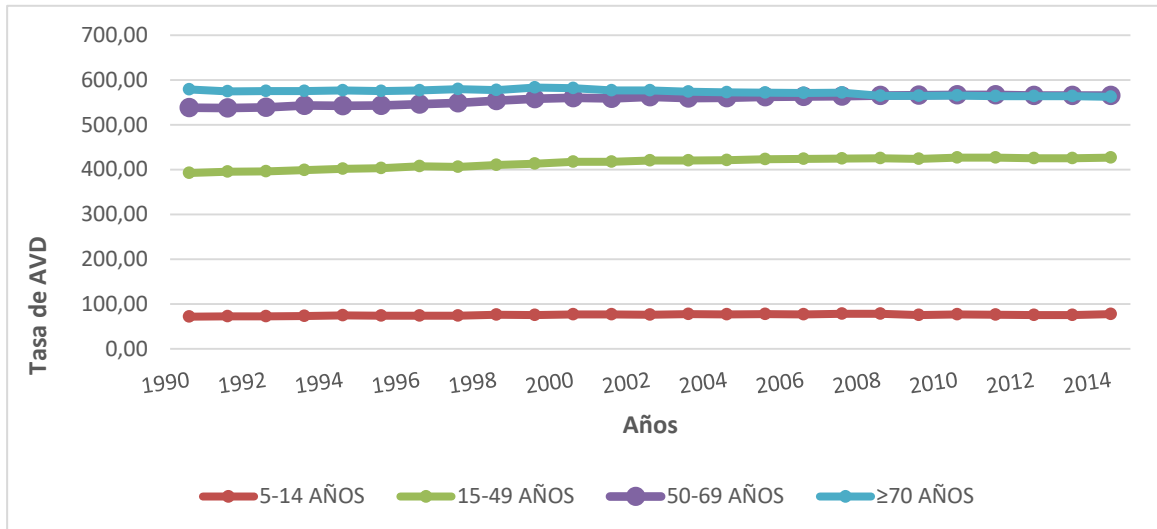


**Fuente:** elaboración propia con datos de<sup>(24)</sup>

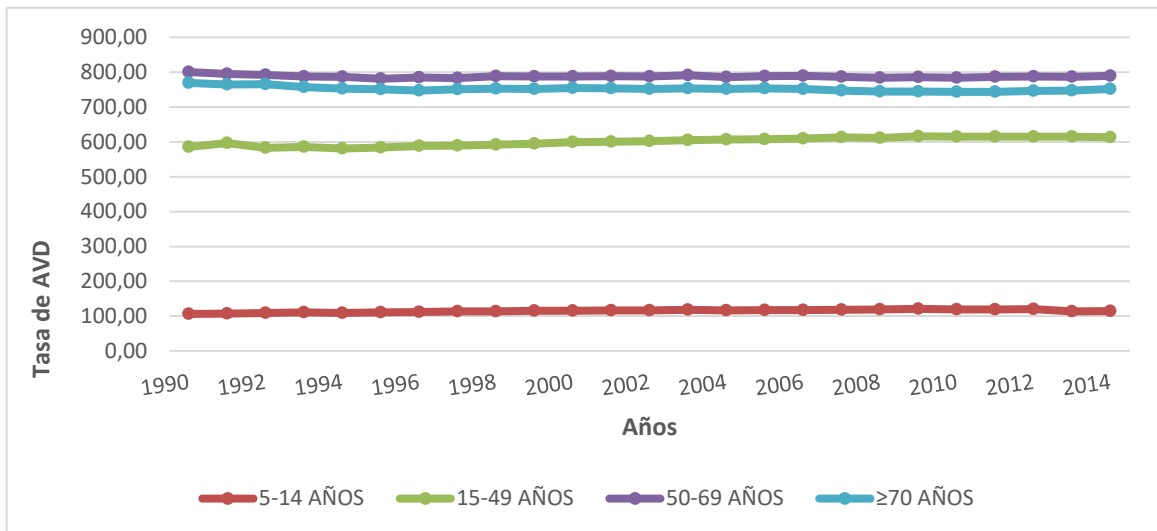
Se observa cómo la esquizofrenia no ha cambiado significativamente en el tiempo. De igual manera, se ve cómo afecta más a las personas entre los 50 y 69 años, en especial, a los hombres; teniendo estos la tasa de AVD más alta en el 2008, con 234,42 por cada 100 000 habitantes; mientras que la tasa de AVD más alta para las mujeres fue de 206,07 por cada 100 000 habitantes en el año 2013.

**Figura N° 14.** Tasa de AVD por Desorden Depresivo mayor en Costa Rica, 1990-2014, según sexo y grupo etario (Tasa por 100 000 habitantes)

**A. Tasa de AVD en hombres**



**B. Tasa de AVD en mujeres**

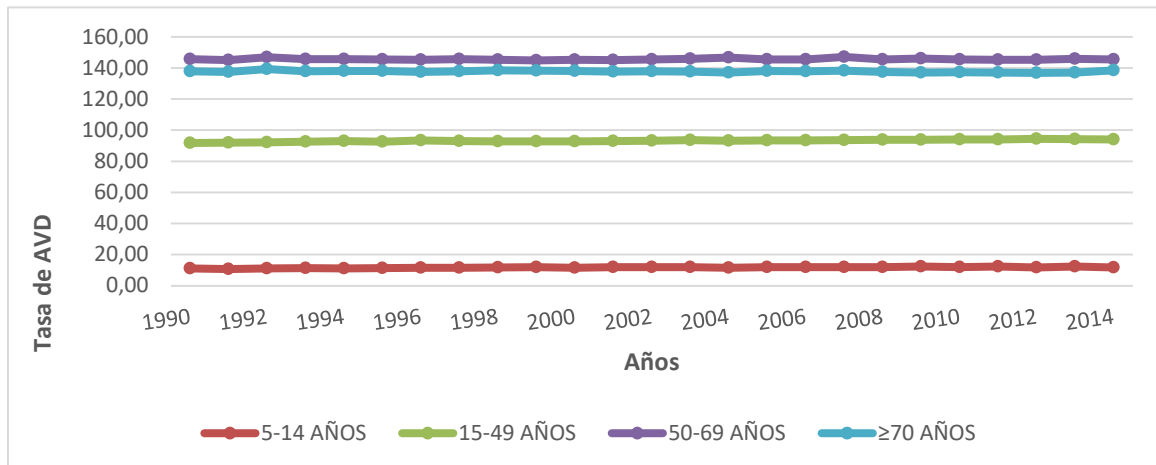


**Fuente:** elaboración propia con datos de<sup>(24)</sup>

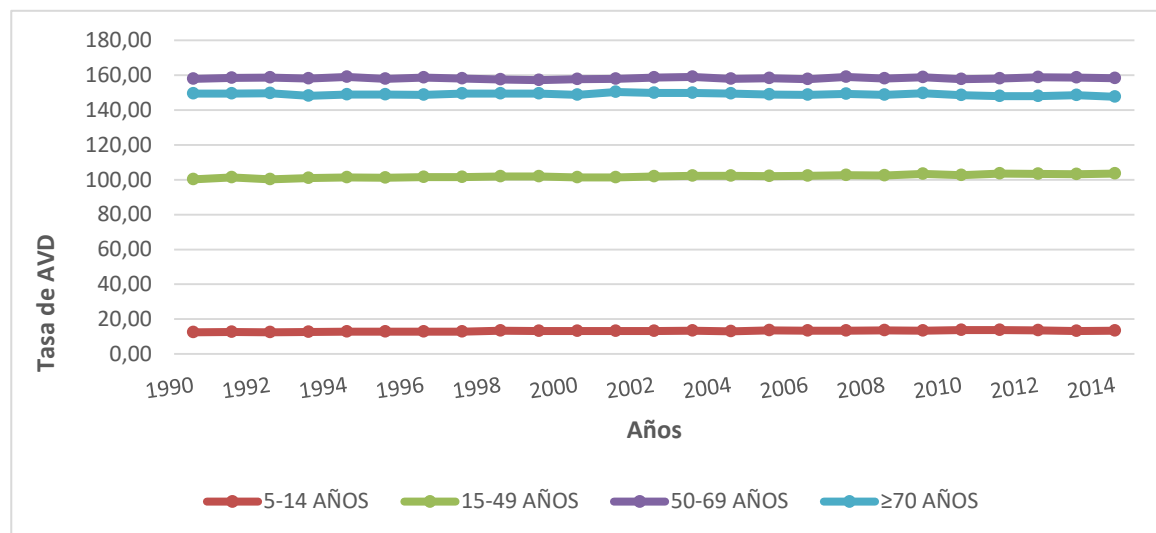
Según la información anterior, se logra ver mayor afección en las mujeres principalmente entre los 50 y 69 años con la tasa de AVD más alta en 1990 de 800,23; mientras que los hombres se ven más afectados los mayores de 70 años con la tasa de AVD más alta en 1999 con 583,25 por cada 100 000 habitantes. Los menos afectados son las personas entre los 5 y 14 años.

**Figura N° 15.** Tasa de AVD por Distimia en Costa Rica, 1990-2014, según sexo y grupo etario (Tasa por 100 000 habitantes)

**A. Tasa de AVD en hombres**



**B. Tasa de AVD en mujeres**

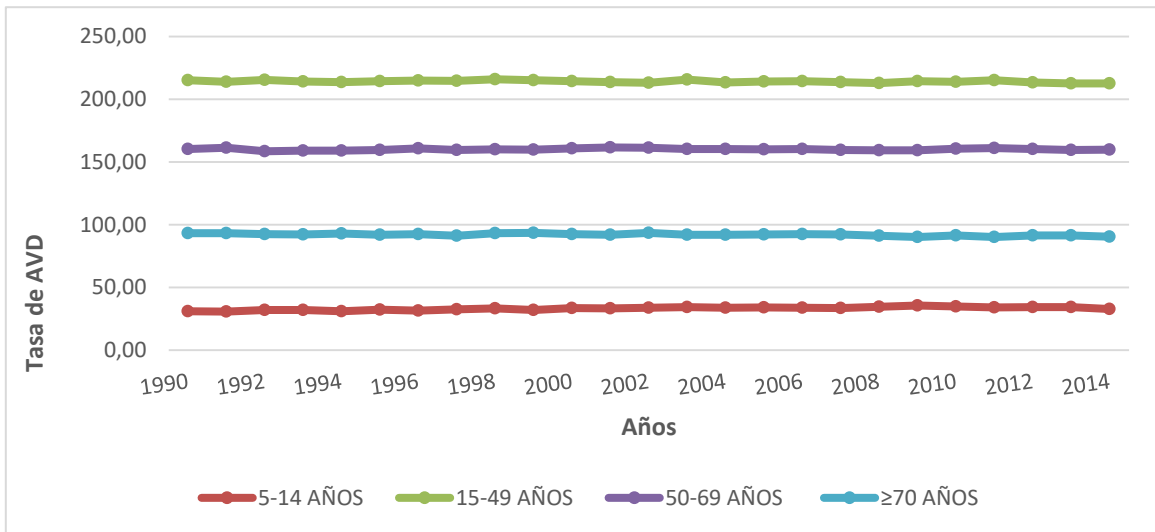


**Fuente:** elaboración propia con datos de<sup>(24)</sup>

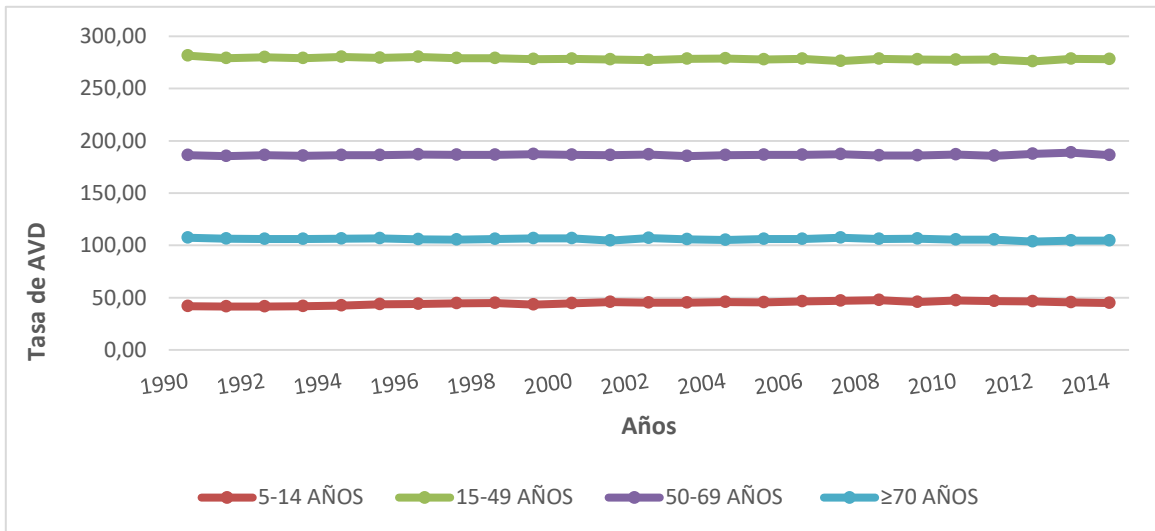
Con la información anterior se puede detallar cómo la distimia afecta más a las mujeres. También se observa que afecta principalmente a las personas entre los 50 y 69 y las mayores tasas de AVD se presentaron en el 2007, con 158,97 por 100 000 habitantes en las mujeres; mientras que en los hombres con 147,17 por cada 100 000 habitantes. De igual forma, se ve que las personas entre los 5 y 14 años son las menos afectadas.

**Figura N° 16.** Tasa de AVD por Desorden Bipolar en Costa Rica, 1990-2014, según sexo y grupo etario (Tasa por 100 000 habitantes)

**A. Tasa de AVD en hombres**



**B. Tasa de AVD en mujeres**



Fuente: elaboración propia con datos de<sup>(24)</sup>

Según la información anterior, se logra detallar cómo en el desorden bipolar no ha habido cambios significativos; también se observa más afección en las mujeres y personas entre los 15 y 49 años, de las cuales se ven las tasas de AVD más altas en 1990 en mujeres con 281,29 por cada 100 000 habitantes, mientras que en hombres fue de 215,85 por cada 100 000 habitantes en 1998.

## **CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

## 5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Este estudio se llevó a cabo con toda la población de Costa Rica en el periodo de 1990 al 2014, analizando esquizofrenia, desorden bipolar, distimia o desorden depresivo mayor. En este se incluyeron datos de incidencia, prevalencia, años de vida ajustados a discapacidad y años vividos con discapacidad para el periodo en estudio, según sexo y grupo etario.

Al estimar la incidencia de los diferentes desórdenes mentales en estudio, según los datos obtenidos en esta investigación, se logra ver cómo a nivel general a lo largo del tiempo se presentan cambios muy leves en las cuatro patologías. Se observa cómo el desorden depresivo mayor, distimia y esquizofrenia presentan un leve aumento en la incidencia con el paso de los años.

Por otro lado, el desorden bipolar presenta un leve aumento en la incidencia general a partir de 1990 hasta el año 2001, cuando se dio la tasa más alta, posteriormente, se dio un descenso hasta el 2014 cuando se presentó la tasa más baja de incidencia. A la vez, se logra establecer un orden según mayor a menor afección y se encontró que el desorden depresivo mayor es el que más afecta a la población costarricense, seguido por la distimia, el desorden bipolar y, por último, la esquizofrenia.

Según lo anterior, se puede ver más detalladamente la incidencia de estos desórdenes mentales en la población costarricense al observar el comportamiento de estas según sexo y grupo etario.

En este estudio, se logra ubicar a la esquizofrenia como el desorden mental que menos afecta a la población costarricense y, a la vez, es el que menos cambios ha

presentado con el transcurrir de los años; aunque si se presenta un aumento en la incidencia de la esquizofrenia de 1990 al 2014, este es mínimo.

También se evidencia que, a diferencia de los otros tres desórdenes mentales estudiados, la esquizofrenia afecta mayormente a los hombres. De igual forma, se detalla que el mayor número de casos nuevos se presentan en las personas entre los 15 y 49 años.

Según datos de la OMS, la esquizofrenia es más frecuente en hombres (12 millones) que en mujeres (9 millones). A la vez, indica que los hombres la desarrollan, por lo general, a una edad más temprana que las mujeres<sup>(28)</sup> y a nivel general suele debutar al final de la adolescencia o el principio de la edad adulta<sup>(12)</sup>.

Al comparar esta información con los datos de este estudio, se comprueba que, efectivamente, las mujeres se ven menos afectadas, sin embargo, se difiere en el hecho de que hombres y mujeres debuten a diferente edad, ya que, según la información obtenida, en ambos casos se presenta la mayor incidencia en el mismo rango de edad.

Por otro lado, según los datos obtenidos, el desorden depresivo mayor, representa el desorden mental que más afecta a los costarricenses y a nivel general es el que más cambios ha presentado con el paso de los años, ya que las tasas de incidencia de este han ido en aumento, hasta presentar en el 2014 la incidencia más alta.

Además, se detalla cómo afecta más a las personas mayores de 70 años, muy seguidas de las que se encuentran entre los 50 y 69 años, de las cuales, las mujeres son las que se ven más afectadas en comparación con los hombres.

Seguidamente, según se observa en este estudio, la distimia es el segundo desorden mental más frecuente en Costa Rica, obteniéndose las cifras generales más bajas en

el año 1990 para casos incidentes, los cuales han ido en aumento con el paso de los años hasta el 2014, cuando se presentaron las cifras más altas de casos nuevos.

En el caso de la distimia, se logra detallar cómo afecta, principalmente, a las mujeres, también se puede ver cómo aqueja, en especial, a la población que se encuentra entre los 50 y 69 años, seguidas por las personas mayores a los 70 años.

Contrario a esto, los menos afectados son los menores de 14 años, con las tasas de incidencia más bajas, sin embargo, se observa cómo a lo largo de este periodo, la incidencia en las personas entre los 5 y 49 años ha aumentado ligeramente, tanto en hombres como mujeres.

Por otro lado, el desorden bipolar se ubica como tercer desorden mental de mayor afección en la población de Costa Rica, con respecto a las cuatro patologías estudiadas. Se logra identificar que este se presenta, principalmente, en las mujeres; mientras que el mayor número de casos nuevos por desorden bipolar se presentan en las personas menores, afectando más a los niños entre los 5 y 14 años y la incidencia de este disminuye conforme aumenta la edad, afectando así en menor medida a los adultos mayores de 70 años.

Según el Ministerio de Salud de Costa Rica<sup>(10)</sup>, los datos del comportamiento y la incidencia de los trastornos mentales, provienen de la notificación por medio del Sistema de Vigilancia de la Salud.

Según el Ministerio de Salud de Costa Rica y la Dirección de Vigilancia de la Salud<sup>(30)</sup>, en el año 2013 se publicaron los primeros datos oficiales de casos reportados de trastornos mentales. Para ese año fueron los siguientes:

Depresión con una tasa de incidencia total de 883,12 casos nuevos por 100 000 habitantes, correspondiendo a 1318,69 para las mujeres y 456,18 para los hombres.

En segundo lugar, se encontró la esquizofrenia, con una incidencia total de 4,58 casos nuevos por 100 000 habitantes, siendo para las mujeres 4,12 y para los hombres 5,04. En tercer lugar, se reportó el trastorno bipolar con una incidencia de 3,2 casos nuevos por 100 000 habitantes, correspondiendo a mujeres 4,4 y hombres 2,1<sup>(30)</sup>.

Mientras que para el año 2014 esta misma Institución reportó una incidencia total para la depresión de 1077,93 casos nuevos por 100 000 habitantes, correspondiendo a 1604,11 para las mujeres y 561,25 para los hombres. Seguidamente, reportaron la incidencia de esquizofrenia en 4,21, siendo 4,06 para las mujeres y 4,36 para los hombres. En tercer lugar, el trastorno bipolar con una incidencia total de 3,7, siendo para las mujeres 5,0 y para los hombres 2,4<sup>(30)</sup>.

De los datos anteriores se puede ver cómo tanto para depresión como para desorden bipolar se ven afectadas mayormente las mujeres, contrario a la esquizofrenia, en la que predomina la afectación en los hombres y la edad más afectada en este caso es el grupo de 15 a 49 años; lo que concuerda con los datos obtenidos en este estudio.

Sin embargo, al comparar los datos reportados por el Ministerio de Salud con los datos obtenidos en este estudio para los años 2013 y 2014 se puede observar una gran discrepancia entre estos, iniciando con el orden de afección de las patologías en estudio, seguido de la diferencia en los datos de tasas de incidencia para cada una de estas y, por último, también se difiere en los grupos de edades más afectados.

Como se mencionó en este estudio, la patología que más afecta a los costarricenses es el desorden depresivo mayor con una incidencia total de 3 342,07 para el 2013 y una de 3 366,65 para el 2014, afectando a las personas mayores de 70 años.

Seguida de la distimia con 171,16 (año 2013) y 172,39 (año 2014), en tercer lugar, se encontró el desorden bipolar con 64,03 (año 2013) y 63,46 (año 2014), mayormente, entre las personas de 5 a 14 años. Por último, la esquizofrenia se destaca como la que menos afecta a la población, con una incidencia total de 14,14 en el 2013 y 14,16 en el 2014.

Con lo anterior se pueden notar las diferencias claras entre los datos obtenidos, a pesar de que se dan solo estos dos años de estudio estas discrepancias son muy marcadas.

Una de las principales limitantes en este tema es que, lamentablemente, en la actualidad en Costa Rica no se cuenta con un estudio epidemiológico completo, en el que se evidencie cuántas personas han sufrido algún tipo de desorden mental; por lo que anterior a la creación de la Política Nacional de Salud Mental 2012-2020, se recopilaba la información según datos de ingresos y egresos hospitalarios, por lo que la información es incompleta debido al subregistro existente.

Respecto a lo anterior, según indica el Dr. Fernando Llorca Castro, viceministro de Salud:

“Lo que queremos es poner en relieve de la discusión política y de planificación del país, de que no podemos hablar de salud sin hablar de salud mental, porque la salud mental está consiguiendo una gran cantidad de recursos. Estamos acostumbrados a medir diarreas, cáncer, tuberculosis, diabetes, hipertensión, pero como que no existe la salud mental. La medicina tradicional ha ignorado que somos seres humanos integrales, no somos solo cuerpo”<sup>(10)</sup>

Por lo que, según indica el Ministerio de Salud<sup>(10)</sup>, el hecho de que las mujeres se vean mayormente afectadas lo asocian con la violencia intrafamiliar, violencia de

género, abusos sexuales, así como al desempleo y la falta de accesos a medios económicos.

Por otro lado, internacionalmente, según datos reportados por el GBD<sup>(24)</sup>, se puede detallar la situación de Costa Rica respecto a otros países, por ejemplo:

**Tabla N° 7.** Tasa de incidencia por desórdenes mentales en Costa Rica, Estados Unidos y España, año 2014 (tasas por 100 000 habitantes, estandarizadas)

<b>Indicador</b>	<b>Desorden mental</b>	<b>Costa Rica</b>	<b>Estados Unidos</b>	<b>España</b>
<b>INCIDENCIA</b>	Esquizofrenia	12,96	13,56	14,33
	Desorden depresivo mayor	3 243,74	5 018,68	3 393, 35
	Distimia	165,7	255,8	196,65
	Desorden bipolar	61,94	61,84	66,37

**Fuente:** elaboración propia con datos de<sup>(24)</sup>

Según lo anterior, se puede ver cómo al comparar las tasas de incidencia de los diferentes desórdenes mentales, obtenidas en Costa Rica en el año 2014 con las de estos otros dos países, se sigue el mismo orden de afección, es decir, que el que más afecta a la población general es el desorden depresivo mayor y el que menos aqueja a las personas es la esquizofrenia, coincidiendo con los datos de la OMS (anteriormente mencionados) y con los obtenidos en este estudio.

Sin embargo, al hacer esta comparación, se observa cómo Estados Unidos es el país con mayor incidencia por desorden depresivo mayor y distimia, mientras que España presenta el mayor número de casos nuevos por esquizofrenia y, en el caso del desorden bipolar, Costa Rica es el segundo con mayor incidencia y Estados Unidos es el que presenta las cifras más bajas.

De todo lo anterior se puede apreciar cómo los desórdenes mentales afectan, mayormente, a los países más desarrollados, en este caso a Estados Unidos y España. Sin embargo, al detallar se puede apreciar el hecho de que Costa Rica, a

pesar de ser un país en desarrollo, está presentando al menos para el año 2014 datos muy similares a España.

Al estimar la prevalencia de los diferentes desórdenes mentales en estudio, según los datos obtenidos en esta investigación, se logra ver cómo con el paso del tiempo se han presentado pequeños cambios en las cuatro patologías, aumentando los casos prevalentes, principalmente, el desorden depresivo mayor, seguido de distimia y desorden bipolar y la esquizofrenia es la que menos cambios ha presentado.

Es importante mencionar que, al igual que los datos obtenidos en este estudio sobre Costa Rica, en el mundo la prevalencia de los trastornos mentales ha aumentado significativamente, causando efectos considerables en la salud de las personas y graves consecuencias a nivel socio económico<sup>(12)</sup>.

Según la OMS<sup>(12)</sup>, en la actualidad la depresión se puede considerar como uno de los trastornos mentales más frecuentes en el mundo, ya que afecta a más de 300 millones de personas, seguida por el trastorno bipolar el cual afecta aproximadamente a 60 millones de personas y, por último, la esquizofrenia, que se presenta en alrededor de 21 millones de personas en el mundo.

Por lo que se puede ver que el orden de afección en Costa Rica y el mundo de los distintos desórdenes mentales en estudio se asemeja, sin embargo, la OMS en este caso presenta solo datos de depresión, no distingue entre desorden depresivo mayor y distimia.

En Colombia, en el año 1997, se presentó una prevalencia por trastornos afectivos de 21.3 %, de lo cual, el 19.6 % para depresión mayor y un 1,7 % para el trastorno bipolar; afectando en menor medida a la esquizofrenia, ya que presentó una prevalencia de 1,4 %, aquejando, mayormente, a las mujeres<sup>(1)</sup>. Esto comparado con

los datos de Costa Rica de este estudio, deja ver cómo el orden según el grado de afectación de estas patologías en ambas poblaciones es el mismo, sin embargo, difiere en que la esquizofrenia, según se indica en Colombia, se presenta más en las mujeres.

La esquizofrenia en Costa Rica aqueja principalmente a la población masculina y con respecto a los demás desórdenes mentales, es la que menos cambios ha mostrado con el paso de los años. Se presenta mayormente en las personas entre 50 y 69 años y afecta en menor medida a los menores de 14 años.

Con respecto a los datos que se mostraron en esta investigación, se puede ubicar al desorden depresivo mayor como la patología que afecta más a los costarricenses y ha ido en aumento, presentando las tasas de prevalencia más altas en el 2014, especialmente, entre los adultos mayores de 70 años.

En cuanto a la prevalencia general por desórdenes mentales, se observa que tanto la distimia como el desorden bipolar tienen cifras muy similares en los años en estudio, sin embargo, en los primeros cinco años (1990-1994) los casos prevalentes son mayores en el desorden bipolar en comparación con la distimia, mientras que en los años siguientes, es decir, a partir de 1994, aumentaron los casos prevalentes de distimia sobre los de desorden bipolar, colocándolos en segundo y tercer lugar, respectivamente, con el año 2014 como el pico de casos prevalentes.

En el caso de la distimia, se detalla que afecta principalmente a las mujeres, en especial a las que tienen entre 50 y 69 años, mientras que los hombres que presentan mayor afección son los adultos mayores de 70 años; esto hasta el 2007, año a partir del cual se empezaron a ver más aquejados los hombres entre los 50 a 69 años.

Mientras que en el desorden bipolar a nivel general los casos prevalentes en Costa Rica han ido en aumento, consecutivamente, a partir de 1990 hasta el 2014, cuando se dio la mayor tasa de prevalencia. Se observa, principalmente, en las mujeres y las cifras más altas de casos prevalentes se encuentran en las personas entre los 15 a 49 años, viéndose menos afectados los menores de 14 años.

Por otra parte, según datos reportados por el GBD<sup>(24)</sup>, se puede detallar y comparar la situación de Costa Rica a nivel internacional para el año 2014 gracias a la siguiente información:

**Tabla N° 8.** Tasa de prevalencia por desórdenes mentales en Costa Rica, Estados Unidos y España, año 2014 (tasas por 100 000 habitantes, estandarizadas)

<b>Indicador</b>	<b>Desorden mental</b>	<b>Costa Rica</b>	<b>Estados Unidos</b>	<b>España</b>
<b>PREVALENCIA</b>	Esquizofrenia	210,47	300,13	269,56
	Desorden depresivo mayor	2 126,19	3 267,67	2 220, 44
	Distimia	904,82	1481,3	1 286,53
	Desorden bipolar	797,25	715,97	924,02

**Fuente:** elaboración propia con datos de<sup>(24)</sup>

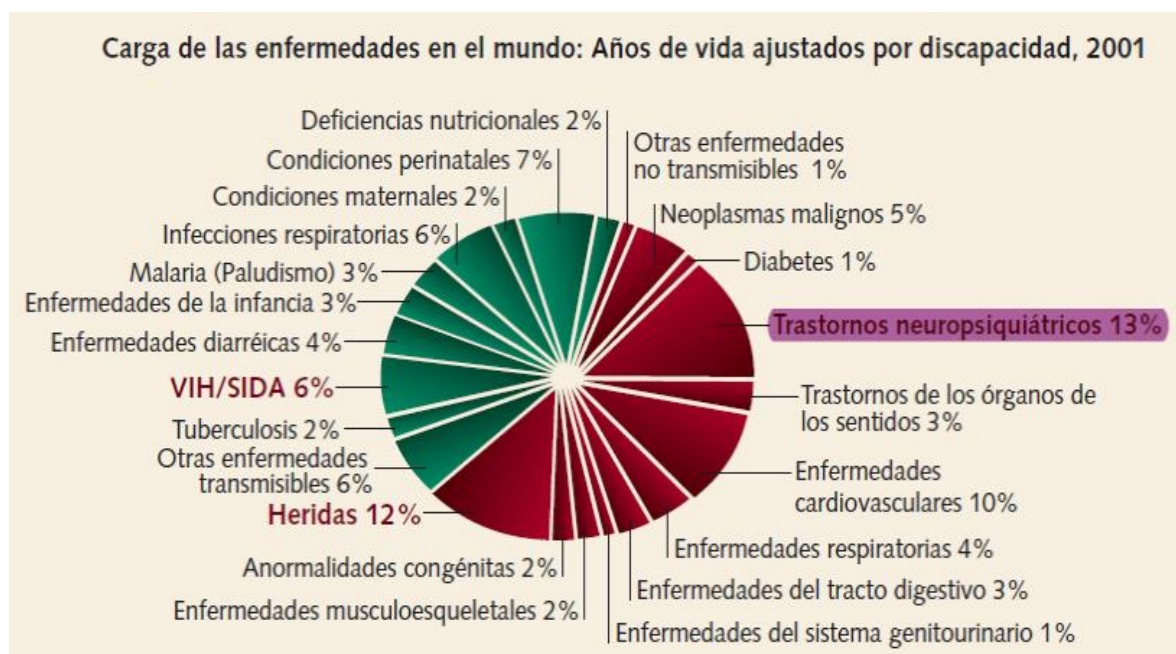
Según la información anterior, se pueden ver las tasas de prevalencia por desórdenes mentales de Costa Rica en comparación con las de España y Estados Unidos y, por lo que se puede detallar, Estados Unidos es el país que presenta las mayores cifras de prevalencia por desorden depresivo mayor, distimia y esquizofrenia, mientras que Costa Rica es el menos afectado de los tres; caso

contrario en el desorden bipolar, ya que los costarricenses son los que presentan la segunda tasa de prevalencia más alta y los españoles son los más afectados.

Con esta comparación queda claro que los países desarrollados son los más afectados, sin embargo, Costa Rica presenta cifras muy similares a estos. Además, se logra detallar que al igual que en este estudio, el desorden depresivo mayor es el desorden mental que más aqueja a las personas.

Por otro lado, según la OMS<sup>(19)</sup> la carga de morbilidad atribuible a enfermedades no transmisibles va en aumento y representa, actualmente, casi la mitad de la carga mundial de morbilidad, lo que supone un incremento del 10 % con respecto a los niveles estimados para 1990.

**Figura N° 17.** Carga mundial de morbilidad, años de vida ajustados a discapacidad (AVAD), 2001



Fuente: <sup>(31)</sup>

Los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias son responsables de una importante carga de morbilidad y discapacidad, ya que mundialmente representan el 13 % de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) y el 33 % de los años perdidos por discapacidad<sup>(19)</sup>.

**Figura N° 18.** Carga Global de las Enfermedades 2001



Fuente: <sup>(31)</sup>

De este 33 % de los años perdidos por discapacidad, corresponde al trastorno de depresión unipolar un 12,15 % de años vividos con discapacidad y constituye así la tercera causa contribuyente a la carga global de las enfermedades<sup>(31)</sup>.

Con respecto a los años vividos con discapacidad (AVD) y los años de vida ajustados a discapacidad (AVAD), en este estudio la patología más asociada a discapacidad es el desorden depresivo mayor, la segunda patología con más afección discapacitante es el desorden bipolar, seguido por la esquizofrenia y, en último lugar, la menos asociada a discapacidad es la distimia. En tres de los cuatro desórdenes se ven

mayormente afectadas las mujeres y la esquizofrenia es la única con mayor afección en hombres.

Se encuentra que las edades de mayor afección en los AVD y AVAD para cada patología difieren entre sí, por ejemplo, el desorden depresivo mayor afecta principalmente a las mujeres entre 50 y 69 años, mientras que los hombres más afectados son los mayores de 70 años, esto hasta el 2007, ya que a partir del 2008 y hasta el 2014, se encuentra que afecta en mayor medida a los hombres entre 50 y 69 años. En el desorden bipolar se encuentra mayor afectación en las personas entre los 15 y 49 años, mientras que la esquizofrenia y la distimia provocan más afecciones entre los 50 y 69 años.

En el ámbito internacional y según los datos reportados por el GBD<sup>(24)</sup> para el año 2014 se pueden ver las condiciones de Costa Rica respecto a la situación de otros países, por ejemplo:

**Tabla N° 9.** Tasa de AVAD por desórdenes mentales en Costa Rica, Estados Unidos y España, año 2014 (tasas por 100 000 habitantes, estandarizadas)

<b>Indicador</b>	<b>Desorden mental</b>	<b>Costa Rica</b>	<b>Estados Unidos</b>	<b>España</b>
<b>AVAD</b>	Esquizofrenia	136,36	190,54	173,12
	Desorden depresivo mayor	437,51	670,26	456,38
	Distimia	87,43	142,22	124,43
	Desorden bipolar	164,77	145,03	189,61

**Fuente:** elaboración propia con datos de<sup>(24)</sup>

Según la información anterior, se observa que el desorden mental que mayor tasa de AVAD genera en estos países es el desorden depresivo mayor, también se detalla cómo la distimia es la que menos impacto genera, dándose las tasas de AVAD más altas en Estados Unidos en ambas patologías. Sin embargo, al ver los AVAD en este país, el segundo desorden mental con más afección es la esquizofrenia, caso contrario en España y Costa Rica, donde la segunda patología que más afecta a la población es el desorden bipolar, con las tasas de AVAD más altas en España.

## **CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## 6.1 CONCLUSIONES

Luego de interpretar los resultados obtenidos en este estudio, a partir de la población costarricense de 5 a 70 o más años, por medio de la información suministrada por la base de datos del GBD, se llega a las siguientes conclusiones:

- Los desórdenes mentales tienen mayor impacto en la población femenina, especialmente el desorden depresivo mayor, la distimia y los desórdenes bipolares.
- El desorden depresivo mayor es el trastorno mental que más afecta a la población, tanto nacional como internacionalmente. En Costa Rica el número de casos nuevos ha ido en aumento, hasta llegar a tener una incidencia de 3 366.65 casos nuevos por 100 000 habitantes en el año 2014.
- En Costa Rica, la distimia representa el segundo desorden mental que más impacto causa en la salud mental de las personas, ya que este también ha ido en aumento, hasta presentar en el 2014, 172, 39 casos nuevos por 100 000 habitantes.
- La esquizofrenia es el desorden que menos afecta a la población, a la vez que es el que más constante se ha presentado en el periodo de estudio, presentándose el mayor número de casos nuevos (14,16) en el año 2014.
- Los hombres se ven especialmente afectados por esquizofrenia, tanto en Costa Rica como en el mundo.
- Por edades, la mayor población diagnosticada con desorden depresivo mayor corresponde al grupo de 70 años o más, muy seguido por las personas entre

los 50 y 69 años. Según disminuye la edad, menos números de casos nuevos se observan.

- Se comprueba que las edades que presentan más tendencia a ser diagnosticados con distimia son entre los 50 y 69 años, afectando en menor medida a las personas menores de 49 años.
- Respecto al desorden bipolar, la edad de mayor impacto es entre los 5 y 14 años y conforme aumenta la edad, menos casos se presentan.
- La esquizofrenia es una patología que suele afectar a las personas jóvenes, especialmente, entre los 15 y 49 años, mientras que, en los extremos de la vida, los  $< 15$  años y  $\geq$  a los 70 años se ven menos afectados.
- En cuanto a los años de vida ajustados en función de la discapacidad, se logra evidenciar en Costa Rica un aumento en la tendencia a lo largo del estudio en todas las patologías en estudio.
- La mayor tasa de años de vida ajustados en función de la discapacidad por desórdenes mentales en Costa Rica, en el periodo de 1990 al 2014 se obtuvo en el desorden depresivo mayor, esto a lo largo de todo el estudio, seguida por el desorden bipolar. Por otro lado, la patología que presentó la menor tasa de años de vida ajustados en función de la discapacidad durante este periodo fue la distimia.

## 6.2 RECOMENDACIONES

Luego de analizar los resultados obtenidos en esta investigación, con base en la carga de enfermedad que generan la esquizofrenia, desórdenes depresivos y desórdenes bipolares, en la población costarricense de 1990 a 2014, se brindan las siguientes recomendaciones:

1. Se debe fomentar a nivel nacional la realización y desarrollo de investigaciones y estudios epidemiológicos completos, respecto a los diferentes desórdenes mentales, especialmente de esquizofrenia, desórdenes bipolares y desórdenes depresivos. Todo con el fin de tener registros y una idea más certera de la situación del país respecto a la salud mental de la población y los efectos de la falta de esta en el sistema de salud pública del país. También para tener una base para retroalimentación y planificación de acciones respecto a la salud mental en el futuro.
2. Se debe valorar la necesidad de realizar una encuesta nacional sobre salud y desórdenes mentales, de forma específica y detallada, es decir, que no sea por grupos de enfermedades generales, sino que se evalúen los diferentes casos individualmente, por ejemplo, el caso de depresión que se suele evaluar de forma general, que se evalúe desorden depresivo mayor y distimia de forma individual así, respectivamente, en el caso de esquizofrenia y desórdenes bipolares. Esto para tener registros adecuados de la cantidad de personas que padecen estos desórdenes y tener una base de datos actualizada y sin subregistros como se ha dado hasta el momento.

3. Reforzar el programa actual que implica la declaración obligatoria de trastornos mentales, entre los que se incluyen la esquizofrenia, la depresión y los trastornos bipolares. Se debe velar porque este se esté llevando a cabo en todos los centros de salud y de una forma adecuada, para evitar el posible subregistro.
4. Se debe valorar crear o modificar el sistema de recolección de datos referente a los desórdenes mentales, que sea un sistema unificado tanto en el ámbito público como privado, para que sea más fácil el procesamiento y análisis de estos datos. Esto para la evaluación de los progresos referentes a la salud mental y la carga de estos y así tener una base de datos más confiable.
5. Fomentar la creación de grupos de apoyo multidisciplinario en centros educativos (kínder, escuela, colegio) con el fin de promover, prevenir y educar respecto a la salud mental de los niños, para reconocer los primeros síntomas de aparición de algún desorden mental, darles el seguimiento y tratamiento adecuado de ser necesario. Esto debido a que como se detalló en esta investigación, en la niñez es cuando se empiezan a desarrollar ciertos desórdenes mentales, como se vio en este caso, la esquizofrenia y el desorden bipolar son más frecuentes en esta población. Por lo que serían de gran ayuda para disminuir la carga de estas y que los futuros efectos incapacitantes sean mínimos o nulos.
6. Fomentar en las instituciones públicas y privadas que se realicen estudios rutinarios (al menos anuales) sobre la salud física y mental, así como de la calidad de vida de sus trabajadores. También realizar, periódicamente, campañas de promoción y prevención respecto a estos desórdenes

(esquizofrenia, desorden bipolar, distimia o desorden depresivo mayor), con el fin de crear un mejor ambiente laboral y prevenir o disminuir el ausentismo laboral debido a incapacidades por alguno de estos, lo que, a la vez, ayuda a las empresas o instituciones a disminuir el impacto que esto les genera en su funcionamiento.

7. Promover la capacitación de todo el personal de salud del primer nivel de atención y formación de grupos de apoyo para la adecuada identificación y atención de personas que se presenten con síntomas de algún desorden mental, ya sea esquizofrenia, desorden depresivo mayor, distimia o desorden bipolar.
8. Promover la creación de grupos de apoyo para mujeres diagnosticadas con alguna de estas patologías, así como para las que presenten síntomas iniciales o para las que tengan el papel de cuidadora de personas con alguna de las mismas. Esto debido a que la población femenina es la que se ve más afectada. Como se demostró en este estudio, en lo que se refiere a desorden depresivo mayor, distimia y desorden bipolar afectan, mayormente, a las mujeres, por lo que es una población a la que hay que darle especial cuidado y seguimiento. También se recomienda la creación de grupos de promoción y prevención de salud mental en la población de adultos mayores, ya que también son una población en riesgo.
9. Animar a los medios de comunicación masiva a divulgar información adecuada respecto a los signos y síntomas de la esquizofrenia, distimia, desorden depresivo mayor y desorden bipolar, así como de la importancia de acudir a los centros de salud para valorarlos adecuadamente y recibir el

tratamiento idóneo. También, para crear conciencia en la población respecto al impacto de estas en la salud y el sistema nacional de salud pública y la carga que representan estas tanto nacional como mundialmente.

10. Difundir información referente a estos desórdenes mentales en cada comunidad a nivel nacional, para crear conciencia al respecto y así disminuir el estigma y discriminación que estos generan en la sociedad. A la vez, se debe velar porque se respeten los derechos humanos de todas las personas que padezcan alguna de estas patologías.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Urrego M, Diana Z, Cocoma P. Juan C. Por la salud mental. Rev Salud Pública [Internet]. 1999 [citado el 25 de enero de 2018]; 1(1):58–67. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/18940/19862>
2. Rodríguez AP. Salud mental: situación y tendencias. Rev Salud Pública [Internet]. 2002 [citado el 25 de enero de 2018]; 4(1):74–88. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/18462>
3. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Zambrano-Ruiz J. La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. Salud Pública México [Internet]. 2004 [citado el 25 de enero de 2018]; 46(5):417–24. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0036-36342004000500007&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0036-36342004000500007&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
4. Belló M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora ME, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud Pública México [Internet]. 2005 [citado el 25 de enero de 2018]; 47(1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=10609302>
5. Kohn R, Levav I, Almeida JMC de, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. PAHOWHO Institutional Repos [Internet]. 2005 [citado el 25 de enero de 2018]; Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/8038>
6. Rueda-Sánchez M, Díaz-Martínez LA, Rueda-Jaimes GE. Prevalencia del trastorno depresivo mayor y factores asociados: un estudio poblacional en Bucaramanga (Colombia). Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 2008 [citado el 25 de enero de 2018]; 37(2):159–68. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-74502008000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-74502008000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
7. Berenzon S, Lara MA, Robles R, Medina-Mora ME. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. Salud Pública México [Internet]. 2013 [citado el 25 de enero de 2018]; 55(1):74–80. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0036-36342013000100011&lng=es&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0036-36342013000100011&lng=es&nrm=iso&tlng=en)
8. OMS | La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400 % [Internet]. WHO. [citado el 25 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>
9. OMS | Depresión [Internet]. WHO. [citado el 25 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

10. Primeros datos oficiales sobre trastornos mentales permitirá incidir en la población y mejorar su salud mental [Internet]. [citado el 26 de enero de 2018]. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/centro-de-prensa/noticias/662-noticias-2014/694-primeros-datos-oficiales-sobre-trastornos-mentales-permitira-incidir-en-la-población-y-mejorar-su-salud-mental>
11. Héctor M. León Castro. Estigma y enfermedad mental: un punto de vista histórico-social. *Rev Psiquiatr Salud Ment Hermilio Valdizan* [Internet]. 2005; VI(N 1):33–42. Disponible en: <http://www.hhv.gov.pe/revista/2005/4%20ESTIGMA%20Y%20ENFERMEDAD%20MENTAL.pdf>
12. OMS | Trastornos mentales [Internet]. WHO. [citado el 9 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
13. Rodríguez JJ, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S, Organización Panamericana de la Salud. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2009. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/166275/9789275316320.pdf?sequence=1>
14. Millán-González R. Implementing the collaborative approach in Costa Rica: Towards an integration between psychiatry and primary care. *Acta Médica Costarric* [Internet]. 2014 [citado el 6 de junio de 2018] ;56(4):150–7. Disponible en: [http://www.scielo.señoa.cr/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0001-60022014000400003&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.señoa.cr/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0001-60022014000400003&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
15. Ministerio de Salud, Costa Rica. Política Nacional de Salud Mental 2012-2021. *Minist Salud* [Internet]. 2012; 138. Disponible en: <http://www.bvs.señoa.cr/saludmental/politicasaludmental.pdf>
16. Duque MOG. Carga de la enfermedad Burden of disease Carga de doença. *CES Salud Pública* [Internet]. 2012 [citado el 9 de febrero de 2018] ;3(2):289–95. Disponible en: [http://revistas.ces.edu.co/index.php/ces\\_salud\\_publica/article/view/2497](http://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/2497)
17. OMS | Carga mundial de morbilidad [Internet]. WHO. [citado el 9 de febrero de 2018]. Disponible en: [http://www.who.int/topics/global\\_burden\\_of\\_disease/es/](http://www.who.int/topics/global_burden_of_disease/es/)
18. Isaza Nieto P. *Glosario de epidemiología. Primera edición.* Ibagué? Academia Nacional de Medicina de Colombia-Capítulo Tolima; 2015. 257 p.
19. OMS | Capítulo 1: Salud mundial: retos actuales [Internet]. WHO. [citado el 9 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2003/chapter1/es/index1.html>
20. Aníbal Velásquez Valdivia CC, César Munayco CM, Ebert Poquioma RE, Yovanna Seclén. La carga de enfermedad y lesiones en el Perú. *Minist Salud* [Internet]. 2009

- [citado el 9 de febrero de 2018]. Disponible en: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1358\\_MINSA1528.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1358_MINSA1528.pdf)
21. Lozano Ascencio R. La carga de la enfermedad en México 1920-2010: nuevos resultados y desafíos [Internet]. Primera edición, 2014. México; 2017. Disponible en: [https://www.insp.mx/images/stories/Producción/pdf/150122\\_cargaEnfermedad.pdf](https://www.insp.mx/images/stories/Producción/pdf/150122_cargaEnfermedad.pdf)
  22. Blengio Pinto JR, Fauci AS, Hauser SL, Jameson JL, Kasper DL, Longo DL et al. Harrison principios de medicina interna. 18a ed. Vol. 2. México D. F. (México): McGraw-Hill; 2012.
  23. PSICOMED - CIE 10 [Internet]. [citado el 16 de febrero de 2018]. Disponible en: [http://www.psicomed.net/cie\\_10/cie10\\_ind.html](http://www.psicomed.net/cie_10/cie10_ind.html)
  24. GBD Compare | IHME Viz Hub [Internet]. [citado el 4 de junio de 2018]. Disponible en: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>
  25. Morrison J. DSM-5. Guía para el Diagnóstico Clínico [Internet]. México City: Editorial El Manual Moderno; 2015 [citado el 16 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://public.ebib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=4184537>
  26. Ministerio de Sanidad SS e I. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto [Internet]. 2014 [citado el 16 de febrero de 2018]. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_534\\_Depresión\\_Adulto\\_Avaliat\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_534_Depresión_Adulto_Avaliat_compl.pdf)
  27. OMS | Esquizofrenia [Internet]. WHO. [citado el 25 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/schizophrenia/es/>
  28. Esquizofrenia [Internet]. World Health Organization. [citado el 25 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
  29. La Esquizofrenia [Internet]. National Institute of Mental Health. 2015. Disponible en: [https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/la-esquizofrenia/sp-15-3517\\_156292.pdf](https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/la-esquizofrenia/sp-15-3517_156292.pdf)
  30. Boletín de Morbilidad [Internet]. [citado el 31 de julio de 2018]. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/indicadores-de-salud-boletines/boletin-de-morbilidad>
  31. Organización Mundial de la Salud D de SM y A de S. Invertir en SALUD MENTAL [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004. 52 p. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/advocacy/en/spanish\\_final.pdf](http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf)

## GLOSARIO Y ABREVIATURAS

### Abreviaturas:

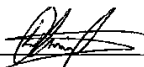
- **AVAD:** años de vida ajustados a discapacidad.
- **AVD:** años de vida vividos con discapacidad.
- **AVP:** años de vida perdidos por muerte prematura.
- **CCSS:** Caja Costarricense del Seguro Social.
- **GBD:** Global Burden of Disease.
- **IHME:** Institute for Health Metrics and Evaluation
- **INEC:** Instituto Nacional de Estadística y Censos de Costa Rica.
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **TDM:** trastorno depresivo mayor.
- **TDP:** trastorno depresivo persistente.

# ANEXOS

## DECLARACIÓN JURADA

### DECLARACIÓN JURADA

Yo Diana Avendaño Solís, mayor de edad, portador de la cédula de identidad número 1-1509-0095, en condición de egresado de la carrera de Medicina y Cirugía de la Universidad Hispanoamericana, hago constar por medio de éste acto y debidamente apercibido y entendido de las penas y consecuencias con las que se castiga en el Código Penal el delito de perjurio, ante quienes se constituyen en el Tribunal Examinador de mi trabajo de tesis para optar por el título de LICENCIATURA EN MEDICINA Y CIRUGÍA, juro solemnemente que mi trabajo de investigación titulado: CARGA DE LA ENFERMEDAD POR ESQUIZOFRENIA, DESÓRDENES BIPOLARES Y DESÓRDENES DEPRESIVOS EN COSTA RICA, 1990-2014, es una obra original que ha respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derecho de Autor y Derecho Conexos número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; incluyendo el numeral 70 de dicha ley que advierte; artículo 70. Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original. Asimismo, quedo advertido que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. En fe de lo anterior, firmo en la ciudad de San José, a los 20 días del mes de Agosto del año dos mil dieciocho.



Diana Avendaño Solís

Cédula: 1-1509-0095

# CARTAS DE APROBACIÓN

## CARTA DEL TUTOR

San José, 20 de agosto de 2018

Señores  
Departamento de Registro  
Universidad Hispanoamericana

Estimados señores:

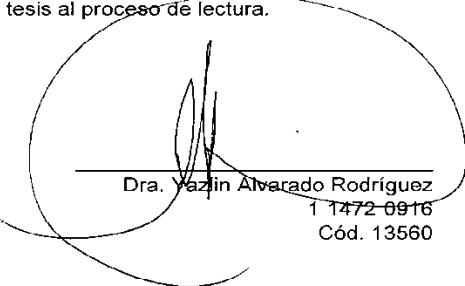
El estudiante **Diana Avendaño Solís**, cédula de identidad número **1-1509-0095**, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado **"CARGA DE LA ENFERMEDAD POR ESQUIZOFRENIA, DESÓRDENES BIPOLARES Y DESÓRDENES DEPRESIVOS EN COSTA RICA, 1990-2014"** el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Medicina y Cirugía. He verificado que se han incluido las observaciones y hecho las correcciones indicadas, durante el proceso de tutoría; y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación, antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos, conclusiones y recomendaciones.

Los resultados obtenidos por el postulante implican la siguiente calificación:

A)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10%
B)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	18%
C)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	29%
D)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	19%
E)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	19%
	TOTAL		95%

Por consiguiente, se avala el traslado de la tesis al proceso de lectura.

Atentamente,

  
Dra. Yazmín Alvarado Rodríguez  
1 1472 6916  
Cód. 13560

San José, 28 de setiembre del 2018

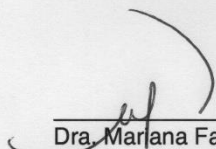
Srs.  
Departamento de Registro  
Universidad Hispanoamericana  
Presente

Estimados señores: La estudiante Diana Avendaño Solís; cédula de identidad número: 1-1509-0095, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: "**CARGA DE LA ENFERMEDAD POR ESQUIZOFRENIA, DESÓRDENES BIPOLARES Y DESÓRDENES DEPRESIVOS EN COSTA RICA, 1990-2014**". El cual ha elaborado para optar por el grado de Licenciatura en Medicina y Cirugía.

He revisado y he hecho las observaciones relativas al contenido analizado, particularmente, lo relativo a la coherencia entre el marco teórico y el análisis de datos; la consistencia de los datos recopilados y, la coherencia entre estos y las conclusiones; asimismo, la aplicabilidad y originalidad de las recomendaciones, en términos de aporte de la investigación. He verificado que se han hecho las modificaciones correspondientes a las observaciones indicadas.

Por consiguiente, este trabajo cuenta con mi aval para ser presentado en la defensa pública.

Atentamente,

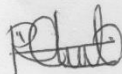
  
Dra. Marjana Fallas Picado  
Ced. 1-1488-0490  
Cod. 14058

### CARTA DE REVISIÓN FILOLÓGICA

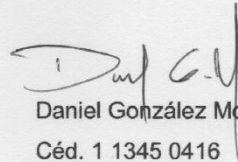
Los suscritos, Elena Redondo Camacho, cédula de identidad número 3 0447 0799 y Daniel González Monge, cédula de identidad número 1 1345 0416, en calidad de filólogos, revisamos y corregimos el trabajo final de graduación que lleva por título *Carga de la enfermedad por esquizofrenia, desórdenes bipolares y desórdenes depresivos en Costa Rica, 1990-2014*, sustentado por Diana Avendaño Solís.

Hacemos constar que se corrigieron aspectos de forma, redacción, estilo y otros vicios del lenguaje que se pudieron trasladar al texto.

Esperamos que nuestra participación satisfaga los requerimientos de la Universidad Hispanoamericana.



Elena Redondo Camacho  
Céd. 3 0447 0799  
Bachiller en Filología Española  
Carné ACFIL 0247



Daniel González Monge  
Céd. 1 1345 0416  
Bachiller en Filología Española  
Carné ACFIL 0245