

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

CARRERA DE MEDICINA Y CIRUGÍA

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

**CARGA DE LA ENFERMEDAD POR
TRASTORNOS DEPRESIVOS EN COSTA
RICA, MÉXICO, CUBA, ARGENTINA,
COLOMBIA, PANAMÁ 1990-2019**

JOECELYNE TATIANA GONZÁLEZ ROJAS

TUTORA:

DRA. MARÍA FERNANDA ÁLVAREZ PINEDA

Diciembre, 2021

TABLA DE CONTENIDOS

TABLA DE CONTENIDOS	ii
ÍNDICE DE TABLAS	vi
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	vii
DEDICATORIA.....	ix
AGRADECIMIENTO	x
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
CAPÍTULO 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	13
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	14
1.1.1 Antecedentes del problema.....	14
1.1.2 Delimitación del problema	23
1.1.3 Justificación del problema	23
1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN	24
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	24
1.3.1 Objetivo general	24
1.3.2 Objetivo Específicos.....	24
1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES	24
1.4.1 Alcances de la investigación.....	24
1.4.2 Limitaciones de la investigación	25

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO.....	26
2.1	CONTEXTO HISTÓRICO..... 27
2.1.1	Historia de los desórdenes mentales 27
2.2	CONTEXTO TEÓRICO..... 28
2.2.3	Indicadores para estimar la carga de la enfermedad 29
2.3	DEFINICIONES..... 30
2.4	CLASIFICACIÓN GENERAL 31
2.5	DESORDEN DEPRESIVO MAYOR 32
2.5.1	Generalidades 32
2.5.2	Etiología..... 32
2.5.3	Cambios morfológicos..... 34
2.5.4	Factores de riesgo 34
2.5.5	Criterios diagnósticos 35
2.5.6	Características diagnósticas 36
2.5.7	Clasificación del DSM-V y CIE-10..... 37
2.5.8	Diagnósticos diferenciales 38
2.5.9	Evolución..... 38
2.5.10	Tratamiento..... 38
2.7	DESORDEN DEPRESIVO PERSISTENTE (DISTIMIA) 41
2.7.1	Generalidades 41
2.7.2	Factores de riesgo 41
2.7.3	Criterios diagnósticos 41
2.7.4	Características diagnósticas 42

2.7.5	Clasificaciones del DSM-V y CIE-10	42
2.7.6	Diagnósticos diferenciales	43
2.7.7	Evolución	43
2.7.8	Tratamiento.....	44
2.8	ESPECIFICADORES PARA AMBOS TRASTORNOS DEPRESIVOS DEL DSM-V	45
2.8.1	Con ansiedad.....	45
2.8.2	Con características mixtas	46
2.8.3	Con características melancólicas	46
2.7.4	Con características atípicas.....	47
2.7.5	Con características psicóticas	48
2.7.6	Con catatonía	48
2.7.7	Con inicio de periparto	48
2.7.8	Con patrón estacional	48
CAPÍTULO 3. MARCO METODOLÓGICO.....		50
3.1	ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN.....	51
3.2	TIPO DE INVESTIGACIÓN	51
3.3	UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO.....	51
3.3.1	Población	51
3.3.2	Muestra	51
3.3.3	Criterios de inclusión y exclusión	51
3.4	INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	52
3.5	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	52
3.6	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	53

CAPÍTULO 4. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	54
4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	55
CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	76
5.1 Cuba.....	77
5.2 México	81
5.3 Costa Rica.....	84
5.4 Panamá.....	90
5.5 Argentina	92
5.6 Colombia	94
CAPÍTULO 6: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	100
6.1 Conclusiones.....	101
6.2 Recomendaciones	104
BIBLIOGRAFÍA	106
GLOSARIO Y ABREVIATURAS.....	113
ANEXOS.....	115

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1 Clasificación de trastornos depresivos Global Burden of Disease 2019	31
Tabla N°2 Criterios diagnósticos para depresión mayor, según DSM V	35
Tabla N°3 Clasificación de especificadores, según DSM V y CIE-10.....	37
Tabla N°4 Criterios diagnósticos para distimia, según DSM V	41
Tabla N°5 Criterios del especificador con características mixtas, según DSM V.....	46
Tabla N°6 Criterios del especificador con características melancólicas según DSM V.....	47
Tabla N°7 Criterios del especificador con características atípicas, según DSM V	47
Tabla N°8 Criterios del especificador con patrón estacional, según DSM V	49

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1 Tasa de incidencia en Cuba, por trastornos depresivos en 1990-2019 (Tasa por 100 000 habitantes).....	55
Gráfico N° 2 Tasa de incidencia en México, por trastornos depresivos en 1990-2019 (Tasa por 100 000 habitantes).....	56
Gráfico N° 3 Tasa de incidencia en Costa Rica, por trastornos depresivos en 1990-2019 (Tasa por 100 000 habitantes)	57
Gráfico N° 4 Tasa de incidencia en Panamá, por trastornos depresivos en 1990-2019 (Tasa por 100 000 habitantes).....	58
Gráfico N° 5 Tasa de incidencia en Argentina, por trastornos depresivos en 1990-2019 (Tasa por 100 000 habitantes)	59
Gráfico N° 6 Tasa de incidencia en Colombia, por trastornos depresivos en 1990-2019 (Tasa por 100 000 habitantes)	60
Gráfico N° 7 Tasa de incidencia comparativa en países, por trastornos depresivos en 1990-2019 (Tasa por 100 000 habitantes)	61
Gráfico N° 8 Tasa de prevalencia en Cuba, por trastornos depresivos en 1990-2019 (Tasa por 100 000 habitantes).....	61
Gráfico N° 9 Tasa de prevalencia en México, por trastornos depresivos en 1990-2019 (Tasa por 100 000 habitantes)	63
Gráfico N° 10 Tasa de prevalencia en Costa Rica, por trastornos depresivos en 1990-2019 (Tasa por 100 000 habitantes)	64

Gráfico N° 11 Tasa de prevalencia en Panamá, por trastornos depresivos en 1990-2019 (Tasa por 100 000 habitantes)	65
Gráfico N° 12 Tasa de prevalencia en Argentina, por trastornos depresivos en 1990-2019 (Tasa por 100 000 habitantes)	66
Gráfico N° 13 Tasa de prevalencia en Colombia, por trastornos depresivos en 1990-2019 (Tasa por 100 000 habitantes)	67
Gráfico N° 14 Tasa de prevalencia comparativa en países, por trastornos depresivos en 1990-2019 (Tasa por 100 000 habitantes)	68
Gráfico N° 15 Tasa de años de vida ajustados por discapacidad en Cuba, por trastornos depresivos en 1990-2019 (Tasa por 100 000 habitantes)	69
Gráfico N° 16 Tasa de años de vida ajustados por discapacidad en México, por trastornos depresivos según países en 1990-2019 (Tasa por 100 000 habitantes)	70
Gráfico N° 17 Tasa de años de vida ajustados por discapacidad en Costa Rica, por trastornos depresivos según países en 1990-2019 (Tasa por 100 000 habitantes)	71
Gráfico N° 18 Tasa de años de vida ajustados por discapacidad en Panamá, por trastornos depresivos según países en 1990-2019 (Tasa por 100 000 habitantes)	72
Gráfico N° 19 Tasa de años de vida ajustados por discapacidad en Argentina, por trastornos depresivos según países en 1990-2019 (Tasa por 100 000 habitantes)	73
Gráfico N° 20 Tasa de años de vida ajustados por discapacidad en Colombia, por trastornos depresivos según países en 1990-2019 (Tasa por 100 000 habitantes)	74
Gráfico N° 21 Tasa de años de vida ajustados por discapacidad comparativa en países, por trastornos depresivos según países en 1990-2019 (Tasa por 100 000 habitantes)	75

DEDICATORIA

En primer lugar, esta tesis se la dedico a Dios, por haber sido un pilar esencial para poder lograr llegar hasta aquí. En deuda eternamente por permitirme la sabiduría, la estabilidad y la resiliencia para seguir adelante con mis sueños.

Cuando inicié esta tesis sabía que los temas de salud mental eran considerados tabú, razón por la cual quería darle una voz a aquellos que callaban. Pero jamás pensé que por la vueltas de la vida, durante estos 8 meses de realización me daría cuenta que tenía un caso cercano más allegado de la cuenta. Tío Edgar, tu muerte no fue del todo en vano, mereces la razón de toda motivación para encontrarle el verdadero sentido a la importancia de mi tema. Me marcaste un antes y un después, enseñándome como desde arriba como debemos cuidar más los signos entre nosotros mismos.

En último lugar y no menos importante, esto va para mis papás Hellen Verenice Rojas Mena y Carlos Asdrúbal González Valladares junto a mi Hannita. Cerramos un ciclo, cada vez más cerca de cumplir esta meta, a pesar de enfrentar un estilo de vida súper retador. Gracias por siempre estar ahí para empujarme.

AGRADECIMIENTO

Para mi tutora Fernanda Álvarez van todos mis interminables gracias, porque fue tanto lo que me ofreció en estos meses: desde saber guiarme y tenerme toda la paciencia hasta el simple hecho de comprenderme cuando así yo lo sentía.

Agradezco por cada uno de los profesores y doctores que cruzaron mi camino para compartir su conocimiento conmigo tanto en el ámbito médico como en el humano.

Finalmente quiero reconocer la estimación para el resto de mi familia por su apoyo incondicional. Igualmente para todos mis mejores amigos (as) más cercanos que supieron estar en las buenas y en las malas, dándome los mejores consejos y haciéndome resaltar en mí aquellas virtudes que ni yo misma había explotado. Por último, a mis compañeros por hacer de este viaje, uno lleno de lindos recuerdos y claro que algunas cargas, pero convirtiéndolas en menos pesadas.

RESUMEN

Introducción: los trastornos depresivos siempre han representado una carga de la enfermedad significativa. Por esto es que según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2020 no solo afectaría a más de 300 millones de personas, sino que la depresión se posicionaría como la principal causa mundial de discapacidad.

Objetivo General: analizar la carga de la enfermedad por trastornos depresivos en Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Colombia, Panamá 1990-2019

Metodología: la información de esta tesis se basó en la recolección de datos del Global Burden of Disease, incluyendo a los 6 países entre los años 1990 hasta el año 2019. Los objetivos involucrados fueron la prevalencia, la incidencia y los años de vida ajustados a discapacidad, en tasas por 100 000 habitantes.

Resultados: el comportamiento de las curvas por país fue similares, para las tres variables de prevalencia, incidencia y los años de vida ajustados a discapacidad. En orden de mayor a menor se acomodaron por Cuba, México, Costa Rica, Panamá, Argentina y Colombia. Entre los cambios más sobresalientes Cuba presentó un patrón de leve disminución y por lo contrario, México un aumento constante. Los demás países por lo general mantuvieron sus cifras con leves aumentos o descensos.

Conclusiones: todos los países concluyen que la manera más efectiva de mejorar las cifras de la depresión es mediante la estrategia de la atención primaria donde haya tres columnas: prevención, tratamiento y rehabilitación.

Palabras clave: Global Burden of Disease (GBD), años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), carga de la enfermedad, desorden depresivo mayor, distimia, Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Colombia, Panamá.

ABSTRACT

Introduction: depressive disorders have always represented a significant disease burden. For this reason, according to the World Health Organization (WHO), in 2020 not only would it affect more than 300 million people, but depression would position itself as the main global cause of disability.

General Objective: to analyze the burden of disease due to depressive disorders in Costa Rica, Mexico, Cuba, Argentina, Colombia, Panama 1990-2019.

Methodology: the information in this thesis was based on the collection of data from the Global Burden of Disease, including the 6 countries between the years 1990 and 2019. The objectives involved were the prevalence, incidence and life years adjusted to disability, in rates per 100,000 inhabitants.

Results: the behavior of the curves by country were similar, for the three variables of prevalence, incidence and disability-adjusted life years. In order from highest to lowest, they were accommodated by Cuba, Mexico, Costa Rica, Panama, Argentina and Colombia. Among the most outstanding changes, Cuba presented a pattern of slight decrease and, on the contrary, Mexico a constant increase. The other countries generally maintained their figures with slight increases or decreases.

Conclusions: all countries conclude that the most effective way to improve depression figures is through the primary care strategy where there are three columns: prevention, treatment and rehabilitation.

Keywords: Global Burden of Disease (GBD), disability-adjusted life years (DALYs), burden of disease, major depressive disorder, dysthymia, Costa Rica, Mexico, Cuba, Argentina, Colombia, Panama.

CAPÍTULO 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.1 Antecedentes del problema

El impacto de los trastornos depresivos se ha incrementado exponencialmente con el paso de los años, en cuanto a su carga de enfermedad se habla. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2020 no solo afectaría a más de 300 millones de personas, sino que la depresión se posicionaría como la principal causa mundial de discapacidad. De la misma manera, continuaría contribuyendo sobre la carga mundial de la morbilidad ⁽¹⁾. Entre las causas atribuidas a esta enfermedad se encuentra su actual estigmatización, la cual incluye tres imponentes problemas: la ignorancia, el prejuicio y la discriminación, todos por parte del resto de la población no enferma. Esto sitúa a los pacientes frente a desigualdades sociales que retrasan el proceso del diagnóstico y, por ende, al tratamiento ⁽²⁾.

La depresión es conocida como una de las principales causas de los años de vida saludable perdidos (AVISA), en el año 2011 se hizo una comparación de esta información entre los países de América Latina. Los países sobresalientes para esta investigación son Costa Rica, México y Colombia ⁽³⁾.

Las estadísticas en México para el 2004, presentan prominentemente a la depresión unipolar mayor con el 6.0% de los AVISA, tomando el primer lugar de causa. En cambio, Costa Rica en el 2005 presentaban a los trastornos depresivos con un 6.6% de los AVISA, pero en este caso tomando el quinto lugar. De último, en el 2006 para Colombia, la depresión unipolar mayor utilizaba el 16.9% de los AVISA siendo la segunda causa ⁽³⁾.

También en el año 2011, se realizó un estudio de epidemiología trasnacional sobre la depresión, incluyendo a 18 países en la Encuesta Mundial de Salud Mental separados según sus altos o medianos-bajos ingresos. Entre los países de importancia que se destacarán en esta tesis se

encuentran Estados Unidos en altos ingresos, Colombia y México en los bajos-medianos ingresos ⁽⁴⁾.

Los resultados de este estudio revelaron que la prevalencia promedio ponderada en los últimos 12 meses para los países de ingresos altos fue de 5.5%, mientras que en los países de ingresos bajos a medianos fue de 5.9%. Por el otro lado, la prevalencia de por vida para los países de ingresos altos fue de 14.6%, mientras que en los países de ingresos bajos a medianos fue de 11.1% ⁽⁴⁾.

La relación entre la prevalencia de 12 meses y la prevalencia de por vida es un indicador indirecto de persistencia. Los números fueron significativamente menores para los países con ingresos altos con 37.7%, mientras que en los países de ingresos bajos a medianos fue de 53.3%. Esto ejemplificando que los países de ingresos bajos a medianos son más propensos a mantener la depresión a lo largo del tiempo, entre estos Colombia fue uno de los países con las más bajas relaciones con un 46.7% ⁽⁴⁾.

Entre otros datos notables, la mediana de la edad de inicio fue similar para ambos países, los de ingresos altos con 25.7 y los de ingresos bajos a medianos con 24.0. Finalmente, sobre la discapacidad tanto en México como Colombia, el grupo con depresión presentaba un nivel de deterioro aproximadamente dos veces mayor que el grupo sin depresión. La asociación entre la prevalencia y la discapacidad en este estudio fue positiva, lo que significa que el mayor deterioro fue reportado en países donde prevalencia de depresión era más alta ⁽⁴⁾.

La depresión representa el principal factor de riesgo para el intento de suicidio, hasta con un riesgo del 28%. ⁽⁵⁾ Para que esta cifra no se convierta en realidad o aumente, es necesario analizar la enfermedad a profundidad incluyendo la totalidad de su definición y sus factores de riesgo para poder evitarlos.

La definición de la forma activa de la enfermedad incluye la existencia de algún síntoma residual después del tratamiento, porque estos son un marcador de aparición para los próximos episodios. En un estudio con 970 personas, se demostró que el 46.7% de los pacientes aún presentaba síntomas residuales después de 8 a 12 semanas de antidepresivos. Actualmente, se ha visto que los pacientes con estos síntomas recaen hasta el triple de veces en depresión, que aquellos asintomáticos durante su remisión ⁽⁶⁾.

Entre los factores de riesgo más evidentes está el género femenino, se ha demostrado que las mujeres tienen el doble de riesgo de padecer esta enfermedad sobre el género masculino. Además, la tasa de depresión femenina generalizada es 2.7 veces mayor que la del sexo masculino ⁽⁶⁾.

Si no se detiene esta enfermedad se podrían tener repercusiones más graves adelante, por ejemplo, en un estudio el 72% de las madres con depresión severa tuvo como consecuencia que el 45% de sus hijos presentara un trastorno psiquiátrico de por vida, incluyendo conductas disruptivas (29%), ansiedad (20%) y trastornos depresivos (19%) ⁽⁶⁾.

Ese aumento relacionado hacia el género femenino podría atribuirse a algunos factores externos como la violencia de pareja y el abuso sexual. Las pacientes que han vivido estas experiencias presentan de 2 a 4 veces más depresión, estrés postraumático y ansiedad. El impacto de esta violencia en la salud mental tiene un efecto tan duradero que el riesgo de aparición ante una nueva depresión se mantiene durante 2 años ⁽⁷⁾.

La otra posibilidad de riesgo es el impacto del abuso sexual infantil complicando más la depresión. En un estudio se demostró como 10.6% de las pacientes con antecedentes de depresión, padecieron de formas de tipo de abuso desde el no genital hasta el coito. Estas además

presentaban síntomas depresivos más graves con características como una mayor duración, un inicio más temprano y mayor comorbilidad con suicidio, distimia y ansiedad ⁽⁸⁾.

Para concluir, el último factor de riesgo es la edad, ya que es más susceptible en la adolescencia con un marcado aumento alrededor de los 13 años. Una de las hipótesis detrás de esto, es el ocurrente cambio hormonal. La prevalencia anual en la adolescencia de ambos trastornos depresivos se estima alrededor del 4% al 9%. Al final de esta etapa, hasta un 20% de la población va a haber experimentado algún episodio ⁽⁹⁾.

La duración de una depresión mayor sin tratamiento va de 6 a 8 meses, pero aquellos adolescentes con distimia prevalecen con ellas hasta 3.5 años. Finalmente, es importante mencionar hasta el 70% de los jóvenes suicidas presentaban un diagnóstico de depresión de base⁽⁹⁾.

De manera comparativa entre países, es necesario hacer un contexto generalizado sobre el desarrollo de cada país en la depresión. El primero a desarrollarse será México, la depresión en este país ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno para los hombres. Según la Encuesta Nacional de Epidemiología, la prevalencia refuerza estas estadísticas porque en las mujeres sigue siendo mayor con 10.4%, mientras que en los hombres es de 5.4% ⁽¹⁰⁾.

En México, la causa principal de discapacidad en el género femenino se le atribuye a la depresión postparto, la cual tiene una prevalencia entre el 5 al 25%. En la otra mano, los datos sobre los tipos de depresión estratificados por rangos de edad, corresponde a los trastornos depresivos de la adolescencia con un 7.8% cumpliendo los criterios diagnósticos de la depresión y específicamente 0.8% los de distimia. Mientras la depresión de los adultos mayores de 65 años reluce una prevalencia arriba del 20% ⁽¹⁰⁾.

Con respecto a la comorbilidad, la diabetes y la depresión han sido enfermedades sumamente relacionadas entre sí, los diabéticos tienen el riesgo de tener depresión hasta en el doble de veces. Así como las personas deprimidas tienen mayores probabilidades de padecer enfermedades crónicas como diabetes y enfermedades cardiovasculares. Entre otros ejemplos, se encuentra la obesidad que aumenta el riesgo de depresión hasta 3 veces, mientras que los dolores crónicos hasta 5 veces ⁽¹⁰⁾.

Entre los problemas de este país se encuentra que las personas con depresión pierden hasta 2.7 días más de trabajo en comparación con otras enfermedades. En segundo lugar, también solo un 50% de los pacientes que buscan los servicios médicos reciben un tratamiento adecuado. Si se mejorara este dilema, las estadísticas proyectan que el número de años ajustados por discapacidad (AVISA) se evitarían hasta 3 veces con antidepresivos tricíclicos correctamente diagnosticados y hasta 6 veces con los inhibidores de recaptura de serotonina y psicoterapia ⁽¹⁰⁾. Estas medidas al ser alcanzadas tendrían un relevante impacto en una mayor cantidad de personas, porque según un estudio de cuatro ciudades mexicanas se proyectó que 1 de cada 8 personas padece de trastornos depresivos, alrededor del 12.8%. Hasta los números de suicidios podrían verse disminuidos, ya que alrededor de un 18.6% de estos se les atribuyen a personas con trastornos depresivos ⁽¹¹⁾.

Los trastornos depresivos también tienen una carga para el mantenimiento de la salud que se vería beneficiado, el costo de atención para los pacientes no deprimidos tuvo un promedio de 1397 dólares mientras que lo que sí presentaban depresión redondeó a los 2390 dólares. Y según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, ni siquiera esta ayuda es accesible para todas las personas porque alrededor del 30% nunca la recibió y el 16% solo la obtuvo por el primer año ⁽¹¹⁾.

El modelo Goldberg y Huxley es el modelo utilizado para clasificar a los pacientes con trastornos mentales, este cuenta con cinco niveles y cuatro filtros. El primer nivel incluye a todos los pacientes con un trastorno, el filtro para el segundo nivel sería que el paciente considere que estos síntomas requieren atención. El segundo nivel incluye a quienes buscaron ayuda en un primer nivel de atención, el filtro para el tercer nivel correspondería al reconocimiento de este problema, pero por el médico. El tercer nivel incluye a los pacientes reconocidos en el primer nivel ⁽¹¹⁾.

Continuando con el siguiente filtro para el cuarto nivel se refiere a los pacientes aceptados por referencia a servicios especializados. El cuarto nivel incluye a los pacientes de estos servicios, pero finalmente podrían pasar por el último filtro que sería la referencia y aceptación a hospitales psiquiátricos. Así, el último nivel incluye solo a los pacientes internados en estos hospitales. La mayoría de los pacientes se encuentran en los primeros niveles, y es por esto por lo que esto indica como todo el enfoque debería estar en el inicio para evitar seguir adelante ⁽¹¹⁾.

El siguiente país para desarrollar es Cuba, los resultados utilizados provienen de la III Encuesta Nacional de factores de riesgo y actividades prevenidas de enfermedades no transmisibles, la prevalencia de personas con síntomas de depresión y ansiedad fue del 19.2%. Entre las características sociodemográficas de mayor importancia están: que en la zona urbana prevaleció más que en la rural. Sobre el género, el femenino predominó con 25.4% sobre el masculino con 12.6%. La raza blanca también por su parte reportó un 20.6% en contraparte de la raza negra⁽¹²⁾.

El rango de edad con mayor prevalencia fue en los mayores de 50 años, incrementándose después de los 70. Esto relacionándose en parte con los resultados de ocupación donde los más afectados fueron los jubilados con un 32.8%, seguido de amas de casa con 28.7%. Finalmente, por estado civil, los viudos y divorciados lideran la lista⁽¹²⁾.

En Argentina, los trastornos de depresión y ansiedad se encuentran entre las diez principales causas de años vividos con una discapacidad. La prevalencia de un trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida fue el 8.7% y el de distimia atribuye un 0.6%. La prevalencia en los últimos 12 meses en trastorno depresivo mayor fue del 3.8% y en la distimia un 0.4% ⁽¹³⁾.

El riesgo proyectado de vida a los 75 años por parte de un trastorno depresivo mayor es del 15.3%, mientras que el de distimia es 1.0%. Finalmente, sobre el uso de los servicios la distimia toma el tercer lugar de uso con 44.15% ⁽¹³⁾.

Sobre Colombia, según su Encuesta Nacional de Salud Mental, la prevalencia de vida de los trastornos depresivos es de 12.1%, y 0.7% para la distimia. Para la prevalencia de los últimos 12 meses se encontraba en 6.2%. Los grupos de edad con un riesgo significativo más alto serían 18-29 y 30-44 años ⁽¹⁴⁾.

La duración de los episodios depende de su gravedad, los leves a graves tienen una duración de 20.1 a 32.6 semanas, mientras que los casos muy graves su promedio rondaba 32.6 semanas. Además, estos pacientes deprimidos, presentaban una media de 14.7 días incapaces de trabajar por su condición. Para finalizar, sobre el tema de suicidios un 32.1% tenía ideación suicida y 14.5% intentos de suicidios ⁽¹⁴⁾.

Para Panamá, los trastornos depresivos se posicionan en las primeras 5 causas de consulta en los servicios de salud mental, tiene una prevalencia del 5.3% con diagnóstico actual. Además, representa el diagnóstico más frecuente en las mujeres. Los grupos de edad más afectados son personas entre 35 y 49 además de los adultos mayores. Según la Encuesta Nacional de Salud y Calidad de Vida, aproximadamente 1 de 6 personas había manifestado las ganas de autolesionarse ⁽¹⁵⁾.

Según un estudio, las conductas de riesgo relacionadas eran que un 6.6% fumaba cigarrillos y 32.5% consumía licor. En los síntomas relacionados un 49.5% presentaba dificultad para dormir y 48.2% expresó sentimientos de tristeza y desesperanza. Y conforme al tratamiento un 71.2% tomaba medicamento y un 13.5% recibía psicoterapia ⁽¹⁵⁾.

Por su parte Costa Rica, en un sondeo para el año 2013, un 60% de la población dice sentirse deprimido, 46% sufrir de soledad, 34% no tener esperanza y hasta un 21% considerar el suicidio. En nuestro país hasta el año 2012 se decide implementar una Política Nacional de Salud Mental 2012-2021 ⁽¹⁶⁾.

El Ministerio de Salud implementó un documento que desarrollara un plan de acción lleno de lineamientos, estrategias y principios ante la salud mental de Costa Rica. Esta política incluye el objetivo que la salud es un producto de la sociedad y por lo tanto las condiciones de vida son incondicionales para la mejora⁽¹⁶⁾.

Para concluir estos antecedentes, es necesario hablar sobre el impacto de esta pandemia del COVID 19 en el aumento de trastornos depresivos. De manera generalizada en China, los trabajadores de salud expuestos a pacientes contagiados, alrededor de un 50.4% presentaban síntomas de depresión muchísimos relacionados a la falta de sueño. En el 2020, un estudio comparó las tasas de Estados Unidos para los datos del 2017-2018 contra los investigados durante el confinamiento del 13 de marzo al 13 de abril. A grandes rasgos la depresión fue hasta 3 veces más grande por factores como la incertidumbre de una cuarentena implícita y el bajo ingreso económico ⁽¹⁷⁾.

El patrón femenino de prevalencia ante los hombres en la depresión se mantuvo, los datos antes representaban un 10.1% y durante la pandemia fue un 33.3%. Los hombres por su lado pasaron de un 6.9% a 21.9%. Por severidad de depresión: la depresión leve pasó de 16.2% a un 24.6%,

la moderada aumentó de 5.7% a 14.8%, la moderada severa de 2.1% a 7.9% y la severa de 0.7% a un 5.1%. En conclusión, estos datos son esenciales porque representan la realidad del día a día en una eventualidad como esta y condiciona la carga de enfermedad para el futuro ⁽¹⁷⁾.

1.1.2 Delimitación del problema

Esta investigación está orientada en identificar la carga de la enfermedad por trastornos depresivos en la población de Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Colombia, Panamá esto según causa y abarcando ambos sexos, de todos los rangos de edad, en el período 1990- 2019.

1.1.3 Justificación del problema

La importancia de estudiar un tema como la carga de la enfermedad por los trastornos depresivos en la población de Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Colombia, Panamá 1990-2019. Es poder tener datos numéricos para ejemplificar el daño potencial de padecer de este tipo de enfermedades. Además, al poderlo comparar entre países, analiza cuales son las diferentes estrategias utilizadas con mayor efectividad. Además, el beneficio de indagar en este tema es poder detener el impacto de estas primeras enfermedades en las listas de AVAD, porque los aportes alcanzados no solo afectarán a los propios pacientes, sino que tendrá efectos positivos hasta en un ámbito de gastos políticos económicos.

Desde la perspectiva del paciente, es un privilegio poder poseer una mente sana para la toma de sus decisiones diarias. No se trata solo de pastillas o terapia, sino incluso de poder mejorar una mejor calidad de vida en ámbitos laborales, familiares y social.

1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la carga de la enfermedad por trastornos depresivos en Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Colombia, Panamá 1990-2019?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo general

Analizar la carga de la enfermedad por trastornos depresivos en Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Colombia, Panamá 1990-2019.

1.3.2 Objetivo Específicos

- Estimar la incidencia de los trastornos depresivos en Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Colombia, Panamá 1990-2019.
- Conocer la prevalencia de los trastornos depresivos en Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Colombia, Panamá 1990-2019.
- Analizar los años de vida ajustados por discapacidad por trastornos depresivos en Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Colombia, Panamá 1990-2019.

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES

1.4.1 Alcances de la investigación

- Se construye un análisis entre los 6 países sobre el panorama general de la situación de trastornos depresivos a través de los años.

- Se discute sobre las decisiones políticas realizadas ante cada país, y acciones consecuentes correspondientes

1.4.2 Limitaciones de la investigación

- Falta de investigaciones enfocadas en carga de enfermedad como AVAD por parte de todos los países.
- Falta de estudios epidemiológicos y políticas con un mayor énfasis en Panamá.
- Falta de diferenciación en la información del trastorno depresivo mayor y la distimia, como un solo tema de trastornos depresivos o individualizados.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

2.1 CONTEXTO HISTÓRICO

2.1.1 Historia de los desórdenes mentales

Desde la antigüedad, los términos melancolía y manía eran utilizados para hacer referencia sobre las emociones, aunque su connotación fuera distinta a la actualidad. El enfoque anterior de la melancolía incluía a demencias y alucinaciones, además no consideraba la tristeza como su principal síntoma. En otras palabras, la actitud del desinterés por el mundo exterior podía ser parte de la definición pero no la totalidad⁽¹⁸⁾.

Entre los estados afectivos primarios, la melancolía con delirio también era llamada lipemanía. Esta era descrita como un delirio parcial crónico por causa de una actitud opresiva. La transición del concepto de melancolía hacia la depresión empezó a desarrollarse hasta el final del siglo XIX, dado que para los médicos este término evocaba una explicación más fisiológica. Para esta época, ambos conceptos se usaban como sinónimos ⁽¹⁸⁾.

En el año 1860, los diccionarios médicos definían la depresión hacia la enfermedad del abatimiento anímico de las personas. Mientras que el Manual de Psiquiatría de Régis define la depresión como la disminución de la actividad ante una reacción dolorosa pasiva o activa por una melancolía. Finalmente sobre la distimia, se decía que asemejaba el concepto de la lipemanía ⁽¹⁸⁾.

2.2 CONTEXTO TEÓRICO

2.2.1 Epidemiología

Según la OMS, la epidemiología se define como “El estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud”⁽¹⁹⁾.

2.2.2 ¿Qué es la carga de la enfermedad?

De la misma manera, según la OMS ha definido la carga de la enfermedad como “El impacto del problema de salud en un área específica medida por la mortalidad y la morbilidad”. Una manera de cuantificar la salud del estado es la contabilidad de años hasta la vejez libres de alguna enfermedad o discapacidad⁽²⁰⁾.

Por ende, la carga de la enfermedad se podría emplear con el objetivo de averiguar cuán grande es la brecha entre la salud actual y la esperada. Actualmente esta se mide mediante el indicador de los AVAD: años de vida ajustados por discapacidad. Entre las ventajas del uso de la carga de enfermedad se encuentran que permite fijar la mayoría de grupos desfavorecidos, enumerar las prioridades de problemas en los servicios de salud, profundizar la gravedad de estos y por último desarrollar el costo-beneficio en las decisiones necesarias para la mejora⁽²⁰⁾.

2.2.3 Indicadores para estimar la carga de la enfermedad

A. Incidencia

La incidencia se define como el número de casos nuevos de enfermedad, durante un intervalo de tiempo determinado. Su operación matemática es la tasa de incidencia, esta se deriva del número de casos nuevos entre la totalidad de la población por el amplificador ⁽²¹⁾.

$$\text{Tasa de incidencia: } \frac{\text{Número de casos nuevos}}{\text{Total de la población}} \times 1000$$

B. Prevalencia

La prevalencia se define como la proporción de la población con la enfermedad, determinada en un momento en específico. Su operación matemática es la tasa de prevalencia, esta se deriva del número de casos existentes entre el total de la población por el amplificador ⁽²¹⁾.

$$\text{Tasa de prevalencia: } \frac{\text{Número de casos existentes}}{\text{Total de la población}} \times 1000$$

C. Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD)

Los AVAD son aquellos años de vida sana, pero perdidos. Su función es enlistar cuales son esas enfermedades que causan la mayor pérdida de años de vida, dañando la salud. Esta combina la mortalidad y comorbilidad, midiendo así la enfermedad y no la salud propiamente. En otras palabras, entre más AVAD más peligrosa es esta ⁽²¹⁾.

Su fórmula es la suma de sus dos dimensiones: los años de vida perdidos (AVP) y los años de vida vividos con discapacidad (AVD). Los AVP son los años no cumplidos, imprevistamente de la expectativa de vida, y los AVD son los vividos con discapacidad ⁽²¹⁾.

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

2.3 DEFINICIONES

La OMS define la salud como “El estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad y dolencia”. Por el otro lado, define la salud mental como “El estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (22).

Como fue mencionado en los antecedentes, el estigma es de influencias más negativas en el avance de las personas con trastornos. Hay dos tipos de estigma: el social y autoestigma. El estigma social es el externo, donde la discriminación viene por parte de la sociedad, mientras que el autoestigma es cuando los pacientes asimilan y se apropian de todas aquellas ideas del estigma social (22).

En 1997, A.F Form inventó el concepto de la alfabetización en salud mental como “El conjunto de conocimientos y creencias sobre los trastornos mentales que ayudan a su reconocimiento, prevención o manejo”. Ante este problema, se resalta la importancia de la promoción de la salud mental en sus tres niveles, al ser el conjunto de actividades necesarias para crear concientización sobre la falta de conocimiento sobre el tema. El objetivo sería poder disminuir tanto las cifras de pacientes así como su gravedad para mejorar el impacto propio y alrededor cercano (22).

2.4 CLASIFICACIÓN GENERAL

Según el proyecto *Global Burden of Disease* (GBD) la clasificación de los trastornos depresivos se encuentra en el B.6 Desórdenes Mentales.

Tabla N°1 Clasificación de trastornos depresivos Global Burden of Disease 2019

B.6.2	Trastornos depresivos
B.6.2.1	Trastorno Depresión mayor
B.6.2.2	Distimia
B.6.3	Trastorno bipolar
B.6.4	Trastorno de ansiedad

Fuente: elaboración propia, 2021 con datos de ⁽²³⁾.

La clasificación abarca varios trastornos pero en esta tesis solo se analizará información sobre B.6.2 con sus correspondientes divisiones B.6.2.1 Trastorno Depresión mayor y B.6.2.2 Distimia.

2.5 DESORDEN DEPRESIVO MAYOR

2.5.1 Generalidades

La depresión es definida por la OMS como “Una enfermedad caracterizada por una tristeza persistente y por la pérdida de interés en las actividades que normalmente se disfrutaba, así como por la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, durante al menos dos semanas”. Además, estratifica a los grupos de riesgo en tres rangos de edad, los jóvenes de 15 a 24 años, mujeres en edad de procreación y adultos mayores de 60 años ⁽²⁴⁾.

2.5.2 Etiología

Ninguna de las hipótesis propuestas hoy en día es definitiva al 100%, pero es importante mencionarlas a grandes rasgos. La primera que domina es la hipótesis de las monoaminas, esta propone un déficit de los neurotransmisores noradrenalina y serotonina. Es por esto que algunos fármacos aumentan la disponibilidad de estos, tal como los inhibidores de la enzima monoaminoxidasa (MAO) como los antidepresivos tricíclicos ⁽²⁵⁾.

Dado a la importancia de la serotonina, los fármacos inhibidores selectivos de la recaptura de la serotonina (ISRS), se unen con el transportador para inhibirlo, prolongando así la estancia de la serotonina en la hendidura sináptica, su efecto en neuronas blanco y disminuyendo los síntomas depresivos ⁽²⁵⁾.

Por su lado, la noradrenalina está relacionada con actividades tales como la “motivación, el estado de alerta-vigilia, conciencia, impulsos sensitivos, sueño, apetito, conducta sexual, aprendizaje y memoria” y es por esto que se encuentran casi ausentes en el paciente deprimido. La farmacología de igual manera inhibe a sus transportadores pero también a las enzimas degradadoras como la monoaminoxidasa (MAO) para aumentar la disponibilidad ⁽²⁵⁾.

La segunda hipótesis por tratar es la del estrés crónico, esta se basa en la idea de que algunas conductas depresivas se pueden causar por la administración de hormonas relacionadas al estrés. Esto se produce por la interacción patológica entre el sistema nervioso, inmune y eje hipotálamo-pituitario-adrenal, lo que produce una hiperactivación por una falta de inhibición de la hormona liberadora de corticotropina (CRH), y un aumento en la hormona adrenocorticotrópica (ACTH) que culmina con un aumento de glucocorticoides como el cortisol (25).

El resultado de esta hiperactividad se ve reflejada anatómicamente en atrofiaciones de las proyecciones dentrícas neuronales, disminuyendo así la neuroplasticidad, neurogénesis, y aumentando la muerte neuronal. Ante estos pacientes, se ha demostrado que el tratamiento de la dexametasona sí produce una disminución en los niveles de cortisol y normalizar el eje HPA (25).

Finalmente, se ha investigado que tanto el estrés agudo como crónico produce una disminución en el factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF), lo cual también se relaciona a más consecuencias de neurogénesis y neuroplasticidad anormal. En esto es en lo que se basa la Hipótesis Neurotrófica, en la afectación de las neurotrofinas (25).

De la misma manera, la Hipótesis Proinflamatoria muestra que las citocinas también provocan atrofia y alteraciones en la neuroplasticidad, por medio de la activación del factor liberador de corticotropina (CRF), causando por ende una hiperreactividad del eje HPA y todo lo que esto con lleva. Además estas citocinas se han relacionado a manifestaciones depresivas como anhedonia, fatiga, apetito, retraso psicomotor y trastornos de sueños, este específicamente por medio de la interleucina-6 (IL-6) (25).

La hipótesis del déficit de GABA consiste en una reducción del plasma, fluido cerebro espinal, tejido cortical occipital y más significativamente en la corteza cingulada. Este déficit es más acentuado en pacientes resistentes al tratamiento ⁽²⁵⁾.

Por último, la hipótesis del glutamato sugiere una exacerbación del sistema glutamatérgico, ya que donde haya estrés, se incita a la liberación de este neurotransmisor. Esto causa igualmente problemas de la neuroplasticidad, pero también pérdida de la glia y reducción de la sinapsis ⁽²⁵⁾.

En el tema de genética se han involucrado alrededor de 200 genes, pero los siguientes 7 son los de mayor relevancia: 5HTTP/ SLC6A4, APOE, DRD4, GNB3, HTR1A, MTHFR y SLC6A3 ⁽²⁵⁾.

2.5.3 Cambios morfológicos

Entre los cambios fisiológicos está una mayor circulación sanguínea, mientras que en los cambios anatómicos, hay una disminución del volumen en zonas tales como: amígdala, corteza cingulada, corteza prefrontal e hipocampo, y un aumento del metabolismo en la amígdala, corteza orbital y tálamo medial ⁽²⁵⁾.

2.5.4 Factores de riesgo

La depresión suele ser causa de una combinación multifactorial. Entre los factores personales se encuentra la baja autoestima, la cual puede estar relacionada a consecuencias del factor familiar. Tanto la influencia negativa de un núcleo familiar lleno de ausencia de comunicación y flexibilidad, como los métodos de enseñanzas mediante enfoque solo hacia errores, pueden desencadenar una depresión ⁽²⁶⁾.

Los factores sociales suelen estar en relación con el momento de vida ocurriendo simultáneamente, pero en común, se sabe que el cambio repentino puede desestabilizar a una persona ⁽²⁶⁾.

En base a las comorbilidades, un factor asociado es el trato del personal de salud en cada una de las visitas, puesto que ejercen una presión extra a la enfermedad propiamente. Además, se ha demostrado como el primer episodio es el que normalmente está precedido por factores estresantes, a diferencia de los consecuentes que no necesariamente ⁽²⁶⁾.

Finalmente desde el punto de vista de la genética, los pacientes con familiares de primer grado con un trastorno tienen un aumento del doble al cuádruple de posibilidades. La heredabilidad se aproxima alrededor de un 40% ⁽²⁶⁾.

2.5.5 Criterios diagnósticos

Tabla N°2 Criterios diagnósticos para depresión mayor, según DSM V

<p>A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo, al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o por observación de otras personas. (Nota: en niños y adolescentes, el estado puede ser irritable)2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días. (Nota: en niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado)5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el auto reproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico 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 de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros psicóticos.
E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Fuente: elaboración propia, 2021 con datos de ⁽²⁷⁾.

2.5.6 Características diagnósticas

El episodio de depresión mayor tiene un afecto persistente de incapacidad de sentir felicidad o placer, además de presentar una autocrítica pesimista. Los sentimientos propios de no valer como persona le hacen posible pensar en la muerte como una opción merecedora en su vida. ⁽²⁷⁾

Por el otro lado, el duelo es uno de los escenarios que pueden simular un episodio depresivo. Para distinguirlos, el duelo se focaliza en un sentimiento de pérdida y vacío, que se presenta en un patrón como oleadas, denominado punzadas. El dolor del duelo puede ir acompañado de emociones positivas, donde la autoestima no se ve dañada. El único escenario donde podrían considerar la muerte es para cumplir la idea de volver a reunirse con el difunto ⁽²⁷⁾.

Recapitulando los criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor, los síntomas de presentación son el insomnio y la fatiga. Este insomnio en adultos es normalmente de tipo medio, en el cual el paciente se despierta durante la noche y no se puede volver a dormir. Mientras que el patrón más probable para los jóvenes es la hipersomnia con la hiperfagia. En ambos casos muchas veces, los pacientes vienen principalmente con quejas somáticas, razón por la cuál se retrasa el diagnóstico ⁽²⁷⁾.

Las alteraciones psicomotoras, aunque no son tan comunes, ciertamente su presencia habla de mayor gravedad. Entre sus ejemplos se encuentran la agitación y el retraso psicomotor. Sobre el aislamiento social presente en los pacientes este también se ve descrito en una reducción del aspecto social ⁽²⁷⁾.

En la población adulta mayor, la pérdida de memoria es de las quejas más comunes, permitiendo confundir un diagnóstico de demencia. Así como la pseudodemencia es causa de la depresión, muchas otras enfermedades generales también pueden traslapar sus síntomas entre ellas⁽²⁷⁾.

El trastorno depresivo mayor es una enfermedad relacionada a una alta mortalidad, debida al suicidio. Entre algunas de las causas está la hiperreactividad del eje hipofisario-hipotalámico-adrenal, su comportamiento se ve reflejado en acciones como el deseo de no querer amanecer y el tener un plan específico de muerte planificado ⁽²⁷⁾.

2.5.7 Clasificación del DSM-V y CIE-10

Tabla N°3 Clasificación de especificadores, según DSM V y CIE-10

Especificador de gravedad/ curso	Episodio único	Episodio recurrente
Leve	296.21 (F32.0)	296.31 (F32.0)
Moderado	296.22 (F32.1)	296.32 (F33.1)
Grave	296.23 (F32.2)	296.33 (F33.2)
Con características psicóticas	296.24 (F32.3)	296.34 (F33.3)
En remisión parcial	296.25 (F32.4)	296.35 (F33.41)
En remisión total	296.26 (F32.5)	296.36 (F33.42)
No especificado	296.20 (F32.9)	296.30 (F33.9)

Fuente: elaboración propia, 2021 con datos de ⁽²⁷⁾.

La clasificación del CIE-10 son los códigos correspondientes a los F32, la diferencia entre clasificaciones es que el DSM-V presenta especificaciones que el CIE-10 no, las cuales se explicarán en un apartado aparte. Para distinguir los episodios recurrentes, estos se definen con un intervalo mínimo de dos meses consecutivos entre episodios. Recordar que si hay características psicóticas, no se toma en cuenta la gravedad.

2.5.8 Diagnósticos diferenciales

Entre los diagnósticos diferenciales se encuentran los trastornos depresivos debido a otras afecciones médicas, o inducido por sustancias. También tomar en cuenta, los episodios maníacos con episodios mixtos, el déficit atencional por síntomas como la distraibilidad y finalmente, la tristeza ⁽²⁷⁾.

2.5.9 Evolución

La cronicidad de los trastornos depresivos puede llegar a la comorbilidad con trastornos de personalidad, ansiedad y consumo de sustancias. Por eso la importancia de la recuperación de los pacientes, en 2 de cada 5 cinco pacientes esta empieza a ser efectiva después de los primeros tres meses. Mientras que en el plazo de un año, se esperaría haberlo alcanzado para 4 de cada 5. Entre mayor el tiempo de remisión, el riesgo de recurrencia disminuye. Porque incluso si hubiese existencia de cualquier síntoma leve durante esta remisión, predeciría una mayor recurrencia ⁽²⁷⁾.

2.5.10 Tratamiento

Los conceptos necesarios para entender los objetivos del tratamiento son la respuesta y remisión. La respuesta al tratamiento se define como una disminución de más del 50% de los síntomas. Mientras la remisión se considera cuando los pacientes logran obtener nuevamente rangos normales en las escalas ⁽²⁸⁾.

La mayoría del tratamiento médico tiene un efecto sobre el sistema monoaminérgico. Para los trastornos depresivos, se establece que en un primer episodio después de alcanzar la remisión de los síntomas, se debe dar de 6 a 12 meses más de tratamiento ⁽²⁸⁾.

Los inhibidores de la recaptura de la serotonina (ISRS) causan una inhibición del transportador del 5-HT. Entre estos: la fluoxetina, sertralina, paroxetina, citalopram y escitalopram. Los

efectos adversos más comunes son la boca seca, disfunción sexual y más específicamente sobre fluoxetina y citalopram tienen diarrea y náuseas⁽²⁸⁾.

Los inhibidores de la recaptura de serotonina y norepinefrina (IRSN) son conocidos como duales. Además de la inhibición comentada anteriormente, se añade el bloqueo sobre el transportador de noradrenalina. Los ejemplos son: venlafaxina, desvenlafaxina y duloxetina. Entre los efectos adversos más predominantes están la cefalea, hiporexia, insomnio, disfunción sexual e hipertensión, y más puntualmente las náuseas y la diarrea con la venlafaxina⁽²⁸⁾.

Los antagonistas alfa-2 bloquean las mismas vías que los IRSN, solo que lo hacen por medio del bloqueo de los receptores pre y postsinápticos alfa-2 noradrenérgicos. Los fármacos correspondientes son: mirtazapina y mianserina. Y sus efectos adversos son un aumento de apetito, boca seca, constipación e hipotensión⁽²⁸⁾.

Los inhibidores de la recaptura de noradrenalina y dopamina (IRND) tienen el mecanismo de acción a través del bloqueo de los transportadores de dopamina y noradrenalina. Entre las diferencias más importantes es que no estos fármacos no tienen un efecto con el transportador del 5-HT, y por ende no presentan el efecto adverso de la disfunción sexual. Los efectos que sí se presentan son todos los demás⁽²⁸⁾.

Los moduladores de serotonina actúa sobre la 5-HT, inhibiendo el SERT, además de la antagonista de receptores 5-HT_{2a} y 5-HT_{2c}. El grupo incluye a la nefazodona y trazodona con sus respectivos mismos efectos adversos⁽²⁸⁾.

Finalmente, los antidepresivos tricíclicos tienen en una forma orgánica de tres anillos de bencenos, que demuestra el porqué de su nombre. Su método de acción bloquea igualmente el 5-HT y NA, pero también tiene efecto en receptores de H₁ de histamina y alfa-1 adrenérgico. Entre los ejemplos están la imipramina, desipramina, nortriptilina y amitriptilina⁽²⁸⁾.

Estos antidepresivos tienen una variación de antidepresivo multimodal llamado Vortioxetina, que además del agonismo del 5-HT también tiene inhibición del SERT, transportador de dopamina y norepinefrina. Su particularidad es que presentan una mejora en los síntomas cognitivos, con pocos efectos adversos ⁽²⁸⁾.

2.7 DESORDEN DEPRESIVO PERSISTENTE (DISTIMIA)

2.7.1 Generalidades

En los años 70, el término distimia fue utilizado en James Kocsis por primera vez. La distimia es diferenciada del trastorno depresivo mayor porque además de presentar un curso crónico, sus síntomas suelen ser de una intensidad más leve. En el DSM-V se modifica que la distimia y el trastorno depresivo mayor crónico se agrupan juntas en la nueva actualización ⁽²⁹⁾.

2.7.2 Factores de riesgo

Los factores de riesgo que predicen el peor pronóstico a largo plazo son los temperamentales. Por ejemplo, una mayor gravedad de síntomas en especial con la afectividad negativa, además de un peor funcionamiento y la comorbilidad de trastornos como ansiedad. Mientras que los factores ambientales durante la infancia, la pérdida de padres y su separación afecta considerablemente ⁽²⁷⁾.

2.7.3 Criterios diagnósticos

Tabla N°4 Criterios diagnósticos para distimia, según DSM V

A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años. (En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable, y la duración ha de ser como mínimo un año)
B. Presencia, durante la depresión de dos (o más) de los síntomas siguientes: 1. Poco apetito o sobrealimentación 2. Insomnio o hipersomnia 3. Poca energía o fatiga 4. Baja autoestima 5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones 6. Sentimientos de desesperanza
C. Durante el período de dos años (un año de niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los criterios A Y B durante más de dos meses seguidos.
D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico
F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia u otro trastorno psicótico.
G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej una droga, un medicamento) o otra afección médica (p. ej, hipotiroidismo).
H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Fuente: elaboración propia, 2021 con datos de (27).

2.7.4 Características diagnósticas

Los síntomas que hacen parte de la rutina diaria del paciente, pudieron ser la causa o la consecuencia dependiendo de dos distintos escenarios. Los síntomas de un trastorno depresivo mayor podrían preceder hacia un trastorno depresivo mayor, pero respectivamente también es posible que en la distimia desarrolle un trastorno depresivo mayor durante su curso (27).

2.7.5 Clasificaciones del DSM-V y CIE-10

Según la codificación del DSM-V, la distimia se clasifica con 300.4, mientras que en CIE-10 por medio del F34.1. La diferencia entre clasificaciones es que el CIE-10 incluye en este apartado todas las patologías persistentes, por ejemplo como la ciclotimia con el F34.1, entre otros.

Como fue desarrollado anteriormente en el trastorno depresivo mayor, existen especificaciones sobre la gravedad separándose en leve, moderado y grave, igual que entre las remisiones parciales y totales. Por último, la diferenciación de la clasificación en el trastorno depresivo es la especificación sobre el tiempo, dividido en inicios tempranos o tardíos dependiendo de la edad, antes o después de los 21 años (27).

En la clasificación, si en los dos años no se ha presentado todos los criterios para diagnosticar un trastorno depresivo mayor se consideraría un Síndrome Distímico Puro. Mientras que un episodio de depresión mayor persistente sería diagnosticado tras dos años seguidos con síntomas

de trastorno depresivo mayor. En la otra mano, finalmente se describen los episodios intermitentes de depresión mayor con y sin episodio actual. Para que sea intermitente, es necesario tener al menos uno o más episodios de trastorno depresivo mayor y después un mínimo de 8 semanas de disminución de síntomas por debajo del umbral⁽²⁷⁾.

2.7.6 Diagnósticos diferenciales

Entre los diagnósticos diferenciales se encuentran los trastornos bipolares debido a otras afecciones médicas, o inducido por sustancias. También hay que descartar el trastorno depresivo mayor, trastornos psicóticos y de personalidad⁽²⁷⁾.

2.7.7 Evolución

La distimia es considerada de peor pronóstico, por la posible afectación funcional. En los pacientes distímicos predominan los síntomas sobre los signos. Los síntomas en predominio son los cognitivos y emocionales tales como: baja autoestima, anhedonia, fatiga y pobre concentración, a comparación de los síntomas vegetativos⁽³⁰⁾.

Alrededor del 75% de los pacientes presentan una comorbilidad médica, en su mayoría con patologías mentales como trastorno depresivo mayor, ansiedad y trastornos por abuso de sustancias. Pero también existe la relación con otras enfermedades médicas primarias, ya sea como causante o como consecuencia⁽³⁰⁾.

El trastorno depresivo mayor es la enfermedad más frecuente, con alrededor de un 60%. La definición del concepto la Depresión Doble, es cuando un paciente presenta ambas patologías de distimia y trastorno depresivo mayor, al mismo tiempo. Esto es sufrido en aproximadamente un 70% de los niños y adolescentes con diagnóstico de distimia⁽³⁰⁾.

Según un estudio longitudinal, la recuperación de los pacientes no hospitalizados es entorno al 73.9%, con una media de 52 meses pero con un 71,4% de recaídas. En los primeros 35 meses

se observa un avance lento, y en el largo plazo de 5 años solo la mitad fue verdaderamente recuperada ⁽³⁰⁾.

Entre los predictores de fallo en la recuperación se encuentra la presencia del estrés crónico, al igual que los trastornos de ansiedad. Al contrario, la historia familiar de trastorno bipolar afecta de manera positiva ⁽³⁰⁾.

2.7.8 Tratamiento

La combinación idónea de tratamiento es el médico junto con la psicoterapia, ya que cuando se combinan ambos es más exitoso que solo dar antidepresivos. La primera línea de tratamiento son los ISRS por su tolerancia, pero también se ha comprobado la eficacia en antidepresivos tricíclicos y IMAO. Siempre es necesario tomar en cuenta anteriores tratamientos propios o familiares, adherencia al esquema, interacciones e incluso hasta accesibilidad de precios ⁽³⁰⁾.

Como las estadísticas demuestran que solo del 50-70% responden al tratamiento médico, se ha incluido la psicoterapia mediante la técnica de terapias cognitivas y conductuales, entre otras. Esta tiene el objetivo de mejorar síntomas como la anhedonia, percepción del positivismo y herramientas de afrontamiento. Entre sus contras, se encuentra la duración de al menos 18 sesiones para hacer un efecto en el paciente ⁽³⁰⁾.

La eficiencia del tratamiento se adapta según las condiciones de vida en la infancia del paciente. Incluso estudios han demostrado como traumas previos se ven reflejados hasta físicamente en un volumen reducido del hipocampo ⁽³⁰⁾.

Por esto, empiezan a investigarse algunas otras alternativas de tratamiento de los antidepresivos tal como las hormonas. La dehidroepiandrosterona después de tres semanas de tratamiento, ha presentado alivio ante síntomas como la anhedonia, falta de motivación y entumecimiento emocional ⁽³⁰⁾.

2.8 Especificadores para ambos trastornos depresivos del DSM-V

Como fue explicado anteriormente, las clasificaciones se dividen según gravedad y en tipo de remisión. La gravedad se basa en el número e intensidad de síntomas junto con el grado de discapacidad funcional. El leve incluye poco síntomas y discapacidad con intensidad manejable. El moderado es el intermedio entre leve y grave. Y el grave son muchos síntomas causando discapacidad con gran intensidad ⁽²⁷⁾.

Sobre la remisión, la parcial no cumple la totalidad de los criterios pero sí presenta algunos síntomas. En la otra mano, la remisión total habla de dos meses sin síntomas significativos del trastorno presente ⁽²⁷⁾.

Tanto para depresión como distimia existen especificadores sin código para el episodio actual. Los especificadores son: con ansiedad, con características mixtas, con características melancólicas, con características atípicas, con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo, con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo, con catatonía, con inicio en el periparto y con patrón estacional. La única diferencia en distimia es que los especificadores con catatonía y patrón estacional no aplican ⁽²⁷⁾.

2.8.1 Con ansiedad

El especificador con ansiedad se define con la presencia de dos o más síntomas. Se clasifica en leve con 2 síntomas, moderado con 3, moderado-severo con 4 o 5 y grave con 4 o 5 más agitación motora. Entre más alto el grado, así será el riesgo de suicidio, mayor la duración de enfermedad y falta de respuesta al tratamiento ⁽²⁷⁾.

1. Se siente nervioso o tenso
2. Se siente inhabitualmente inquieto
3. Dificultad para concentrarse debido a las preocupaciones
4. Miedo a que pueda suceder algo terrible

5. El individuo siente que podría perder el control de sí mismo

2.8.2 Con características mixtas

Las características mixtas asociadas a un trastorno depresivo mayor se asocian a un mayor riesgo de trastorno bipolar.

Tabla N°5 Criterios del especificador con características mixtas, según DSM V

A. Al menos tres de los síntomas maníacos/hipomaníacos siguientes están presentes casi todos los días durante la mayoría de los días de un episodio de depresión mayor
1. Estado de ánimo elevado, expansivo
2. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza
3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación
4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad
5. Aumento de la energía dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o en la escuela, o sexual)
6. Implicación aumentada o excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades consecuencias dolorosas (p.ej dedicarse de forma desenfrenada a compras, inversiones de dinero imprudente)
7. Disminución de la necesidad de sueño (se siente descansado a pesar de dormir menos de lo habitual, en contraste con el insomnio).
B. Los síntomas mixtos son observables por parte de otras personas, y representan un cambio del comportamiento habitual del individuo.
C. En individuos cuyos síntomas cumplen todos los criterios de manía o hipomanía, el diagnóstico será trastorno bipolar I o II.
D. Los síntomas mixtos no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej una droga, un medicamento u otro tratamiento)

Fuente: elaboración propia, 2021 con datos de ⁽²⁷⁾.

2.8.3 Con características melancólicas

A diferencia del trastorno depresivo mayor y la distimia, ya no es solamente una disminución de placer sino que hay una ausencia casi completa. El estado de ánimo deprimido se describe como más grave y prolongado. Estas características son más frecuentes en hospitalizados ⁽²⁷⁾.

Tabla N°6 Criterios del especificador con características melancólicas según DSM V

A. Una de las características siguientes está presente durante el período más grave del episodio actual
<ol style="list-style-type: none">1. Pérdida de placer por todas o casi todas las actividades.2. Falta de reactividad a estímulos generalmente placenteros (no se siente mucho mejor, ni siquiera temporalmente, cuando sucede algo bueno).
B. Tres (o más) de las características siguientes:
<ol style="list-style-type: none">1. Una cualidad bien definida del estado de ánimo depresivo es un desaliento profundo, desesperación y/o mal humor, o lo que se conoce como estado de ánimo vacío.2. Depresión que acostumbra a ser peor por la mañana.3. Despertar pronto por la mañana (es decir, al menos dos horas antes de lo habitual)4. Notable agitación o retraso psicomotor.5. Anorexia o pérdida de peso importante.6. Culpa excesiva o inapropiada.

Fuente: elaboración propia, 2021 con datos de ⁽²⁷⁾.

2.7.4 Con características atípicas

Tabla N°7 Criterios del especificador con características atípicas, según DSM V

A. Reactividad del estado de ánimo (es decir, aumento del estado de ánimo en respuesta a sucesos positivos reales o potenciales)
B. Dos (o más) de las características siguientes:
<ol style="list-style-type: none">1. Notable aumento de peso o apetito2. Hipersomnia3. Parálisis plúmbea (es decir, sensación de pesadez plúmbea en brazos o piernas)4. Patrón prolongado de sensibilidad de rechazo interpersonal (no limitado a los episodios de alteración del estado de ánimo) que causa deterioro social o laboral importante
C. No se cumplen los criterios para con características melancólicas o con catatonía durante el mismo episodio

Fuente: elaboración propia, 2021 con datos de ⁽²⁷⁾.

La explicación extendida de algunos de estos criterios es que la hipersomnia es definida como un mínimo de 10 horas diarias o 2 horas más de lo que normalmente duerme el paciente. La parálisis plúmbea debe estar presente al menos una hora, pero puede durar más. Y el rechazo es producido tanto durante que esté deprimido o no ⁽²⁷⁾.

2.7.5 Con características psicóticas

Este especificador se divide en dos: con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo y no congruentes. Las congruentes incluyen los delirios y alucinaciones relacionadas a la depresión, mientras la no congruentes no necesariamente ⁽²⁷⁾.

2.7.6 Con catatonía

La característica de la catatonía es una alteración psicomotora que puede llevar a la disminución de la actividad motriz. Recordar que este solo ocurre en los trastornos depresivos mayores ⁽²⁷⁾.

2.7.7 Con inicio de periparto

Este especificador se puede usar si los síntomas iniciaron durante el embarazo o cuatro semanas después del parto. La depresión llamada Baby Blues aumenta el riesgo de presentar un trastorno depresivo mayor, incluso se dice que el 50% de las depresiones postparto comienzan realmente antes del parto ⁽²⁷⁾.

Estos episodios pueden o no estar acompañados por características psicóticas, esto es más frecuente en primíparas. El principal factor de riesgo es haber presentado un episodio antes, porque el riesgo de recurrencia oscila entre un 30 y 50%, pero también están en riesgo los pacientes con trastornos bipolares ⁽²⁷⁾.

2.7.8 Con patrón estacional

Las depresiones con este especificador tienen una distinción en las características tales como pérdida de energía, hipersomnia y aumento de peso por apetito de carbohidratos. Es raramente visto en verano, sino que la prevalencia aumenta con la latitud. La edad se presenta como un factor de riesgo también porque los jóvenes se ven afectados por el invierno. Este especificador no se aplica si la estación se relaciona a otros factores de estrés psicosociales como pérdida de

empleo por el invierno. Hay que recordar que solo aplica para trastornos depresivos mayores (27).

Tabla N°8 Criterios del especificador con patrón estacional, según DSM V

A. Ha habido una relación temporal regular entre el inicio de los episodios de depresión mayor en el trastorno de depresión mayor y un momento del año particular. (p.ej en otoño o invierno)
B. Las remisiones totales (o un cambio de depresión mayor a manía o hipomanía (también se producen en un momento del año característico (p.ej la depresión desaparece en primavera)
C. En los últimos dos años se han producido dos episodios de depresión mayor que demuestran la relación estacional definida más arriba.
D. El número de episodios de depresión mayor estacionales supera notablemente el de episodios de depresión mayor no estacionales que pueden haber sucedido a lo largo de la vida del individuo.

Fuente: elaboración propia, 2021 con datos de (27).

CAPÍTULO 3. MARCO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

El enfoque de esta investigación es de tipo cuantitativo, por lo cual se hará recolección de datos y análisis objetivo de estos mismos para la Carga de la enfermedad por trastornos depresivos en Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Colombia, Panamá 1990-2019.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación es descriptivo, ya que los datos recolectados demuestran las condiciones propias de ese momento sin ningún tipo de alteración, desarrollado la evolución de la Carga de la enfermedad por trastornos depresivos en Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Colombia, Panamá durante el período de 1990-2019.

3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO.

3.3.1 Población

El estudio se realiza en las poblaciones de los países de Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Colombia, Panamá, para ambos sexos de todas las edades desde el año 1990 hasta el 2019.

3.3.2 Muestra

La muestra no es requerida para este estudio

3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión: Personas de todas las edades, ambos sexos, con diagnóstico de trastornos depresivos en Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Colombia y Panamá entre 1990-2019.

Criterios de exclusión: No aplican.

3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

El único instrumento que esta tesis utilizará es la base de datos del Global Burden of Disease (GBD) con el código correspondiente B.6.2 Trastornos depresivos, las hojas de recolección de datos correspondientes se tabularán posteriormente.

3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación es de tipo no experimental porque la información no es manipulada y de subtipo longitudinal porque son datos desde el año 1990 hasta el 2019, donde se le dará seguimiento al comportamiento a la Carga de la enfermedad por trastornos depresivos en Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Colombia y Panamá.

3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Instrumentos
Estimar la incidencia y prevalencia de los trastornos depresivos en Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Colombia y Panamá 1990-2019	Incidencia de trastornos depresivos	Números de casos nuevos de una enfermedad en un intervalo de tiempo determinado	Casos nuevos de enfermedad entre la población en riesgo por el amplificador.	Casos nuevos y total de la población	Cantidad de pacientes por cada 1000 habitantes	GBD
	Prevalencia de trastornos depresivos	Proporción de la población que padece la enfermedad determinada en un momento en específico	Casos existentes de enfermedad entre la población en riesgo por el amplificador	Casos existentes y total de la población	Cantidad de pacientes por cada 1000 habitantes	GBD
Describir los años vividos con discapacidad por trastornos depresivos en Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Colombia y Panamá 1990-2019	Años vividos con discapacidad de trastornos depresivos(AVD)	Años de vida vividos con una disminución de la capacidad funcional.	Son los años vividos con el impacto alguna restricción o pérdida de salud de corto o largo plazo, cuando era algo considerado normal	Incidencia o prevalencia, peso de la discapacidad y años con ese estado hasta la muerte	Prevalencia Morbilidad	GBD
Identificar los años de vida ajustados por discapacidad por trastornos depresivos en Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Colombia y Panamá 1990-2019	Años de vida ajustados por discapacidad de trastornos depresivos (AVAD)	Es el resultado de la suma de los años de vida potencialmente perdidos y los años vividos con discapacidad.	Un año de vida saludable perdido por morir prematuramente según expectativa de vida y vivido en un estado de salud menos perfecto	Años de vida ajustados por discapacidad y años de vida vividos con discapacidad	Mortalidad Morbilidad	GBD

Fuente: elaboración propia, 2021

CAPÍTULO 4. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

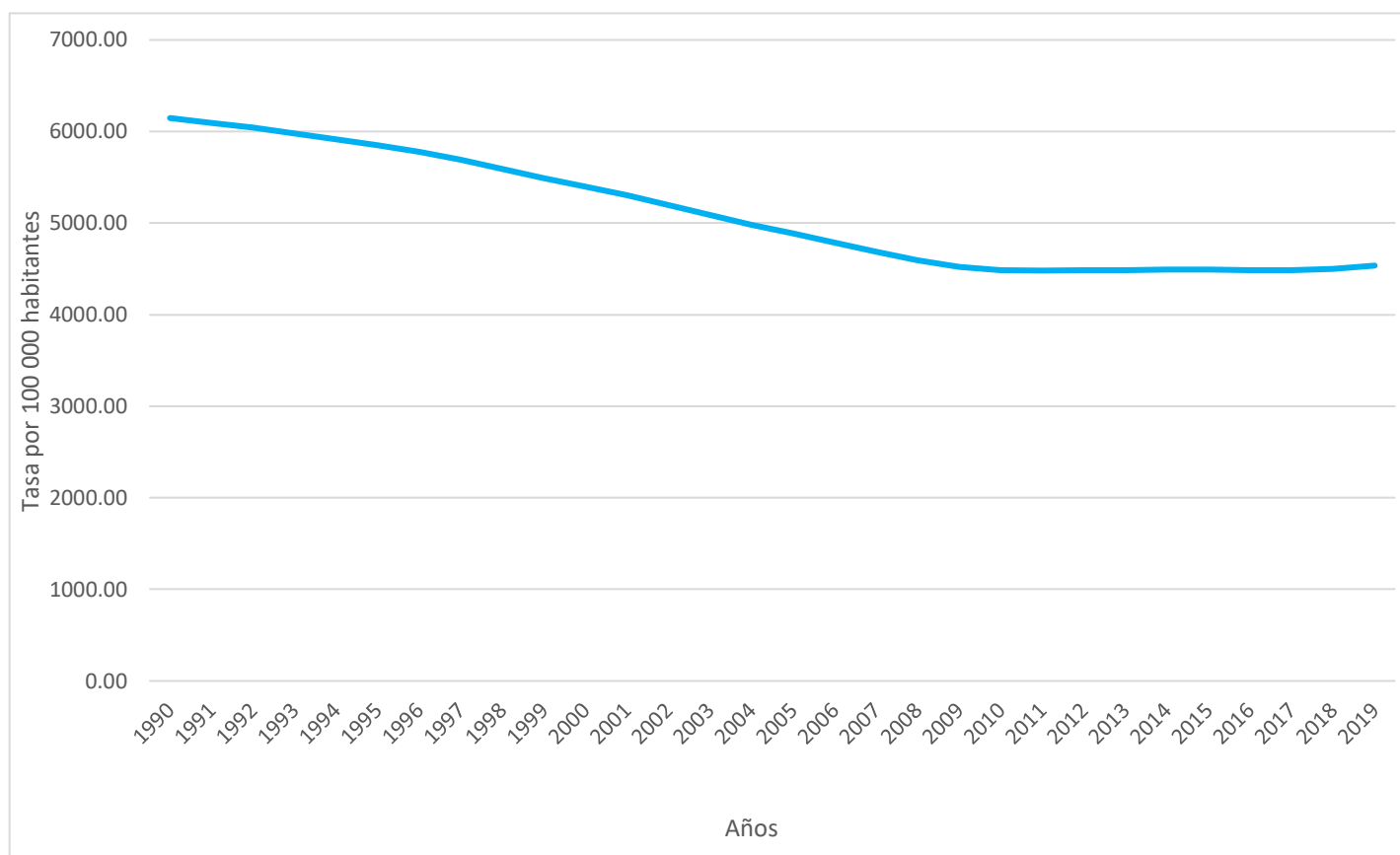


Gráfico N° 1 Tasa de incidencia en Cuba, por trastornos depresivos en 1990-2019 (Tasa por 100 000 habitantes)

Fuente: elaboración propia, 2021 con datos del GBD ⁽²³⁾.

En Cuba, se presentó un descenso de la tasa de incidencia consecuente con el pasar de años. En 1990 hubo una tasa de 6147,22 por cada 100 000 habitantes, mientras que para el 2019 disminuyó a 4535,03 por cada 100 000 habitantes.

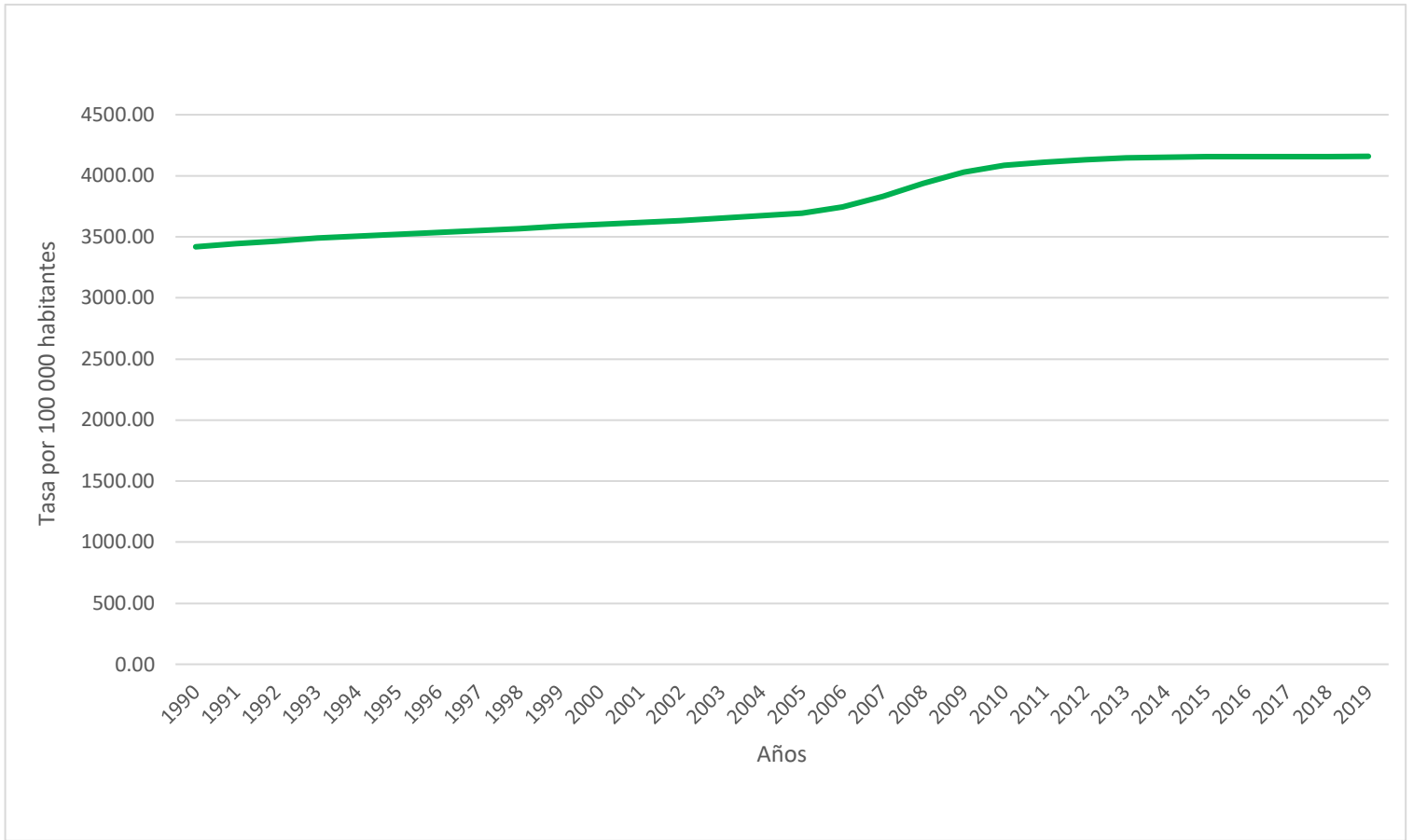


Gráfico N° 2 Tasa de incidencia en México, por trastornos depresivos en 1990-2019 (Tasa por 100 000 habitantes)

Fuente: elaboración propia, 2021 con datos del GBD ⁽²³⁾.

En México, al contrario de Cuba, se demuestra un aumento de incidencia. En 1990 hubo una tasa de 3418,44 por cada 100 000 habitantes, mientras que para el 2019 se adicionó 4159,23 por cada 100 000 habitantes.

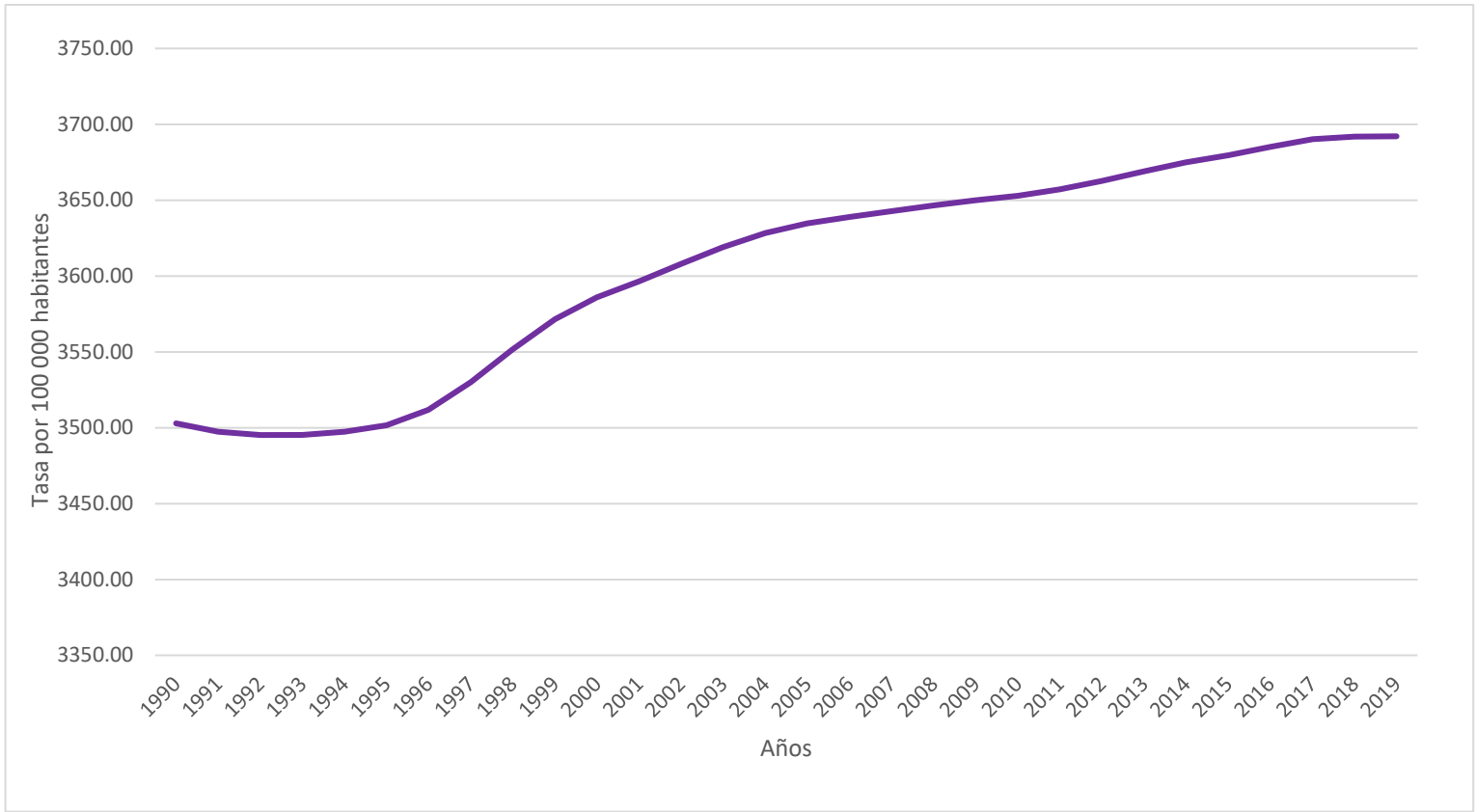


Gráfico N° 3 Tasa de incidencia en Costa Rica, por trastornos depresivos en 1990-2019 (Tasa por 100 000 habitantes)

Fuente: elaboración propia, 2021 con datos del GBD ⁽²³⁾.

En Costa Rica, las cifras en general se han mantenido con el paso de los años, solo habiendo con un leve aumento. En 1990 hubo una tasa de 3502,71 por cada 100 000 habitantes, y el en 2019, la cifra fue de 3692,10 por cada 100 000 habitantes.

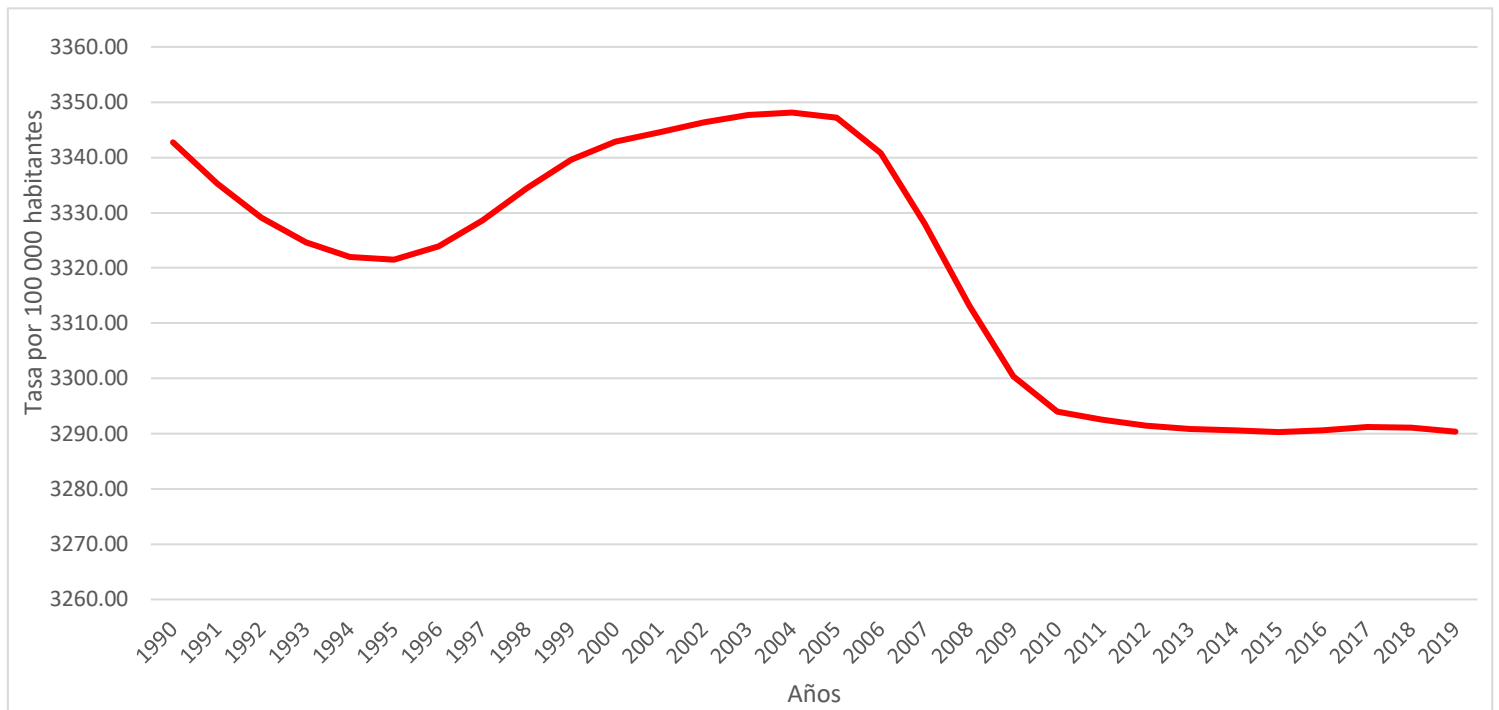


Gráfico N° 4 Tasa de incidencia en Panamá, por trastornos depresivos en 1990-2019 (Tasa por 100 000 habitantes)

Fuente: elaboración propia, 2021 con datos del GBD ⁽²³⁾.

En Panamá, la comparación de los rangos de años extremistas 1990 vs 2019, tampoco evidencian ningún cambio muy drástico, no más que una leve disminución. En 1990 hubo una tasa de 3342,71 por cada 100 000 habitante, y en el 2019, se redujo a 3290,29 por cada 100 000 habitantes. Sin embargo, si son notables las oscilaciones durante el transcurso de los años. Estas se muestran inicialmente con una disminución, seguidas por un aumento hasta el año 2006, donde con una tasa de 3340,80 por cada 100 000 habitantes se empieza la disminución final.

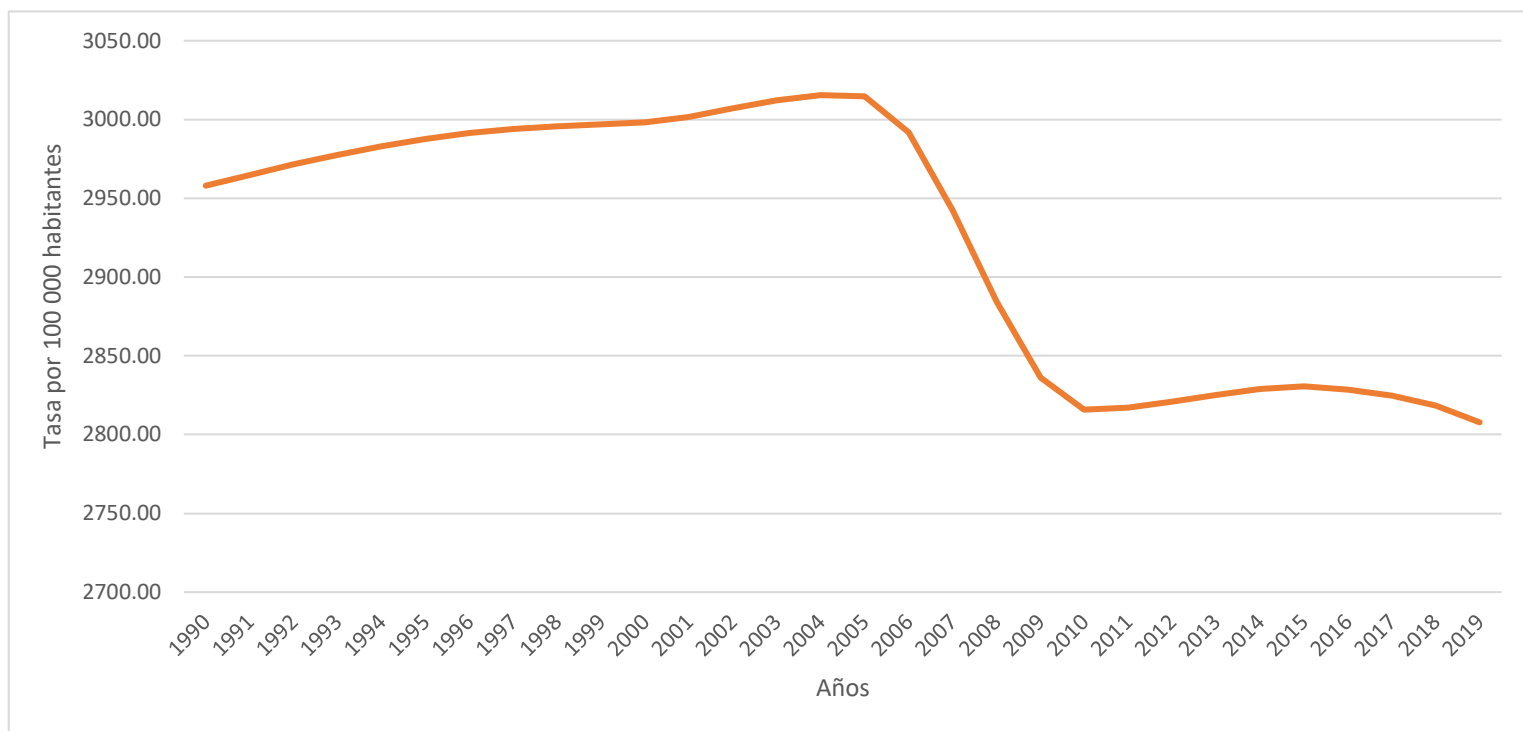


Gráfico N° 5 Tasa de incidencia en Argentina, por trastornos depresivos en 1990-2019 (Tasa por 100 000 habitantes)

Fuente: elaboración propia, 2021 con datos del GBD ⁽²³⁾.

En Argentina, con su disminución generalizada hubo un comportamiento similar. En 1990 hubo una tasa de 2957,88 por cada 100 000 habitante, y en el 2019, bajó a 2807,76 por cada 100 000 habitantes. La diferencia de esta disminución fue su antecedente no tan significativo aumento, el cual terminó para el 2006 con una tasa de 2991,72 por cada 100 000 habitantes.

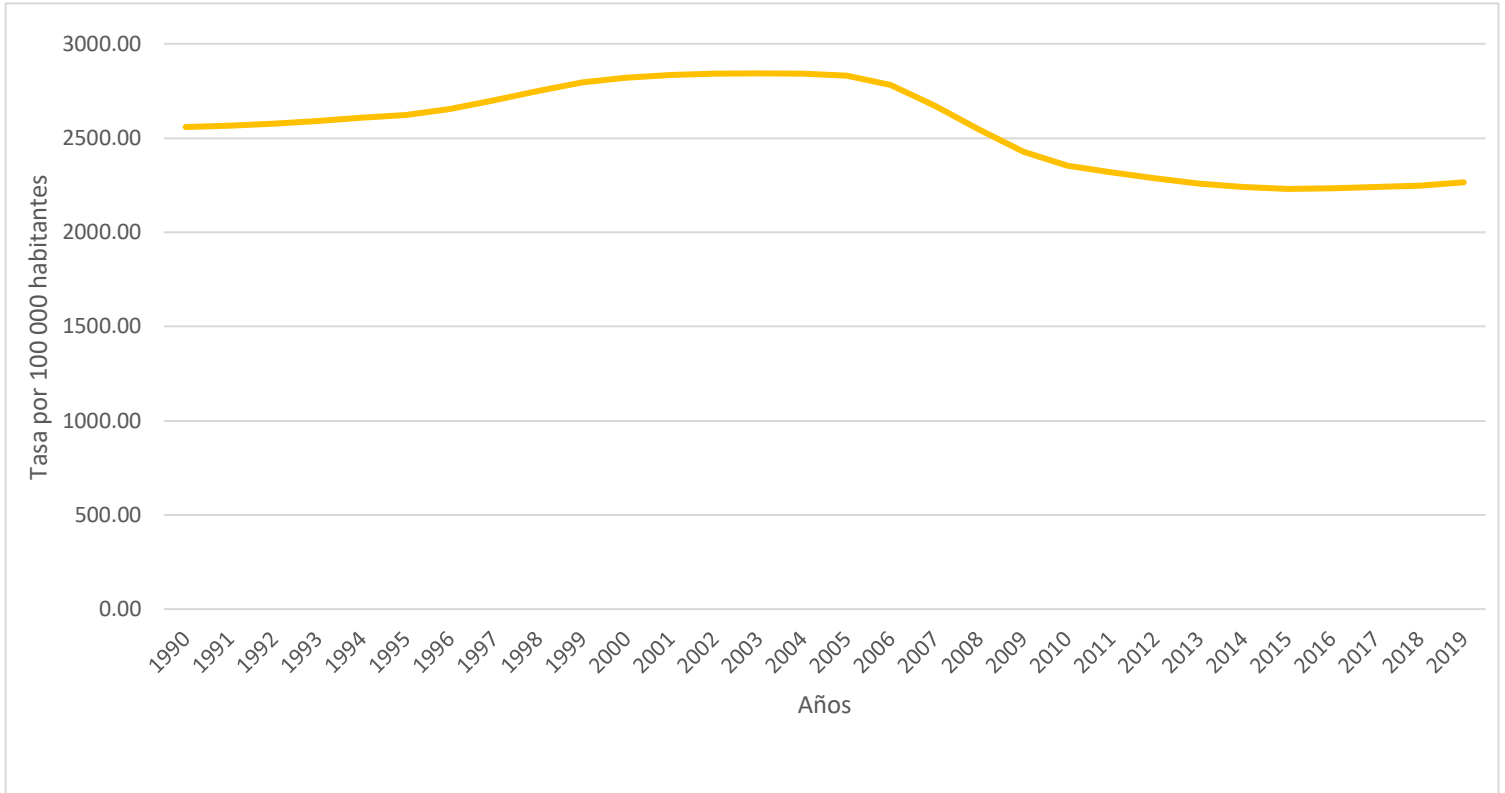


Gráfico N° 6 Tasa de incidencia en Colombia, por trastornos depresivos en 1990-2019 (Tasa por 100 000 habitantes)

Fuente: elaboración propia, 2021 con datos del GBD ⁽²³⁾.

Finalmente, Colombia fue otro país con una fluctuación de datos, que termina resolviendo con una disminución. En 1990 hubo una tasa de 2557,28 por cada 100 000 habitantes, y en el 2019 con 2265,12 por cada 100 000 habitantes. A grandes rangos, aunque en los primeros años hubo una tendencia hacia el aumento, la disminución en la curva comienza alrededor del 2006 con 2779,70 por cada 100 000 habitantes.

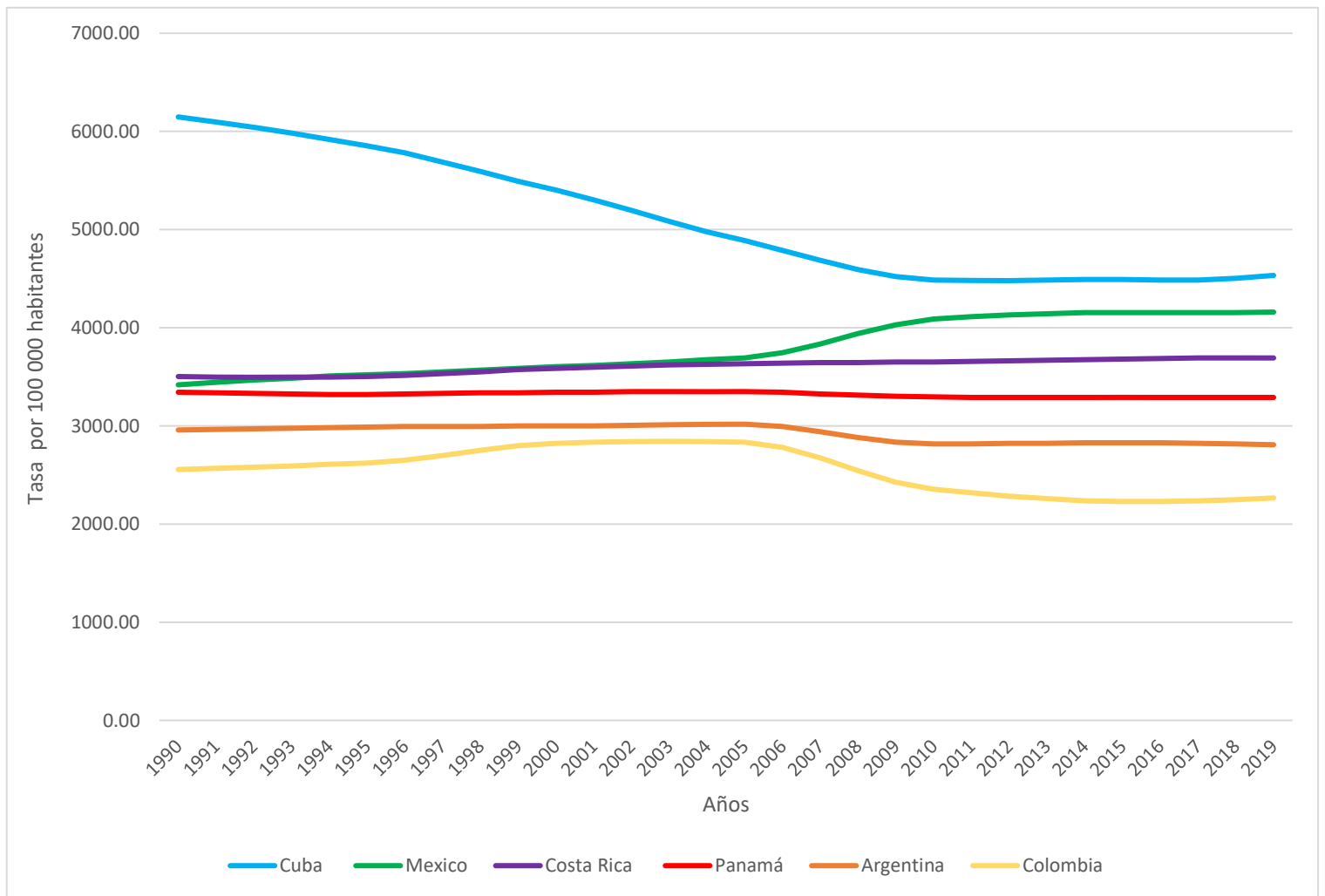


Gráfico N° 7 Tasa de incidencia comparativa en países, por trastornos depresivos en 1990-2019 (Tasa por 100 000 habitantes)

Fuente: elaboración propia, 2021 con datos del GBD ⁽²³⁾.

En el gráfico anterior, se observa la comparación del comportamiento de incidencia entre países. Cuba lidera la lista, seguido por México al ser el segundo país con mayor incidencia. A partir del siguiente país que es Costa Rica, es importante resaltar que ya no es tan grande la diferencia de tasas, entre los años extremistas 1990-2019 en cada propio país, como en diferencia a Cuba y México. Por su lado, la lista continúa con los países de Panamá y Argentina para ser finalizada con el último país en incidencia correspondiente a Colombia.

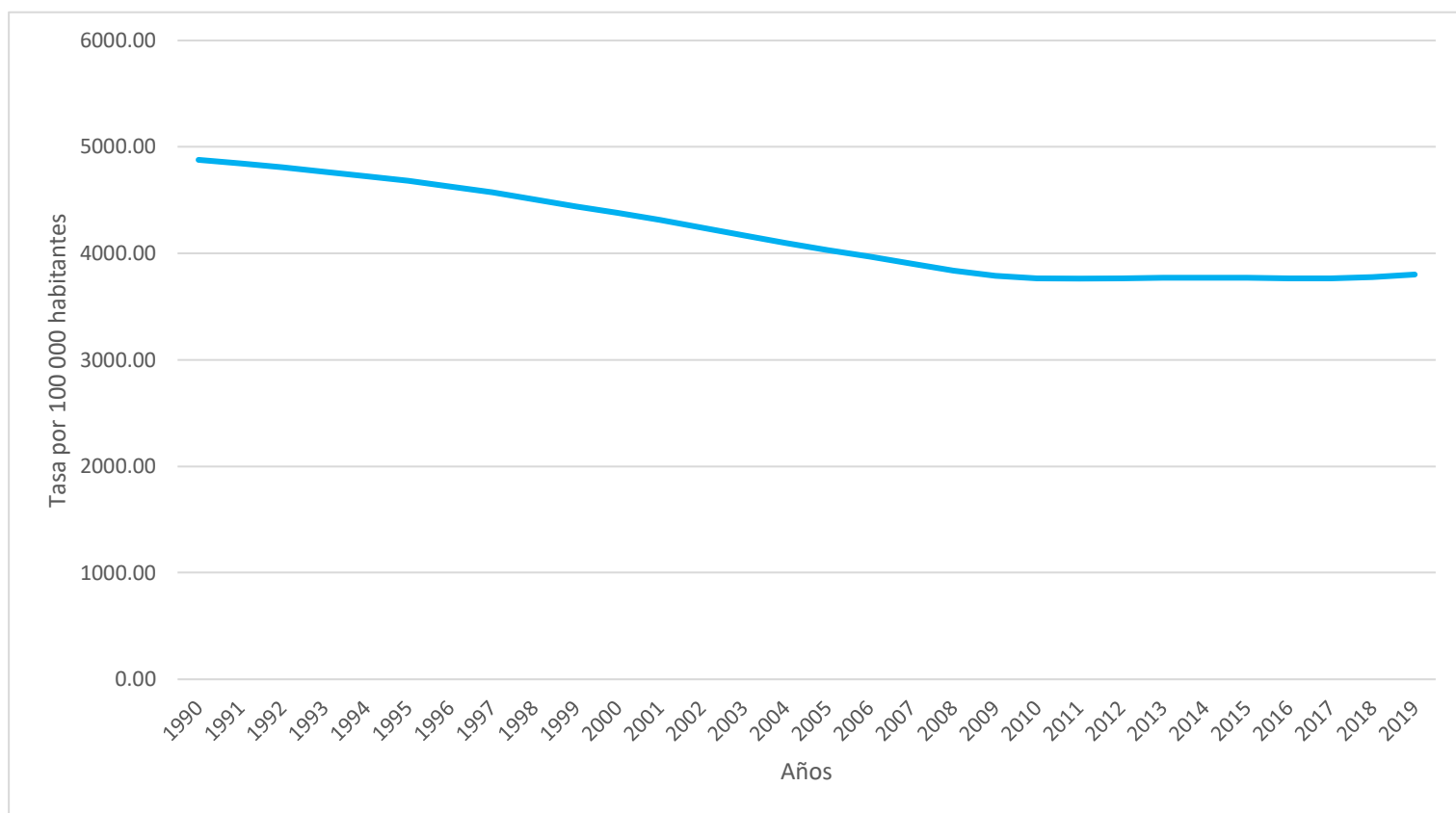


Gráfico N° 8 Tasa de prevalencia en Cuba, por trastornos depresivos en 1990-2019 (Tasa por 100 000 habitantes)

Fuente: elaboración propia, 2021 con datos del GBD ⁽²³⁾.

Sobre la prevalencia, Cuba continúa en primer lugar con el correspondiente descenso en la incidencia. En 1990 hubo una tasa de 4879,08 por cada 100 000 habitantes, mientras que para el 2019 disminuyó hacia 3802,29 por cada 100 000 habitantes.

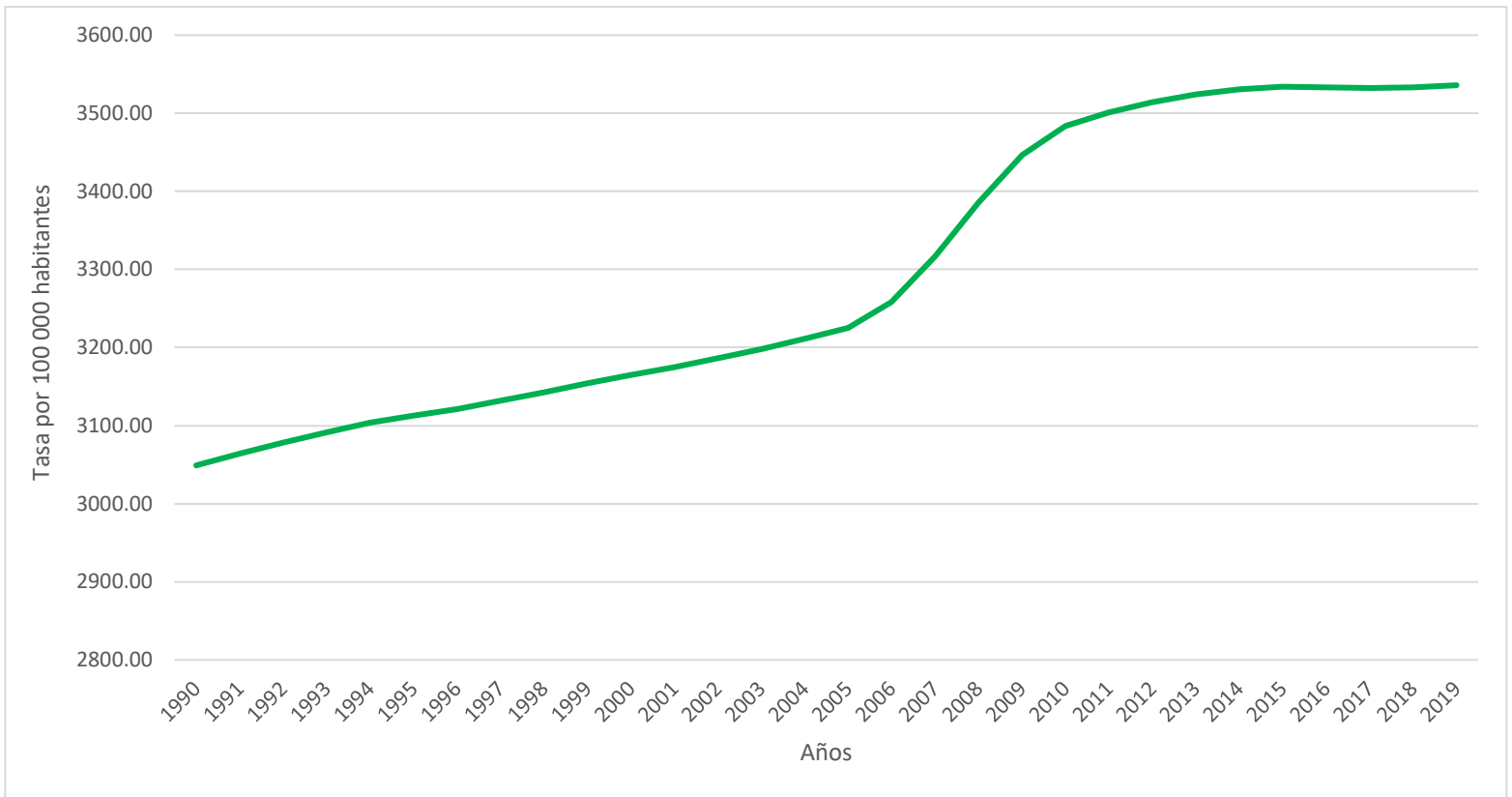


Gráfico N° 9 Tasa de prevalencia en México, por trastornos depresivos en 1990-2019 (Tasa por 100 000 habitantes)

Fuente: elaboración propia, 2021 con datos del GBD ⁽²³⁾.

Igualmente, México persiste en la lista como el segundo país, junto con su aumento de incidencia. En 1990 hubo una tasa de 3049,04 por cada 100 000 habitantes, y en el 2019, este adicionó 4159,23 por cada 100 000 habitantes.

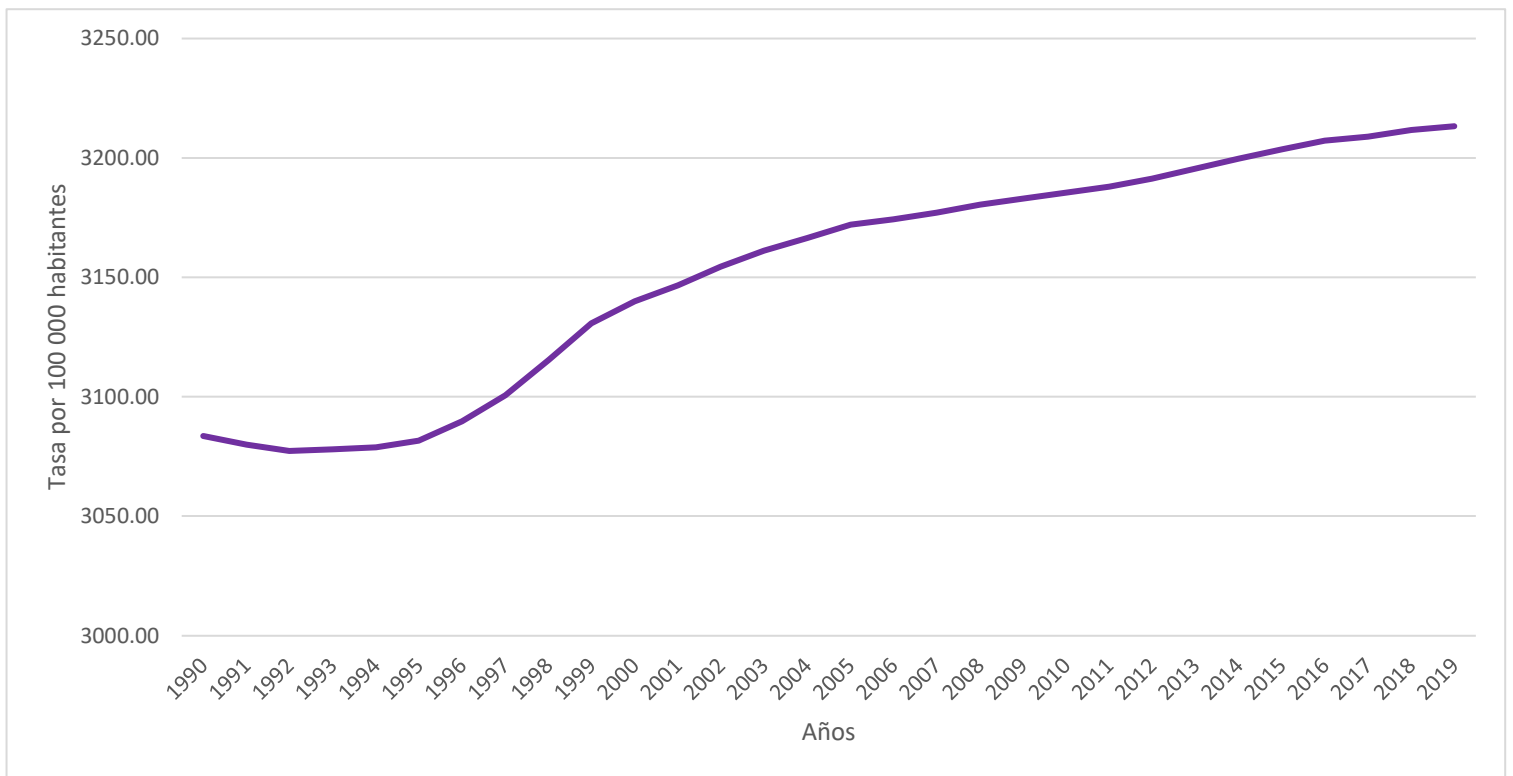


Gráfico N° 10 Tasa de prevalencia en Costa Rica, por trastornos depresivos en 1990-2019 (Tasa por 100 000 habitantes)

Fuente: elaboración propia, 2021 con datos del GBD ⁽²³⁾.

De la misma manera, Costa Rica continúa con su comportamiento sostenido y un leve aumento.

En 1990 hubo una tasa de 3083,56 por cada 100 000 habitantes, y el en 2019, con la cifra de 3213,29 por cada 100 000 habitantes.

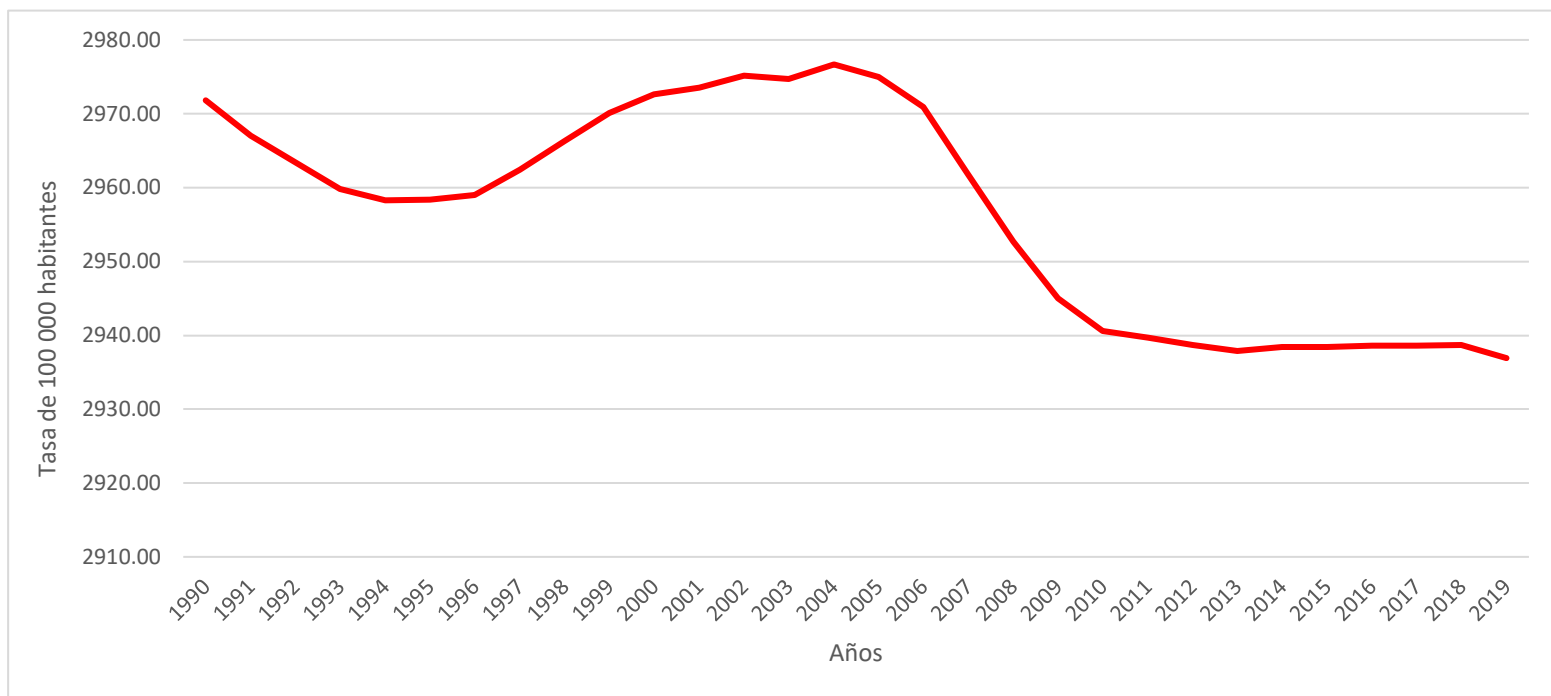


Gráfico N° 11 Tasa de prevalencia en Panamá, por trastornos depresivos en 1990-2019 (Tasa por 100 000 habitantes)

Fuente: elaboración propia, 2021 con datos del GBD ⁽²³⁾.

En la otra mano, Panamá tampoco presenta cambios en la morfología según su incidencia. La curva aún concluye con una disminución iniciada desde el 2006, con una tasa de 2970,95 por cada 100 000 habitantes. Por su lado, los datos en 1990 fueron una tasa de 2971,80 por cada 100 000 habitante, y en el 2019, se redujo a 2936,91 por cada 100 000 habitantes.

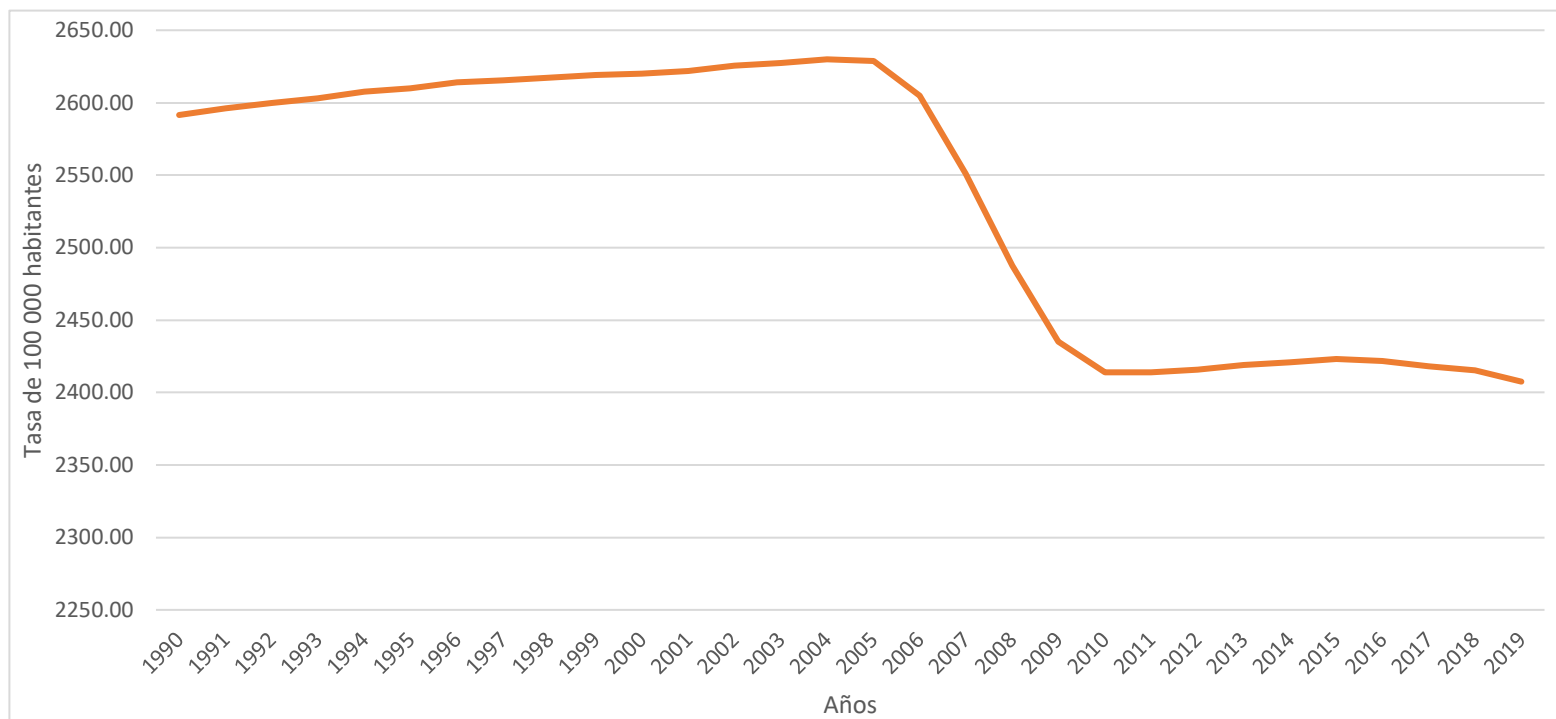


Gráfico N° 12 Tasa de prevalencia en Argentina, por trastornos depresivos en 1990-2019 (Tasa por 100 000 habitantes)

Fuente: elaboración propia, 2021 con datos del GBD ⁽²³⁾.

Asimismo, Argentina mantiene su conducta similar. La curva finaliza con una tenue disminución, iniciada en el 2006 con 2604,75 por cada 100 000. Por su lado, los datos en 1990 fueron una tasa de 2591,44 por cada 100 000 habitante, y en el 2019, bajó a 2407,51 por cada 100 000 habitantes.

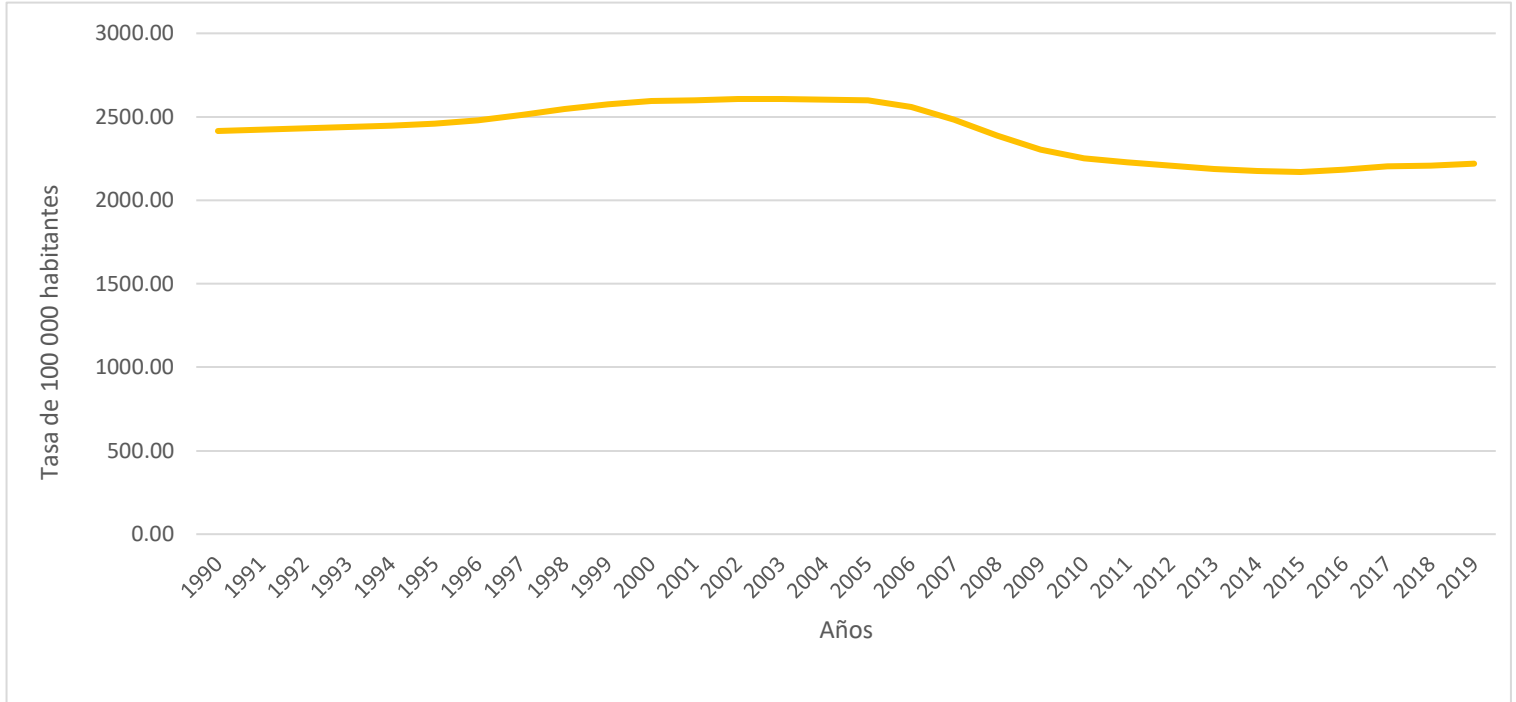


Gráfico N° 13 Tasa de prevalencia en Colombia, por trastornos depresivos en 1990-2019 (Tasa por 100 000 habitantes)

Fuente: elaboración propia, 2021 con datos del GBD ⁽²³⁾.

Por último, Colombia aún es el último país en prevalencia. Este también presenta un patrón de fluctuación de datos terminado en una disminución, a partir del 2006 con 2560,64 por cada 100 000 habitantes. Por su lado, los datos en 1990 fueron una tasa de 2414,38 por cada 100 000 habitante, y concluye en el 2019 con 2219,63 por cada 100 000 habitantes.

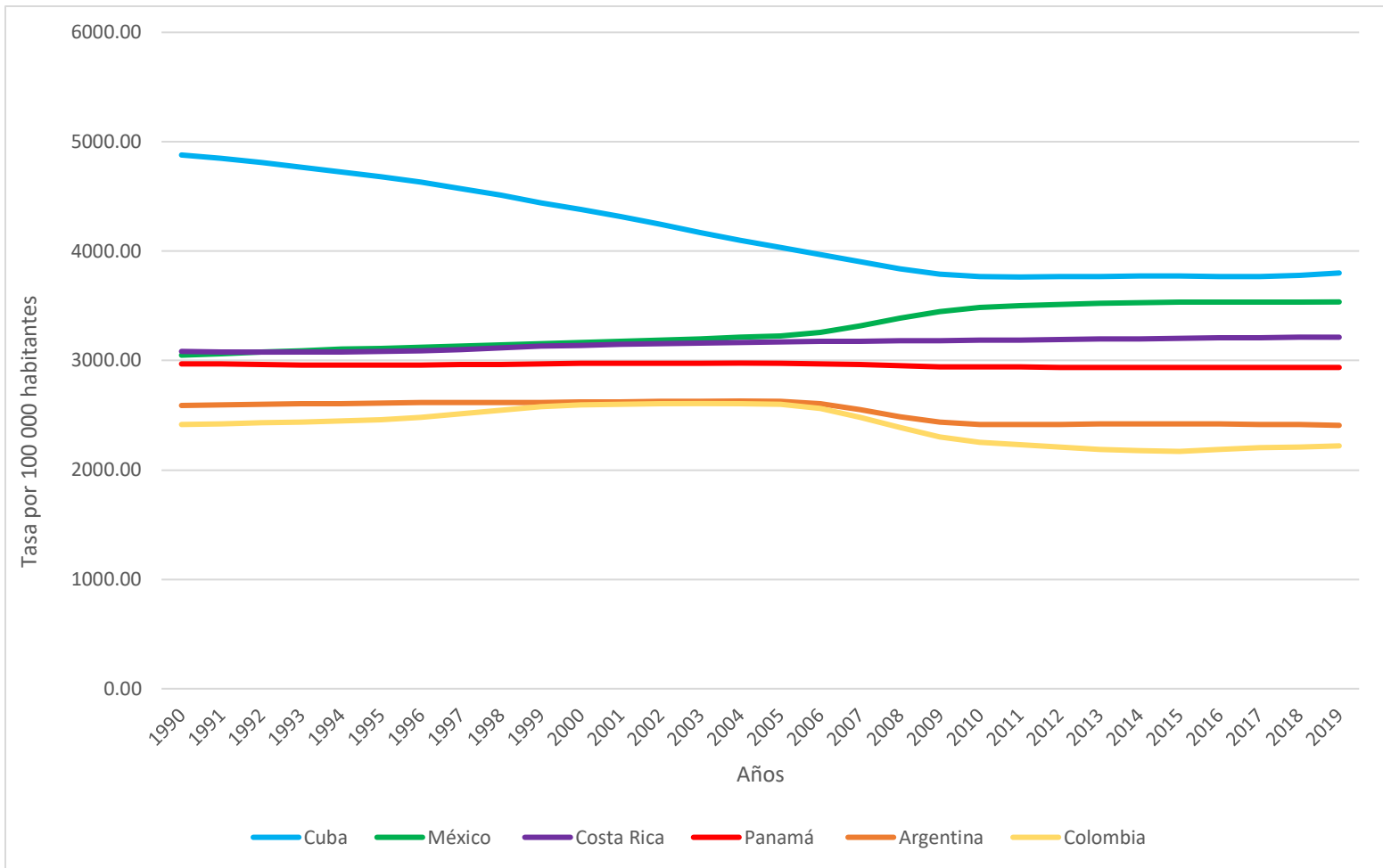


Gráfico N° 14 Tasa de prevalencia comparativa en países, por trastornos depresivos en 1990-2019 (Tasa por 100 000 habitantes)

Fuente: elaboración propia, 2021 con datos del GBD ⁽²³⁾.

En el gráfico anterior, se observa la comparación del comportamiento de prevalencia entre países. Estas curvas se asimilan a las de la incidencia, pero se diferencian según el número de su tasa. Por ende, el orden de países tampoco ha sido modificado, así que Cuba sigue encabezando la lista, seguida por México. En el resto de los países, a partir de Costa Rica, las prevalencias presentan una poca diferencia, entre las tasas de los años extremos 1990-2019 en cada propio país, a diferencia de Cuba y México. Para concluir, Panamá y Argentina siguen en la lista, mientras que Colombia es el país que la completa.

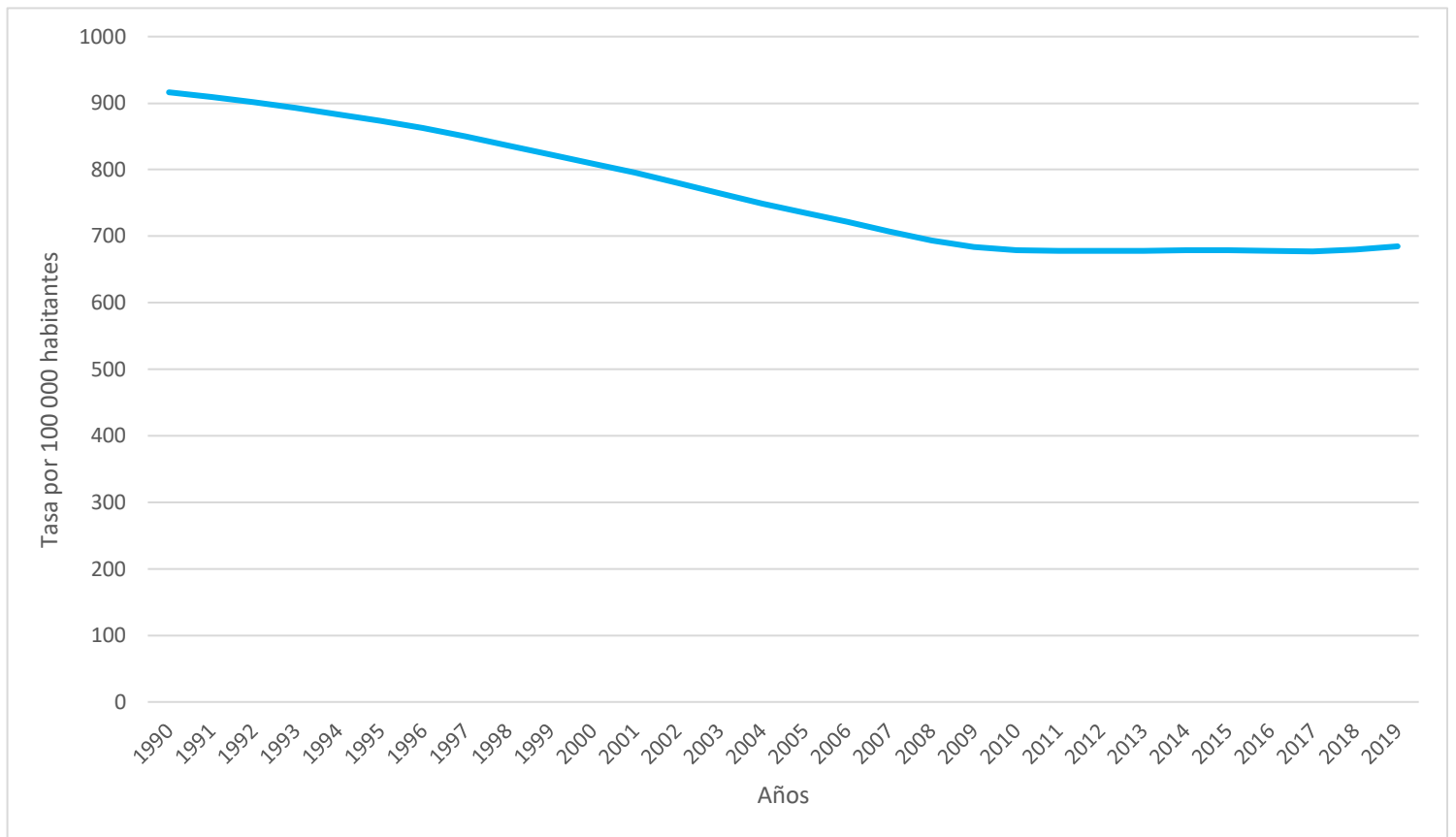


Gráfico N° 15 Tasa de años de vida ajustados por discapacidad en Cuba, por trastornos depresivos en 1990-2019 (Tasa por 100 000 habitantes)

Fuente: elaboración propia, 2021 con datos del GBD ⁽²³⁾.

Según Cuba, la conducta general de los AVAD, es similar a la prevalencia e incidencia con una disminución presente. En 1990 inicia con 916,26 por cada 100 000 habitantes, en comparación del 2019 donde se reducen a 684,92 por cada 100 000 habitantes.

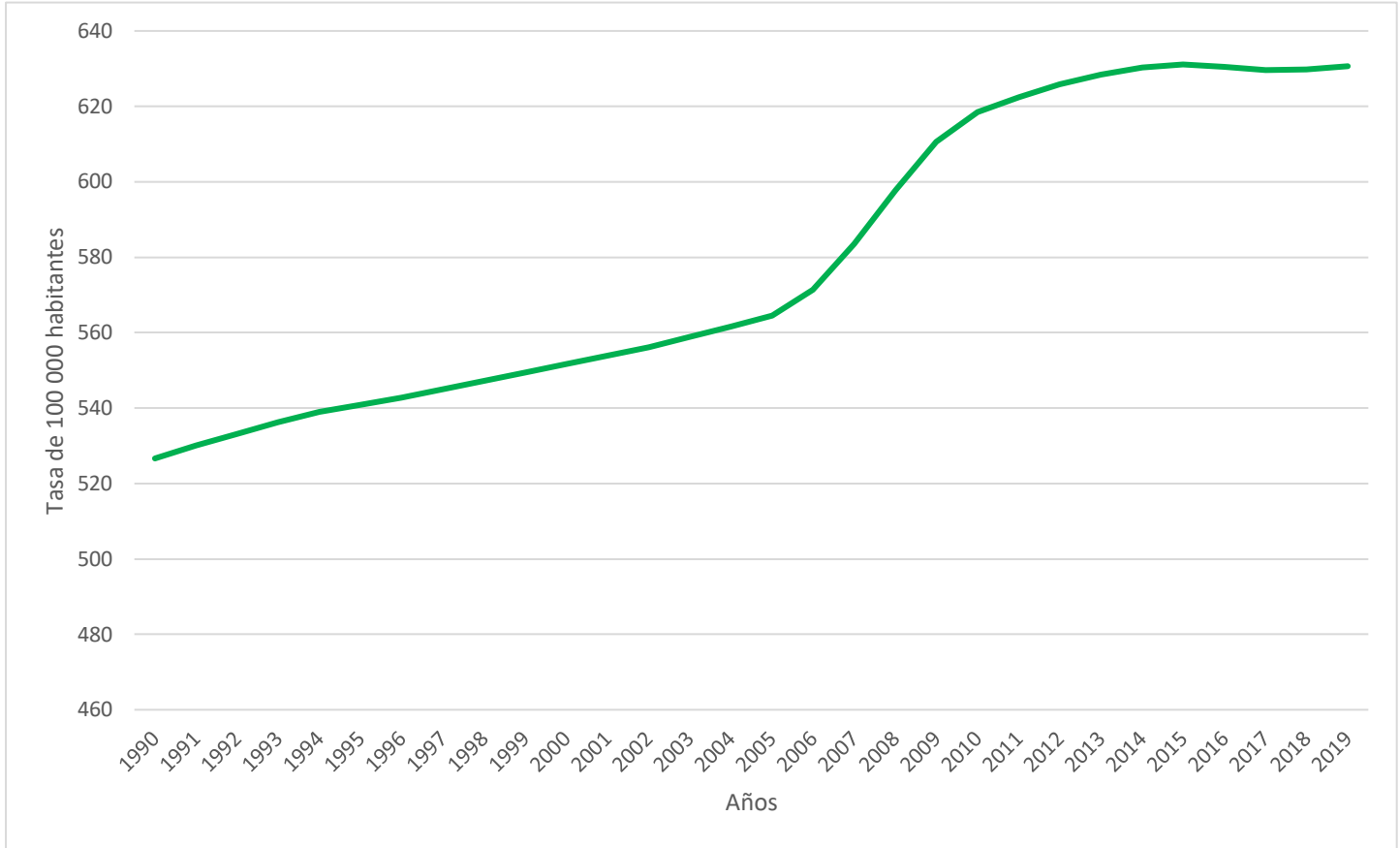


Gráfico N° 16 Tasa de años de vida ajustados por discapacidad en México, por trastornos depresivos según países en 1990-2019 (Tasa por 100 000 habitantes)

Fuente: elaboración propia, 2021 con datos del GBD ⁽²³⁾.

Según México, el comportamiento continúa siendo opuesto, ya que presenta un leve aumento.

En 1990 inicia con 526,64 por cada 100 000 habitantes, en comparación del 2019 con datos elevado de 630,58 por 100 000 habitantes.

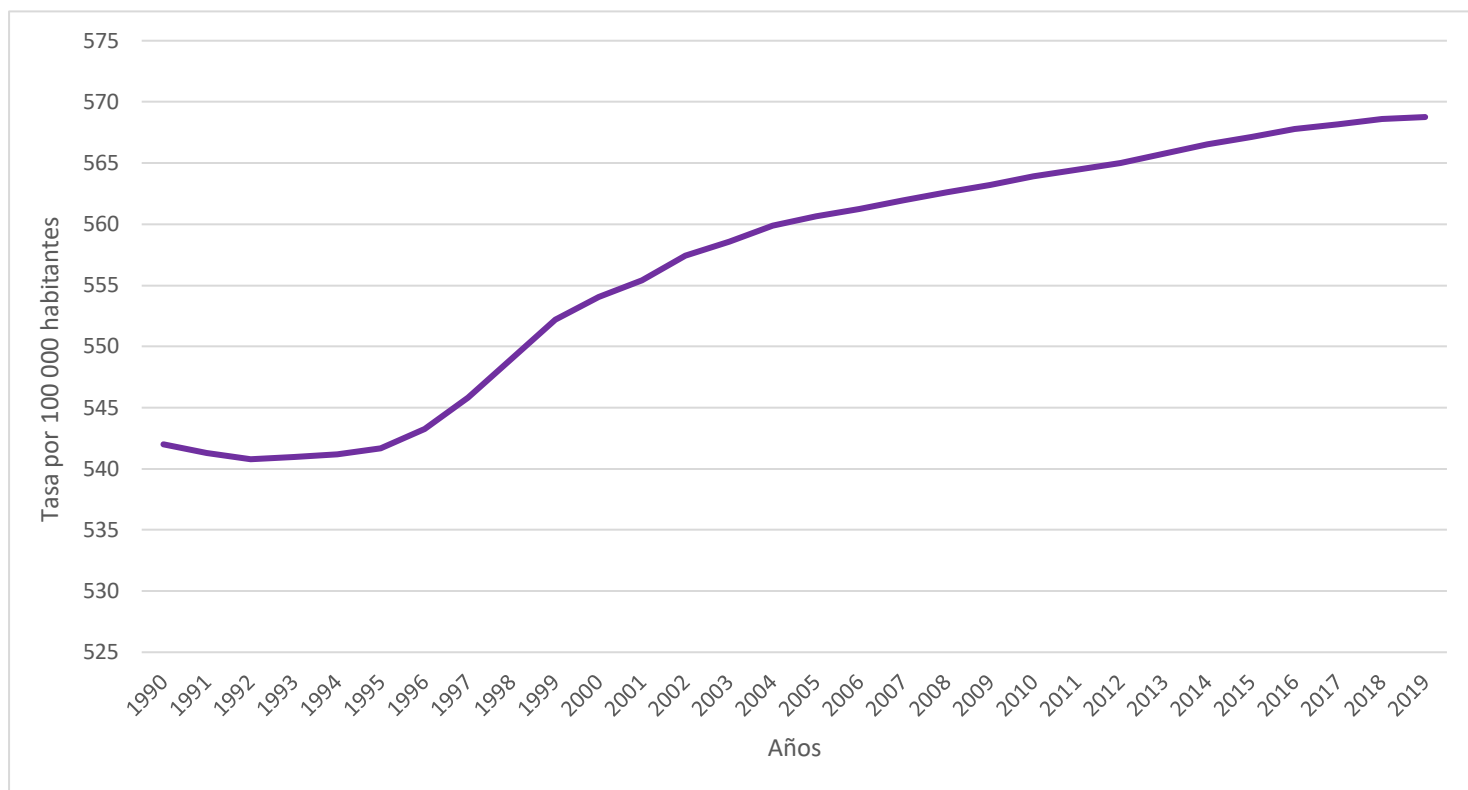


Gráfico N° 17 Tasa de años de vida ajustados por discapacidad en Costa Rica, por trastornos depresivos según países en 1990-2019 (Tasa por 100 000 habitantes)

Fuente: elaboración propia, 2021 con datos del GBD ⁽²³⁾.

Según Costa Rica, aún tampoco ejemplifica mucho cambio con el pasar de los años, solo un aumento mínimo. En 1990 inicia con 541,98 por cada 100 000 habitantes, en comparación del 2019 con 568,76 por cada 100 000 habitantes.

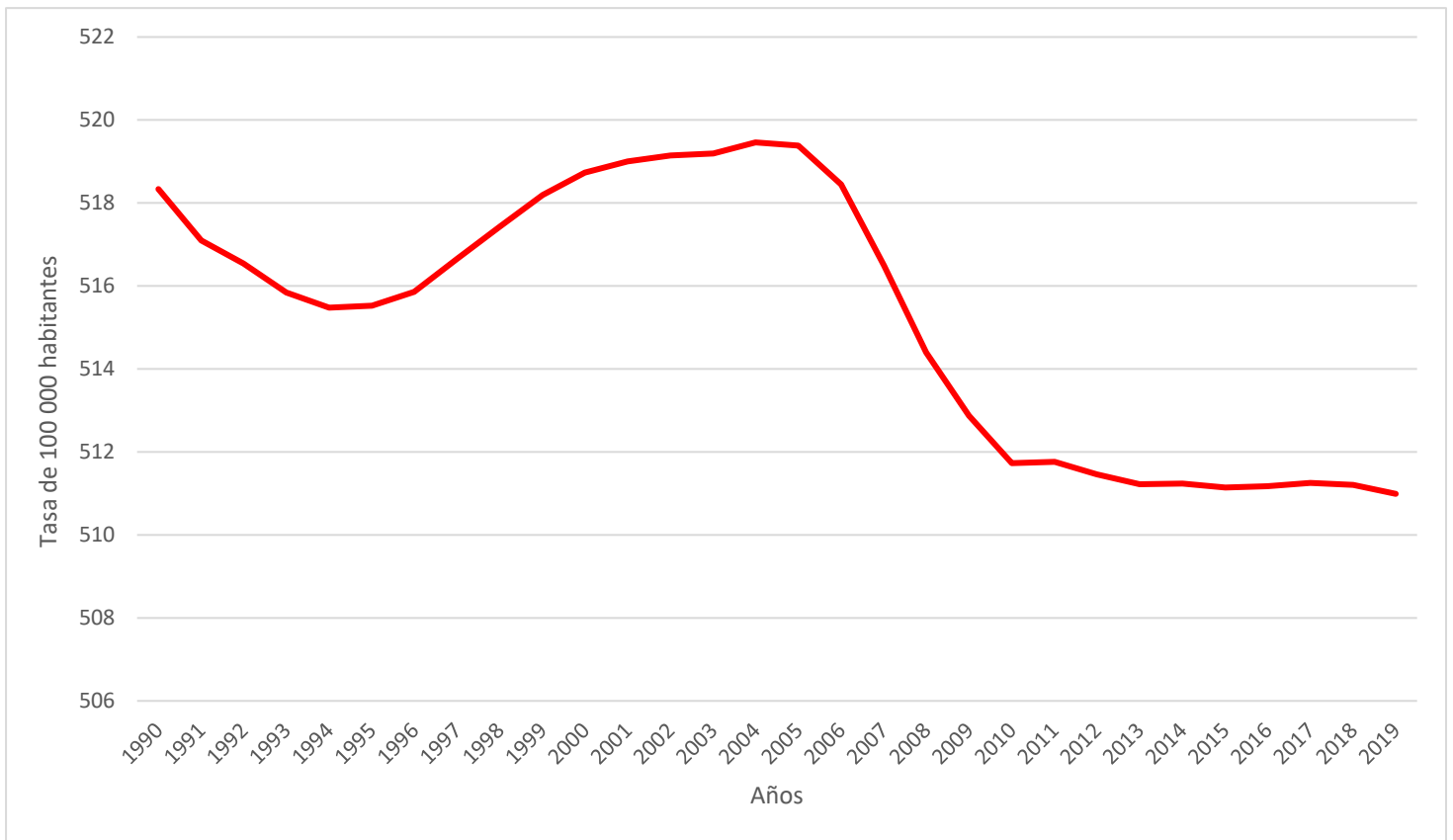


Gráfico N° 18 Tasa de años de vida ajustados por discapacidad en Panamá, por trastornos depresivos según países en 1990-2019 (Tasa por 100 000 habitantes)

Fuente: elaboración propia, 2021 con datos del GBD ⁽²³⁾.

Según Panamá, no se altera ninguna de las oscilaciones con respecto a las curvas anteriores. En 1990 se inicia con 518,64 por cada 100 000 habitantes, luego en 2006 ocurre el punto de inicio a la disminución con 518,45 por cada 100 000 habitantes, para que en el 2019 acabe con un descenso de 510,99 por cada 100 000 habitantes.

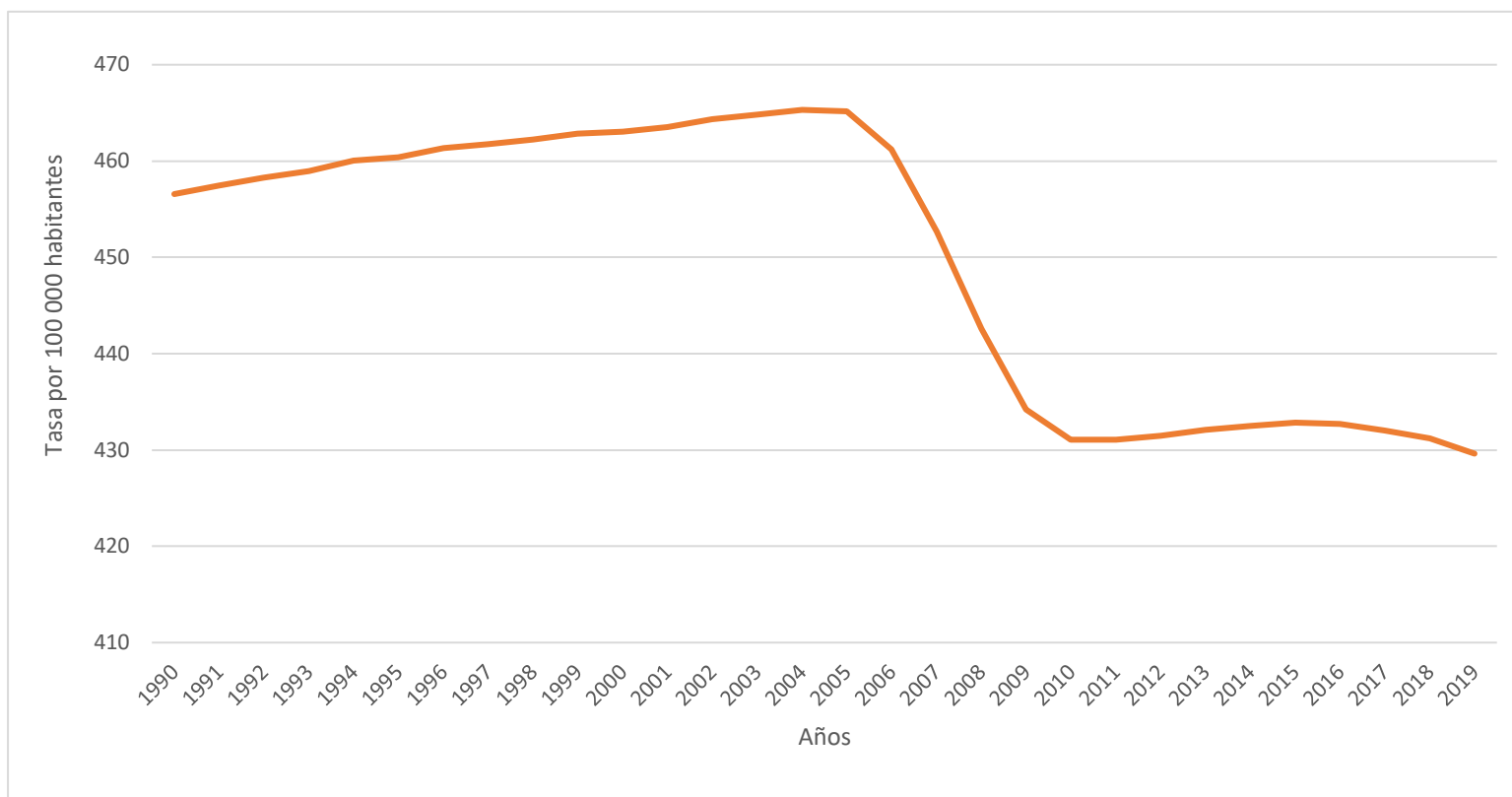


Gráfico N° 19 Tasa de años de vida ajustados por discapacidad en Argentina, por trastornos depresivos según países en 1990-2019 (Tasa por 100 000 habitantes)

Fuente: elaboración propia, 2021 con datos del GBD ⁽²³⁾.

Según Argentina, los modelos anteriores se sostienen aún con su respectiva disminución. En 1990 se inicia con 456,59 por cada 100 000 habitantes, luego en 2006 ocurre el punto de inicio a la disminución con 461,24 por cada 100 000 habitantes, para que el año 2019 acabe con 429,62 por cada 100 000 habitantes.

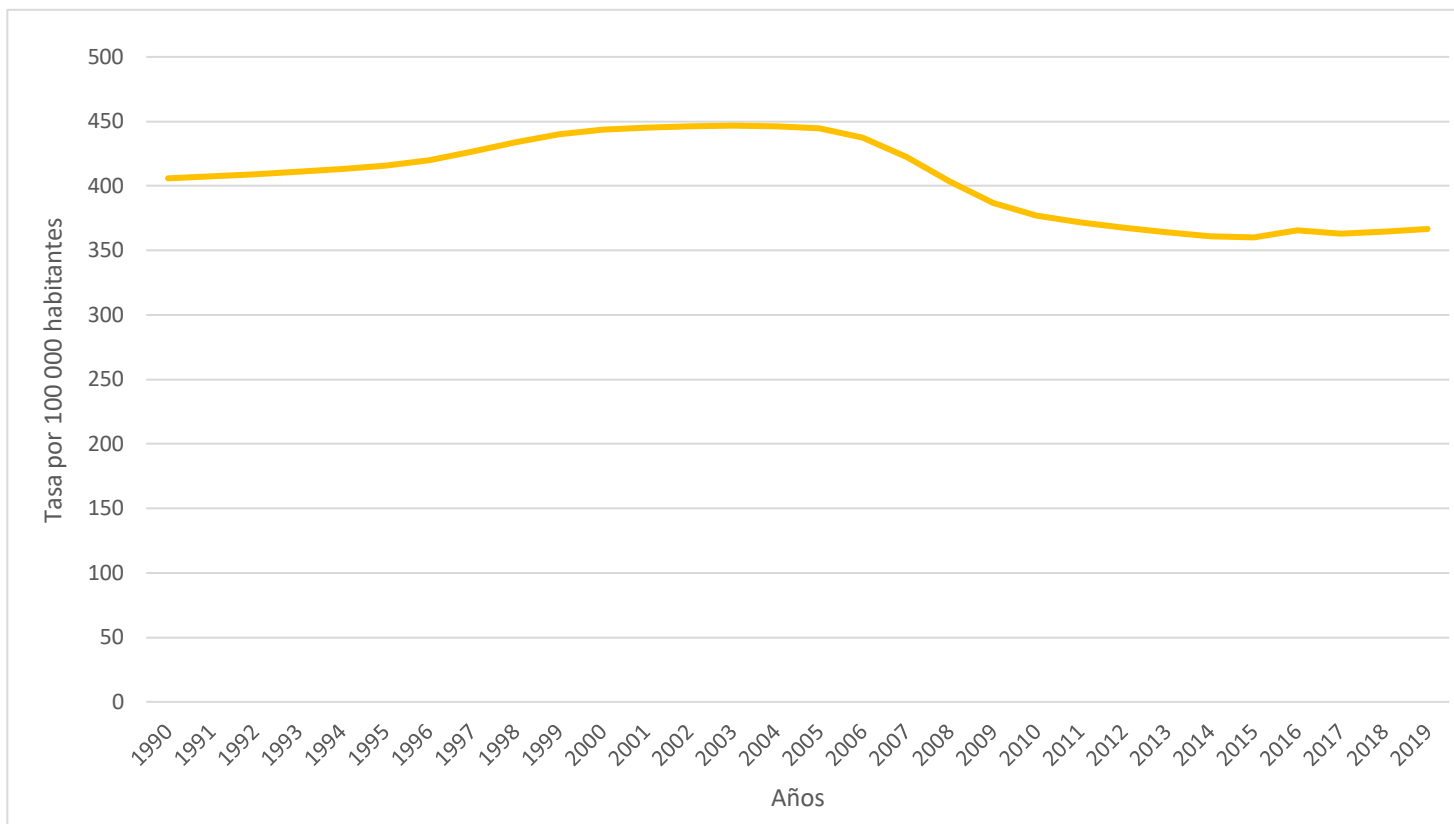


Gráfico N° 20 Tasa de años de vida ajustados por discapacidad en Colombia, por trastornos depresivos según países en 1990-2019 (Tasa por 100 000 habitantes)

Fuente: elaboración propia, 2021 con datos del GBD ⁽²³⁾.

En resumen, incluso Colombia prosigue como último en los AVAD, con la misma forma de la curva. En 1990 se inicia con 406,02 por cada 100 000 habitantes, luego en 2006 ocurre el punto de disminución con 437,45 por cada 100 000 habitantes, para que el año 2019 acabe con 366,75 por cada 100 000 habitantes.

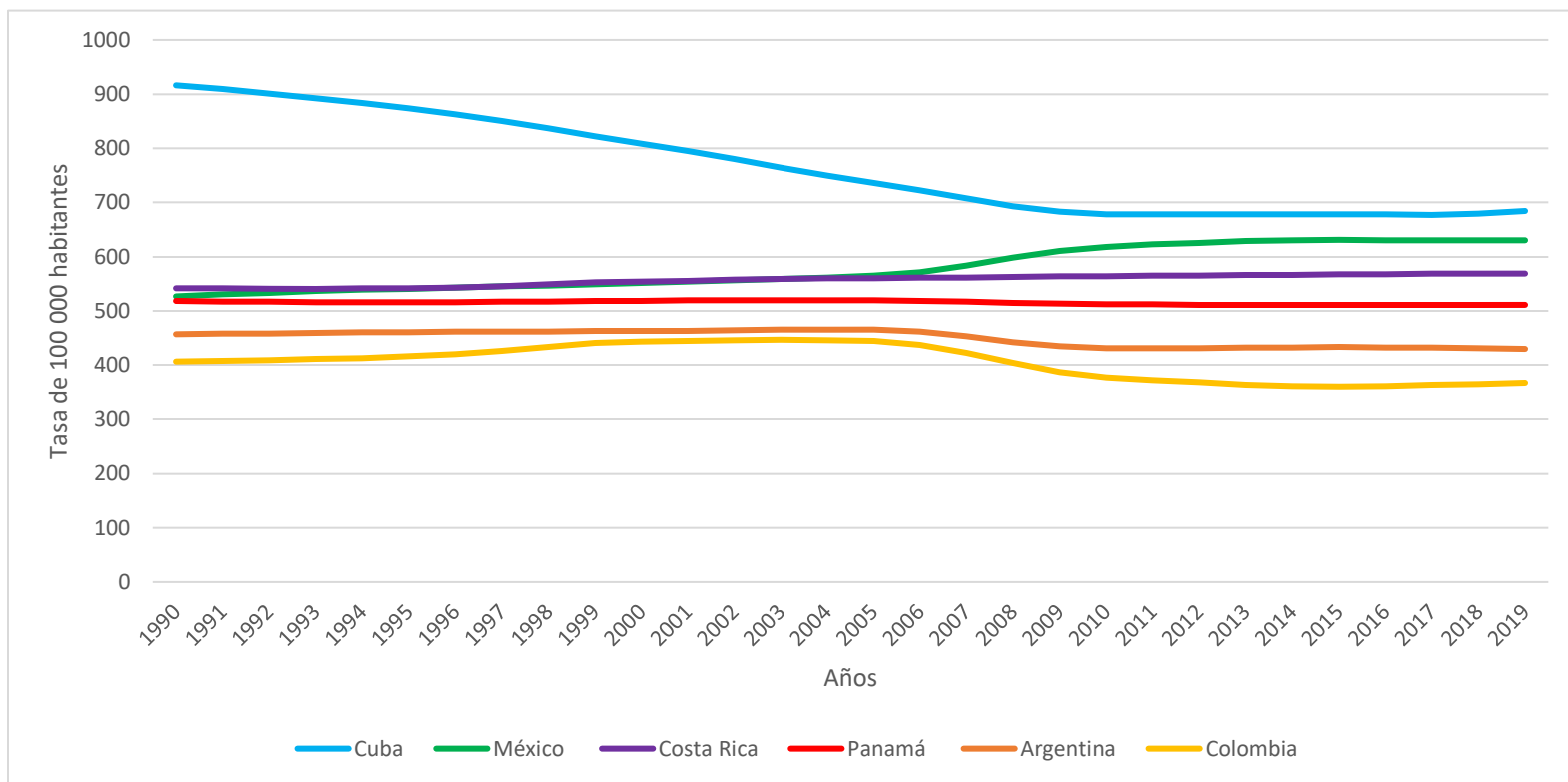


Gráfico N° 21 Tasa de años de vida ajustados por discapacidad comparativa en países, por trastornos depresivos según países en 1990-2019 (Tasa por 100 000 habitantes)

Fuente: elaboración propia, 2021 con datos del GBD ⁽²³⁾.

En el gráfico anterior, se observa la comparación del comportamiento de AVAD entre países. En un análisis general entre la prevalencia, incidencia y AVAD, en general todas las curvas presentan similitudes de siluetas en los gráficos. Por ende, el orden de países continúa teniendo un semejante parecido a los anteriormente desarrollados. Cuba abre la lista, seguido por México, en estos países la comparación de los años extremos 1990 vs 2019, aún presentan la diferencia más grande entre sus propias tasas de AVAD, en desemejanza con los países restantes. El orden correspondiente de estos faltantes sería Costa Rica, Panamá, Argentina y Colombia que remata la lista una vez más.

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

5.1 Cuba

Cuba tiene dos aspectos importantes a analizar, primero la existencia de una mejora en los datos con una disminución paulatina a través de los años, y en segundo lugar, por lo contrario el permanente predominio de la curva más elevada para prevalencia, incidencia y AVAD, a pesar del avance realizado. Los datos son una representación de los resultados por todas las medidas tomadas, es como un reflejo directo tanto de los gobiernos y sus sistemas de salud, como de las acciones propias de cada individuo.

La historia de Cuba justifica el decrecimiento de datos con personas deprimidas durante los años, como un progreso. En 1995, específicamente en la Habana hubo una conferencia de la Organización Panamericana de la Salud, esta ejemplificó el primer paso de cambio para el tema de salud mental. La nueva transformación consistió en una reestructuración de los servicios de atención primaria, para que estos también pudieran hacer parte del cambio.

La Carta de la Habana reorientó la estrategia y el enfoque de los principios más básicos, ya que ahora integrarían la tríada de la prevención, tratamiento y rehabilitación. Después de 1995, los servicios psiquiátricos fueron implementados en todos los hospitales generales y pediátricos. Así permitiendo una política de puertas abiertas, en otras palabras con una accesibilidad para todos.

Entre los cambios implementados, también se contó con 101 centros comunitarios dedicados a salud mental. Estos fueron formados por enfermeras, psiquiatras, psiquiatras infantiles y psicólogos, que además estaban equipados para ofrecer tratamiento de psicoterapia y adicciones ahí mismo. Este esfuerzo se sumaba a los 17 hospitales especializados establecidos:

La última innovación de ese año, fueron los hospitales de día, definidos como servicios psiquiátricos ambulatorios dentro de la comunidad. Los pacientes beneficiados eran clasificados

como graves pero sin un requerimiento de hospitalización, para ser vistos solo entre semana. Entre los beneficios se encontraba el mejoramiento del aspecto social para los pacientes, ya que tenían que tener una participación activa tanto con familiares como con su mundo cercano allegado.

Finalmente para el año 2003, se conforma el Grupo Operativo de Salud Mental y Adicciones (GOSMA), el cual estaría formado por coordinadores municipales que tienen por objetivo llevar un control más óptimo.

El tratamiento para considerarse exitoso debe lograr incluir a la familia en un papel de coterapeutas, ya que su participación es fundamental hasta en los programas nacionales. La existencia de estos abarcan hasta temas sobre el consumo de sustancias, por ejemplo un programa enfocado en contra del fumado de 6 semanas para dejar el mal hábito.

Estos programas también resaltan que como entre las fortalezas del sistema cubano, no solo se encuentra un abordaje sanitario del tema de la depresión, sino también sobre los determinantes sociales. Los programas incluyen amplios rangos de edad, inclusive inician desde las etapas escolares promoviendo pensamientos positivos sobre ellos mismos, y sus relaciones con los demás.

En los pacientes con problemas conductuales, sus padres de familia hacen parte de programas para poder reducir sus síntomas depresivos y que de esta manera sean acarreados hacia sus hijos. Otra población en riesgo son los adultos mayores, por ende hay programas enfocados en su tipo de depresión también. Estos programas incluso han sido un movimiento tan positivo que a una mayor escala, la OMS propuso un programa de acción para superar la brecha en salud mental. Para cerrar lo positivo del sistema de salud cubano, es necesario hablar que además de ofrecer una oferta equitativa de servicios médicos gratuitos, también se ha cubierto la necesidad de

mejorar la promoción y la educación de la salud. La contribución por parte de organizaciones como la Federación de Mujeres Cubanas, ha sido de gran ayuda.

Pero por el otro lado, en esta investigación Cuba sigue teniendo las cifras número 1, como el país con más casos de prevalencia y AVAD en depresión. Una de las primera razones sigue siendo atribuible a su historia, ya que el mercado del país ha estado relacionado al tabaco y ron. Esto causa un efecto de aceptación socialmente mediante las acciones de tomar y fumar. En el caso de Cuba, el problema principal se atribuye a la bebida, pero sobre las drogas en el municipio de la Habana si existe una mayor prevalencia que en el resto del país.

De hecho, la patología dual más común conocida en conjunto con la depresión es el mismo consumo de sustancias. Se conoce la asociación de que a mayor consumo, mayor es la posibilidad de síntomas depresivos y viceversa.

El siguiente punto histórico está relacionado directamente con el gobierno, y su bien sabido bloqueo americano. Cuba está sujeto directamente a sus licencias de exportación, por ende teniendo un impacto en la cantidad de medicamentos depresivos que entran al país, tal como los parches de nicotina. Esto causó el efecto del desarrollo farmacéutico propio en Cuba y las opciones de tratamiento mediante la medicina natural.

La siguiente razón tiene que ver con la demografía del país, ya que se estima que para el 2050, Cuba será uno de los once países más envejecidos del mundo. Ante esto, algunas medidas de prevención es que los especialistas de salud realizan la coordinación de la Escuela de Cuidados, así dándoles herramientas de recreación, higiene y alimentación.

Según un estudio comparativo, en el 2016 se estudió personas mayores Cubanas versus Españolas, los resultados demostraron mayores porcentajes de síntomas depresivos en Cuba,

que España, para ambas personas sanas y enfermas. Esto talvez debido a la mayor expresividad de emociones para las culturas latinas. ⁽³¹⁾

En sanos, los primeros 3 síntomas más predominantes fueron criticarse a sí mismo, dormir menos de lo habitual y pensar que sus problemas no tienen solución, en ese orden respectivamente. Mientras que para los pacientes deprimidos, los primeros 3 síntomas en orden fueron: disminución del apetito, tendencia a pensar cosas del pasado y sentirse inútil.

Como consecuencia de una depresión mal manejada, en muchas veces la situación se desencadena con el suicidio. Según un estudio en el 2018, entre los factores psicosociales de riesgo para el suicidio se encuentra la depresión, con un porcentaje de 73.8%, tiene el segundo lugar de importancia, solo después del factor de tener un antecedente propio de suicidio. ⁽³²⁾

A nivel mundial, las estadísticas demuestran que por cada suicidio, han habido 10 intentos. Pero Cuba, esta cifra está aumentada porque por cada suicidio, solo 6 intentos se han cometido. Por esto, es necesaria la concientización y la prevención en el tema. Actualmente para poder actuar con antelación, algunos autores han identificado una triada negativa de relación entre la depresión y el suicidio, donde el paciente adquiere una opción negativa en tres esferas, su ser, su futuro y su mundo.

Sobre el tema de carga de enfermedad, según la OPS y sus estadísticas del trastorno depresivo publicadas en el 2020, estas están divididas entre géneros. Los AVAD para los hombres, toman la 5 posición con 527 por cada 100 000 habitantes, mientras que en las mujeres toman la 3 posición con 821 por cada 100 000 habitantes. Estos concuerdan con los datos del GBD, de los cuales se basó para la realización de nuestros gráficos actuales. ⁽³³⁾

5.2 México

México como país representa lo contrario que Cuba, puesto que tienen un comportamiento realmente elevado con el pasar de los años, para prevalencia, incidencia y AVAD. Según Zurn et Al., se señala que el sistema de salud mexicano tiene aspectos problemáticos tal como la distribución geográfica y desequilibrio de especialistas.

El primer problema a tratar es la distribución geográfica, según un artículo del 2016, un 60.34% del total de los psiquiatras ejercen en los 3 principales estados de México. En primer lugar, el 42.09% de los psiquiatras ejerce en la ciudad de México, seguido por el Estado de Jalisco con un 11.22% y finalizando con un 7.03% en Nuevo León.⁽³⁴⁾

Un 39.66% restante de los psiquiatras ejercen en el resto de las 29 entidades federativas restantes. Entre los estados que presentan una tasa baja de especialistas se encuentran Tlaxca, Zacatecas y Chipas, la suma de estos 3 representan una población de ocho millones de habitantes y solo cuentan con 46 psiquiatras para poder dar abasto.

El siguiente problema es uno más administrativo, ya que solo un 6.2% de la totalidad de los especialistas son psiquiatras. Una de las razones por la cual esto se debe es la llamada crisis del reclutamiento. Las plazas ofrecidas para esta especialidad desde el 2007 hasta el 2015 incluso disminuyeron, ya que pasaron de 150 a 144 plazas. Además sobre el porcentaje de interés, por ejemplo para el año 2009 con 141 plazas, el porcentaje de médicos aspirantes fue de un 1.97%. En el tema de la política, cuando se busca mejorar en un tema, las inspecciones son primordiales. En el 2008, el 67% de los hospitales psiquiátricos recibieron al menos una, mientras que sólo un 14% de los hospitales generales con unidades de hospitalización psiquiátrica recibieron alguna. En la otra mano, las capacitaciones son otra herramienta de mano derecha para avanzar.

En los hospitales psiquiátricos, el 63% del personal recibió su educación, mientras que en los hospitales generales, el porcentaje se reducía a sólo una tercera parte.

Para el 2013, en México existían 46 hospitales psiquiátricos, 13 unidades de internamiento psiquiátrico y 8 establecimientos residenciales. Pero las estadísticas demuestran que hay aspectos por mejorar, por ejemplo en las prisiones. En estas cárceles, se encontró números reducidos o hasta incluso nulos, de camas para trastornos mentales. Además sobre capacitaciones, solo un 15% aceptó haber tenido una.

Los problemas de estos pacientes no acaban con su dada de alta, puesto que actualmente el número de programas que permitan una reintegración hacia la sociedad con un trabajo son realmente bajos.

La razón atribuible a la mayoría de problemas, siempre se relacionan de manera paralela con el gasto usado. El presupuesto aprobado para la salud mental en los años 2010-2015 incrementó de un 1 a 2.2%. Aunque esas cifras son algo positivo, realmente no lo son al frente de las dadas según la OMS, para los países de ingresos altos el mínimo es de 5.1%.

Si la especialidad de la psiquiatría propiamente está descompensada, las subespecialidades son otro aspecto que tienen faltas graves. El 50% de los trastornos de salud mental inicia en adolescentes menores de 14 años, razón por la cual debería ser prioridad, pero desgraciadamente no lo es. Alrededor del número total de psiquiatras, solo un 225 tiene la especialidad de la psiquiatría infantil, que ejerce para todo el país.

La manera de mejorar generalmente la situación de la salud mental, es tratar de incluir a la atención primaria en la estrategia. La realidad es que solo un 30% de estas unidades presenta protocolos de evaluación y tratamiento que ofrecer a los pacientes.

Según un estudio realizado en el 2015, los retos que limitan una mejor integración de la salud mental en estos centros se divide en 3 áreas: falta de programa y organización, infraestructura y finalmente recursos humanos e información. ⁽³⁵⁾

Los programas son una de tantas debilidades en el sistema mexicano, desde la perspectiva de los mismo trabajadores, el comentario es que no son prioritarios, y por ende se les dedica muy poco tiempo. Incluso los cuestionarios de temas relacionados como tabaquismo y violencia, solo se aplican cuando son los días mundiales de dichos temas. ⁽³⁵⁾

Sobre este mismo asunto, también es criticado que los programas no hacen parte de la dirección de psicología o psiquiatría, sino que pertenecen al Programa de Salud Mental en el Distrito Federal, entonces complica más los asuntos administrativos para poder generar órdenes.

En la infraestructura, la falta de espacio es el principal obstáculo. Las condiciones de los consultorios son construcción prefabricada, y la mayoría no cuenta ni con los servicios básicos de agua potable. Ante esto, los profesionales deciden alternar los usos de los consultorios, o incluso improvisan lugares para atender que claramente falta de condiciones tales como privacidad, iluminación y ventilación.

Por último, en cuestión de información se abarca desde la falta de papelería hasta la falta de medicamentos. También, se nota la falta de conocimiento por parte del personal sobre cuales son las áreas que sí ofrecen consultas psiquiátricas.

En manera generalizada, el gobierno mexicano necesita enfocar en poner servicios de salud mental en el segundo y tercer nivel de atención. Esto podría mejorar hasta incluso la larga lista de espera de 6 semanas entre citas, y los gastos extras como el transporte de movilización para los pacientes.

De las pocas similitudes que presentan Cuba y México, es la transición demográfica que está causando un envejecimiento poblacional. La senescencia condiciona a esta población en una posición de vulnerabilidad, ya que se dan pérdidas funcionales, reflejadas en las actividades básicas de la vida diaria, entre otros cambios como los cognitivos, económicos, sociales y emocionales.

Entre los factores de riesgo en esta población se encuentran la ausencia de educación formal, poco apoyo del núcleo familiar que causa poca satisfacción consigo mismo y por último, incluye los estados civiles como soltería y viudez, que causan un efecto de separación y aislamiento, alterando la armonía interna.

En la vejez se acentúan las necesidades, al mismo tiempo con una disminución de los recursos económicos. Esto amplifica la dependencia con sus allegados, influyendo en un sentimiento de ser una carga para los demás.

En el tema de carga de enfermedad, según la OPS y sus estadísticas del trastorno depresivo publicadas en el 2020, estas se encuentran divididas en géneros. Los AVAD en los hombres, toman la 6 posición con 393 por cada 100 000 habitantes, mientras que en las mujeres toman la 3 posición con 581 por cada 100 000 habitantes. Esto concuerda con el GBD, la base para realización de nuestros gráficos actuales. ⁽³⁶⁾

5.3 Costa Rica

En la historia de Costa Rica, las decisiones del gobierno justifican el comportamiento de una curva sostenida con el pasar de los años. Ninguna disminución fue lograda, sino más bien un leve aumento debido al resultado ante el Plan Nacional de Salud Mental 2004-2010. En el año 2008, ante el informe de evaluación de la OPS, se describió la situación del momento.

El Plan no había contado con un financiamiento y su único presupuesto fue un 3% asignado por la CCSS. Además tuvo un enfoque farmacológico, razón por la cual las actividades de prevención contaron con sólo un 33% restante de este mismo presupuesto, versus el 67% destinado a hospitales psiquiátricos. El faltante de personal capacitado, protocolos y la falta de investigación en salud mental fueron otros de los problemas presentes.

La limitación en investigación no es solo una dificultad para Costa Rica, también es un aspecto a mejorar a nivel de América Latina y el Caribe, para poder contar con todos los datos actualizados en la toma de decisiones. En base a esto, la Universidad de Costa Rica inició dos investigaciones para una nueva contextualización. En el año 2011, el primer trabajo fue: Reflexiones en torno al tema de la salud mental: una puerta a la investigación, mientras que el segundo fue llamado: Estado del arte en salud mental.

La visión de Costa Rica centrada únicamente en el tratamiento mental de la enfermedad, en lugar de enfocarse en la promoción y prevención de la salud, se convirtió en un modelo poco eficiente, caro y sin un beneficio tangible. El inicio de esta nueva mentalidad fue plasmada para la Política Nacional de Salud Mental 2012-2021. Esta integró las cuatro distintas determinantes de salud que son los factores biológicos, sociales-económicos, ambientales y servicios-sistemas de salud.

Esta perspectiva más global en los temas de salud mental, permite que el paciente necesite interiorizar parte del proceso en su enfermedad. El objetivo es ver la positividad de las cosas, y no resaltar en su vida los déficits causados, sino más bien buscar una garantía de mejores condiciones de vida.

La estrategia actualmente incluye tres pilares: prevención y promoción, atención y rehabilitación. Esto causa que el paciente sea más responsable con su avance. En la prevención

y promoción, la herramienta es una buena educación, porque con el conocimiento de varios padecimientos externos, se busca que las personas consideren tener deberes y compromiso hacia el cuidado de su salud.

En la atención, el paciente cuenta con la oportunidad de un sistema de salud inclusivo. Además, de poder acceder a toda la información de su propio expediente, con el fin que reconozca en sí mismo las conductas esperadas por su enfermedad, y por lo contrario cuales son alertas rojas por las cuales debería consultar. Finalmente, en el aspecto de rehabilitación, con los aspectos anteriores puestos en práctica, la mayoría de diagnósticos fueron oportunos, reduciendo así el deterioro y las descompensaciones del paciente.

Según Ofelia Taitelbaum, aunque a nivel internacional existan tratados para tratar estos temas, es indispensable el compromiso nacional con un programa de acción local que incluya desde políticas hasta la reinserción social por el estigma. ⁽³⁷⁾

Es por esto que en nuestro país para este año 2021, se concluye la Política de Salud Mental. Esta inicialmente incluía textualmente los siguientes principios: “Coordinación intersectorial e interinstitucional; asignación de recursos institucionales según las necesidades; actualización de la legislación; ampliación de la cobertura a distintos niveles de participación; creación de planes de acción específicos; enfoque de derechos, riesgo, género y diversidad; educación permanente del equipo de salud mental; campañas de sensibilización para combatir la estigmatización; aumento del número de profesionales de la salud mental; investigación y evaluación del impacto.” ⁽³⁷⁾

Ver en perspectiva al día de hoy, en comparación al 2013, explica cuales son aquellos detalles que no se han logrado superar para poder disminuir definitivamente la curva. Aunque positivamente se han mantenido muchos aciertos, también se han mantenido algunos aspectos

en espera, sin alcanzar aún una mejora. Por ejemplo para la prevención y promoción, en el 2013 la Academia Nacional de Policía expresó su inconformidad con la pobre capacitación para su propio personal, además de la ausencia de protocolos para manejar personas con algún padecimiento mental.

El tema de la atención no ha avanzado mucho entre el lapso de los años 1990-2019, esta se divide en dos causantes, los problemas administrativos y los sociales. Desde esos años anteriores, en lo administrativo se tocaban temas como la falta de tiempo en consulta, falta de formación para el primer nivel de atención en enfermedades mentales y poca disponibilidad de tratamientos psicofármacos y psicoterapia.

Igualmente, los problemas sociales presentan un obstáculo en la atención desde esas épocas. El estigma de ver a los pacientes psiquiátricos como locos, es la principal razón de los pacientes para no querer buscar ayuda, por miedo a ser juzgados y por ende teniendo diagnósticos tardíos con sus respectivas consecuencias. Ante la lucha a esto, necesitamos planes masivos de comunicación que ayuden a eliminar mitos universales y que como efecto rebote causen una mejora en la autoestima de los pacientes.

Por último, en la rehabilitación es esencial buscar la diversificación de lugares menos céntricos para poder llegar a zonas con menos acceso. Entre otras opciones también está la formación con terapias complementarias con animales y con el arte tal como la yoga y la danza.

Después de tanta iniciativa política, no todo ha sido negativo. Con sus logros, Costa Rica ha logrado mantener su curva con poca variación hacia el aumento. Entre las fortalezas del sistema de salud está la existencia de una seguridad social accesible a la mayoría de su población.

Específicamente en psiquiatría, se cuenta con servicios de esta especialidad en todos los hospitales generales. Actualmente existen robustos programas enfocados en la niñez y

adolescencia, pero también se cuenta con el apoyo de instituciones tales como la Asociación Costarricense de Trastornos Afectivos Recurrentes que brindan atención tanto a pacientes como a familiares.

El Hospital Nacional Psiquiátrico presta el servicio diurno con su programa de rehabilitación conductual física y cognitiva, este ha permitido que muchos pacientes obtengan su máxima autonomía. Una vez recuperados, los pacientes para reincorporarse a nivel laboral, pueden optar por programas de gestión de trabajo.

La finalidad de buscar el por qué de los datos de Costa Rica, es evitar seguir cometiendo los mismo errores a futuro, porque una enfermedad como la depresión, puede desembocar a la posible consecuencia del suicidio. Es por esto que un análisis en este tema, puede demostrar cuales son los aquellos factores de riesgos a prestar atención con anterioridad.

Según un artículo del 2017, Costa Rica es el segundo país de Centroamérica con una tasa alta de suicidios después de El Salvador. Para el 2013, la primera provincia fue Guanacaste con una tasa del 8.9, seguida de San José con un 8.5, y finalmente terminada con Limón en un 8.0. Este artículo basa su investigación en el cantón de Dota ya que para el 2014, presentó una de las tasas más altas del país. Estos datos recopilados ejemplifican una generalidad de los desafíos en las zonas rurales de nuestro país, pero incluso podría representar a pequeña escala, una idea de lo que las personas identifican de Costa Rica.⁽³⁸⁾

En específicamente Dota, el ambiente sentido por sus habitantes es que al ser un valle, es un lugar muy cerrado. Por lo mismo, representa pocas oportunidades para poder estudiar y trabajar, dejando mucho tiempo libre a la ligera. El trabajo en estas zonas es mayor durante los meses desde diciembre hasta febrero, mientras que el resto del año su situación es más crítica.

En el sector salud, las personas expresan el disconforme con el constante cambio de personal, lo que entorpece un compromiso con la comunidad. Consideran que en el ámbito preventivo mental, no hay una adecuada labor, empezando por el faltante número de profesionales, ya que para esta zona solo hay 2 psicólogos en toda el Área de los Santos que incluye a Dota, Tarrazú y León Cortés.

A modo groso en Costa Rica, el sistema de salud pública no tiene la salud mental como prioridad. Lo cual se ve agravado por ciertas generalidades sociales tal como la importancia ante la división de clases, lo que causa por ejemplo mantener una apariencia como una actitud que implica endeudarse.

Otro factor que influye es la cultura general del país, el nuestro se caracteriza por ser uno conservador, donde los valores aún predominan en importancia junto con la religión para la toma de decisiones.

Esta moral se extiende a patrones normalizados entre la dinámica de nuestras relaciones, por ejemplo los papeles tradicionales de género. Donde se da paso a una abundancia del machismo, se causa una opresión mental para las mujeres, y hasta se presta para situaciones de violencia intrafamiliar.

En último lugar pero no menos importante, situaciones políticas como recesiones económicas, desempleo y disminución en el gasto público pueden afectar a los pacientes permitiendo que se enfoquen solamente en los problemas y desencadenando una depresión. Es por esto que la oferta de actividades culturales en el arte y entretenimiento ofrecen una mejor opción recreativa para el despeje, antes que el consumo de alcohol y drogas.

En conclusión, para combatir la depresión en el paciente es necesario lograr que busquen un proyecto de vida para salir adelante, y a nivel espiritual creer en un ser superior que pueda darle las herramientas necesarias para salir a enfrentar los problemas.

Según la OPS, las estadísticas de la carga de enfermedad sobre el trastorno depresivo publicadas en el 2020, se encuentran divididas en géneros. Los AVAD para los hombres, toman la 6 posición con 444 por cada 100 000 habitantes, mientras que en las mujeres toman la 3 posición con 604 por cada 100 000 habitantes. Estas estadísticas se asemejan al GBD, de donde se extrajo la información de los gráficos.⁽³⁹⁾

5.4 Panamá

El país de Panamá toma el cuarto lugar en la lista, y su comportamiento de curvas tiene constantes fluctuaciones pero con un resultado bastante mantenido finalmente demostrado entre la comparación de los años.

Esta cuarta posición demuestra un país que va encaminado positivamente, gracias a los esfuerzos realizados por su gobierno. Entre los cambios esenciales, en la financiación de los servicios de la salud mental en Panamá, se dedica un mayor porcentaje hacia los servicios comunitarios que hacia los hospitales psiquiátricos. Esto siempre sin dejar de lado el desarrollo de las unidades de hospitalización psiquiátrica a nivel de hospitales generales.

Este impacto se ve ejemplificado en las estadísticas, para el 1991 se presentaban 900 pacientes internados, mientras que para el 2000 disminuyeron a 414 y finalmente el 2008 acaba con 111 pacientes. Es de resaltar como este avance alcanzado con el tiempo, fue demostrado en el 2010, para la Conferencia Regional de Salud Mental en la Ciudad de Panamá durante octubre, donde se reafirmó la idea comunitaria de la salud mental, que actualmente es accesible para Panamá en toda su población.

Además en este mismo año 2010, en el ámbito político y legal, se implementó el proyecto de la OMS: Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) creado por la OMS para superar las brechas de salud mental. Entre los objetivos se encontraba la capacitación de los profesionales del primer nivel en 8 aspectos predominantes, entre ellos la depresión. Los demás temas también abarcados incluían la epilepsia, psicosis, demencia, suicidio, trastorno por uso de alcohol y drogas, trastorno de desarrollo y por último, trastorno de la conducta en infancia. Así se fortalecería la atención primaria de salud para poder desocupar moderadamente la especialidad de psiquiatría.⁽⁴⁰⁾

En Panamá, los servicios de salud mental abarcan los criterios de planificación y manejo, estos están divididos en 14 regiones de salud, donde en cada una de estas hay un coordinador de Salud Mental. La atención primaria está conformada por los Centro de Salud de la Caja del Seguro Social, junto con los servicios de salud mental en los hospitales regionales y generales.

En el mismo tema de la educación, hay una diferencia sustancial en comparación a Costa Rica, puesto que Panamá si presenta un mayor porcentaje en capacitación a los policías que ronda entre un 50% a 81%. Finalmente, otro tema reforzado en la atención primaria, fue la promoción de la salud desde una perspectiva de prevención. Entre los individuos más vulnerables siempre se encuentran los que padecen de trastornos mentales, de aquí la importancia de los programas de reinserción social que potencializan todas las capacidades para definir un rol de vida, que mejore su calidad de vida hacia lo más normal posible.

Durante el 2006-2007, a nivel comparativo entre países, existen convenios de cooperación llamados estrategias de cooperación técnica entrepaíses (CTEP) . El primero es entre Cuba y Panamá sobre el Desarrollo de Políticas y Programas de Salud Mental. Mientras que el segundo es entre Panamá y Colombia, que abarcaba temas como la violencia de los entornos urbanos.

A modo de mejora, Panamá puede enfocarse en la mejora de algunos puntos para superar la poca disminución demostrada a lo largo de la comparación de años. En primer lugar, es necesario ampliar la inclusión en el sistema de salud para personas con discapacidad. De esta manera se fortalecería el lema “Salud igual para todos” Finalmente, también es primordial que se enfatice más la investigación médica, ya que este país presentó la mayor limitante en búsqueda de información, y ya es un hecho que ningún país puede avanzar sin una recopilación adecuada de sus datos.

La carga de enfermedad, en el 2020 según la OPS y sus estadísticas del trastorno depresivo, se encuentran divididas en géneros. Los AVAD en los hombres, toman la 6 posición con 397 por cada 100 000 habitantes, mientras que en las mujeres toman la 3 posición con 570 por cada 100 000 habitantes. La información de estos gráficos, coincide con estas estadísticas. ⁽⁴¹⁾

5.5 Argentina

En Argentina también se presenta el patrón de una leve disminución entre la comparación de los años 1990-2019, junto con el dato favorable que se presenta en el quinto puesto de todas las curvas. Justo en 1990 ocurre la declaración de Caracas, con representantes de América Latina y el Caribe, y que tenía por objetivo potencializar la atención primaria.

En base a esto, pocos años después ocurre la ley 2440 que es de los mayores logros, junto con la reforma antimanicomial en la Provincia de Río Negro. Esta garantizaba tanto tratamiento como rehabilitación para pacientes mentales en su propia comunidad.

Por su parte en la Provincia de Santa Fe, su ley establecía siempre explotar las opciones más liberadoras para el paciente primero, dejando el internamiento como última y breve opción. De la misma manera, en un ambiente de transformación a partir de 1993, la Provincia de San Luis tuvo una reforma convirtiendo un asilo de 120 camas por un Hospital comunitario escuela.

Uno de los problemas más grandes radica en el concepto de asilo. Estos lugares además de perder su verdadero enfoque, también cada vez parecían más insuficientes. Al inicio, su objetivo era la rehabilitación y protección de los pacientes, pero poco a poco se convirtió en un lugar de aislamiento y exclusión social.

Otro obstáculo de estos asilos neuropsiquiátricos era su ubicación, porque normalmente estaban ubicados en sitios apartados de la urbanización. Y por ende, menos permitía una conexión entre el resto de instituciones de salud. Debido a esto, para los familiares no había mucha accesibilidad, aumentando así el abandono de los pacientes. En el 2007, según el informe “Vidas arrastradas” habían unos 20 000 pacientes aislados en estos asilos monovalentes. Donde alrededor del 80% tenían una estadía de períodos de al menos un año. ⁽⁴²⁾

Entre otros temas relacionados con la psiquiatría destacan el consumo de sustancias y los intentos de suicidio. Lastimosamente estos no presentaban una consideración importante en el ámbito sanitario, razón por la cual no habían muchas políticas, ni mucho menos programas desarrollados. Finalmente, al igual que todos los países descritos anteriormente, era necesario el enfoque de estos desde la perspectiva en el primer nivel de atención.

Actualmente y desde el 2010, la ley vigente es la Ley Nacional de Salud Mental N 26627 que fue sancionada el 25 de noviembre y promulgada en diciembre. De hecho que para el 2013, de 8 países estudiados de América del sur, solo Argentina y Brasil habían desarrollado sus propias leyes. Incluso, para Argentina existe una Ley de Derecho a la Protección de Salud Mental que asegura un marco legal a todas estas políticas.

En este mismo año 2013, dos años después de su implementación se analizó los efectos causados hasta el momento. En el lado positivo, esta ley había influenciado en las áreas de Derechos Humanos de varias provincias, la elaboración de políticas. Además, junto a la creación de la

Procuraduría contra la Violencia Institucional, se pudo realizar retroalimentaciones sobre las condiciones de internamiento para los pacientes con padecimientos psiquiátricos. Mientras que por el otro lado, aunque se había alcanzado una disminución de internamientos en asilos, aún se necesitaba avanzar en los planes dirigidos a apertura de centros más comunitarios.

En este mismo tema, Argentina ha logrado mantener su curva pero aún le quedan aspectos por mejorar para disminuirla sustancialmente. A pesar de sus 162 manicomios y su política actual, se necesita más especificidad con los objetivos, recursos humanos, económicos y materiales. Y en la práctica de su atención primaria, necesita mejorar la calidad administrativa y su producción de información sanitaria.

Entre estos, aumentar los estudios epidemiológicos sobre la carga de morbilidad mental en su país, además de realizar investigaciones a toda la población en general para inferir con mayor generalidad el malestar psicológico presente. Actualmente existen trabajos en mayor cantidad enfocados para lugares como Buenos Aires y Córdoba.

En el 2020, según las estadísticas de la OPS en carga de enfermedad de trastorno depresivo, se encuentran divididas en géneros. Los AVAD en los hombres, toman la 6 posición con 435 por cada 100 000 habitantes, mientras que en las mujeres toman la 4 posición con 737 por cada 100 000 habitantes. Esto concordando con la información presentada en gráficos por parte del GBD.⁽⁴³⁾

5.6 Colombia

En el sexto y último lugar se encuentra Colombia, este país también hace parte del Plan de Acción de la OMS 2013-2020. Es por esto que en el 2018, con la Resolución 4886 este país adoptó la Política Pública de Salud Mental. En este caso, el problema no radica en la falta de

normas aprobadas de forma legal tales como: planes y programas, sino que la debilidad está en la falta de aplicabilidad y seguimiento diario.

En la Política Pública de Salud Mental, se desarrollan detalles tales como la definición de la salud mental. Esta es descrita como “una capacidad que poseen las personas y los grupos para interactuar entre sí y con el medio ambiente, la cual posibilita el logro de metas individuales y colectivas en concordancia con justicia y bien común” (44)

En temas de economía y materiales, estos se dirigen más a la atención primaria porque ahí está el enfoque, aunque también existen otras entidades externas tal como el Instituto de Salud Mental. Mientras que en el aspecto de recursos humanos, se describen los grupos interdisciplinarios compuestos por psiquiatras, psicólogos y entre otros.

Colombia entre sus objetivos presenta metas a corto, mediano y largo plazo. Entre estos, un 10% del presupuesto nacional de salud es dirigido a la salud mental, así permitiendo la totalidad de los afiliados con un acceso para tratar estas enfermedades. Esto por medio de que el 50% de los servicios de salud pueden tener su propio departamento de salud mental, es por esto que incluso para el 2018 ya existían alrededor de unas 1918 entidades.

De los pocos aspectos negativos en esta política, es la falta de claridad ante el entorno a curso de vida. Pero esto se relaciona propiamente a que la efectividad de la política depende de reconocer las problemáticas alrededor de la sociedad, incluyendo los grupos de riesgo de niños y adolescentes, población adulta y violencia.

En oposición, tenemos un mínimo de asuntos a tratar para avanzar hacia la mejora. Se dice que la salud mental es un tema controversial, ya que a la hora de tomar decisiones se contraponen el lado de los derechos humanos versus el económico, donde las opciones de tratamiento

comunitario son más costoeficaces. Además de esta paradoja, también se habla de que Colombia tiene un mayor enfoque de atención en salud en lo privado que el servicio público.

Sobre las barreras de acceso en la salud mental, estas se pueden dividir en dos: las demandas comportamentales y de oferta. Las demandas comportamentales son situaciones cercanas al paciente, como por ejemplo los estigmas o creencias personales, mientras que lo relacionado a oferta son aquellos aspectos que incluyen más al servicio médico tal como: tiempo de espera, horario o asuntos administrativos.

Según un estudio de Colombia en el 2016, lo predominante son los problemas por demanda comportamental con alrededor de un 64,8%. Algunas de las razones comunes en orden de los pacientes se encontraban frases como: “pensé que no era necesario consultar”, “fue descuido” o “no quería asistir”.⁽⁴⁵⁾

Entre los casos especiales analizados, se encontraban como los residentes de áreas rurales versus áreas civiles consultan menos por estos problemas de demandas comportamentales. De la misma manera, actúan los casados en contra de los solteros e igualmente con los pacientes no crónicos frente a los crónicos.

La depresión llega a definir la forma de actuar de las personas en todos los contextos, es por esto que se necesita abarcar desde una perspectiva global, y no solo desde la perspectiva psicofarmacológica. Ante esto como Colombia presenta el mejor escenario de todos, entonces es importante resaltar cuales han sido aquellas acciones exitosas para justificar sus estadísticas. Estas estrategias tienen por objetivos lograr una prevención más global mediante lugares tal como los hogares y escuelas. En primer lugar tenemos los programas de Fun Friends y Friends for life, enfocados en niños de pre-jardín y cuarto-quinto de primaria correspondientemente. Estos son aplicados en el ambiente escolar para disminuir la ansiedad desde cortas edades. Otro

programa es el Mental Health First Aid que incluye un rango más generalizado de edades, para ayudar a reconocer cuales son las primeras banderas ante las enfermedades mentales junto con una guía de ayuda.

La promoción de salud mental debería iniciar desde la infancia porque en ese lapso se podrían evidenciar muchos inicios de enfermedad mental, en esto se enfoca el programa Partners For Life. Además de estar enfocado en depresión, también toca temas relacionados externos como: suicidio y consumo de sustancias mediante sesiones interactivas.

Para los rangos de edad más avanzados como en adultos, es de suma importancia tener ambientes laborales sanos como es la finalidad del programa Guarding Minds. El trabajo representa un lugar donde las personas se desenvuelven la mayor parte del tiempo y se ha demostrado como alrededor de un 50% de las incapacidades se ve relacionada a estos dilemas, igualmente como las altas tasas de ausentismo.

Como se ha comentado anteriormente en otros países, aquí aún la demografía continúa siendo un tema relevante. Es por esto que se ha establecido una mayor cantidad de servicios en salud mental para adultos mayores, donde se ofrece desde asesorías hasta intervenciones psiquiátricas. El estigma representa uno de los mayores retos, que solo puede ser disminuido vía educación por medio de programas como Opening Minds. Esta huella debe ser eliminada incluso desde las perspectivas gubernamentales, para poder proteger los derechos de todos los habitantes, y aplicando así una máxima inclusión.

Siguiendo en el tema político, no todos pero algunos de estos pacientes se verán involucrados ante problemas judiciales, es por esto que entre los propósitos se incluye mejorar una reducción en la prevalencia de tipo de paciente. Una educación hacia el personal de los policías y jueces

es esencial, para poder clarificar cuales son los síntomas relacionados a una enfermedad, y por ende, permitir el debido proceso de tratamiento.

El programa Mental Health Policy, Planning and Service Development, Integrating People concuerda con que la piedra angular del diagnóstico ante temas mentales como la depresión es un personal bien entrenado en patologías así en atención primaria. La formación de profesionales y especialistas innovadores ayuda a poder ofrecer opciones más variables para el tratamiento.

El género como fue demostrado teóricamente, realmente hace una gran predisposición en este tipo de enfermedades. Es por esto la existencia de programas como: Women, gender and mental health: moving out of the shadows, que tratan desde la raíz de todas las posibles razones. Mientras que el hombre tiene más conflicto aceptando su situación y por ende hay mayor tardanza en las clínicas para diagnosticar en el momento adecuado, en las mujeres son bien sabidas las razones tales como enfrentar muchas responsabilidades de cuidado y estadísticamente soportar una mayor pobreza o situaciones como abusos sexuales y violencia.

En el curso de una enfermedad grave, existe como consecuencia las tasas de desempleo muy altas, por eso es que las opciones como pensiones por invalidez ayudan a estos pacientes. También se ofrece en el sistema de salud, algún tipo de institución para el refugio temporal de estos pacientes que incluya un cuidado personalizado y una mejor reintegración a la sociedad. Finalmente, la barrera geográfica representa otro de los grandes obstáculos en el avance de ayuda para estas enfermedades, más para lugares remotos como los rurales. Ante de esto los programas de E-Health vienen a ofrecer una mejora, usando la tecnología como un puente hacia soluciones.

Aunque frente a todas estas soluciones, el aspecto económico podría pensarse amenazado. Según un estudio en Colombia, específico en el costo de atención a adolescentes con intento de autoeliminación, se llegó a la conclusión que con el mismo costo de atención de un solo paciente, se podría realizar un programa enfocado hacia 16 personas, demostrando que más bien es mayor el beneficio.

En el 2020, la carga de enfermedad en trastorno depresivo, según las estadísticas de la OPS divididas entre géneros. Los AVAD en los hombres, toman la 6 posición con 354 por cada 100 000 habitantes, mientras que en las mujeres toman la 4 posición con 433 por cada 100 000 habitantes. . Esto permite afirmar con mayor certeza la información presentada en gráficos desde la fuente del GBD.⁽⁴⁶⁾

De manera de cierre y para todos los países, la prevención se puede dividir en tres tipos: en una universal o dirigida solo a la población en riesgo y hacia la población enferma. A lo largo de este trabajo nos hemos enfocado en la última, y por ende ahora también es necesario abarcar cuando el resto son aplicables según el caso.

Por ejemplo, para la universal se toman en cuenta acciones como la mitigación del fumado, porque es un factor que ha demostrado influir de alguna manera en enfermedades como la depresión y ansiedad. Mientras que para los grupos de factores de riesgo, claro está que no solo se toman como esencial las prescripciones médicas sino también las psicológicas, ya que tienen el mismo valor terapéutico.

CAPÍTULO 6: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

Después de realizar la investigación mediante la información brindada por el GBD podemos concluir lo siguiente:

- Incluyendo toda la información recolectada de los países, se afirma que la manera más eficaz de disminuir las estadísticas de la depresión es la utilización del nuevo concepto de salud enfocada a la atención primaria, o sea ya no es solo una perspectiva médica de tratamientos sino también desde mediante la inclusión de óptimas prevenciones y rehabilitaciones.
- Cuba aunque presenta una disminución continua de datos aún presenta el primer lugar, debido a varios factores sociales tales como: la historia del consumo de sustancias (tabaco y ron) en frecuentes pacientes causando patologías duales junto con la depresión. De manera general, además es conocido donde algunas culturas tal como la latina expresa más sus sentimientos más que otras como las europeas.
- Este país en específico también presenta problemas políticos donde se rigen por un bloqueo americano que afecta por ejemplo con un límite de todas las entregas de medicamentos. Por otro lado, la demografía de Cuba es otro aspecto negativo compartido con otros países como México, ya que la depresión en esta etapa de la vida es una enfermedad muy común.
- México, por su parte con un segundo lugar, más bien presenta un aumento de datos. El aspecto administrativo es de los más grandes a mejorar, empezando por una distribución de especialistas más justa, debido a la escasez actual junto con una mejor dispersión fuera de la zona urbana.

- El aspecto faltante por parte del gobierno también se ve involucrado en México, entre la pocas inspecciones, programas y capacitaciones, el punto más importante el presupuesto público. Como no se cuenta con el recomendado, ni mucho menos es tan alto, eso causa problemas con la infraestructura, la comunicación de instituciones y con las listas de espera. De igual manera, estos mismos problemas son los relacionados con Costa Rica.
- El tercer lugar pertenece a Costa Rica. Basado en lo mencionado anteriormente, este país es el ejemplo perfecto de un cambio de estrategia exitoso. El paso de un método no productivo como el farmacológico, hacia uno más integrado permitió poder descentralizar la salud mental solo enfocada en áreas especializadas, para una implementación en hospitales generales y mediante programas tal como el servicio diurno. Como resultado además, permitiendo una posible reevaluación para nuevas medidas ante la mejora de la estigmatización.
- Costa Rica presenta una influencia grande a nivel cultural, porque hay muchas zonas del país donde el estigma prevalece. Por ende, los temas de salud mental no toman la importancia que deberían ante mentalidades aún un poco conservadoras religiosamente e incluso hasta machistas.
- En el área de educación, hay dos aspectos que necesitan atención. En primer lugar, una mejora en el área de capacitación para los médicos de primer nivel para poder enfrentar los distintos escenarios. Y en segundo lugar, y compartido con muchos otros países como Panamá y Argentina, incentivar la investigación médica de estos temas.
- Panamá continua la lista, y lo que ha hecho en comparación de otros países es redirigir su dinero para los servicios comunitarios en mayor cantidad. Entre otras tácticas positivas han sido: más capacitaciones y estrategias de cooperación con otros países. En

el otro lado, Panamá también tiene en común la falta de investigación, pero en este país la importancia de su aplicación clínica incluso podría verse ejemplificada en el ámbito de pacientes discapacitados. Ya que una de sus metas actuales en su sistema de salud es la búsqueda de una mayor igualdad, con más estudios habrán más instrumentos científicamente comprobados para poderles ayudar.

- En el quinto lugar está Argentina, contaron con la ventaja de presentar una ley con mayor anterioridad a otros países pero que necesita mayor profundidad en detalles y exactitud. Entre lo positivo aún por conseguir, es lograr irradiar la real importancia en temas como drogas y suicidios, además de enfatizar en la idea que los asilos no son instituciones para desterrar a los pacientes, sino solo un medio de ayuda antes de volver a la sociedad.
- Finalmente en el último lugar y sexto lugar está Colombia. Este país presenta la ley bastante desarrollada, pero su fallo está en el uso de la cotidianidad. Incluso tienen más dirigido para la atención primaria, aunque se critica el hecho de lo privado ante lo público o la controversia de escoger entre lo económico versus el derecho humano. Igualmente a muchos países, su reto está en mejorar la aceptación ante enfermedades mentales.
- De manera generalizada, la carga de la enfermedad se divide entre prevalencia, incidencia y AVADS. El comportamiento de estas 3 variables tienen una misma relación entre ellas mismas, es decir dependiendo de los datos de prevalencia y incidencia, así mismo se comportarán los AVADS. Además, es oportuno mencionar como estos AVADS presentan similitudes entre los datos de plataformas de GBD y OPS en todos los países.

6.2 Recomendaciones

- A manera general, todos los países deberían revisar en las bases de datos artículos relacionados a salud mental, y motivar no solo a la investigación propia sino comparada con otras realidades de países.
- La realización de programas de concientización de enfermedades mentales, para el entendimiento de la patologías para combatir los estigmas, el proceso desde el diagnóstico hasta la rehabilitación junto con la importancia de la red de apoyo como acompañamiento.
- Educación a la población en general sobre signos de alarma, la esencialidad del apego al tratamiento y temas relacionados como: violencia (en adultos mayores, de pareja, etc), acoso laboral y burn out.
- La psicología es la mano derecha de todo bienestar de salud mental, y por eso debería ser necesario mensualmente para todo ser, pero debería ser más incentivado con mayor razón para los grupos de riesgo (adolescentes, trabajadores de salud y amas de casa entre otros). Para esto, ocupamos fortalecer nuestro sistema de salud para poder contar con una mayor cantidad de profesionales en el campo listos para apoyar.
- La clave para combatir por una salud mental sana es mediante la prevención. Es por eso que se necesitan instituciones que velen por los sanos: donde hayan programas para manejos de estrés, habilidades para realizar cambios de situaciones de vida impactantes o incluso manejo de relaciones interpersonales (papas- hijos, noviazgos, etc)
- Los métodos tradicionales de tratamiento son una formidable opción pero se necesita complementarlo con otras alternativas que potencien al paciente de otras múltiples

maneras tal como el ejercicio y el arte. Incluso así la socialización podría verse beneficiada.

- Desde la atención primaria, es necesario educar a todos los doctores generales en el manejo de la mayoría de patologías psiquiátricas. Entre las metas está capacitar a estos profesionales para lograr establecer una comunicación más empática con el paciente para lograr una entrevista certera. Además, enfatizar en la enseñanza de las herramientas necesarias por ejemplo las guías, para la realización de diagnósticos correctos. Finalmente, es otra opción recurrir a recursos tales como la creación de contenido visual para el consultorio y aprender.

BIBLIOGRAFÍA

1. Depresión [Internet]. [citado 6 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. Orozco WN, Baldares MJV. ABORDAJE DE LA DEPRESIÓN: INTERVENCIÓN EN CRISIS. :17.
3. Dantés HG, Castro V, Franco-Marina F, Bedregal P, García JR, Espinoza A, et al. La carga de la enfermedad en países de América Latina. *Salud Pública México*. enero de 2011;53:s72-7.
4. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, de Girolamo G, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med*. 26 de julio de 2011;9:90.
5. Miret M, Ayuso-Mateos JL, Sanchez-Moreno J, Vieta E. Depressive disorders and suicide: Epidemiology, risk factors, and burden. *Neurosci Biobehav Rev*. diciembre de 2013;37(10 Pt 1):2372-4.
6. McKeever A, Agius M, Mohr P. A Review of the Epidemiology of Major Depressive Disorder and of its consequences for Society and the individual. *Psychiatr Danub*. septiembre de 2017;29(Suppl 3):222-31.
7. Ouellet-Morin I, Fisher HL, York-Smith M, Fincham-Campbell S, Moffitt TE, Arseneault L. Intimate partner violence and new-onset depression: a longitudinal study of women's childhood and adult histories of abuse. *Depress Anxiety*. mayo de 2015;32(5):316-24.
8. Chen J, Cai Y, Cong E, Liu Y, Gao J, Li Y, et al. Childhood sexual abuse and the development of recurrent major depression in Chinese women. *PloS One*. 2014;9(1):e87569.
9. Goldman S. Developmental epidemiology of depressive disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. abril de 2012;21(2):217-35, vii.

10. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México [Internet]. [citado 7 de febrero de 2021]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000100011
11. Wagner FA, González-Forteza C, Sánchez-García S, García-Peña C, Gallo JJ. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Ment.* febrero de 2012;35(1):3-11.
12. Miranda BC, Gorbea MB, Roche RG, Pérez PV, Sánchez MH, Sagué KA. Síntomas referidos de depresión y ansiedad en la población de Cuba. *Rev Cuba Hig Epidemiol.* :11.
13. Stagnaro JC, Cía A, Vázquez N, Vommaro H, Nemirovsky M, Serfaty E, et al. Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina. 2018;25.
14. Posada-Villa J, Camacho J, Valenzuela J, Arguello Ospina A, Fajardo R. La epidemiología del trastorno depresivo mayor en el estudio nacional de salud mental, Colombia 2003. *Medicina (Mex).* 1 de septiembre de 2010;32:203.
15. Mendoza EA, McDonald AJ, Rivera ALD, Brandshaw R, Cumbreira A. Prevalencia, caracterización sociodemográfica, tratamiento y conductas de riesgo relacionadas a la Depresión en Panamá. En 2018.
16. Esquivel DM. Análisis de la relevancia de la política pública para la atención de la salud mental en Costa Rica. *Enferm Actual En Costa Rica* [Internet]. 1 de abril de 2014 [citado 9 de febrero de 2021];(26). Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/13699>
17. Ettman CK, Abdalla SM, Cohen GH, Sampson L, Vivier PM, Galea S. Prevalence of Depression Symptoms in US Adults Before and During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw Open.* 1 de septiembre de 2020;3(9):e2019686.

18. Luque R, Berrios GE. Historia de los trastornos afectivos. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2011;40:130S-146S.
19. OMS | Epidemiología [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 28 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/epidemiology/es/>
20. Placeres MR. Importancia de la carga de enfermedad debida a factores ambientales. *Rev Cuba Hig Epidemiol.* 25 de agosto de 2014;52(2):149-51.
21. Anaya TG. Entendiendo el uso y resultados del indicador “Años de vida ajustados por discapacidad”. *Rev Mex Análisis Político Adm Pública.* 2015;(8 (julio-diciembre 2015)):195-210.
22. Casañas R, Jól LL i. Promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales y lucha contra el estigma: estrategias y recursos para la alfabetización emocional de los adolescentes. *Rev Estud Juv.* 2018;(121):117-32.
23. GBD Compare | IHME Viz Hub [Internet]. [citado 2 de marzo de 2021]. Disponible en: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>
24. Espinosa AM. Salud Mental. *Rev Asoc Médica Bahía Blanca* [Internet]. 2018 [citado 3 de abril de 2021];28(1). Disponible en: <https://www.ambb.org.ar/ojs/index.php/RCAMBB/article/view/2>
25. Pérez-Padilla EA, Cervantes-Ramírez VM, Hijuelos-García NA, Pineda-Cortes JC, Salgado-Burgos H. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. *Rev Bioméd* [Internet]. 14 de junio de 2017 [citado 3 de abril de 2021];28(2). Disponible en: <http://revistabiomedica.mx/index.php/revbiomed/article/view/557>
26. Luna Reyes T, Vilchez Hernández E. DEPRESIÓN: SITUACIÓN ACTUAL. *Rev Fac Med Humana* [Internet]. 27 de septiembre de 2017 [citado 3 de abril de 2021];17(3). Disponible

en: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/1197>

27. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5. Quinta. España: Editorial Medica Panamericana; 2014.
28. Sancho GP, Brenes GS, Villalobos NDLC. Actualización sobre el trastorno depresivo mayor. *Rev Médica Sinerg.* 21 de diciembre de 2020;5(12):1-16.
29. Goena Vives J, Molero Santos P. (PDF) Distimia. Universidad de Navarra, España. 2019;12:5037-40.
30. Jiménez-Maldonado ME, Gallardo-Moreno GB, Villaseñor-Cabrera T, González-Garrido AA. La distimia en el contexto clínico. *Rev Colomb Psiquiatr.* abril de 2013;42(2):212-8.
31. Pérez Díaz R, Martín Carbonell M de la C, Riquelme Marín A. Depresión y factores psicosociales en personas mayores cubanas y españolas. 15 de diciembre de 2016 [citado 23 de junio de 2021]; Disponible en: <https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/1025>
32. Arzuaga A, Rosa C. La conducta suicida y sus factores de riesgo en Holguín, Cuba. *Correo Científico Méd.* septiembre de 2018;22(3):374-85.
33. Mental Health Country Profile - Cuba - PAHO/WHO | Pan American Health Organization [Internet]. [citado 20 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/documents/mental-health-country-profile-cuba>
34. Heinze G, Chapa G del C, Carmona-Huerta J, Heinze G, Chapa G del C, Carmona-Huerta J. Los especialistas en psiquiatría en México: año 2016. *Salud Ment.* abril de 2016;39(2):69-76.
35. Salud mental y atención primaria en México. Posibilidades y retos - ScienceDirect [Internet]. [citado 24 de junio de 2021]. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265671500205X>

36. Mental Health Country Profile - Mexico - PAHO/WHO | Pan American Health Organization [Internet]. [citado 20 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/documents/mental-health-country-profile-mexico>
37. Contreras-Rojas J, Henriette R. Foro sobre salud mental 2011, conclusiones y pasos futuros. Acta Médica Costarric. septiembre de 2013;55(3):132-8.
38. Echeverría CC, Vargas AM. EL SUICIDIO DESDE UN ENFOQUE PSICOSOCIAL Y DE SALUD COMUNITARIA: LOS RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO EN SANTA MARÍA DE DOTA, COSTA RICA. Anu Estud Centroam. 2017;26.
39. Mental Health Country Profile - Costa Rica - PAHO/WHO | Pan American Health Organization [Internet]. [citado 20 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/documents/mental-health-country-profile-costa-rica>
40. Aparicio V, Rodríguez J. Logros y pendientes de la reforma psiquiátrica en Panamá y Centroamérica de habla hispana. Medwave [Internet]. 1 de noviembre de 2012 [citado 20 de agosto de 2021];12(10). Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/RevisionTemas/5544>
41. Mental Health Country Profile - Panama - PAHO/WHO | Pan American Health Organization [Internet]. [citado 20 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/documents/mental-health-country-profile-panama>
42. Salud mental en la agenda de las políticas públicas de salud [Internet]. [citado 20 de agosto de 2021]. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000200002
43. Mental Health Country Profile - Argentina - PAHO/WHO | Pan American Health

Organization [Internet]. [citado 20 de agosto de 2021]. Disponible en:
<https://www.paho.org/en/documents/mental-health-country-profile-argentina>

44. Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica: un estado del arte [Internet]. [citado 20 de agosto de 2021]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-386X2016000200007&script=sci_abstract&tlng=es

45. González LM, Peñaloza RE, Matallana MA, Gil F, Gómez-Restrepo C, Landaeta APV. Factores que determinan el acceso a servicios de salud mental de la población adulta en Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr.* diciembre de 2016;45:89-95.

46. Mental Health Country Profile - Colombia - PAHO/WHO | Pan American Health Organization [Internet]. [citado 20 de agosto de 2021]. Disponible en:
<https://www.paho.org/en/documents/mental-health-country-profile-colombia>

GLOSARIO Y ABREVIATURAS

Organización Mundial de la Salud (OMS)

World Health Organization (WHO)

Global Burden of Disease (GBD)

Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) o (AVISA)

Disability-adjusted life years (DALYs)

Años de vida perdidos (AVP)

Años de vida vividos con discapacidad (AVD).

Inhibidores de la enzima monoaminoxidasa (IMAO)

Inhibidores selectivos de la recaptura de la serotonina (ISRS)

Inhibidores de la recaptura de serotonina y norepinefrina (IRSN)

Inhibidores de la recaptura de noradrenalina y dopamina (IRND)

Hormona liberadora de corticotropina (CRH)

Hormona adrenocorticotrópica (ACTH)

Factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF)

Factor liberador de corticotropina (CRF)

Grupo Operativo de Salud Mental y Adicciones (GOSMA)

Mental Health Gap Action Programme (mhGAP)

Estrategias de cooperación técnica entrepaíses (CTEP)

ANEXOS

DECLARACION JURADA

Yo Joecelyne Tatiana González Rojas , cédula de identidad número 1-1655-0135, en condición de egresado de la carrera de Medicina y Cirugía de la Universidad Hispanoamericana, y advertido de las penas con las que la ley castiga el falso testimonio y el perjurio, declaro bajo la fe del juramento que dejo rendido en este acto, que mi trabajo de graduación, para optar por el título de Licenciatura titulado “Carga de la enfermedad por trastornos depresivos en Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Colombia, Panamá 1990-2019” es una obra original y para su realización he respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derechos 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; especialmente el numeral 70 de dicha ley en el que se establece: “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, que conozco y acepto que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. Firmo, en fe de lo anterior, en la ciudad Aranjuez, el 30 de agosto del 2021

Joecelyne Tatiana González Rojas

A handwritten signature in black ink that reads "Joecelyne". The letters are cursive and connected, with a long vertical stroke for the letter 'y'.

CARTAS DE APROBACIÓN

CARTA DEL TUTOR

San José, 29 de agosto del 2021

Señores
Departamento de Registro
Universidad Hispanoamericana

Estimados señores:

El estudiante **JOECELYNE TATIANA GONZÁLEZ ROJAS**, cédula de identidad número **116550135** me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado **“CARGA DE LA ENFERMEDAD POR TRASTORNOS DEPRESIVOS EN COSTA RICA, MÉXICO, CUBA, ARGENTINA, COLOMBIA, PANAMÁ 1990-2019”** 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%	20%
C)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	30%
D)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	20%
E)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	20%
	TOTAL		100%

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

Atentamente,

MARIA
FERNANDA
ALVAREZ PINEDA
(FIRMA)

Firmado digitalmente por
MARIA FERNANDA
ALVAREZ PINEDA (FIRMA)
Fecha: 2021.08.29
11:49:22 -06'00'

Dra. María Fernanda Álvarez Pineda
2 0721 0894
Cód. 15636

CARTA DEL LECTOR

San José, 19 octubre 2021

Departamento de Registro
Universidad Hispanoamericana
Presente

Estimados señores:

La estudiante **JOECELYNE TATIANA GONZÁLEZ ROJAS**, cédula de identidad número **1-1655-0135**, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: **CARGA DE LA ENFERMEDAD POR TRASTORNOS DEPRESIVOS EN COSTA RICA, MÉXICO, CUBA, ARGENTINA, COLOMBIA, PANAMÁ 1990-2019**. 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 esenciales correspondientes a las observaciones indicadas.

Por consiguiente, este trabajo cuenta con los requisitos para ser presentado en la defensa pública.

Atentamente,

**KAREN
PATRICIA
JARA
ZUNIGA**
Dra. Karen Jara Zúñiga
Céd. 1-1368-0471
Cód. 13226

Firmado digitalmente por
KAREN PATRICIA
JARA ZUNIGA
Fecha: 2021.10.19
14:11:13 -06'00'

BIBLIOTECA UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

**CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA, LA
REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA
DE LOS TRABAJOS FINALES DE GRADUACIÓN**

San José,(FECHA)

Señores:
Universidad
Centro de Información Tecnológico (CENIT)

Estimados Señores:

El suscrito (a) ~~Joecelyne~~ Tatiana González Rojas con número de identificación 1-1655-0135 autor (a) del trabajo de graduación titulado "Carga de la enfermedad por trastornos depresivos en Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Colombia, Panamá 1990-2019" como requisito para optar por el grado de Licenciatura en Medicina y Cirugía, sí autorizo a la Biblioteca de la Universidad Hispanoamericana para que con fines académicos, muestre a la comunidad universitaria la producción intelectual contenida en este documento.

De conformidad con lo establecido en la Ley sobre Derechos de Autor y Derechos Conexos N° 6683, Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.

Cordialmente,



~~Joecelyne~~ Tatiana González Rojas
1-1655-0135