

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

MEDICINA Y CIRUGÍA

Tesis para optar por el grado académico
de Licenciatura en Medicina y Cirugía

**CARGA DE LA ENFERMEDAD POR TRASTORNO
DEPRESIVO MAYOR EN COSTA RICA EN EL
PERIODO 2000-2014**

Sustentante:

Ana Laura Angulo Bermúdez

Tutor:

José Daniel Pérez Fallas

2018

Índice de contenido

	Página
Índice de contenido	II
Índice de tablas	V
Índice de gráficos	VIII
Índice de figuras	X
Dedicatoria	XI
Agradecimientos	XII
CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	13
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
1.1.1 Antecedentes del problema	14
1.1.2 Delimitación del problema	16
1.1.3 Justificación	16
1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN.....	18
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	19
1.3.1 Objetivo general	19
1.3.2 Objetivos específicos.....	19
1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES.....	20
1.4.1 Alcances de la investigación.....	20
1.4.2 Limitaciones de la investigación	21

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	22
2.1 CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL.....	23
2.1.1 Carga de la Enfermedad:.....	23
Metodología utilizada para estimar la carga de la enfermedad:.....	25
2.1.2 Trastorno depresivo mayor.....	27
Etiología.....	28
Sintomatología:.....	30
Diagnóstico.....	31
Diagnóstico deferencial.....	33
Tipos de depresión:.....	37
Tratamiento.....	41
Depresión asociada a situaciones especiales:.....	50
2.1.3 Carga de la Enfermedad por trastorno depresivo mayor.....	56
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.....	60
3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN.....	61
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	62
3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO.....	63
3.3.1 Población.....	63
3.3.2 Muestra.....	63
3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión.....	63
3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	65
3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	66
3.6 Operacionalización de variables:.....	67
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	68
CAPÍTULO V:.....	105

DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	105
5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	106
CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	115
6.1 CONCLUSIONES	116
6.2 RECOMENDACIONES	118
BIBLIOGRAFÍA	119
DECLARACIÓN JURADA	122
CARTA DEL TUTOR	123
CARTA DEL LECTOR	124
CARTA DEL FILÓLOGO	125

Índice de tablas

	Página
Tabla 1: Factores de riesgo para trastorno depresivo mayor.	30
Tabla 2: Criterios diagnósticos de un episodio depresivo, según CIE 10.	32
Tabla 3: Criterios diagnósticos para depresión mayor DSM-5.	33
Tabla 4: Diagnóstico diferencial del trastorno depresivo mayor	35
Tabla 5: Criterios de gravedad de un episodio depresivo, según CIE-10.....	40
Tabla 6: Tasa de prevalencia bruta y estándar del trastorno depresivo mayor en ambos sexos para todas las edades en el periodo 2000-2014.	69
Tabla 7: Tasa bruta de prevalencia del trastorno depresivo mayor por género para todas las edades en el periodo 2000-2014.	71
Tabla 8: Tasa de prevalencia del trastorno depresivo mayor por grupo etario en todas las edades en el periodo 2000-2014.	73
Tabla 9: Tasa de prevalencia del trastorno depresivo mayor por grupo etario en ambos sexos en el periodo 2000-2014.	75
Tabla 10: Tasa de prevalencia del trastorno depresivo mayor por grupo etario en ambos sexos en el periodo 2000-2014.	77
Tabla 11: Tasa de prevalencia del trastorno depresivo mayor por grupo etario para ambos sexos en el periodo 2000-2014.	79
Tabla 12: Tasa bruta y estándar de años vividos con discapacidad (AVD) del trastorno depresivo mayor en ambos sexos para todas las edades en el periodo 2000-2014.	81
Tabla 13: Tasa bruta de años vividos con discapacidad (AVD) del trastorno depresivo mayor por género en todas las edades en el periodo 2000- 2014.	83

Tabla 14: Tasa de años vividos con discapacidad (AVD) del trastorno depresivo mayor por grupo etario en ambos sexos en el periodo 2000-2014.....	85
Tabla 15: Tasa de años vividos con discapacidad (AVD) del trastorno depresivo mayor por grupo etario en ambos sexos en el periodo 2000-2014.....	87
Tabla 16: Tasa de años vividos con discapacidad (AVD) del trastorno depresivo mayor por grupo etario en ambos sexos en el periodo 2000-2014.....	89
Tabla 17: Tasa de años vividos con discapacidad (AVD) del trastorno depresivo mayor por grupo etario en ambos sexos en el periodo 2000-2014.....	91
Tabla 18: Tasa de incidencia bruta y estándar del trastorno depresivo mayor en ambos sexos para todas las edades en el periodo 2000-2014.....	93
Tabla 19: Tasa bruta de incidencia del trastorno depresivo mayor por género en todas las edades en el periodo 2000-2014.....	95
Tabla 20: Tasa de incidencia del trastorno depresivo mayor por grupo etario en ambos sexos en el periodo 2000-2014.....	97
Tabla 21: Tasa de incidencia del trastorno depresivo por grupo etario en ambos sexos en el periodo 2000-2014.....	99
Tabla 22: Tasa de incidencia del trastorno depresivo mayor por grupo etario para ambos sexos en el periodo 2000-2014.....	101
Tabla 23: Tasa de incidencia del trastorno depresivo mayor por grupo etario en ambos sexos en el periodo 2000-2014.....	103

Tabla 24: Tasas máximas de prevalencia, AVD e incidencia por grupo etario en Costa Rica para ambos sexos en el periodo 2000-2014.....	110
Tabla 25: Tasas máximas y mínimas de prevalencia, AVD, incidencia por grupos etarios de 45 a 70 o más años para ambos sexos en Canadá, Chile, Costa Rica y México en el periodo 2000-2014.....	113

Índice de gráficos

	Página
Gráfico N° 1: Tasa de prevalencia bruta y estándar del trastorno depresivo mayor en todas las edades para ambos sexos en los periodos 2000-2014.....	70
Gráfico N° 2: Tasa bruta de prevalencia del trastorno depresivo mayor por género en todas las edades en los periodos 2000-2014.....	72
Gráfico N° 3: Tasa de prevalencia del trastorno depresivo mayor por grupo etario en ambos sexos en los periodos 2000-2014.....	74
Gráfico N° 4: Tasa de prevalencia del trastorno depresivo mayor por grupo etario en ambos sexos en el periodo 2000-2014	76
Gráfico N° 5: Tasa de prevalencia del trastorno depresivo mayor por grupo etario en ambos sexos en el periodo 2000-2014	78
Gráfico N° 6: Tasa de prevalencia del trastorno depresivo mayor por grupo etario en ambos sexos en el periodo 2000-2014	80
Gráfico N° 7: Tasa bruta y tasa estándar de años vividos con discapacidad (AVD) del trastorno depresivo mayor por género en todas las edades en el periodo 2000-2014	82
Gráfico N° 8: Tasas de años vividos con discapacidad (AVD) por trastorno depresivo mayor por género en todas las edades en el periodo 2000-2014.....	84
Gráfico N° 9: Tasa de años vividos con discapacidad (AVD) del trastorno depresivo mayor por grupo etario en ambos sexos en el periodo 2000-2014.....	86

Gráfico N° 10: Tasa de años vividos con discapacidad (AVD) del trastorno depresivo mayor por grupo etario en ambos sexos en el periodo 2000-2014.....	88
Gráfico N° 11: Tasa de años vividos con discapacidad (AVD) del trastorno depresivo mayor por grupo etario en ambos sexos en el periodo 2000-2014.....	90
Gráfico N° 12: Tasa de años vividos con discapacidad (AVD) del trastorno depresivo mayor por grupo etario en ambos sexos en el periodo 2000-2014.....	92
Gráfico N° 13: Tasa de incidencia bruta y estándar del trastorno depresivo mayor por género en todas las edades en el periodo 2000-2014.....	94
Gráfico N° 14: Tasa bruta de incidencia del trastorno depresivo mayor por género para todas las edades en el periodo 2000-2014.....	96
Gráfico N° 15: Tasa de incidencia del trastorno depresivo mayor por grupo etario en ambos sexos en el periodo 2000-2014.....	98
Gráfico N° 16: Tasa de incidencia del trastorno depresivo mayor por grupo etario en ambos sexos en el periodo 2000-2014.....	100
Gráfico N° 17: Tasa de incidencia del trastorno depresivo mayor por grupo etario en ambos sexos en el periodo 2000-2014.....	102
Gráfico N° 18: Tasa de incidencia del trastorno depresivo mayor por grupo etario en ambos sexos en el periodo 2000-2014.....	104

Índice de figuras

	Página
Figura 1: Fases de la depresión y fases del tratamiento	43

Dedicatoria

Este trabajo de investigación está dedicado a todas aquellas personas que se encuentran en este momento con depresión, para aquellos que no han logrado ver la luz al final del túnel, que llevan dolor en el alma en silencio, que sienten que no son escuchados, mal comprendidos, juzgados debido a esta condición.

“La depresión te roba la esperanza y sin esperanza no se puede vivir”

Luis Rojas Marcos-médico psiquiatra.

Agradecimientos

Quiero agradecer a mi tutor el doctor José Daniel Pérez Fallas, por su apoyo y tiempo brindado para la realización de este trabajo de investigación, a la doctora Patricia Hernández Cubillo médico psiquiatra por el apoyo brindado, durante este proceso, a la psicóloga clínica Jane Rosabal Camarillo, por el apoyo brindado.

Agradecer sobre todo a mis padres por su esfuerzo y dedicación, porque sin ellos no estaría donde me encuentro en este momento. A todas aquellas personas que con palabras de aliento hicieron posible que yo pudiera alcanzar mi meta.

Ana Laura Angulo Bermúdez

CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 Antecedentes del problema

Según Lara ⁽¹⁾, el hallazgo más notable del estudio de la carga global de la enfermedad de los años 90 es que los trastornos neuro psiquiátricos representaban más del 25% de los años de vida perdidos por mortalidad prematura (AVP) mundiales, el cual incluía 5 de 10 causas principales de discapacidad, dentro de ellas la depresión, la cual fue la primera causa de AVAD.

En 1997 en un estudio realizado por Murray y López ⁽²⁾ sobre la Carga de la Enfermedad, los trastornos mentales se encuentran en el quinto lugar dentro de las diez principales causas de los AVAD, de los cuales la depresión mayor ocupa el primer lugar de la lista.

En un reporte realizado por la OMS ⁽³⁾ en el año 2001, se estima que aproximadamente 450 millones de personas padecen de un trastorno mental, que esto representa cerca del 12.3% de la carga de la enfermedad, la cual podría aumentar a un 20% para el año 2020.

En el 2008 se publica el Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental por la OMS, creado con el fin de reforzar el compromiso para aumentar la asignación de recursos financieros y humanos para atención de los trastornos mentales neurológicos y por abuso de sustancias ⁽⁴⁾.

Se realiza un nuevo estudio de la carga global de la enfermedad para el año 2010 ⁽¹⁾, publicado hasta el año 2012, en el cual la depresión unipolar se divide en depresión mayor y distimia; se destacan hallazgos de este estudio que 9 de las 20 causas principales de discapacidad se encontraban las neuro-psiquiátricas dentro de ellas la depresión.

Para el 2010 la OMS estima que en el mundo existen más de 150 millones de personas que padecen de depresión ⁽⁵⁾.

Según datos de la OMS en el año 2015 en las Américas más de 50 millones de personas padecen de depresión, es equivalente al 5% de la población, actualmente la OMS ha estimado existen más de 300 millones de personas con depresión, que ha incrementado en más del 18% entre el 2005 y el 2015⁽⁶⁾.

En el 2001 en un estudio realizado por la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), se estimó que la depresión constituye el segundo lugar de causa de incapacidad laboral; ocupando el primer lugar entre los problemas mentales de los adultos en consultorios externos y segundo lugar entre atenciones psiquiátricas en salas de emergencias. Desde 1987 en Costa Rica, la depresión es el segundo diagnóstico más frecuente en los egresos hospitalarios psiquiátricos ⁽⁷⁾.

En el 2005 el Ministerio de Salud ⁽⁸⁾ realiza un estudio de carga de la enfermedad, en el cual los trastornos depresivos mayores ocuparon el 6,72% de los AVISA (años de vida saludables perdidos).

En Costa Rica esta enfermedad ha ido en aumento al igual que en otras regiones a través de los años, durante el año 2017 la Caja Costarricense del Seguro Social reportó un total de 463 egresos con diagnóstico de episodio depresivo y 181 con episodio depresivo recurrente ⁽⁹⁾.

1.1.2 Delimitación del problema

La investigación se realiza con información de obtenida de bases de datos de pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor, de ambos sexos, con edad para laborar, de todos los grupos étnicos, con registro de incapacidad por depresión, a nivel de Costa Rica en los periodos 2000-2014.

1.1.3 Justificación

La depresión es una enfermedad de carácter universal, afecta a personas de todo el mundo, sin distinguir la clase social, ni sexo, ni grupo etario. Es una patología la cual produce incapacidad en las personas al presentarse de manera crónica, presentando en el individuo una afectación en todas las áreas. Este padecimiento puede llegar a producir tanto daño en los pacientes a tal extremo que es causa de suicidio y de muchas enfermedades coexistentes.

Con el pasar de los años la depresión ha sido una enfermedad mal diagnosticada en centros de atención primaria, al igual que mal tratada; se ha estimado que más de la mitad de las personas que padecen de depresión a nivel mundial no han sido diagnosticadas y que la mitad de las personas diagnosticadas no han sido tratadas.

Esta patología a pesar de ser estigmatizada debido a que forma parte de los trastornos mentales es una enfermedad que con el pasar de los años ha mostrado un aumento a nivel mundial, la cual presenta cada vez más aumento en porcentaje en estudios sobre carga de la enfermedad.

La presente investigación se realiza con el fin de crear conciencia tanto en la población como en los trabajadores de atención primaria sobre la gravedad, y la necesidad de que esta enfermedad sea diagnosticada a tiempo, para evitar que se desarrolle su cronicidad y eventuales casos fatales. Con el presente estudio se pretende aportar información importante sobre el comportamiento de la depresión en Costa Rica, con el fin de que las autoridades en salud destinen mayores recursos para disminuir la carga de esta enfermedad.

1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la carga de la enfermedad por trastorno depresivo mayor en Costa Rica en el periodo 2000-2014?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo general

Analizar la carga de la enfermedad por trastorno depresivo mayor en Costa Rica en el periodo 2000-2014.

1.3.2 Objetivos específicos

- 1) Identificar la prevalencia del trastorno depresivo mayor según sexo y edad.
- 2) Conocer los años vividos con discapacidad (AVD) por trastorno depresivo mayor según sexo y edad.
- 3) Identificar la incidencia del trastorno depresivo mayor según sexo y edad.

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES

1.4.1 Alcances de la investigación

Con este trabajo de investigación se crea un acervo bibliográfico sobre la carga de la enfermedad por trastorno depresivo mayor en Costa Rica.

1.4.2 Limitaciones de la investigación

No se presentaron limitaciones para la realización de esta investigación.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

2.1.1 Carga de la Enfermedad:

Es la medida de pérdidas de salud que se otorgan a diferentes enfermedades y lesiones, en las cuales se abarcan las consecuencias mortales y discapacitantes ⁽¹⁰⁾, con esta se identifican necesidades en la salud, se pueden establecer las prioridades en intervenciones, para así crear intervenciones y programas, que favorezcan la salud de la población.

Las pérdidas en salud se cuantifican en el estudio de carga de la enfermedad con los años de vida ajustados por discapacidad, una suma de la medida de la salud de la población, la cual combina información sobre la mortalidad prematura que se expresa como años de vida perdidos e información sobre pérdidas de salud no fatales el cual se atribuye al tiempo perdido por estados peores que un estado completo de salud expresados como años vividos con discapacidad ⁽¹¹⁾.

En la última década del siglo pasado el estudio sobre carga de la enfermedad ha estado presente a nivel mundial, siendo un tema de gran interés de los sistemas de salud; beneficiando a América Latina en el uso y aplicación de estos procesos. Este estudio utiliza los años de vida saludables perdidos (AVISA), este indicador es el resultado de la suma de los años de vida perdidos por muerte prematura más los años de vida ajustados a la discapacidad ⁽¹²⁾.

Este mismo indicador (AVISA), es también denominado AVAD (Años de vida Ajustado por Discapacidad), por la mayoría de los investigadores ⁽¹³⁾. Para el cálculo de este indicador (AVISA) se requiere de la medición de ciertos parámetros, específicamente cuatro, los cuales van a ser ⁽¹⁴⁾:

- 1) Duración del tiempo perdido por muerte prematura (AVP).
- 2) El valor social del tiempo vivido a diferentes edades.
- 3) La tasa de descuento social.
- 4) Medición de los años de los años vividos asociados a discapacidad.

Dentro de los indicadores utilizados para los cálculos de los AVISA, se encuentran los siguientes:

- **AVP (Años de vida perdidos por Muerte Prematura):**

Es un indicador de la estimación de muerte prematura en base de una edad límite predeterminada, y la edad de la muerte ⁽¹⁵⁾. Se obtiene al multiplicar el número de muertes por grupo etario por la esperanza de vida estándar para la edad ⁽¹²⁾.

- **AVD (Años vividos con Discapacidad):**

Indicador del cálculo para el tiempo perdido debido a padecer una enfermedad con o sin secuelas ⁽¹⁰⁾. Se obtiene de la suma de la prevalencia de cada secuela asociada con la enfermedad multiplicándose por la ponderación de la discapacidad ⁽¹²⁾.

- **Prevalencia:**

Mide la frecuencia de los casos de una enfermedad en una población dada, esto quiere decir que la prevalencia es el número de casos que existe de personas enfermas en un momento determinado ⁽¹⁶⁾.

- **Incidencia:**

Número de casos nuevos de enfermos en un periodo determinado ⁽¹⁷⁾.

- **Mortalidad:**

Número proporcional de muertes en una población y tiempo determinados, señala el número de defunciones de una población por cada mil habitantes, en un periodo generalmente de un año ⁽¹⁸⁾.

Metodología utilizada para estimar la carga de la enfermedad:

Debido a que los estudios de carga de enfermedad se utilizan para analizar los estados de salud de la población, se requiere de conocimientos epidemiológicos, tanto en la metodología para el cálculo de los AVAD, como también en las patologías que se van a utilizar. Para poder comparar los estudios de carga de la enfermedad con estudios en otros países.

Murray ha descrito la manera adecuada de la metodología para estimar la carga de la enfermedad, la cual ha sido adaptada en algunos estudios de este tipo, de acuerdo con las necesidades de los países.

Para el cálculo de los AVP se van a necesitar dos variables, una sería el número de muertes atribuidas a la patología por edad y sexo, y la segunda sería un límite de referencia con el que se pueda determinar el número de años perdidos por muerte de acuerdo para la edad a la que se produce.

En los estudios de carga de la enfermedad el más utilizado es la tabla de Princeton West nivel 26 modificado (82,5 años para mujeres y 80 años para hombres).

Los AVP se van a obtener al sumar los resultados del número de muertes por cada edad y el residuo de la resta entre esa edad y una edad límite.

Para la realización del cálculo de los AVD, se requiere del conocimiento de la población, de la tasa de incidencia de la enfermedad, la duración media de la

enfermedad y la discapacidad que se atribuye a la misma, por edad y sexo. Existen tablas de referencia estándar para valores de discapacidad, también se puede estimar la misma a partir de paneles de discapacidad de acuerdo con la metodología de la OMS. En diversos estudios sobre carga de la enfermedad el valor de la discapacidad se encuentra entre 0 (salud plena) y 1 (muerte).

Existen valores sociales que pueden introducirse o no para el cálculo de los AVAD, dentro de ellas se encuentran ⁽¹⁹⁾:

- a) Preferencia temporal: Los años que se pierden por muerte o los años que se viven con discapacidad más próximos en el tiempo tienen mayor valor e iría decreciendo, dependiendo de la tasa de descuento, establecida en el 3% según el GBD (global burden disease).
- b) Ponderación por edades: Se ponderan las edades entorno a la edad a la que se viven los años prioritarios serán los años en edad productiva, los extremos de la vida (niñez y adultos mayores), no se toman en cuenta, en el GBD se establece como $K=1$.

Al introducir estos valores en el cálculo de los AVAD adquieren más valor las muertes y la discapacidad en edad adulta joven en el tiempo presente.

Cuando se realiza un estudio de carga de la enfermedad de algún padecimiento, se requiere realizar de manera minuciosa un análisis de las consecuencias mortales, y con ello se decide el código de mortalidad que se van a utilizar, para esta selección se utiliza en CIE-10.

El CIE-10 es uno de los estándares internacionales más utilizado para la elaboración estadística de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, presenta 3 volúmenes, el primero contiene la clasificación por aparatos, sistemas y

especialidades; el tomo dos presenta el manual de usuario, procedimientos para el registro, la codificación, selección de causa básica de defunción y selección de la afección principal en morbilidad, y, el tomo tres contiene el índice alfabético para cada término diagnóstico.

Los estudios de carga de la enfermedad son de mucha utilidad para conocer las consecuencias de una enfermedad en distintas poblaciones, analizar las alteraciones que se producen durante los cambios de una epidemia y reconocer los grupos más desfavorecidos, por otra parte, permiten establecer en que cantidad contribuye la patología a la pérdida de salud de la población, comparándola con otras causas de mortalidad y discapacidad.

También sirven de base para establecer prioridades en la intervención y tratamiento de las patologías, así como también determinar prioridades en la investigación de las enfermedades.

2.1.2 Trastorno depresivo mayor

El trastorno depresivo mayor, también conocido como depresión clínica o depresión unipolar, es una condición mental que se caracteriza por un estado de ánimo inevitable y continuo. Según la OMS-OPS ⁽²⁰⁾, el trastorno o episodio depresivo mayor refleja en el paciente una sintomatología como pérdida del interés, estado de ánimo deprimido, pérdida de capacidad de disfrute y una disminución de la energía.

Esta patología puede manifestarse en cualquier etapa de la vida, su incidencia aumenta durante el curso de enfermedades crónicas (cáncer, enfermedad coronaria, artritis reumatoide, enfermedad cerebro vascular, Parkinson, diabetes).

Este trastorno afecta ambos sexos, las mujeres presentan mayor probabilidad de ser diagnosticadas con depresión que los hombres; algunos científicos examinan algunas causas las cuales podrían explicar el mayor riesgo que tienen las mujeres de presentar depresión y también de muchos factores (genéticos, biológicos, químicos, ambientales, hormonales, sociales, psicológicos) que puedan contribuir a esto.

En los hombres la depresión se manifiesta de diferente manera que las mujeres, ellos tienden a sentirse más cansados, pierden el interés en su trabajo, familia, pasatiempos, se irritan más. Ellos con mayor frecuencia no buscan ayuda, no consultan ni admiten tener depresión y aunque las mujeres presentan mayor intento de suicidio, los hombres se suicidan más por depresión.

Etiología

Se dice que la depresión presenta una etiología compleja, multifactorial, la cual incluye factores genéticos y ambientales, los cuales se mencionan en la Tabla 1.

Para tratar de explicar un poco la etiología de la depresión a nivel biológico, la cual produce una serie de cambios a nivel estructural del cerebro (tabla 2), se mencionan algunas hipótesis que se describen a continuación ^(21,22):

- a) Hipótesis monoaminérgica:** Está hipótesis propone que la depresión se produce por un déficit de serotonina y noradrenalina, en el area emocional del cerebro (Límbica).
- b) Hipótesis del estrés crónico en la depresión:** Como respuesta al estrés crónico el trastorno depresivo presenta cambios en el sistema nervioso central.

- c) Hipótesis neurotrófica de la depresión mayor:** Una reducción en los niveles de las neurotrofinas (factor de crecimiento nervioso y factor neutrófico derivado del cerebro), influyen de manera negativa las regiones límbicas que forman parte en funciones cognitivas y el estado de ánimo.
- d) Hipótesis proinflamatoria de la depresión:** Tiene como base que las terapias inmunológicas producen efectos depresivos, y estudios realizados que muestran la disminución de citosinas proinflamatorias cuando se administran antidepresivos.
- e) Hipótesis del déficit del GABA en la depresión mayor:** Establece que los pacientes que presentan depresión tienen disminución de niveles de GABA a nivel plasmático, líquido cerebroespinal y en corteza cerebral.
- f) Hipótesis del glutamato en la depresión:** Esta hipótesis indica que en los pacientes que presentan depresión en áreas límbicas y corticales del cerebro existe una regulación anormal de la transmisión del glutamato.

Actualmente en investigaciones recientes se han identificado diferentes factores que han influenciado la presentación, evolución y la respuesta al tratamiento del trastorno depresivo mayor, lo que produce dificultosamente la elaboración de una hipótesis en la cual se pueda tomar en cuenta estos factores, ya que estos interaccionan de manera complicada ⁽²³⁾.

Tabla 1: Factores de riesgo para trastorno depresivo mayor.

Sexo	Predomina en mujeres
Edad	Mayor incidencia en adultos jóvenes
Antecedentes Personales	Depresión previa, soledad, coexistencia de enfermedades crónicas, cambios hormonales, intentos de suicidio, sedentarismo, enfermedades psiquiátricas.
Historia Familiar	Familiares en primer grado con antecedentes de depresión.
Acontecimientos estresantes	Abuso sexual, muerte de algún familiar o amigo, separación, divorcio, problemas legales, dificultades económicas, desempleo, etc.
Factores Bioquímicos	Asociación con neurotransmisores: Adrenalina, Serotonina, Dopamina.
Factores Endocrinos	Trastornos en el eje hipotálamo-hipofisario-tiroideo, secreción anormal de la hormona del crecimiento, hiperplasia hipofisaria y suprarrenal, hipersecreción de cortisol.
Factores Anatómicos	Alteraciones en hipotálamo, ganglios basales y sistema límbico.

Fuente: elaboración propia tomado de ^(21,22,23).

Sintomatología:

El trastorno depresivo mayor presenta un amplio espectro en su sintomatología, el cuál abarca los siguientes grupos de síntomas:

1. Emocionales o afectivos: apatía, irritabilidad, anhedonia, falta de energía, pesimismo, tristeza, retraimiento social.
2. Cognitivos: alteraciones de la atención y concentración, desesperanza, indecisión, baja autoestima, ideas de muerte o suicidio, pensamiento lento, sentimiento de culpa, alteración de la memoria reciente y a largo plazo, alteraciones en el juicio, alteraciones en la toma de decisiones, perturbación en la planificación y la organización.
3. Somáticos: pérdida del deseo sexual, síntomas gastrointestinales, dolor torácico, visión borrosa, disnea, palpitaciones, dolores articulares, cambios en el apetito, cambios de peso, cefalea, insomnio, hipersomnias, fatiga.

Los pacientes pueden experimentar también un aumento o disminución del apetito o del sueño. No es necesario que se presenten todos los síntomas para realizar un diagnóstico, pero es muy importante que el paciente presente por lo menos uno de los dos síntomas principales los cuales son: humor deprimido y Anhedonia ⁽²⁴⁾.

Diagnóstico

El diagnóstico de la depresión presenta muchos retos tanto conceptuales como clínicos. Se ha dicho que existe dificultades importantes al momento del diagnóstico, inclusive para los mismos psiquiatras, también se ha visto lo mismo en atención primaria, en donde la depresión ha sido sobre-diagnosticada, subdiagnosticada y tratada de manera insuficiente.

Aunque el diagnóstico es por clínica, existen escalas auxiliares creadas para la evaluación de la gravedad al inicio y la evolución del tratamiento ⁽²⁵⁾, algunas de ellas se mencionan a continuación: escala de valoración psiquiátrica de Hamilton (HAMD), inventario de depresión de Beck (BDI), escala de autoevaluación (Zung-SDS), escala de impresión clínica global (CGI-S) ⁽²⁶⁾.

Las escalas o cuestionarios tienen la función de aportar información que complementa la evaluación, pero no deben reemplazar la entrevista clínica.

Dentro de los criterios diagnóstico más utilizados tanto en la clínica como en investigaciones, se encuentran los criterios de la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE) y criterios de la american psychiatric association (DSM).

El CIE 10 presenta los siguientes criterios diagnósticos (tabla 2), en cualquier caso, cualquier episodio depresivo debe durar como mínimo dos semanas, y la presencia mínima de dos de los síntomas considerados propios de la depresión: ánimo depresivo, pérdida de interés y la capacidad de disfrute, fatigabilidad ⁽²⁷⁾.

Tabla 2: Criterios diagnósticos de un episodio depresivo, según CIE 10.

El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas

El episodio no es atribuible al uso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

Síndrome somático: algunos de los síntomas depresivos pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Habitualmente el síndrome somático se considera presente, cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características:

Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras.

- Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que normalmente provocan una respuesta.
 - Despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual.
 - Empeoramiento matutino del humor depresivo.
 - Presencia de enlentecimiento motor o agitación.
 - Pérdida marcada del apetito.
 - Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes.
 - Notable disminución del interés sexual.
-

Fuente de elaboración propia tomado de ⁽²⁷⁾.

El DSM-5 ⁽²⁸⁾ publicado en el año 2013, no presenta cambios significativos con respecto al DSM-IV en relación con el episodio depresivo mayor, con modificaciones para la descripción del estado clínico actual, caracterizado por un período no menor de dos semanas consecutivas, con manifestaciones de 5 síntomas, de las cuales por lo menos uno debe ser estado de ánimo depresivo y / o disminución del placer o interés por actividades diarias (tabla 3).

Tabla 3: Criterios diagnósticos para depresión mayor DSM-5.

Cinco o más de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer.

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.
- Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
- Pérdida importante de peso, sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución del apetito casi todos los días.
- Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
- Agitación o retardo psicomotor casi todos los días.
- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
- 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).
- Pensamiento de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan determinado para llevarlo a cabo.

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

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

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

Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.

Fuente: de elaboración propia tomado de ⁽²⁸⁾.

Diagnóstico deferencial

Se debe tener en cuenta que no todo lo que altere el estado de ánimo dará como resultado una depresión, ya que la ansiedad, angustia y tristeza forman parte de la respuesta fisiológica en el ser humano.

Durante la entrevista clínica y examen físico, se debe tomar en cuenta que existen patologías que presentan sintomatología depresiva, las cuales ayudan a descartar el trastorno depresivo como diagnóstico ^(25,29).

El diagnóstico diferencial debe centrarse en verificar si el trastorno depresivo se debe a una causa desconocida o si este se encuentra relacionado a alguna enfermedad, alteración mental, consumo de sustancias o al consumo de algún tratamiento médico (Tabla 4).

En los pacientes con sospecha de trastorno depresivo es de suma importancia descartar la presencia de Trastorno Bipolar, esto debido a que se han realizado estudios que evidencian que un cuarto o la mitad de los pacientes que reciben diagnóstico de Depresión en realidad presentan Trastorno Bipolar.

Ya que los pacientes con Trastorno Bipolar frecuentemente consultan cuando presentan los episodios depresivos; siendo importante hacer correctamente este diagnóstico diferencial ya que ambas patologías se manejan de manera diferente (29).

Tabla 4: Diagnóstico diferencial del trastorno depresivo mayor

Enfermedades Médicas	Trastornos Psiquiátricos	Fármacos	
<p>-Endocrinas y metabólicas: Hipotiroidismo, hipertiroidismo, hipoparatiroidismo, hiperparatiroidismo, Enfermedad de Cushing, enfermedad de Addison, diabetes, hipogonadismo, hiperprolactinemia, déficit de ácido fólico, Hipervitaminosis A, Déficit de vitamina B1, Déficit de vitamina B12, Déficit de niacina, Hipocalemia, Hipercalemia, Hipocalcemia, Porfiria, Gota.</p> <p>-Neurológicas: Enfermedad de Parkinson, Enfermedad de Alzheimer, Accidente cerebrovascular, Epilepsia, Demencias subcorticales, Esclerosis múltiple, Epilepsia temporal, Traumatismos craneoencefálicos, Corea de Huntington, Enfermedad de Wilson, Tumores cerebrales, Encefalitis, Lesiones medulares, Atrofias cerebrales.</p> <p>-Otras: Anemias, cardiopatías, infarto de miocardio, fibromialgia, lupus eritematoso sistémico, hipertensión arterial, hepatitis, cirrosis, apnea del sueño, cáncer, tuberculosis, sida, sífilis, insuficiencia renal, psoriasis, acné, artritis reumatoide, etc.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Angustia. -Histeria. -Demencias. -Psicosis exógenas. -Esquizofrenia. -Tristeza no patológica. -Duelo. -Anorexia Nerviosa. -trastornos Somatomorfos. -Trastorno Bipolar. -Trastorno Adaptativo. -Distimia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reserpina. -Metildopa. -Hidralazina. -Clonidina. -Propranolol. -Pindolol. -Calcioantagonistas. -Tiazidas. -Procainamida. -Hipocolesterolemiantes. -Acetazolamida. -Digital. -Levodopa. -Carbidopa. -Amantadina. -Estrógenos. -Progesterona. -Corticoides. -Hormona Adrenocorticotropa. -Vincristina. -Vinblastina. -Mitramicina. -Ciclosporina. -Estreptomina. -Griseofulvina. -Tetraciclinas. -Ampicilinas. -Sulfamidas. -Metronidazol. -Cimetidina. -Ranitidina. -Opiáceos. -Fenilbutazona. -Fenfluramina. -Benzodiacepinas. -Barbitúricos. -Butirofenonas. -Fenotiacinas. -Anfetaminas. -Metilfenidato. -Fenobarbital. -Haloperidol. -Interferón. -Teofilina. -Otros. 	
	<p>Drogas</p>		
	<ul style="list-style-type: none"> -Alcohol. -Cocaína. - Pasta base de cocaína. -Marihuana. -Anfetaminas 		

Clasificación de la depresión

La depresión mayor se encuentra en la clasificación de los trastornos del humor o afectivos (F30-F39), según el CIE-10, el episodio depresivo se encuentra en la Categoría F32, dividiéndose en:

- F32.0 Episodio depresivo leve.
- F32.1 Episodio depresivo moderado.
- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
- F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
- F32.8 Otros episodios depresivos.
- F32.9 Episodio depresivo no especificado.

La tabla 5 muestra los criterios de gravedad del episodio depresivo según el CIE-10.

Según el manual DSM 5 el trastorno depresivo mayor se clasifica de acuerdo con:

- Acontecimiento: único o recurrente.
- Intensidad: leve, moderada, severa, con síntomas psicóticos, y de acuerdo con el curso de la enfermedad (remisión parcial o total).
- Especificaciones clínicas: Síntomas ansiosos, mixtos, melancólicos.
- Hallazgos atípicos: Hallazgos psicóticos congruentes con el humor o no congruentes con el humor, con catatonía, de instalación en el periparto y con patrón estacional.

Tipos de depresión:

En la actualidad existen médicos y especialistas en salud mental que utilizan distintos nombres para hacer mención de los tipos de depresión, así por ejemplo para hablar sobre depresiones de carácter psicológico se van a referir a depresiones reactivas, leves o neuróticas, por otro lado, para mencionar las que requieren terapia farmacológica se habla acerca de depresiones psicóticas o somáticas.

Dentro de los subtipos de trastorno depresivo mayor descritos por el DSM 5 ⁽²⁸⁾ se encuentran:

TDM recurrente:

Este trastorno se caracteriza por presentar dos o más episodios de trastorno depresivo mayor con al menos dos meses seguidos sin depresión entre episodios; se presenta generalmente en la adolescencia o la adultez joven, las fases con episodios de estado de ánimo normal y episodios depresivos pueden durar meses o años.

TDM con características melancólicas:

Es una forma profunda de depresión severa, se caracteriza por sentimientos de tristeza y desesperanza los cuales son intensos y persistentes. Se diagnostica frecuentemente en pacientes mayores, se deben cumplir cuatro de los ocho criterios para su diagnóstico (pérdida de placer, falta de reactividad a eventos agradables, ánimo claramente deprimido, despertar temprano, retraso psicomotor o agitación, pérdida de peso, culpa excesiva).

TDM con síntomas psicóticos:

Tipo de depresión mayor grave la cual presenta rasgos psicóticos (delirios y/o alucinaciones), estas características pueden o no ser congruentes con el estado de ánimo. Dentro de los síntomas psicóticos se encuentran: oír o ver cosas o personas las cuales no están presentes (alucinaciones) y/o tener ideas o pensamientos falsos (delirios).

TDM con catatonía:

Forma de depresión mayor en la cual se presentan características catatónicas durante la mayor parte del episodio. Se deben presentar tres o más de los siguientes síntomas: estupor, catalepsia, flexibilidad cética, mutismo, negativismo, adopción de una postura, manierismo, estereotipia, agitación, muecas, ecolalia, ecopraxia.

TDM con inicio en el periparto:

En este tipo de depresión mayor los episodios del estado de ánimo se pueden manifestar durante el embarazo o en el posparto, denominándolos episodios del periparto; las mujeres con frecuencia sufren de ataques de pánico y ansiedad grave. Se ha mencionado que la mitad de los episodios de depresión posparto realmente inician antes del parto. Estos episodios que inician en el periparto pueden presentar o no características psicóticas. Se ha puesto en evidencia por medio de algunos estudios que síntomas del estado de ánimo, de ansiedad y desánimo puerperal aumentan el riesgo para depresión mayor posparto.

TDM con patrón estacional:

El patrón estacional se aplica solamente en el caso de trastorno depresivo mayor recurrente, teniendo como característica principal la aparición y remisión en

ciertas estaciones del año; este patrón debe suceder durante I menos dos años, con frecuencia se van a caracterizar por una notable presencia de energía, hipersomnias, sobrealimentación, aumento de peso y anhelo por los carbohidratos.

Las personas jóvenes presentan mayor riesgo de presentar episodios en invierno, la prevalencia varía con la latitud, edad y sexo.

Existen otros tipos de trastornos depresivos descritos en el DSM 5 ⁽²⁸⁾, los cuales se mencionan a continuación:

Trastorno depresivo persistente (distimia):

Es una depresión de menor intensidad que la depresión mayor, con un curso de dos años como mínimo, los síntomas tienden a persistir y suelen presentarse por largo tiempo. En este trastorno se agrupa la depresión mayor crónica.

Trastorno disfórico premenstrual:

Existe la presencia de al menos 5 síntomas depresivos (labilidad afectiva intensa, irritabilidad intensa, ánimo intensamente deprimido, ansiedad, tensión y/o sensación intensa de excitación o con los nervios de punta) los cuales se presentan una semana antes del inicio de la menstruación, estos síntomas son mínimos o desaparecen una semana después del periodo menstrual.

Trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos:

Existen una serie de medicamentos y o sustancias que pueden desencadenar una depresión ya sea por el uso, abuso o retirada brusca de estos, algunas de estas sustancias o medicamentos son: alcohol, fenciclidina, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, cocaína, anfetamina u otro estimulante, opiáceo, otros alucinógenos.

Tabla 5: Criterios de gravedad de un episodio depresivo, según CIE-10.

Criterios generales para episodio depresivo:

- El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
- El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

- Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.
- Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad para disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
- Falta de vitalidad o aumento de fatigabilidad.

Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:

- Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.
- Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.
- Cambios de la actividad psicomotriz con agitación o inhibición.
- Alteraciones del sueño de cualquier tipo.
- Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.

Puede haber o no síndrome somático:

- **Episodio depresivo leve:** Están presentes dos o más síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar con la mayoría de las actividades.
 - **Episodio depresivo moderado:** Están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.
 - **Episodio depresivo grave:** Deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C, con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.
-

Fuente: de elaboración propia tomado de ⁽²⁷⁾.

Tratamiento

El tratamiento del trastorno depresivo mayor es individualizado, debe cumplir con el objetivo de lograr la remisión total de la sintomatología, mejorando el bienestar y el funcionamiento del paciente.

Existen algunos modelos de atención para el trastorno depresivo que muestran mayor interés y son recomendados en diferentes guías dentro de ellas la guía NICE (Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica del Reino Unido), dentro de los cuales se destaca el modelo escalonado ⁽³⁰⁾.

Este modelo escalonado se encuentra estructurado con base en el tratamiento que se recomienda según el nivel de gravedad sobre depresión, este se describe a continuación:

- a) Depresión leve: Se brinda intervención menos intensiva, la cual consta de evaluación, apoyo, y psicoeducación para el paciente; la terapia que se recomienda es la terapia psicológica y en el caso de que el paciente lo requiera farmacoterapia. Dentro de las terapias de baja intensidad recomendadas en este primer escalón se encuentran: Programas de actividad física, autoayuda guiada y terapia de comportamiento cognitivo computarizada.
- b) Depresión moderada: En este escalón el tipo de intervención será, la terapia psicológica (terapia de pareja, activación conductual, comportamiento cognitivo, resolución de problemas, terapia interpersonal, entre otras), terapia farmacológica, y tratamiento combinado. Se busca brindar una intervención de intensidad intermedia.

- c) Depresión severa: Es el último escalón en el cual se busca la recuperación del paciente por medio de la terapia psicológica (depresión moderada), con estrategias farmacológicas (combinación de fármacos), una terapia combinada, o en los casos que el paciente presente resistencia al tratamiento se recomienda la terapia electroconvulsiva (TEC).

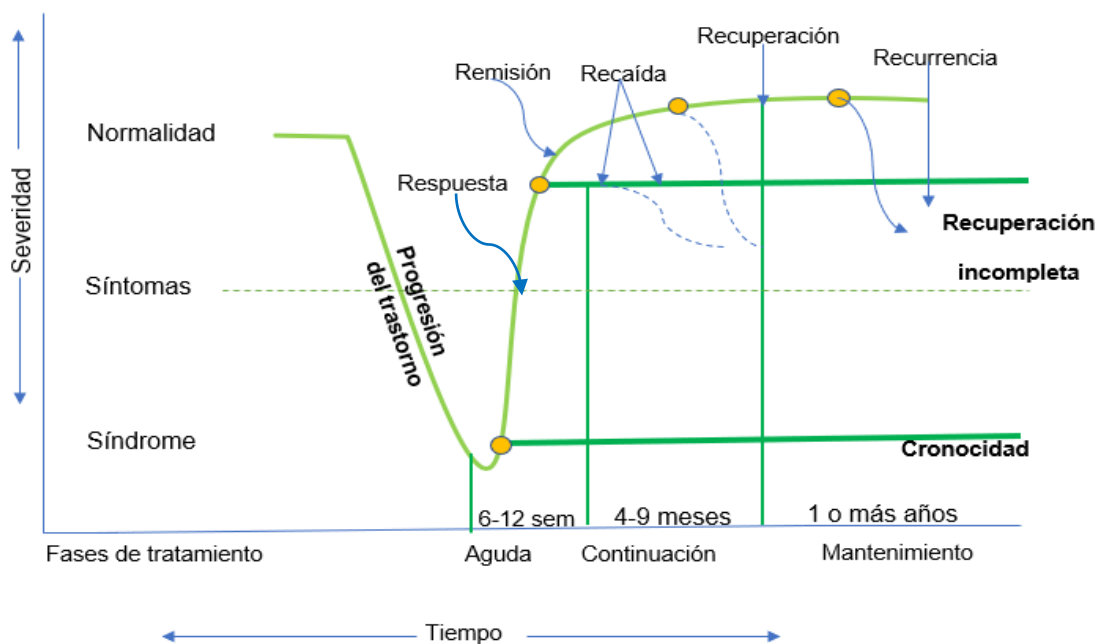
Existen una serie de términos que participan en la evaluación del tratamiento del trastorno depresivo mayor, los cuales se describen a continuación ^(24,31):

- a) **Respuesta**: Se refiere a la mejoría de la mitad de los síntomas de 6 a 12 meses, en la cual el paciente puede presentar una **respuesta parcial**: con más del 25% o menos del 50% en reducción de sintomatología, o el paciente no presenta respuesta (**sin respuesta**): Cuando existe disminución menor o igual al 25% en la sintomatología.
- b) **Remisión**: Relacionada con falta de sintomatología a partir de 6 meses de tratamiento. Puede existir una **remisión completa**: reducción mayor al 75% de sintomatología a niveles alcanzando la normalidad; y una **remisión parcial**: Con síntomas residuales, pero sin criterios de trastorno depresivo.
- c) **Recaída**: reaparición de sintomatología durante la remisión.
- d) **Recurrencia**: aparición de síntomas en la fase de mantenimiento (1 año).
- e) **Recuperación**: paciente asintomático durante 1 año o más.

El tratamiento antidepresivo se encuentra conformado de varias fases ⁽³²⁾:

- a) **Fase aguda:** Se busca lograr una remisión, en esta fase se debe mantener un control evolutivo en los siguientes 4-6 meses, el diagnóstico y tratamiento oportunos juegan un papel muy importante, el tratamiento durante esta fase será de al menos de 4-8 meses.
- b) **Fase de continuación:** En la cual se pretende proteger de la remisión, en esta etapa surgen las recaídas, por lo que es recomendable el seguimiento en consulta.
- c) **Fase de mantenimiento:** Se intenta prevenir de recaídas, se recomienda mantener el tratamiento mínimo 6 meses después de la remisión, se considera mantener tratamiento mínimo 2 años o indefinidamente a los pacientes con factores de riesgo para recaídas.

Figura 1: Fases de la depresión y fases del tratamiento



Fuente: elaboración propia tomado de ⁽²⁴⁾.

El manejo del plan de tratamiento debe ser integral, este consta de dos pilares fundamentales, los cuales se detallan a continuación:

Tratamiento farmacológico:

A la hora de elegir un antidepresivo se debe tomar en cuenta algunos factores relacionados con el medicamento y el paciente, como, por ejemplo: las características del episodio depresivo actual, efectos secundarios y toxicidad del fármaco, mecanismo de acción que predomina del medicamento, comorbilidades médicas y edad del paciente, al igual que las comorbilidades psiquiátricas, y la eficacia del fármaco demostrada en un episodio anterior.

El tratamiento farmacológico se reservará para casos moderados y severos, debido a que según investigaciones los fármacos son más efectivos en episodios graves⁽³³⁾, en algunos casos que sean específicos en episodios leves. Independientemente del mecanismo de acción los antidepresivos tienen como objetivo común, la regulación de neurotransmisores.

Fármacos:

Antidepresivos Tricíclicos (ADT):

Utilizados desde la década de los 60, aunque poseen una eficacia realmente establecida para tratar la depresión, sus efectos adversos hacen que sean poco tolerados⁽²¹⁾, presentan las mayores tasas de abandono y mayor peligro de intoxicación, a continuación, se nombran algunos medicamentos pertenecientes a este grupo:

- a) Imipramina: 150-300 mg por día, dosis máxima 300 mg.
- b) Amitriptilina: 150-300 mg por día, dosis máxima 300 mg.
- c) Clomipramina: 100-250 mg por día, dosis máxima 300 mg.
- d) Nortriptilina: 50-150 mg por día, dosis máxima 150 mg.

Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS):

Presentan alteraciones gastrointestinales como efectos adversos más comunes, son mejor tolerados que los tricíclicos y poseen mayor seguridad en sobredosis, algunos autores los recomiendan como fármacos de primera línea.

- a) Sertralina: 50-200 mg por día, dosis máxima 300 mg.
- b) Paroxetina: 20-40 mg por día, dosis máxima 50 mg.
- c) Fluoxetina: 20-60 mg por día, dosis máxima 80 mg.
- d) Escitalopram: 10-20 mg por día, dosis máxima 30 mg.
- e) Citalopram: 20-40 mg por día, dosis máxima 40 mg.

Inhibidores de la Monoaminooxidasa (IMAO):

Existen dos tipos los A y los B, los cuales trabajan con diferentes sustratos, poseen potentes interacciones con algunos fármacos (anestésicos, serotoninérgicos, etc.)⁽³²⁾. Dentro de este grupo se mencionan:

- a) Isocarboxazida: 10-40 mg por día, dosis máxima 60 mg.
- b) Tranilcipromida: 30-60 mg por día, dosis máxima 60 mg.

Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina y noradrenalina (ISRSN):

Son conocidos como antidepresivos duales, ya que inhiben el transportador de serotonina y el transportador de noradrenalina.

- a) Venlafaxina: 75-225 mg por día, dosis máxima 375 mg (pacientes internados).
- b) Duloxetina: 60-120 mg por día, dosis máxima 120 mg.
- c) Desvenlafaxina: 50-100 mg por día, dosis máxima 200 mg.

Inhibidores selectivos de la recaptura de noradrenalina (ISRN):

Inhiben el transportador de noradrenalina, poseen efectos antidepresivos y ansiolíticos; dentro de sus efectos adversos más comunes se encuentra: disfunción sexual, náuseas, insomnio, ansiedad, hiporexia, mareo, boca seca.

- a) Reboxetina: 8 mg por día, dosis máxima 12 mg.
- b) Atomoxetina: 40 mg por día por 7 días, dosis de mantenimiento de 40-100 mg, dosis máxima 100 mg.

Antagonistas de receptores de melatonina (AMT):

Dentro de este grupo se encuentra el fármaco agomelatina, con propiedades antidepresivas y ansiolíticas, con agonismo de los receptores de melatonina MT_1/MT_2 y antagonista de receptores $5HT_{2c}$, efectos secundarios comunes: somnolencia, cefalea, mareo, náuseas.

Según Díaz⁽³⁴⁾ la agomelatina es un medicamento igual de efectivo que otros antidepresivos para mejorar los afectos negativos (humor deprimido, ansiedad, sentimiento de culpa); y ayuda a recuperar afectos positivos (motivación, entusiasmo, capacidad de disfrutar).

- a) Agomelatina: 50 mg por día, dosis máxima 50 mg.

Antidepresivos multimodales (MM):

El fármaco perteneciente a este grupo es vortioxetina, con un mecanismo de acción complejo y único, ya que aumenta los niveles de serotonina al inhibir los transportadores de serotonina, actúa sobre diversos subtipos de receptores de serotonina lo cual le confiere características específicas, permitiendo darle la cualidad de antidepresivo multimodal.

Dentro de los efectos adversos más comunes se encuentran: boca seca, cefalea, náusea, mareo. De los subtipos de receptores de serotonina en los que actúa este medicamento se menciona: 5HT_{1A}, 5HT_{1B}, 5HT_{1D}, 5HT₃ Y 5HT₇.

a) Vortioxetina: 10-20 mg por día, dosis máxima 20 mg.

Inhibidor de la recaptura de noradrenalina y dopamina (IRND):

El fármaco perteneciente a este grupo es el Bupropión, está indicado en depresiones con apatía, fatiga y alteraciones en la concentración, esto se debe a que es un fármaco estimulante y activador. Dentro de los efectos adversos se encuentra: boca seca, convulsiones, cefalea, náuseas, estreñimiento, insomnio, sudoración.

Este fármaco actúa inhibiendo el transportador de noradrenalina y dopamina, produciendo un aumento en la concentración de la dopamina y noradrenalina, al no presentar acción con la serotonina va a carecer de efectos adversos tal es el caso de la disfunción sexual.

a) Bupropión: 300 mg por día en dos tomas, dosis máxima 450 mg.

Benzodiazepinas e hipnóticos:

Fármacos indicados cuando el paciente presenta episodios de insomnio o ansiedad, no se recomienda su uso por más de 4 semanas.

Tratamiento psicológico:

En la actualidad existen diferentes tipos de terapia psicológica, utilizadas como parte del tratamiento de depresión ⁽³⁵⁾, dentro de estos tipos de terapia se describen las siguientes:

Terapia cognitivo conductual (TCC):

Su objetivo principal es corregir conductas disfuncionales, pensamientos negativos alterados que se asocian a situaciones específicas y conductas

desadaptativas asociadas con la depresión. Es estructurada, limitada en tiempo, con una duración entre 15 y 20 sesiones de 50 minutos de frecuencia semanal, aunque puede extenderse dependiendo la gravedad.

Activación conductual:

Es una terapia estructurada y corta, en la cual se emplean distintas técnicas conductuales que tienen como objetivo que el paciente procure aprender a organizar su vida y modificar su entorno para que pueda recobrar el reforzamiento positivo.

Terapia de resolución de problemas:

Este tipo de terapia es estructurada y limitada en el tiempo, su objetivo principal es encontrar mejoras en estrategias de afrontamiento y desarrollar conductas para afrontar problemas específicos.

Terapia de pareja:

Se define como una intervención psicológica limitada en el tiempo, la cual se origina del modelo del proceso interaccional en relaciones, esta terapia tiene como objetivo el cambio en la naturaleza de las interacciones, ayudando a que los pacientes tengan más apoyo y menos relaciones conflictivas. Provee de soporte a las parejas, en la comprensión de los efectos que pueden causar las interacciones de cada uno en el desarrollo o mantenimiento de la sintomatología.

Debido a que esta terapia no es específica para tratar el trastorno depresivo, algunos investigadores hacen hincapié en su recomendación en pacientes con depresión, ya que la pareja puede influir en el inicio, mantenimiento o agravamiento y resolución de la depresión.

Terapia interpersonal (TIP):

Tiene como objetivo la identificación de problemas interpersonales que presenta el paciente con la familia, los amigos, compañeros entre otros.

Counselling (Asesoramiento psicológico):

Esta terapia incluye distintas intervenciones de las cuales su meta es que el paciente obtenga capacidades para explorar, describir y buscar diferentes formas de bienestar.

Terapia psicodinámica:

Con esta terapia se pretende explorar conflictos de la actualidad y del pasado del paciente, teniendo como objetivo la interpretación de estos y trabajar en ellos.

Otras terapias:

Ejercicio:

Según diferentes investigaciones como terapia para el trastorno depresivo mayor se pueden realizar tanto ejercicios aeróbicos (nadar, caminar, correr, andar en bici, etc.), así como también ejercicios de alta resistencia o anaeróbicos (hacer pesas, carreras de velocidad, etc.). En lo que respecta a frecuencia y duración lo recomendable es como mínimo tres veces por semana, con una duración de 30 o 60 minutos por sesión.

Se debe tomar en cuenta que no todos los pacientes son iguales, por lo que se recomienda realizar ejercicio de manera gradual. Se ha visto que el ejercicio disminuye los síntomas depresivos, aumentado la neurogénesis cerebral por medio de la producción de B- endorfinas, factor de crecimiento endotelial vascular, neurotrofinas y serotonina.

Terapia electroconvulsiva (TEC):

También llamada terapia de electroshock, en la cual se aplica corriente eléctrica en el cráneo por medio de electrodos durante pocos segundos, la cual produce una convulsión cerebral corta sin dolor; generando así los mismos cambios cerebrales producidos por los antidepresivos.

Se indica en casos de personas que presenten depresión mayor severa resistente a tratamientos convencionales. Generalmente se aprecia una respuesta después de 6 a 12 sesiones en promedio, con una frecuencia de 2 a 3 sesiones por semana.

Depresión asociada a situaciones especiales:

Depresión en niños y en el adolescente:

La prevalencia en niños suele ser al contrario que en la etapa adulta, los niños tienden a presentar una prevalencia mayor que en las niñas; la irritabilidad suele ser el síntoma de depresión en la primera infancia.

Dentro de los síntomas observables en niños con depresión se encuentran: Llanto inmotivado, quejas somáticas, detenciones del desarrollo, rechazo escolar, irritabilidad, agitación psicomotriz, agresividad, apatía, tristeza, bajo rendimiento, pobre adaptación escolar, indecisión, astenia o fatiga, pérdida de energía, cambios en el apetito, trastornos del sueño, ideas de muerte recurrente.

En adolescentes la prevalencia del trastorno depresivo mayor tiende a ser mayor en mujeres, se observa un curso crónico de la enfermedad el cual es fluctuante, esto quiere decir que el paciente presentará altos y bajos en el transcurso de la enfermedad.

Los síntomas característicos en esta etapa son la apatía y anhedonia, al igual que en los niños los adolescentes pueden presentar otros síntomas, incluyendo los presentes en la niñez y otros como, por ejemplo: retraimiento social con hipersensibilidad, ideas de muerte y suicidio, planes suicidas, conducta negativista, desinterés por autocuidado.

Va a ser frecuente en los adolescentes que el trastorno depresivo se asocie a trastornos disociales, trastornos por déficit de atención, trastornos de ansiedad, trastornos por abuso de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria.

El diagnóstico diferencial de niños y adolescentes con trastorno depresivo abarca: trastorno bipolar, trastornos no afectivos (conducta, ansiedad, aprendizaje), diabetes, anemia, epilepsia, lupus eritematoso, cáncer, SIDA, hipotiroidismo, ansiedad de separación, anorexia nerviosa, abuso de sustancias, entre otros.

Los antidepresivos de primera línea en niños o adolescentes con depresión moderada a grave son los inhibidores de la recaptación de serotonina (fluoxetina, sertralina, escitalopram), el tratamiento recomendado en depresiones leves o moderadas es la terapia combinada (fármacos y terapia psicológica), en casos de depresión leve el tratamiento indicado es la terapia psicológica (Cognitivo-conductual, terapia familiar, terapia interpersonal).

Depresión en adultos mayores:

El trastorno depresivo es considerado uno de los principales problemas mentales en adultos mayores, es muy común y puede pasar por alto en este grupo etario ya que la tristeza no es síntoma principal en algunos adultos mayores; este trastorno presenta una sintomatología atípica.

Dentro de la sintomatología que presentan las personas de tercera edad con depresión se mencionan: irritabilidad, ansiedad, insomnio, baja autoestima, dependencia, agitación, pensamientos suicidas, pérdida de peso, anorexia, pérdida de interés en actividades, pesimismo, sentimiento de inutilidad; las mujeres de este grupo etario suelen presentar cefalea, vértigo, artralgias, pensamientos y movimientos lentos.

Se ha subvalorado esta enfermedad en ancianos debido al tabú que existe que la depresión es parte del proceso normal del envejecimiento, sin entender que esta se encuentra en estrecha relación con la calidad de vida en personas de tercera edad.

Los adultos mayores que presentan depresión por primera vez pueden mostrar alteraciones a nivel cerebral (isquemia) y alteraciones a nivel corporal (cáncer, Parkinson, diabetes, enfermedades cardíacas); el trastorno depresivo puede producir que las comorbilidades se agraven o estas comorbilidades pueden desencadenar el trastorno depresivo. Los medicamentos para las comorbilidades pueden propiciar efectos adversos que contribuyen a la depresión.

Algunos investigadores señalan que existen factores que aumentan el riesgo para que un adulto mayor presente un cuadro depresivo, dentro de los que se encuentran: institucionalización, vivir solos, falta de ingresos, abandono familiar,

enviudar, enfermedad, discapacidad de la pareja, estructura de la personalidad, aprendizaje de respuestas a situaciones de tensión, predisposición biológica, falta de actividades laborales, falta de actividades de recreación, formas de violencia, crisis propias de la edad, muerte de allegados o familiares.

Se menciona que las personas de tercera edad presentan mayor riesgo de suicidio, en Estados Unidos los hombres blancos de 85 años o más presentan el mayor índice de suicidios. En esta etapa de la vida las diferencias de sexo por depresión no son significativas.

Dentro de las consecuencias del trastorno depresivo en personas adultas mayores se ha mencionado mayores tasas de morbilidad, discapacidad física y social peor pronóstico para el restablecimiento y mayores visitas al médico.

El tratamiento farmacológico de primera línea en adultos mayores son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; se deben evitar los fármacos cardiotóxicos.

Depresión y comorbilidad con enfermedades médicas:

Existen enfermedades (mal de Parkinson, accidentes vasculares cerebrales), las cuales producen cambios a nivel cerebral que en algunas situaciones pueden tener repercusión en la depresión, así como también la ansiedad y el estrés de muchas patologías pueden producir depresión. Se ha mencionado que las personas portadoras de depresión y otras patologías tienden a presentar síntomas más graves en ambas.

Dentro de las enfermedades crónicas que se asocian a la presencia de trastorno depresivo se mencionan las siguientes: cáncer, diabetes, epilepsia, esclerosis múltiple, enfermedad coronaria, derrame cerebral, Alzheimer, VIH o SIDA, enfermedad de Parkinson, lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide.

Depresión en el entorno laboral:

El trastorno depresivo es la causa principal de reducción en la productividad, aumento de días remunerados, retiro prematuro, abstencionismo laboral, e incremento de accidentes laborales.

Existen algunos tipos de asociaciones del trabajo con el trastorno depresivo, se describen a continuación ⁽³⁶⁾:

- Trabajo como la causa de la depresión: El trabajo es un factor de riesgo debido a causas psicosociales, organizacionales laborales que desencadenan estrés laboral. Al igual que condiciones medioambientales que no se óptimas en el área de empleo como la mala iluminación, reducción de espacios, poca o nula ventilación, contaminación sónica. Las personas que sufren hostigamiento laboral pueden presentar trastorno depresivo, al igual que las personas que se encuentran desempleados.
- Depresión como secuela laboral: Los empleados pueden presentar trastorno depresivo como secuela de un accidente laboral o debido a estrés postraumático.
- Depresión como riesgo laboral: Muchos empleados con trastorno depresivo que presenten irritabilidad, insomnio, enlentecimiento, falta de memoria o concentración y descuido de imagen; pueden tener conflictos con jefes, compañeros de trabajo, somnolencia diurna que puede generar accidentes,

pueden generar también pérdida de productividad y de jornadas laborales, un aumento en la cantidad de errores y pérdidas de oportunidades para promoción laboral.

- Las terapias de tratamiento para depresión pueden ser un riesgo laboral, esto debido a que el paciente puede estar medicado con benzodiazepinas las cuales producen somnolencia y pueden producir accidentes laborales, incumplimiento de horarios y pérdidas en la productividad, ya sea por la sedación o por disminución de los reflejos.

En algunas investigaciones se ha mencionado que las personas que presentan un riesgo elevado de padecer trastorno depresivo son aquellos trabajadores con elevado número de horas de trabajo, mayor cantidad de turnos de noche, con altas exigencias y demandas psicológicas; también aquellos trabajos que presenten escasa autonomía.

La depresión en el entorno laboral representa una elevada carga tanto para el paciente como para las empresas y sistemas de salud.

Depresión y suicidio:

El trastorno depresivo constituye un importante factor de riesgo para el suicidio, muchas investigaciones señalan a que existe una estrecha relación entre la ideación suicida y la depresión; los pensamientos de auto lesión o suicidio son comunes en pacientes con depresión.

Los hombres tienden a consumar más suicidios que las mujeres, pero estas realizan mayores intentos suicidas. El grupo etario de 15 a 29 años es el que presenta un riesgo mayor; es la primera causa de muerte en personas de 15 a 44

años en algunas regiones y la segunda causa de 10 a 24 años; el intento de suicidio es 20 veces mayor que el suicidio consumado ⁽³⁷⁾.

Las personas con trastorno depresivo mayor tienen una probabilidad de riesgo suicida 20 veces más alta que las personas que no presentan este trastorno y un 15% de ellas muere después de una tentativa de suicidio ⁽³⁸⁾.

Se ha mencionado que existe mayor riesgo de suicidio con el tratamiento inicial de antidepresivos, se ha descrito que en algunos casos los niños, adolescentes y adultos jóvenes menores de 25 años, pueden tener pensamientos o comportamientos suicidas con la administración de este tipo de medicamentos durante las dos primeras semanas.

En pacientes con ideación suicida el tratamiento de primera elección para el trastorno depresivo son los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, nunca administran antidepresivos tricíclicos debido a que pueden ser mortales por el riesgo de sobre dosis.

2.1.3 Carga de la Enfermedad por trastorno depresivo mayor

El trastorno depresivo es una enfermedad frecuente en todo el mundo, según datos de la organización mundial de la salud más de 300 millones de personas se ven afectadas con esta patología, esta enfermedad presenta una carga la cual va en aumento.

En el estudio de GBD del año 2015 ⁽³⁹⁾, se describe un aumento del 18% en el total de personas con trastorno depresivo, a nivel mundial entre el 2005 y el 2015; el trastorno depresivo se ha convertido en un problema de salud pública, esto

debido a la carga de enfermedad que genera, siendo la mayor, la discapacidad que produce.

La OMS indica que la depresión es la primera causa de AVAD en mujeres y la tercera en hombres.

Según el atlas de salud mental ⁽⁴⁰⁾, de la cantidad total de pacientes con trastornos mentales graves por 100.000 habitantes tratados en servicios hospitalarios de salud mental, 30 pacientes presentan depresión de moderada a grave; de los pacientes tratados en servicios ambulatorios de salud mental (atención primaria), corresponde a 220 pacientes con depresión moderada a grave por cada 100.000 habitantes, siendo este el trastorno mental grave más tratado.

Tanto las enfermedades mentales como neurológicas representan un 22% de la carga total de enfermedades en América Latina y el Caribe, lo cual produce un incremento en la carga de la enfermedad en morbilidad, mortalidad y discapacidad, la depresión se encuentra en los primeros cinco diagnósticos que producen mayor discapacidad a largo plazo y dependencia, convirtiéndose en un problema de salud pública, debido al impacto en el paciente, la familia y la comunidad ⁽⁴¹⁾.

Siendo el trastorno depresivo una enfermedad con una prevalencia elevada, se considera también una enfermedad con tendencia frecuente a la cronicidad, con alta propensión a la recurrencia aunado a síntomas residuales frecuentes en pacientes con respuesta incompleta al tratamiento al igual que en pacientes con remisión parcial, lo que aumenta el riesgo de recaída, discapacidad social y pérdida de productividad.

Al ser una enfermedad que puede producir pérdida de la productividad, la depresión presenta un fuerte impacto económico; por tal motivo algunos investigadores han señalado que el trastorno depresivo en el ámbito laboral produce un impacto considerable en todos los países, ya que tiene relación tanto en la economía absoluta, así como también repercute en el producto interno bruto de cada país.

Debido a su alta prevalencia y su aumento en la incidencia, el trastorno depresivo es una enfermedad que representa una carga significativa de enfermedad, que no afecta solamente a la persona que la padece, genera grandes pérdidas económicas tanto en los sistemas de salud debido al mal diagnóstico y mal manejo, al igual que en áreas de trabajo reflejando pérdidas económicas como consecuencia de incapacidades, disminución de la productividad, aumento de accidentes laborales; lo que afecta en términos generales a la economía de los países.

A pesar de los esfuerzos realizados por la OMS para reducir brechas en lo que respecta a los trastornos mentales, actualmente se vive bajo la influencia de una sociedad, que tiene la creencia que trastorno mental es sinónimo de locura o que

depresión es sinónimo de debilidad o fragilidad o falta de trabajo, lo cual produce que personas con depresión no quieran consultar.

Al ser la depresión un estigma al igual que el resto de las enfermedades mentales, hace más difícil su diagnóstico y manejo precoz, teniendo como consecuencia la posterior cronificación de esta, los aumentos en las recaídas, discapacidades permanentes, pérdidas económicas, abusos de sustancias y en el peor de los casos pérdidas de vidas humanas por suicidios.

En Costa Rica el trastorno depresivo mayor es la principal causa de ausentismo laboral, siendo también una de las principales causas de consulta en atención primaria. Según datos de la Caja Costarricense del Seguro Social en el año 2013 la institución invirtió 1.658 millones de colones, debido a los 108,800 días de incapacidad otorgados en 11.682 asegurados ⁽⁴²⁾.

Según datos del Ministerio de Salud en el año 2015 existió un total de 53.007 casos de episodios depresivos a nivel nacional, con una tasa de 1096,95 casos prevalentes por cada 100.000 habitantes ⁽⁴³⁾.

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

El enfoque de la presente investigación es cuantitativo, ya que con este trabajo se pretende predecir y afirmar algunos fenómenos investigados, por medio de un conjunto de procesos ⁽⁴⁴⁾, los cuales serán analizados de manera numérica, y expresados en tablas y gráficos.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo es de tipo descriptivo, se escoge este tipo de investigación debido a que lo que se pretende es examinar características del problema ⁽⁴⁴⁾, tomando como base la bibliografía consultada, para luego recolectar los datos, los cuales luego de su análisis pertinente se puedan describir, analizar e interpretar.

3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO

En el presente trabajo se utilizará información obtenida de bases de datos de personas que presenten diagnóstico por trastorno depresivo mayor, específicamente en la región de Costa Rica, en el periodo del 2000 - 2014.

a) fuentes de datos:

b) Primarias: El presente estudio no presenta fuentes de datos primarias.

c) Secundarias:

- Organización Mundial de la Salud.
- Clasificación Internacional de Enfermedades.
- Instituto de Métricas en Salud.

3.3.1 Población

Para la investigación la población está conformada por personas con diagnóstico de trastorno depresivo mayor, de ambos sexos, de todas las edades, independientemente de la condición social, grado de educación, que se encuentren laborando o no, que vivan en Costa Rica.

3.3.2 Muestra

Por ser un estudio sobre carga de la enfermedad que abarca a todos los pacientes con trastorno depresivo mayor contenidos en bases de datos de la región de Costa Rica en el mismo no presenta muestra.

3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión:

- a) Personas con diagnóstico de trastorno depresivo mayor
- b) Personas de ambos sexos

c) Personas de todas las edades.

Exclusión:

- a) Personas con diagnóstico de trastorno depresivo mayor que además presenten otra patología
- b) Personas que tengan diagnóstico de trastorno depresivo mayor en años diferentes al 2000-2014.

3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Ya que la información del presente estudio se trata sobre la carga de la enfermedad por trastorno depresivo mayor y que la información se obtiene de bases de datos, el mismo no posee instrumento, más sin embargo se obtienen los datos de la OMS (Organización Mundial de la Salud), HIME (Instituto de métricas en salud), CIE 10 (clasificación internacional de enfermedades).

3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la presente investigación es observacional, ya que no se pretende controlar el factor de estudio, siendo en este caso el trastorno depresivo mayor, de tal forma que se pueda investigar la distribución de este fenómeno en la población, por medio de la observación, la medición y el análisis. Es un estudio descriptivo, los datos obtenidos son utilizados para describir el comportamiento de cada variable.

De carácter transversal, debido a que los datos se recopilaron en un único momento, y las variables se analizan en un momento puntual. De tipo ecológico mixto, porque con él se desea estudiar el trastorno depresivo mayor a nivel de Costa Rica, en un periodo del 2000 al 2014, abarcando así un área geográfica y un espacio temporal.

3.6 Operacionalización de variables:

Objetivo específico	Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Instrumento
1. Identificar la prevalencia del trastorno depresivo mayor según sexo y edad.	- Prevalencia -Sexo -Edad	-Prevalencia: Medida de frecuencia de la enfermedad, describe que proporción de una población padece una enfermedad. -Sexo: Condición de tipo orgánica que diferencia al macho de la hembra, al hombre de la mujer -Edad: Tiempo que ha vivido una persona	- Indicativo epidemiológico - Indicativo Biológico -Indicativo Biológico	Recolección de datos del IHME.
2. Conocer los años vividos con discapacidad por trastorno depresivo mayor según sexo y edad.	-AVD -Sexo -Edad	-AVD: Años vividos con discapacidad -Sexo: Condición de tipo orgánica que diferencia al macho de la hembra, al hombre de la mujer -Edad: Tiempo que ha vivido una persona	-Indicativo Epidemiológico - Indicativo Biológico -Indicativo Biológico	Recolección de datos del IHME.
3. Identificar la incidencia del trastorno depresivo mayor según sexo y edad.	- Incidencia -Sexo -Edad	-Incidencia: Medida de frecuencia de una enfermedad, la cual contabiliza el número de casos nuevos que aparecen en un periodo determinado de una enfermedad. -Sexo: Condición de tipo orgánica que diferencia al macho de la hembra, al hombre de la mujer -Edad: Tiempo que ha vivido una persona	-Indicativo epidemiológico - Indicativo Biológico -Indicativo Biológico	Recolección de datos del IHME.

Fuente de elaboración propia.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

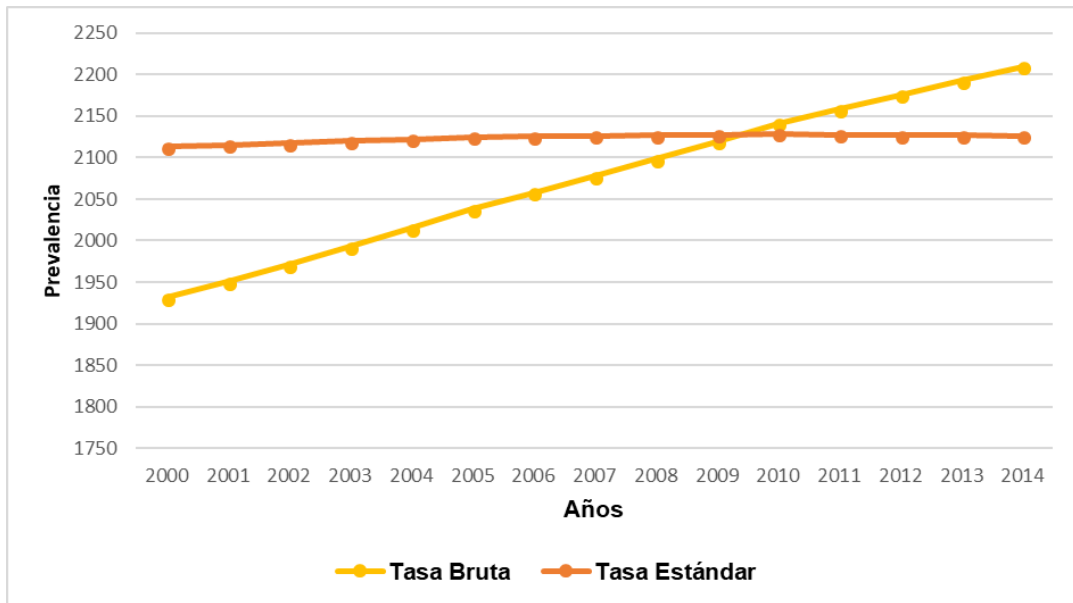
Tabla 6: Tasa de prevalencia bruta y estándar del trastorno depresivo mayor en ambos sexos para todas las edades en el periodo 2000-2014.

Año	Tasa Bruta	Tasa Estándar
2000	1931,23	2113,54
2001	1950,21	2115,29
2002	1970,79	2117,59
2003	1992,49	2119,88
2004	2014,61	2122,16
2005	2037,63	2125,04
2006	2057,71	2125,75
2007	2077,48	2125,91
2008	2098,42	2126,66
2009	2119,59	2127,4
2010	2141,21	2128,65
2011	2158,3	2127,66
2012	2175,69	2127,17
2013	2192,81	2126,68
2014	2209,58	2126,19

Fuente: Elaboración propia con datos tomados de IHME.

En la tabla 6 se puede apreciar que la tasa de prevalencia estándar es superior a la tasa bruta hasta el año 2010, en el cual la tasa bruta presenta una cantidad de 2141,21 casos prevalentes por cada 100.000 habitantes, alcanzando una tasa bruta de 2209,58 casos prevalentes en el 2014; la tasa bruta se mantiene superior a la estándar del 2010 al 2014.

Gráfico N° 1: Tasa de prevalencia bruta y estándar del trastorno depresivo mayor en todas las edades para ambos sexos en los periodos 2000- 2014.



Fuente: elaboración propia con datos tomados de IHME

En el Gráfico 1, se puede apreciar que para ambos sexos la tasa bruta de prevalencia tiende a aumentar gradualmente desde el 2000 hasta el 2014, contrariamente a la tasa estándar la cual presenta un patrón estable y lineal. En el periodo 2009 al 2014 la tasa bruta tiende a ser mayor que la tasa estándar.

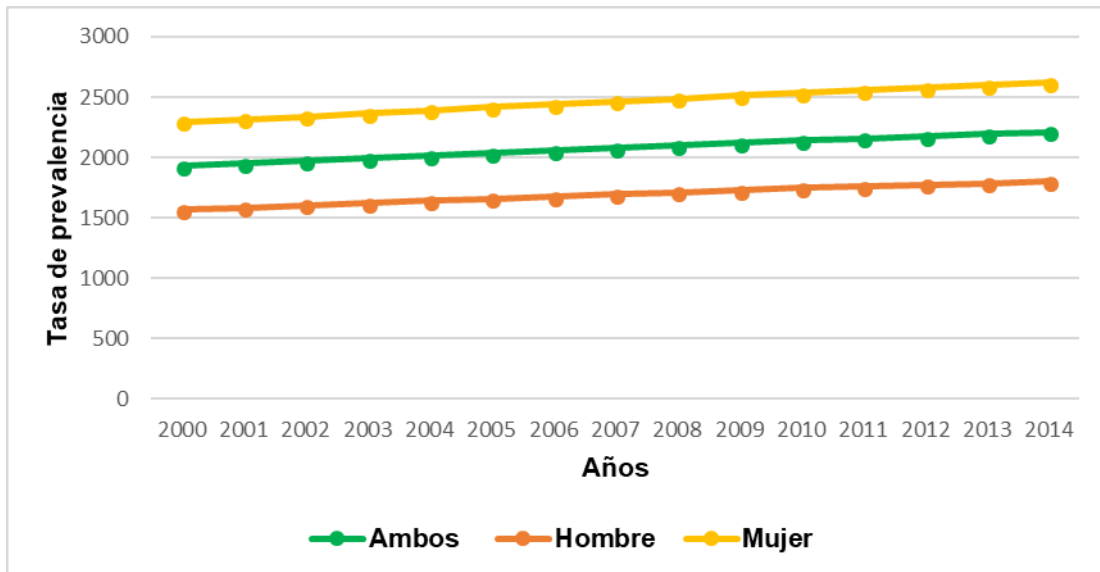
Tabla 7: Tasa bruta de prevalencia del trastorno depresivo mayor por género para todas las edades en el periodo 2000-2014.

Año	Tasa Bruta	Hombres	Mujeres
2000	1931,23	1570,1	2295,13
2001	1950,21	1586,06	2316,95
2002	1970,79	1603,39	2340,64
2003	1992,49	1621,7	2365,58
2004	2014,61	1640,44	2390,98
2005	2037,63	1659,86	2417,5
2006	2057,71	1676,65	2440,73
2007	2077,48	1693,36	2263,44
2008	2098,42	1711,01	2487,53
2009	2119,59	1728,94	2511,78
2010	2141,21	1747,37	2536,44
2011	2158,3	1760,53	2557,25
2012	2175,69	1773,91	2578,45
2013	2192,81	1786,99	2599,41
2014	2209,58	1799,72	2620,02

Fuente: Elaboración propia con datos tomados de IHME.

En la tabla 7, se observa que la tasa bruta de prevalencia es mayor en el sexo femenino durante todo el periodo alcanzando su valor máximo en el 2014 con 2620,02 casos prevalentes por cada 100.000 habitantes; en el sexo masculino el valor máximo de tasa bruta de prevalencia es durante el 2014 presentando 1799,72 casos prevalentes por cada 100.000 habitantes, mientras que en la tasa bruta de prevalencia en ambos sexos se observa un máximo de 2209,58 casos prevalentes por cada 100.000 habitantes para el 2014.

Gráfico N° 2: Tasa bruta de prevalencia del trastorno depresivo mayor por género en todas las edades en los periodos 2000-2014.



Fuente de elaboración propia con datos tomados de IHME.

En el gráfico 2 se puede apreciar que la prevalencia en el trastorno depresivo mayor, en todas las edades, por género presenta una tendencia al aumento, la cual es progresiva durante los periodos del 2000 al 2014, cabe mencionar que la tasa de prevalencia fue mayor en el sexo femenino en todas las edades durante los periodos mencionados.

Tabla 8: Tasa de prevalencia del trastorno depresivo mayor por grupo etario en todas las edades en el periodo 2000-2014.

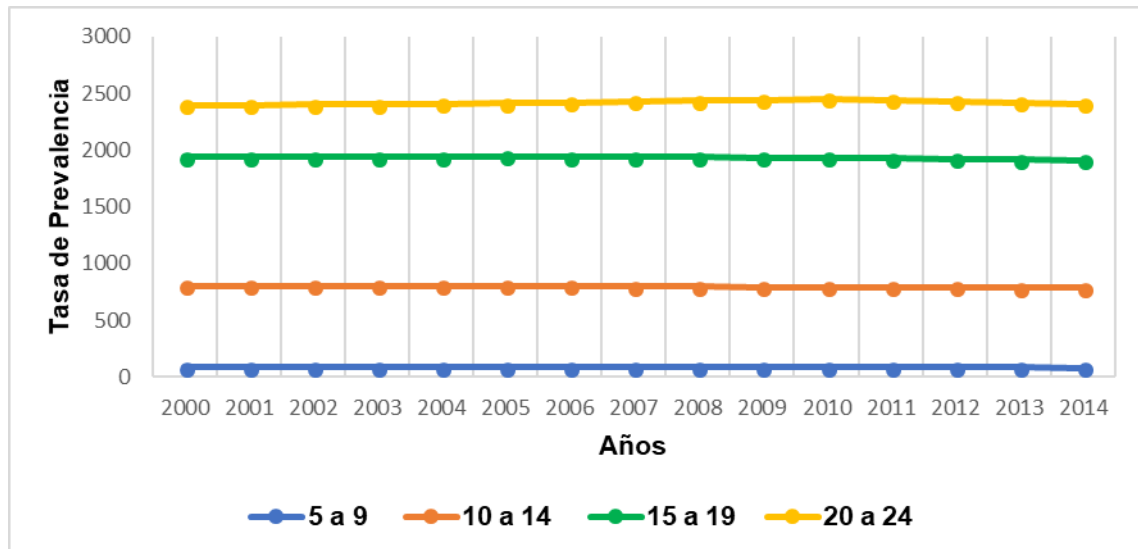
<i>Edad/ Año</i>	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 24
2000	86,76	804,79	1936,35	2394,12
2001	86,78	804,41	1937,14	2397,03
2002	86,81	804,45	1938,25	2400,92
2003	86,85	804,48	1939,32	2404,89
2004	86,89	804,51	1940,37	2408,88
2005	86,95	805,02	1941,79	2413,79
2006	86,92	801,88	1940,19	2421,66
2007	86,88	798,3	1938,24	2428,74
2008	86,86	795,2	1936,64	2436,73
2009	86,84	792,12	1935,03	2444,75
2010	86,84	789,49	1933,68	2453,45
2011	86,75	788,75	1928,05	2442,06
2012	86,67	788,45	1922,69	2431,37
2013	86,6	788,16	1917,34	2420,73
2014	86,52	787,87	1911,99	2410,12

Fuente: Elaboración propia con datos tomados de IHME.

La tabla 8 muestra la tasa de prevalencia por grupos etarios divididos por quinquenios abarcando de 5 a 24 años; en el grupo de 5 a 9 años se observa una tasa máxima de 86,95 casos prevalentes por cada 100.000 habitantes para el año 2005, al igual que en el grupo de 10 a 14 años durante el mismo año presenta una tasa máxima con 805,02 casos prevalentes y al igual que los grupos anteriores el grupo de 15 a 19 años presenta su tasa máxima con un valor de 1941,79 casos prevalentes en el año 2005.

La Tasa de prevalencia más alta en esta tabla la presenta el grupo de 20 a 24 durante todo el periodo, con un valor máximo de 2453,45 casos prevalentes en el año 2010.

Gráfico N° 3: Tasa de prevalencia del trastorno depresivo mayor por grupo etario en ambos sexos en los periodos 2000-2014.



Fuente elaboración propia con datos tomados de IHME.

El gráfico 3, nos muestra las tasas de prevalencia por grupos etarios divididos por quinquenios, se observa que todos los grupos presentan una tendencia lineal del periodo 2000 al 2014. El grupo que presenta mayor tasa de prevalencia es el de 20 a 24 años para ambos sexos, el grupo de 5 a 9 años presenta menor tasa de prevalencia.

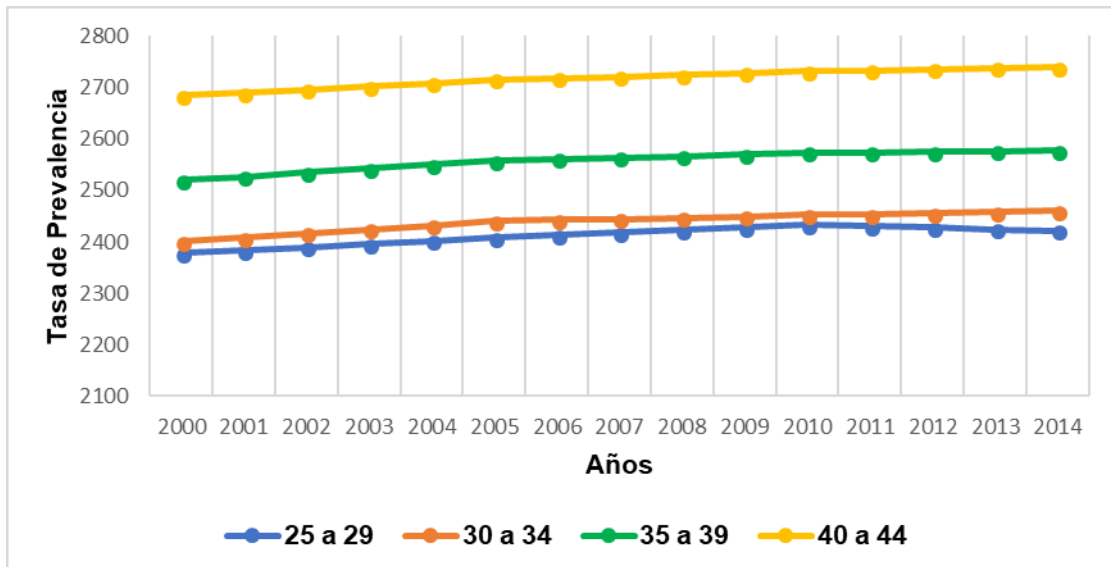
Tabla 9: Tasa de prevalencia del trastorno depresivo mayor por grupo etario en ambos sexos en el periodo 2000-2014.

<i>Edad/ Año</i>	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44
2000	2378,16	2400,86	2520,37	2684,51
2001	2383,8	2408,39	2527,03	2689,34
2002	2389,71	2416,34	2534,55	2695,53
2003	2395,59	2424,18	2542,1	2701,75
2004	2401,59	2431,85	2549,61	2708,04
2005	2408,26	2440,29	2557,94	2715,4
2006	2413,07	2442,8	2561,29	2718,81
2007	2417,7	2444,26	2563,63	2721,27
2008	2422,88	2446,6	2566,73	2724,75
2009	2428,13	2449,06	2569,59	2728,18
2010	2433,56	2452,43	2573,22	2732,53
2011	2430,44	2453,56	2573,59	2733,7
2012	2427,51	2455,58	2574,76	2735,78
2013	2424,59	2457,72	2575,86	2737,68
2014	2421,7	2459,91	2577,08	2739,28

Fuente: Elaboración propia con datos tomados de IHME.

La tabla 9, muestra los grupos etarios de 25 a 44 años divididos por quinquenios y sus respectivas tasas de prevalencia; el grupo de 25 a 24 años presenta la tasa mayor de 2433,56 casos prevalentes por cada 100.000 habitantes, mientras que en el resto de grupo etarios se observan las tasas máximas en el año 2014 con 2459,91 de 30 a 34 años, 2577,08 en 35 a 39 años y 2739,28 en el grupo de 40 a 44 años, siendo este último el que presenta las mayores tasas de prevalencia en todo el periodo.

Gráfico N° 4: Tasa de prevalencia del trastorno depresivo mayor por grupo etario en ambos sexos en el periodo 2000-2014



Fuente de elaboración propia con datos tomados de IHME.

En el gráfico 4, se observa la tasa de prevalencia por grupos etarios dividida en quinquenios para ambos sexos, el grupo de 25 a 29 presenta un leve aumento en su tasa de prevalencia con respecto al grupo de 30 a 34 años, el grupo etario que presenta mayor tasa prevalencia es de 40 a 44 años, siendo el grupo de 25 a 29 años el que presenta una menor tasa. Todos los grupos etarios presentan un patrón gradualmente progresivo del 2000 al 2014.

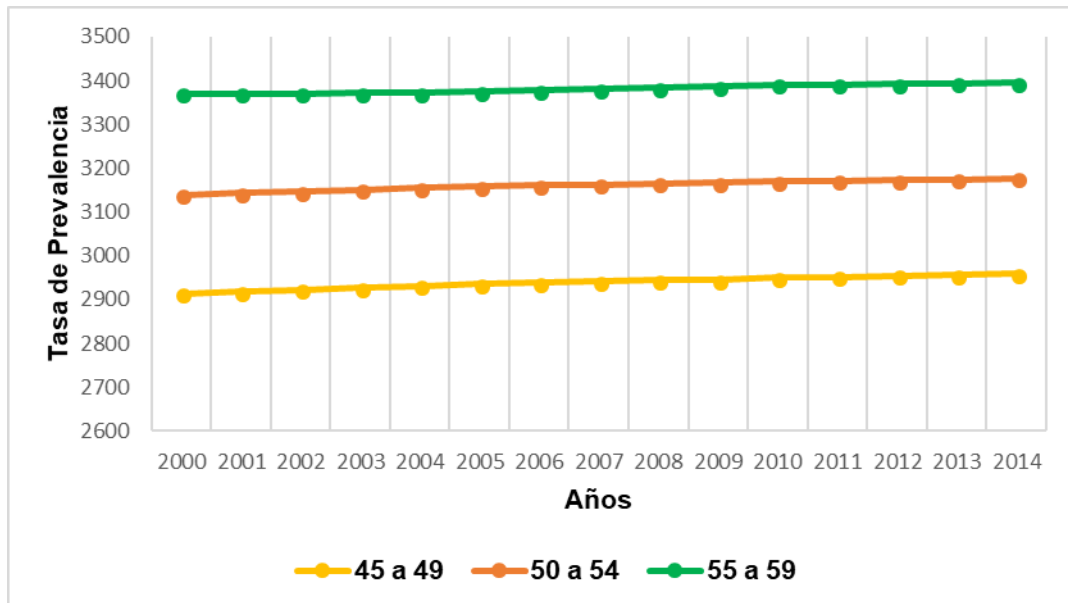
Tabla 10: Tasa de prevalencia del trastorno depresivo mayor por grupo etario en ambos sexos en el periodo 2000-2014.

Edad/ Año	45 a 49	50 a 54	55 a 59
2000	2913,93	3139,71	3369,91
2001	2917,9	3142,89	3369,83
2002	2922,35	3146,81	3370,5
2003	2926,61	3150,76	3371,29
2004	2930,87	3154,47	3372,39
2005	2935,94	3158,19	3374,85
2006	2938,75	3160,95	3377,89
2007	2940,83	3162,94	3380,29
2008	2943,67	3165,21	3383,69
2009	2943,67	3167,46	3386,84
2010	2950,34	3170,28	3390,28
2011	2951,78	3171,45	3391,12
2012	2954,06	3173,09	3392,37
2013	2956,32	3174,75	3393,45
2014	2958,5	3176,46	3394,52

Fuente: Elaboración propia con datos tomados de IHME.

La tabla 10, muestra los grupos etarios comprendidos entre 45 y 59 años divididos por quinquenios, los tres grupos presentan sus tasas mayores de prevalencia en el año 2014: 2958,5, 3176,46 y 3394, 52 casos prevalentes por cada 100.000 habitantes respectivamente. El grupo de 55 a 59 años presenta las tasas mayores durante todo el periodo.

Gráfico N° 5: Tasa de prevalencia del trastorno depresivo mayor por grupo etario en ambos sexos en el periodo 2000-2014



Fuente elaboración propia con datos tomados de IHME.

El gráfico 5, contiene los grupos etarios de 45 a 59 años divididos en quinquenios para ambos sexos con mayor tasa de prevalencia para el grupo de 55 a 59 años y una menor tasa en el grupo de 45 a 49 años en el periodo 2000 – 2014. Los tres grupos etarios presentan un patrón constante lineal con una ligera tendencia al aumento.

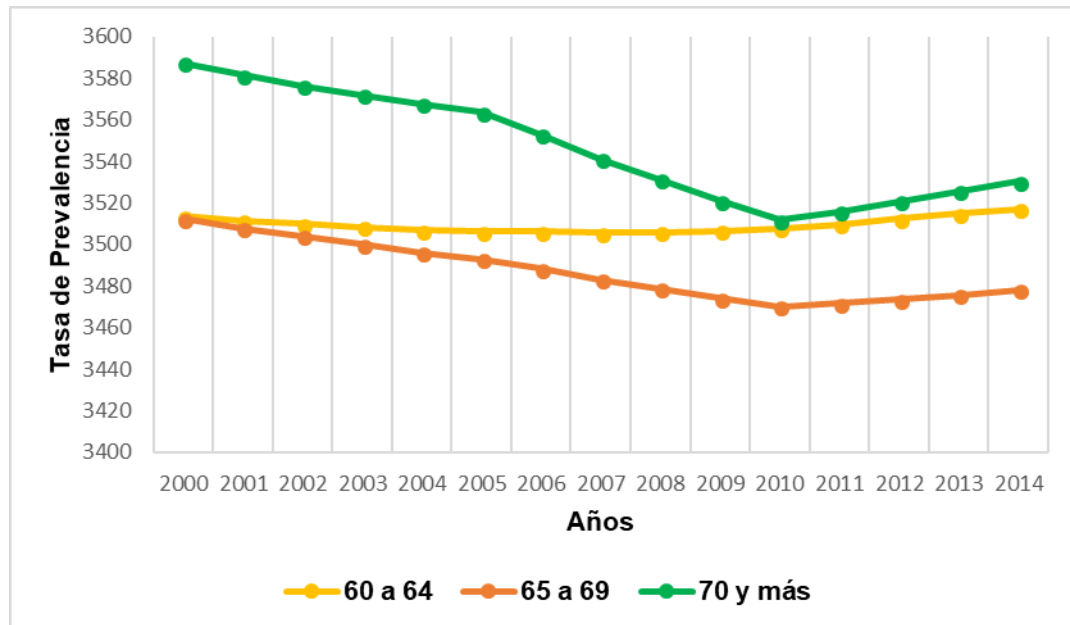
Tabla 11: Tasa de prevalencia del trastorno depresivo mayor por grupo etario para ambos sexos en el periodo 2000-2014.

<i>Edad/ Año</i>	60 a 64	65 a 69	70 y más
2000	3513,75	3512,34	3587,42
2001	3511,42	3507,94	3581,62
2002	3509,91	3504,07	3576,48
2003	3508,44	3500,13	3572,11
2004	3506,96	3496,22	3567,58
2005	3506,33	3492,89	3563,74
2006	3506,39	3488,2	3552,85
2007	3505,74	3483,17	3541,24
2008	3506,01	3478,7	3531,23
2009	3506,55	3474,23	3521,15
2010	3507,93	3470,23	3511,7
2011	3509,74	3471,7	3515,97
2012	3512,31	3473,64	3520,8
2013	3514,88	3475,73	3525,77
2014	3517,17	3478,11	3530,28

Fuente: Elaboración propia con datos tomados de IHME.

La tabla 11, presenta los grupos etarios comprendidos de 60 años en adelante, el grupo de 60 a 64 años presenta su tasa máxima en el año 2014 mostrando 3517,17 casos prevalentes por cada 100.000 habitantes, mientras que las edades comprendidas entre 65 a 69 y 70 años o más presentan sus tasas máximas en el año 2000 con 3512,34 y 2587,42 casos prevalentes por cada 100.000 habitantes respectivamente.

Gráfico N° 6: Tasa de prevalencia del trastorno depresivo mayor por grupo etario en ambos sexos en el periodo 2000-2014



Fuente elaboración propia con datos tomados de IHME.

El gráfico 6, presenta la tasa de prevalencia del trastorno depresivo mayor abarcando los grupos etarios de 60 a más de 70 años en ambos sexos, como se puede observar el grupo de 70 y más presenta una tendencia a la disminución de la tasa de prevalencia a partir del 2001, llegando al punto más bajo en el año 2010, para luego aumentar gradualmente del 2011 al 2014, este grupo etario es el que presenta la mayor tasa de prevalencia durante todo el periodo.

El grupo etario de 60 a 64 años presenta una tendencia constante del 2000 al año 2008, presentando un aumento progresivo mínimo a partir del año 2009. En el grupo de 65 a 69 años se aprecia que a partir del año 2001 tiende a presentar una disminución progresiva hasta el año 2010, y que durante el año 2011 presenta un aumento mínimamente progresivo hasta el año 2014; este mismo grupo etario es el que presenta la tasa más baja de prevalencia.

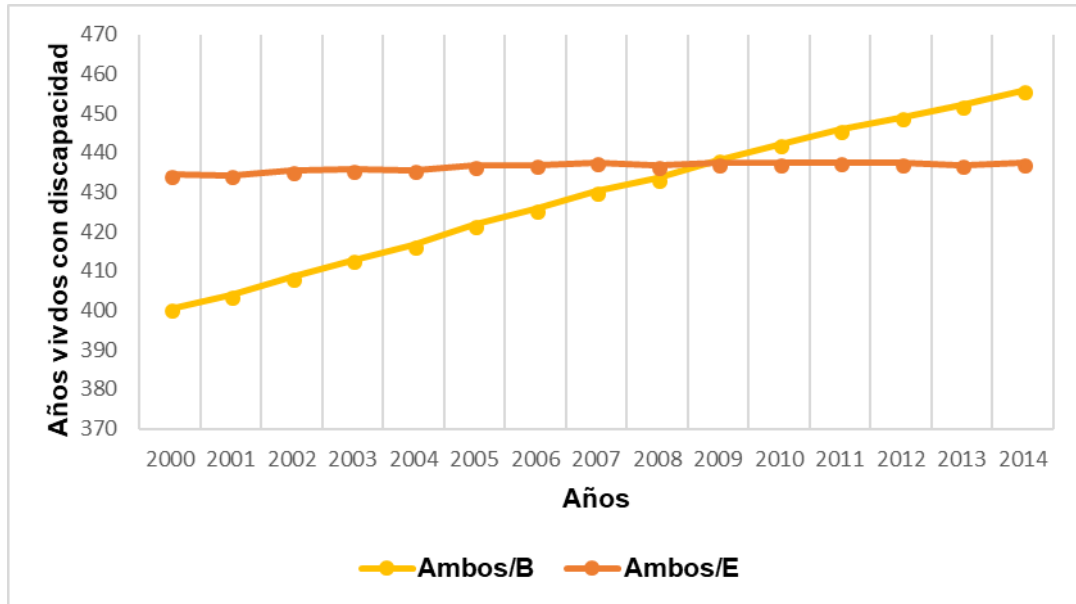
Tabla 12: Tasa bruta y estándar de años vividos con discapacidad (AVD) del trastorno depresivo mayor en ambos sexos para todas las edades en el periodo 2000-2014.

Año	Tasa Bruta	Tasa Estándar
2000	400,46	434,45
2001	403,88	434,34
2002	408,48	435,41
2003	412,89	435,82
2004	416,63	435,61
2005	421,72	436,78
2006	425,76	436,97
2007	430,35	437,65
2008	433,46	436,75
2009	438,25	437,52
2010	442,15	437,49
2011	445,92	437,64
2012	449,08	437,41
2013	452,07	436,93
2014	455,95	437,51

Fuente: elaboración propia con datos de IHME.

La tabla 12 presenta la tasa de AVD bruta y estándar para ambos sexos en todas las edades, la tasa bruta supera a la tasa estándar a partir del año 2009 con 438,25 años vividos con discapacidad por cada 100.000 habitantes, llegando a una tasa bruta máxima de 455,95 AVD por cada 100.000 habitantes en el año 2014.

Gráfico N° 7: Tasa bruta y tasa estándar de años vividos con discapacidad (AVD) del trastorno depresivo mayor por género en todas las edades en el periodo 2000-2014



Fuente elaboración propia con datos obtenidos de IHME.

En el gráfico 7, se muestra la tasa estándar y la tasa bruta de los años vividos con discapacidad en todas las edades para ambos sexos. La tasa bruta muestra un patrón que aumenta progresivamente desde el año 2000 al año 2014, mientras que la tasa estándar presenta una tendencia lineal. La tasa bruta es menor que la tasa estándar desde el año 2000 hasta el año 2008, del año 2009 al 2014 la tasa bruta es mayor que la estándar.

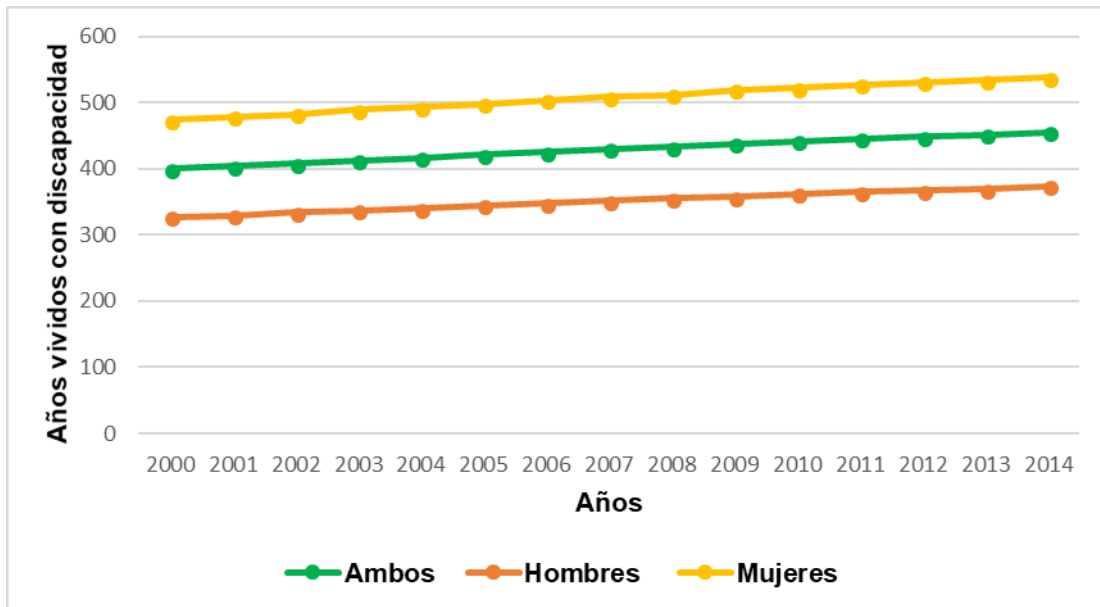
Tabla 13: Tasa bruta de años vividos con discapacidad (AVD) del trastorno depresivo mayor por género en todas las edades en el periodo 2000-2014.

Año	Tasa Bruta	Hombres	Mujeres
2000	400,46	327,58	473,91
2001	403,88	329,75	478,54
2002	408,48	334,43	483,01
2003	412,89	336,91	489,35
2004	416,63	340,47	493,23
2005	421,72	344,99	498,87
2006	425,76	348,18	503,74
2007	430,35	351,7	509,37
2008	433,46	355,22	512,05
2009	438,25	357,2	519,63
2010	442,15	362,08	522,51
2011	445,92	364,96	527,11
2012	449,08	367,03	531,33
2013	452,07	369,63	534,67
2014	455,95	373,82	538,21

Fuente: Elaboración propia con datos tomados de IHME.

La tabla 13 presenta las tasas de AVD por género de todas las edades, se observa la mayor tasa de AVD en el sexo femenino durante el año 2014 con 538,21 AVD por cada 100.000 habitantes, de igual manera el sexo masculino presentó la mayor tasa de AVD con 373,82 en el año 2014.

Gráfico N° 8: Tasas de años vividos con discapacidad (AVD) por trastorno depresivo mayor por género en todas las edades en el periodo 2000-2014



Fuente elaboración propia con datos obtenidos de IHME.

El gráfico 8, muestra las tasas años vividos con discapacidad (AVD), por género en todas las edades, se puede apreciar que tanto en hombres como en mujeres existe una tendencia al aumento, el cuál es mínimo y progresivo durante los periodos 2000-2014. Las mujeres presentan mayor tasa de AVD durante todo el periodo.

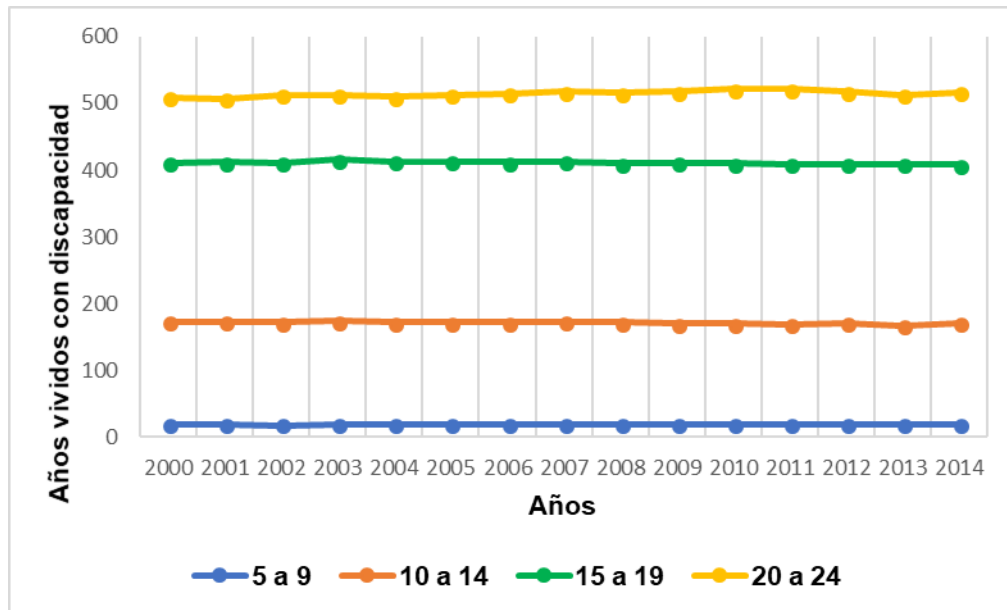
Tabla 14: Tasa de años vividos con discapacidad (AVD) del trastorno depresivo mayor por grupo etario en ambos sexos en el periodo 2000-2014.

<i>Edad/ Año</i>	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 24
2000	18,94	172,89	410,99	508,86
2001	19,03	173,04	412,28	507,2
2002	18,76	171,7	410,52	512,7
2003	19,31	174,01	415,4	513,05
2004	18,85	171,82	413,16	509,53
2005	19,04	172,12	412,53	512,8
2006	18,9	171,4	412,11	514,9
2007	18,84	172,34	412,6	517,22
2008	18,99	171,9	409,95	516,04
2009	19,04	169,73	410,88	518,13
2010	18,85	169,36	409,66	521,39
2011	19,07	168,46	409,08	521,64
2012	18,85	170,55	409,35	517,42
2013	18,83	166,47	409,42	513,16
2014	19,03	171,11	408,01	516,64

Fuente: Elaboración propia con datos tomados de IHME.

La tabla 14, presenta las tasas de AVD en grupos etarios comprendidos entre 5 y 24 años en ambos sexos, las tasas máximas de años vividos con discapacidad por cada 100.000 habitantes se presentan: 5 a 9 años 19,31 en el año 2003, 10 a 14 años 174,01 año 2003, 15 a 19 años 415 año 2003 y de 20 a 24 años 521,64 en el año 2011. EL grupo etario con mayor tasa de AVD durante todo el periodo es el de 20 a 24 años.

Gráfico N° 9: Tasa de años vividos con discapacidad (AVD) del trastorno depresivo mayor por grupo etario en ambos sexos en el periodo 2000-2014.



Fuente elaboración propia con datos obtenidos de IHME.

En el gráfico 9, se puede apreciar la tasa de años vividos con discapacidad por grupos etarios que abarca de los 9 a los 24 años, los cuales se encuentran divididos en quinquenios durante el periodo 2000-2014.

En general se observa que los cuatro grupos etarios presentan un comportamiento lineal, no presentan alguna variación significativa en cuanto al curso de los años vividos con discapacidad a través de los años. El grupo etario de 20 a 24 años es el que presenta la mayor tasa de AVD y el grupo de 5 a 9 años presenta la tasa menor.

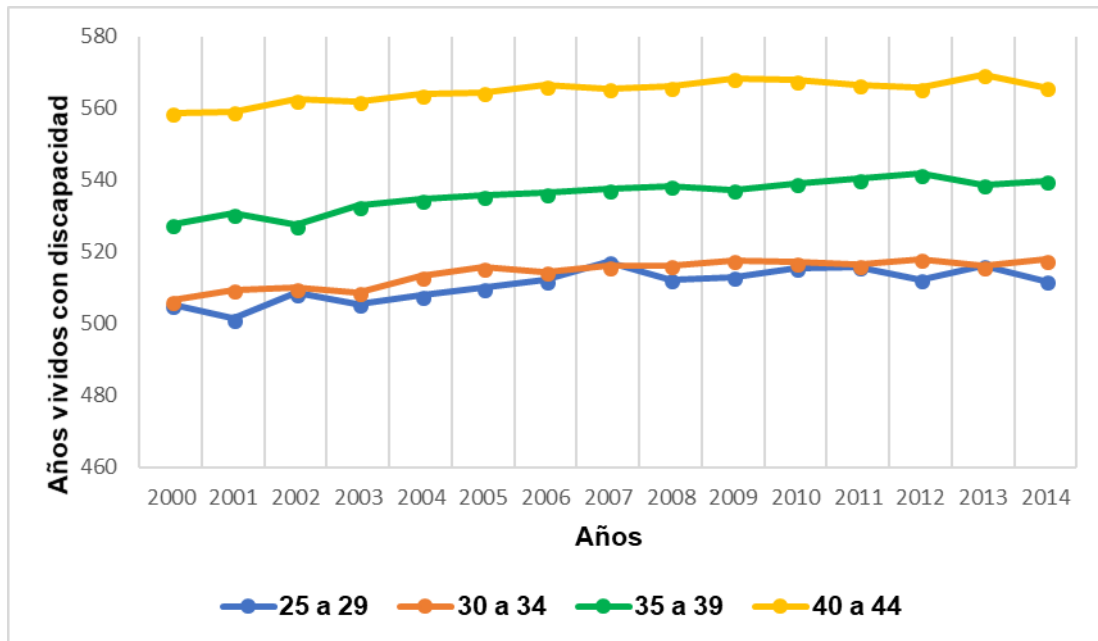
Tabla 15: Tasa de años vividos con discapacidad (AVD) del trastorno depresivo mayor por grupo etario en ambos sexos en el periodo 2000-2014.

<i>Edad/ Año</i>	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44
2000	505,24	506,37	527,72	558,79
2001	501,32	509,51	530,63	559,12
2002	508,61	510,02	527,53	562,5
2003	505,52	508,7	532,85	561,94
2004	507,85	513,2	534,7	563,92
2005	510,05	515,68	535,7	564,54
2006	512,1	514,5	536,42	566,46
2007	517,32	516,08	537,46	565,56
2008	512,29	516,26	538,33	566,13
2009	513,06	517,59	537,3	568,49
2010	515,49	517,11	539,16	567,91
2011	515,83	516,5	540,29	566,73
2012	512,23	517,95	541,81	565,83
2013	516,15	516,07	538,71	569,59
2014	511,96	517,93	539,88	566,01

Fuente: Elaboración propia con datos tomados de IHME.

La tabla 15 muestra las tasas de AVD de los grupos etarios entre 25 y 44 años divididos por quinquenios en ambos sexos, la tasa más alta de AVD por cada 100.000 habitantes se observan en el grupo de 40 a 44 años en el año 2013 con un valor de 569,59, en el grupo de 35 a 39 años la mayor tasa de AVD es de 541,81 en el 2012, para el grupo de 30 a 34 años en el año 2012 con 517,95 y el grupo de 25 a 29 años con 517,32 en el año 2007.

Gráfico N° 10: Tasa de años vividos con discapacidad (AVD) del trastorno depresivo mayor por grupo etario en ambos sexos en el periodo 2000-2014



Fuente elaboración propia con datos obtenidos de IHME.

En el gráfico 10, se presenta la tasa de años vividos con discapacidad en los grupos etarios de 25 a 44 años divididos por quinquenios, el grupo etario de 40 a 44 años representa el grupo con mayor tasa de AVD durante el periodo 2000 al 2014, como se puede observar este grupo alcanza su mayor tasa de AVD en el año 2013, y presenta las tasas menores en los años 2000 y 2001.

El grupo de 35 a 39 años presenta su menor tasa de AVD en el año 2003 y la mayor durante el 2012. Los grupos etarios de 25 a 29 años y de 30 a 34 años presentan tasas similares a través de los años, la menor tasa de AVD durante el año 2001 corresponde para el grupo de 25 a 29 años, durante el año 2007 este presenta su mayor tasa de AVD; en el grupo de 30 a 34 años se observa que durante el año 2012 se encuentra la mayor tasa.

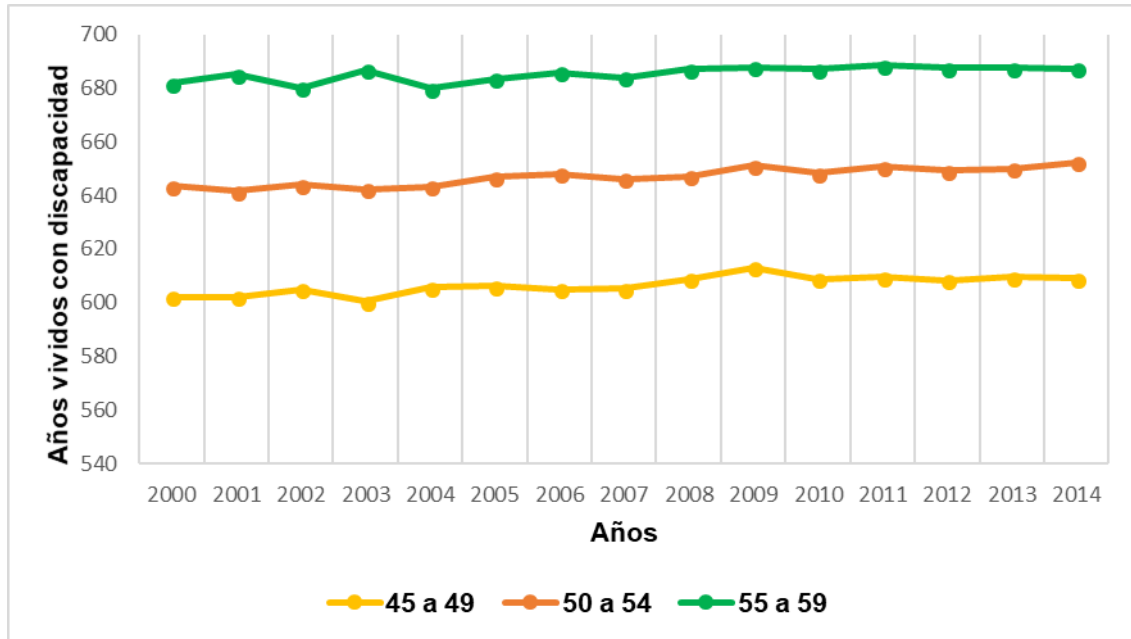
Tabla 16: Tasa de años vividos con discapacidad (AVD) del trastorno depresivo mayor por grupo etario en ambos sexos en el periodo 2000-2014.

<i>Edad/ Año</i>	45 a 49	50 a 54	55 a 59
2000	602,01	643,6	681,92
2001	602,19	641,61	685,12
2002	605,11	644,06	680,12
2003	600,5	642,4	686,9
2004	605,6	643,21	679,91
2005	606,29	646,94	683,61
2006	605,03	648,1	685,93
2007	605,27	646,17	683,94
2008	608,74	647,23	687,24
2009	613,05	651,23	687,88
2010	608,83	648,36	687,26
2011	609,66	650,85	688,61
2012	608,41	649,42	687,65
2013	609,46	650,14	687,54
2014	609,17	652,31	687,49

Fuente: Elaboración propia con datos tomados de IHME.

La tabla 16, muestra las tasas de AVD de los grupos etarios de 45 a 59 años en ambos sexos, durante el año 2009 en los grupos de 45 a 49 años y de 50 a 54 años se observa la cantidad más alta de AVD por cada 100.000 habitantes con valores de 613,05 y 651,23 respectivamente, mientras que en el grupo de 55 a 59 años durante el año 2011 se aprecia la tasa más alta de 688,61.

Gráfico N° 11: Tasa de años vividos con discapacidad (AVD) del trastorno depresivo mayor por grupo etario en ambos sexos en el periodo 2000-2014



Fuente elaboración propia con datos obtenidos de IHME.

El gráfico 11, presenta la tasa de años vividos con discapacidad en ambos sexos para las edades de 45 a 59 años, las cuales se dividen por quinquenios. Se puede observar que el grupo etario que presenta mayor tasa de AVD es el que comprende de 55 a 59 años, el cual durante el año 2003 presenta su mayor tasa de AVD y durante los años 2002 y 2004 presenta las menores tasas.

El grupo etario de 50 a 54 años presenta su mayor tasa de AVD durante el año 2009; el grupo etario de 45 a 49 años presenta su tasa mayor de AVD en el año 2009 y la tasa menor en el 2003, siendo este grupo el que presenta la menor tasa de prevalencia a través de los años.

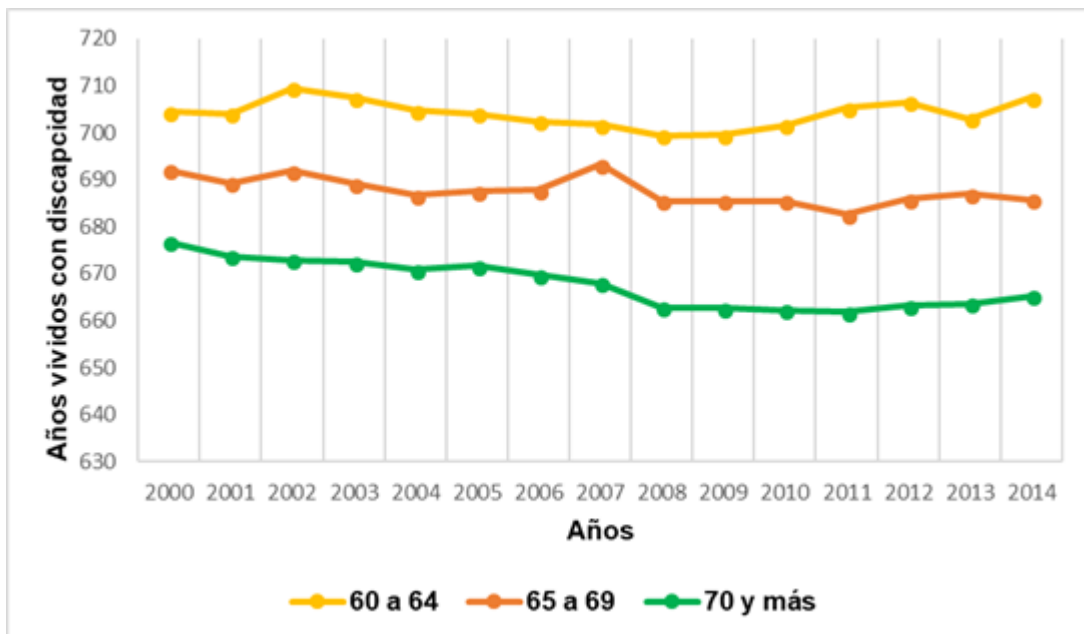
Tabla 17: Tasa de años vividos con discapacidad (AVD) del trastorno depresivo mayor por grupo etario en ambos sexos en el periodo 2000-2014.

<i>Edad/ Año</i>	60 a 64	65 a 69	70 y más
2000	704,52	692,08	676,78
2001	704	689,26	673,78
2002	709,53	691,9	672,86
2003	707,45	689,1	672,5
2004	704,8	686,7	670,8
2005	704,1	687,47	671,65
2006	702,43	687,85	669,71
2007	701,67	693,25	667,99
2008	699,41	685,48	662,75
2009	699,5	685,51	662,65
2010	701,64	685,41	662,27
2011	705,34	682,54	661,81
2012	706,46	685,95	663,18
2013	702,98	686,96	663,55
2014	707,49	685,78	665,23

Fuente: Elaboración propia con datos tomados de IHME.

La tabla 17 muestra las tasas de AVD abarcando los grupos etarios de 60 años en adelante en ambos sexos, como se puede apreciar en el año 2002 el grupo de 60 a 64 años presenta su mayor tasa de AVD por cada 100.000 habitantes, en el año 2007 se observa la mayor tasa de AVD en el grupo de 65 a 69 años con un valor de 693,25 y en el año 2000 el grupo de 70 años o más con 676,78.

Gráfico N° 12: Tasa de años vividos con discapacidad (AVD) del trastorno depresivo mayor por grupo etario en ambos sexos en el periodo 2000-2014.



Fuente elaboración propia con datos obtenidos de IHME.

El gráfico 12 presenta la tasa de años vividos por discapacidad en ambos sexos para las edades de 60 a 70 años y más en el periodo 2000-2014. El grupo etario de 60 a 64 años es el que presenta la mayor tasa de AVD a través de los años, con tasas mayores de AVD en los años 2002 y 2014, y tasas menores de AVD en el 2008 y 2009.

El grupo de 65 a 69 años presenta su mayor tasa de AVD en el año 2007, en el año 2011 su tasa menor. En el grupo de 70 años y más se observa su mayor tasa de AVD en el año 2000, su menor tasa empieza durante el año 2008 para mantenerse casi constante, con ligeras fluctuaciones hasta el año 2014.

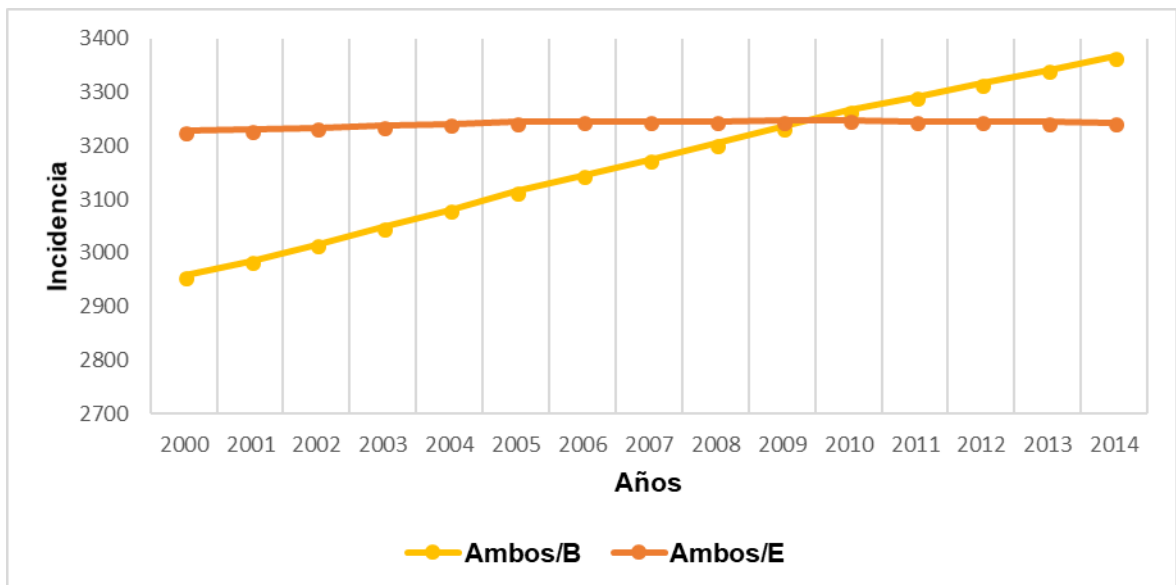
Tabla 18: Tasa de incidencia bruta y estándar del trastorno depresivo mayor en ambos sexos para todas las edades en el periodo 2000-2014.

Año	Tasa Bruta	Tasa Estándar
2000	2956,66	3228,06
2001	2984,98	3230,58
2002	3015,74	3234,05
2003	3048,1	3237,49
2004	3081,05	3240,93
2005	3115,23	3245,21
2006	3144,68	3245,79
2007	3173,59	3245,53
2008	3204,19	3246,13
2009	3235,07	3246,73
2010	3266,7	3248,2
2011	3291,56	3246,43
2012	3317	3245,53
2013	3342,07	3244,64
2014	3366,65	3243,74

Fuente: Elaboración propia con datos tomados de IHME.

La tabla 18, muestra para el año 2010 que la tasa de incidencia bruta supera la estándar con un valor de 3266,7 casos incidentes por cada 100.000 habitantes, alcanzando un valor máximo de 3366,65 en el año 2014, mientras que el valor máximo de la tasa estándar es de 3248,2 casos incidentes por cada 100.000 habitantes para el año 2010.

Gráfico N° 13: Tasa de incidencia bruta y estándar del trastorno depresivo mayor por género en todas las edades en el periodo 2000-2014.



Fuente elaboración propia con datos obtenidos de IHME.

En el gráfico 13, se puede apreciar la tasa de incidencia bruta y estándar en ambos sexos de todas las edades en el periodo 2000-2014. Se observa que la incidencia bruta tiende al aumento desde el año 2000, mientras que la incidencia estándar permanece estable durante el periodo. La incidencia bruta es mayor que la estándar a partir del año 2010.

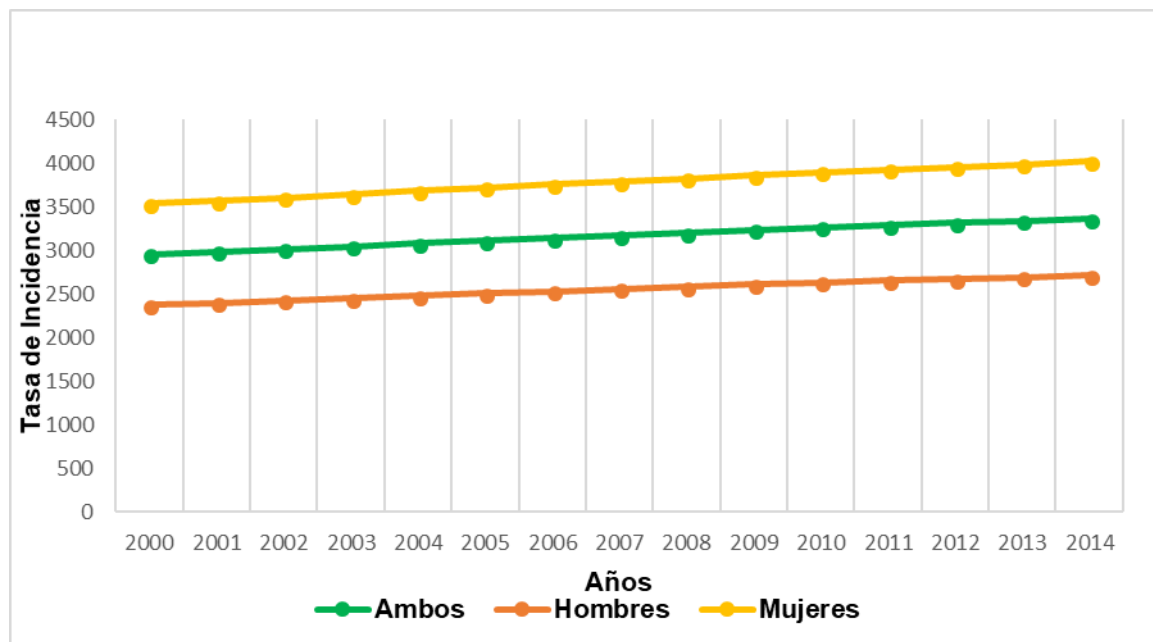
Tabla 19: Tasa bruta de incidencia del trastorno depresivo mayor por género en todas las edades en el periodo 2000-2014.

Año	Tasa Bruta	Hombres	Mujeres
2000	2956,66	2378,7	3539,07
2001	2984,98	2402,09	3572,01
2002	3015,74	2527,54	3607,85
2003	3048,1	2454,39	3645,52
2004	3081,05	2481,81	3683,08
2005	3115,23	2510,37	3723,45
2006	3144,68	2534,72	3757,79
2007	3173,59	2558,76	3791,36
2008	3204,19	2584,28	3826,79
2009	3235,07	2610,17	3862,42
2010	3266,7	2636,73	3898,88
2011	3291,56	2655,8	3929,2
2012	3317	2675,22	3960,34
2013	3342,07	2694,21	3991,15
2014	3366,65	2712,72	4021,49

Fuente: Elaboración propia con datos tomados de IHME.

En la tabla 19, se observa que la tasa más alta de incidencia la presenta el sexo femenino en el año 2014 con 4021,49 casos incidentes por cada 100.000 habitantes y el sexo masculino en el 2014 presenta una tasa máxima de 2712,72 casos incidentes por cada 100.000 habitantes. Las mujeres presentan las tasas más altas durante todo el periodo.

Gráfico N° 14: Tasa bruta de incidencia del trastorno depresivo mayor por género para todas las edades en el periodo 2000-2014



Fuente elaboración propia con datos obtenidos de IHME.

En el gráfico 14, se observa la tasa de incidencia por género en el periodo 2000-2014 para todas las edades. En las mujeres se presenta la mayor tasa de incidencia a través de los años, la cual presenta un aumento gradual del 2000 al 2014. En los hombres se encuentra la menor tasa de incidencia en comparación con las mujeres, pero esta tiende a presentar un aumento gradual a través del periodo.

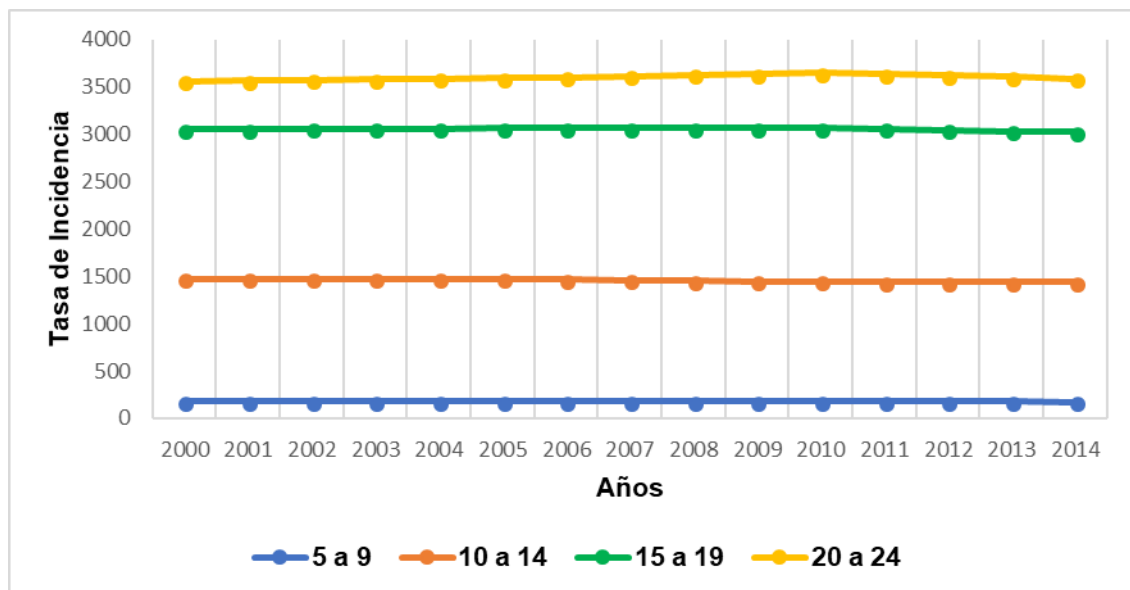
Tabla 20: Tasa de incidencia del trastorno depresivo mayor por grupo etario en ambos sexos en el periodo 2000-2014.

<i>Edad/ Año</i>	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 24
2000	179,93	1473,46	3053,16	3562
2001	179,93	1472,53	3054,66	3566,69
2002	180	1472,66	3057,05	3572,83
2003	180,08	1472,78	3059,39	3579,08
2004	180,15	1472,9	3061,68	3585,36
2005	180,33	1474,25	3064,76	3592,6
2006	180,3	1467,99	3065,8	3604,27
2007	180,17	1460,6	3066,01	3614,78
2008	180,14	1454,44	3067	3626,43
2009	180,11	1448,31	3067,97	3638,13
2010	180,16	1443,36	3069,79	3651,46
2011	179,92	1441,61	3057,9	3635,09
2012	179,75	1441	3046,88	3620,39
2013	179,59	1440,42	3035,89	3605,72
2014	179,43	1439,85	3024,92	3591,11

Fuente: Elaboración propia con datos tomados de IHME.

La tabla 20, muestra las tasas de incidencia para grupos etarios abarcando de 5 a 24 años, divididos en quinquenios, se aprecia la tasa máxima de incidencia en el grupo de 5 a 9 años durante el año 2005 con 180,33 casos prevalentes por cada 100.000 habitantes, al igual que el grupo de 10 a 14 años con 1474,25 casos incidentes en el mismo año, para el año 2010 las edades comprendidas entre 15 y 19 años presentan la tasa máxima de incidencia con 3069,79 de casos incidentes, de igual modo el grupo 20 a 24 años presenta la tasa mayor con un valor de 3651,46 casos incidentes por cada 100.000 habitantes durante el año 2010.

Gráfico N° 15: Tasa de incidencia del trastorno depresivo mayor por grupo etario en ambos sexos en el periodo 2000-2014.



Fuente elaboración propia con datos obtenidos de IHME.

El gráfico 15, presenta la tasa de incidencia en ambos sexos con edades comprendidas entre los 5 y los 24 años, divididas por quinquenios en el periodo 2000-2014. Se puede apreciar que el grupo de 20 a 24 años es el que presenta las mayores tasas de incidencia a través de los años, llegando a su máxima en el año 2010.

Los grupos de 5 a 9 años, de 10 a 14 años y de 15 a 19 años, presentan un patrón constante con cambios mínimos en el periodo; el grupo etario que presenta las menores tasas de incidencia a través de los años es el de 5 a 9 años.

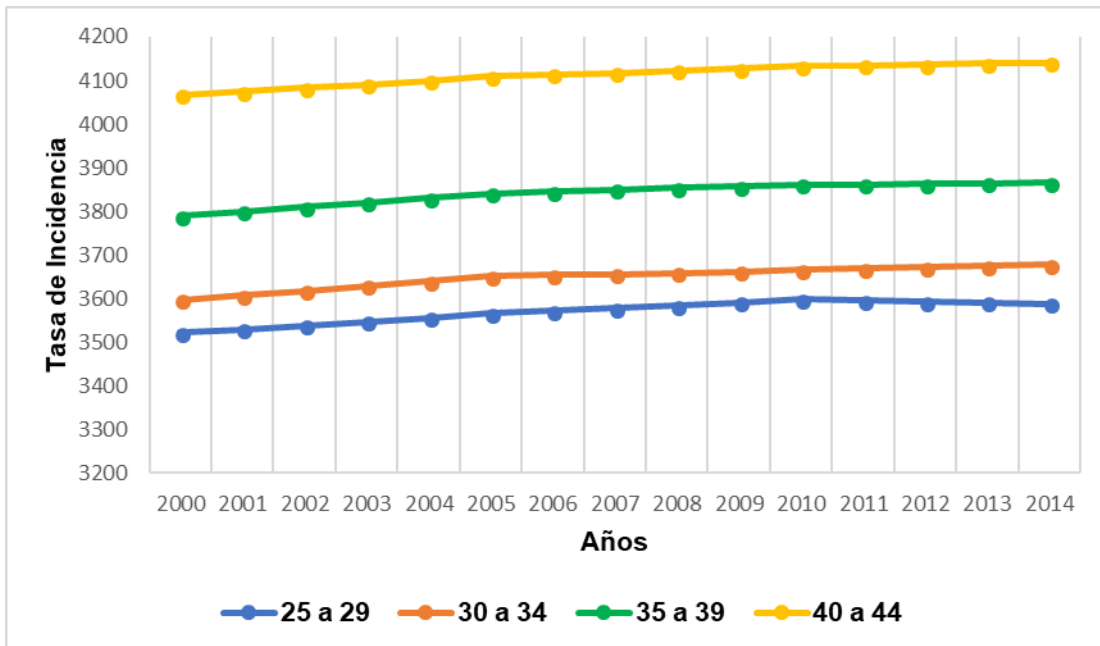
Tabla 21: Tasa de incidencia del trastorno depresivo por grupo etario en ambos sexos en el periodo 2000-2014.

<i>Edad/ Año</i>	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44
2000	3521,37	3596,74	3789,11	4067,44
2001	3529,53	3606,56	3798,72	4074,09
2002	3538,23	3617,75	3809,08	4082,48
2003	3546,87	3628,74	3819,46	4090,91
2004	3555,72	3639,44	3829,8	4099,44
2005	3565,44	3651,14	3840,76	4109,34
2006	3571,53	3654,3	3845,36	4113,88
2007	3577,16	3655,87	3848,97	4117,4
2008	3583,65	3658,68	3853,16	4122,13
2009	3590,23	3661,67	3856,97	4126,77
2010	3597,81	3666,26	3861,41	4132,17
2011	3594,65	3667,91	3861,8	4133,8
2012	3592,48	3671,12	3862,88	4136,19
2013	3590,34	3674,53	3863,84	4138,27
2014	3588,23	3678,02	3864,99	4139,89

Fuente: Elaboración propia con datos tomados de IHME.

En la tabla 21, se encuentran las tasas de incidencia por grupos etarios abarcando edades comprendidas entre 25 y 44 años en ambos sexos divididas por quinquenios. El grupo que presenta mayor tasa de incidencia corresponde al grupo de 40 a 44 años, como una tasa máxima de 4139,89 de casos incidentes en el año 2014, los grupos etarios de 30 a 34 y 35 a 39 al igual que el grupo anterior presentaron sus tasas máximas en el 2014, en lo que respecta al grupo de 25 a 29 años en el año 2010 se observa una tasa máxima de 3597, 81 casos incidentes por cada 100.000 habitantes.

Gráfico N° 16: Tasa de incidencia del trastorno depresivo mayor por grupo etario en ambos sexos en el periodo 2000-2014.



Fuente elaboración propia con datos obtenidos de IHME.

El gráfico 16, presenta la tasa de incidencia de trastorno depresivo mayor por grupos de edad de 25 a 44 años, divididos en quinquenios en el periodo 2000-2014. Como se puede observar el grupo que presenta mayores tasas de incidencia durante el periodo es el de 40 a 44 años, el cual durante el año 2014 obtiene la mayor tasa de incidencia.

Todos los grupos presentan un aumento gradual mínimo a través de los años con excepción del grupo etario de 25 a 29 años, presentando su mayor tasa en el año 2010, para luego disminuir gradualmente hasta el año 2014; esta disminución es mínima.

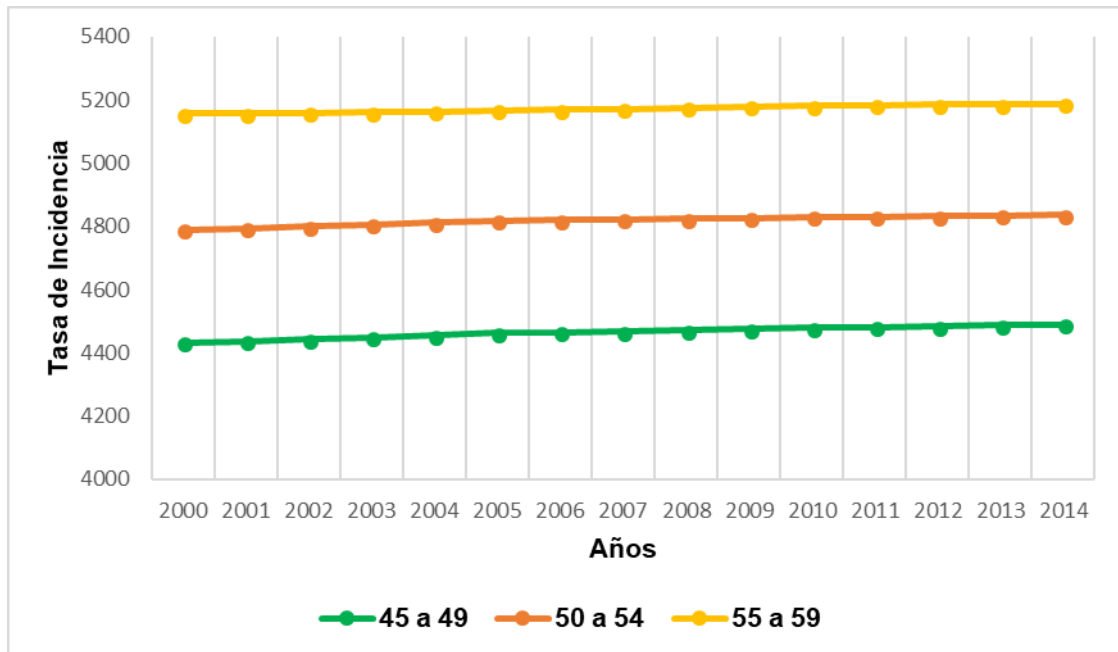
Tabla 22: Tasa de incidencia del trastorno depresivo mayor por grupo etario para ambos sexos en el periodo 2000-2014.

<i>Edad/ Año</i>	<i>45 a 49</i>	<i>50 a 54</i>	<i>55 a 59</i>
2000	4432,04	4789,62	5156,66
2001	4437,32	4793,9	5157,23
2002	4443,67	4800,09	5158,74
2003	4449,72	4806,34	5160,47
2004	4455,77	4812,19	5162,68
2005	4462,72	4818,1	5166,95
2006	4466,01	4820,97	5169,93
2007	4468,29	4822,62	5172,09
2008	4471,51	4824,71	5175,68
2009	4474,84	4826,79	5178,85
2010	4479,71	4829,7	5182,18
2011	4481	4830,75	5183,33
2012	4483,8	4832,48	5184,82
2013	4486,57	4834,25	5186,01
2014	4489,21	4836,09	5187,19

Fuente: Elaboración propia con datos tomados de IHME.

La tabla 22, muestra la tasa de incidencia de edades comprendidas entre los 45 y los 59 años en ambos sexos divididos por quinquenios, las mayores tasas de incidencia se observan en el año 2014 para los 3 grupos etarios, de 45 a 49 años 4489,21, de 50 a 54 años 4836,09 y en el grupo de 55 a 59 años 5187,19 casos incidentes por cada 100.000 habitantes.

Gráfico N° 17: Tasa de incidencia del trastorno depresivo mayor por grupo etario en ambos sexos en el periodo 2000-2014.



Fuente elaboración propia con datos obtenidos de IHME.

El gráfico 17, presenta la tasa de incidencia del trastorno depresivo mayor para las edades de 45 a 69 años divididas por quinquenios en el periodo 2000-2014. Como se puede observar el grupo etario que presenta mayores tasas durante el periodo es de 55 a 59 años; el grupo etario de 45 a 49 es el que presenta menores tasas de incidencia en el periodo 2000-2014. Todos los grupos etarios presentan una tendencia lineal con aumento mínimo gradualmente a través de los años.

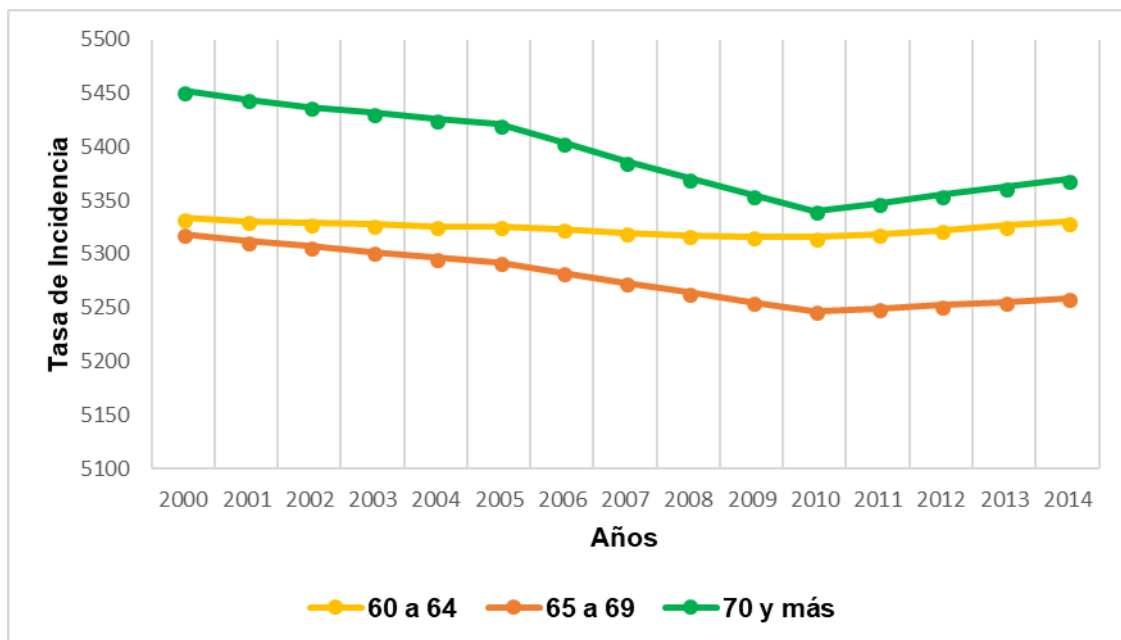
Tabla 23: Tasa de incidencia del trastorno depresivo mayor por grupo etario en ambos sexos en el periodo 2000-2014.

<i>Edad/ Año</i>	60 a 64	65 a 69	70 y más
2000	5333,56	5318,83	5452,38
2001	5330,66	5312,43	5444,59
2002	5329,05	5307,18	5437,58
2003	5327,52	5301,82	5431,99
2004	5325,97	5296,49	5426,11
2005	5326,04	5292,43	5421,03
2006	5323,59	5283,12	5404,13
2007	5319,83	5273,02	5386,37
2008	5317,75	5264,1	5371,04
2009	5316,12	5255,19	5355,53
2010	5315,84	5247,16	5340,55
2011	5318,58	5249,2	5347,59
2012	5322,53	5252,16	5355,03
2013	5326,48	5255,33	5362,71
2014	5329,95	5258,95	5369,51

Fuente: Elaboración propia con datos de IHME.

La tabla 23, muestra las tasas de incidencia para los grupos etarios de 60 en adelante para ambos sexos. Como se puede apreciar los tres grupos etarios presentan sus mayores tasas de incidencia por cada 100.000 habitantes en el año 2000 con valores de 533,56 para el grupo de 60 a 64 años, 5318,83 en el grupo de 65 a 69 años y 5452,38 para 70 años y más.

Gráfico N° 18: Tasa de incidencia del trastorno depresivo mayor por grupo etario en ambos sexos en el periodo 2000-2014.



Fuente elaboración propia con datos obtenidos de IHME.

El gráfico 18, presenta la tasa de incidencia del trastorno depresivo mayor abarcando los grupos etarios de 60 años hasta 70 y más años en el periodo 2000-2014.

El grupo que presenta las mayores tasas de incidencia durante el periodo es el de 70 años y más, la mayor tasa de incidencia se observa en el año 2000, en el año 2010 presenta la menor tasa; presenta una disminución ligera progresivamente del año 2000 al 2010, para luego aumentar gradualmente hasta el 2014.

El grupo que presenta las menores tasas en el de 65 a 69 años, con una máxima en el año 2000 y una mínima en el 2010, al igual que el grupo anterior presenta una disminución gradual mínima del año 2000 al 2010, para luego aumentar gradualmente hasta el 2014. El grupo etario de 60 a 64 años presenta una disminución mínima, la cual es progresiva del 2000 al 2010, luego aumenta con cambios mínimos y gradualmente hasta el año 2014.

CAPÍTULO V:

DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

La presente investigación se realiza con el fin de analizar la carga del trastorno depresivo mayor en Costa Rica en el periodo 2000-2014, con información obtenida de la base de datos del instituto de métricas en salud, con dicha información se obtuvo los resultados que se detallan a continuación.

La tasa bruta de prevalencia presenta un aumento gradual la cuál va de 1931,23 a 2209,58 por cada 100.000 habitantes, es mayor que la tasa estándar de prevalencia a partir del año 2010, con 2141,21 casos prevalentes por cada 100.000. Los casos prevalentes son mayores en el sexo femenino presentando una tasa máxima de 2620,02 casos en el 2014, en los hombres se observa una prevalencia menor con una tasa máxima de 1799, 72 de casos prevalentes por cada 100.000 habitantes en el año 2014.

El grupo etario en ambos sexos que presenta mayor número de casos prevalentes es el de 70 años o más con una tasa máxima de 3587,42 por cada 100.000 habitantes durante el año 2000, y el grupo etario con menor número de casos prevalentes es de 5 a 9 años con 86,95 como valor máximo durante el 2005.

Los grupos etarios de 30 a 34 (Tasa máxima 2459, 91), de 35 a 39 años (Tasa máxima 2577,08), de 40 a 44 años (Tasa máxima 2739,28), de 45 a 49 años (Tasa máxima 2958,5), de 50 a 54 años (Tasa máxima 3176,46) y el grupo de 55 a 59 años (Tasa máxima 3394,52) tienden al aumento durante todo el periodo comprendido 2000-2014.

Los casos prevalentes de los grupos etarios de 5 a 9, de 10 a 14 y de 15 a 19 años, tienden a disminuir gradualmente a partir del año 2006, mientras que los

casos del grupo etario de 20 a 24 años disminuyen a partir del 2011 al igual que los casos prevalentes en el grupo de 25 a 29 años. Sucede lo contrario con los casos prevalentes de los grupos de 60 a 64, 65 a 69 y 70 o más, los cuales presentan una disminución a partir del año 2000, aumentando en el primer grupo a partir del 2008 con 3506,01 casos prevalentes, y en los dos grupos siguientes se evidencia el aumento a partir del año 2011 con 3471,7 y 3515,97 casos prevalentes respectivamente.

En cuanto a la información obtenida de los años vividos con discapacidad (AVD) al igual que la tasa de prevalencia la tasa bruta de AVD en ambos sexos tendió al aumento durante todo el periodo con una tasa máxima de 455,95 AVD por cada 100.000 habitantes en el año 2014. Llegando a superar la tasa estándar a partir del año 2009; la tasa estándar mantuvo un comportamiento constante presentando una tasa máxima de 437,65 AVD por cada 100.000 durante el año 2007.

Las mujeres presentan mayor cantidad de años vividos con discapacidad (Tasa máxima 538,21), en tanto que los hombres presentaron menor cantidad de AVD (Tasa máxima 373,82); en ambos sexos se pudo observar que los AVD tienden a aumentar gradualmente durante el periodo 2000-2014.

El grupo etario que presenta mayor cantidad de AVD para ambos sexos es el de 60 a 64 años (Tasa máxima 709, 53), el grupo que presentó menor AVD durante el periodo de estudio es el de 5 a 9 años (Tasa máxima 19,31). En todos los grupos etarios se pudo apreciar un comportamiento fluctuante, con incrementos y descensos de la cantidad de AVD durante el periodo de estudio.

En lo referente a la tasa de incidencia en ambos sexos se pudo observar que la tasa bruta de incidencia mantuvo un aumento gradual a través de todo el periodo (tasa máxima 3366,65), sobrepasando la tasa estándar a partir del año 2010 con 3266,7 casos incidentes por cada 100.000 habitantes, la tasa estándar mantuvo un comportamiento lineal, se observa un descenso de esta desde el año 2011 hasta el 2014 (tasa máxima 3248,2).

La tasa de incidencia bruta del trastorno depresivo mayor por cada 100.000 habitantes fue mayor en el sexo femenino en todos los años comprendidos en el estudio (Tasa máxima 4021,49), con aumento gradual; mientras que la tasa de incidencia en el sexo masculino se mantuvo por debajo (Tasa máxima 2712,72), pero también con tendencia al aumento.

Entre los grupos etarios de ambos sexos que presentaron un aumento progresivo en la tasa de incidencia por cada 100.000 habitantes se encuentran: 30 a 34 años (Tasa máxima 3678,02), 35 a 39 años (Tasa máxima 3864,99), de 40 a 44 años (Tasa máxima 4139,89), 45 a 49 años (Tasa máxima 4489,21), de 50 a 54 (Tasa máxima 4836,09), y por último de 55 a 59 (Tasa máxima 5187,19).

En edades comprendidas entre 60 y 70 o más años, se observó que la tasa de incidencia disminuye gradualmente desde el 2000, edades entre 60 y 64 años aumenta gradualmente a partir del 2010, mientras que edades de 65 a 69 y 70 o más aumentan a partir del 2011.

El grupo que presenta la tasa menor de incidencia es el de 5 a 9 años con una tasa máxima de 180,33 casos incidentes por cada 100.000 para el año 2005, durante este periodo el grupo etario de 10 a 14 años también presentó su tasa máxima de incidencia siendo esta de 174,25, a partir de ese periodo la tasa de este grupo (10-14 años) presentó una disminución gradual hasta el año 2014.

La tasa de incidencia de 15 a 19 años (Tasa máxima 3067,97) mostró una disposición hacia el aumento de los años 2000 al 2010, a partir de 2011 disminuye; en edades de 20 a 24 años (Tasa máxima 3651,46) durante el periodo 2001-2010 la tasa de incidencia aumentó; la tasa de incidencia de 25 a 29 años (Tasa máxima 3597,81) se elevó gradualmente desde el 2000 hasta el 2010.

En la siguiente tabla se puede apreciar las tasas máximas de prevalencia, años vividos con discapacidad (AVD) e incidencia, por grupo etario para ambos sexos en el periodo 2000-2014.

Tabla 24: Tasas máximas de prevalencia, AVD e incidencia por grupo etario en Costa Rica para ambos sexos en el periodo 2000-2014.

Grupo etario	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70 o más
T.P Max	86,89	801,88	1941,79	2453,45	2433,56	2459,91	2577,08	2739,18	2958,5	3176,46	3394,52	3517,17	3512,34	3587,42
Periodo	2004	2006	2005	2010	2010	2014	2014	2014	2014	2014	2014	2014	2000	2000
T.AVD Max	19,31	174,01	415,4	521,64	517,32	517,95	541,81	569,59	613,05	652,31	688,61	709,53	693,25	676,78
Periodo	2003	2003	2003	2011	2007	2012	2012	2013	2009	2014	2011	2002	2007	2000
T.I Max	180,33	1474,25	3069,79	3651,46	3597,81	3678,02	3864,99	4139,89	4489,21	4836,09	5187,19	5333,56	5318,83	5452,38
Periodo	2005	2005	2010	2010	2010	2014	2014	2014	2014	2014	2014	2000	2000	2000

Fuente: elaboración propia con datos de IHME.

Al realizar una comparación de las tasas estándar de Costa Rica con las tasas estándar de algunos países como Canadá, Chile y México se obtuvo la información descrita a continuación:

El país con mayor tasa estándar de prevalencia fue Chile (2865,26 a 2592,32 casos prevalentes por cada 100.000), seguido de Canadá hasta el periodo 2005, ya que Costa Rica lo supera a partir del 2006 con 2125,75 casos prevalentes, manteniendo tasas estándar superiores que Canadá hasta el año 2014; México mantuvo la menor tasa estándar de prevalencia durante todo el periodo (1909,19 a 1902,53 casos prevalentes).

Los casos prevalentes en los cuatro países predominan en el sexo femenino; la mayor cantidad de casos prevalentes en el sexo femenino se observó en Chile, seguido de Canadá, en el tercer lugar se encuentra Costa Rica, seguido por México. El segundo lugar en tasa estándar de prevalencia para el sexo masculino lo posee Costa Rica.

Lo más destacable por grupo etario se puede apreciar a partir del grupo de 45 a 49 observándose mayor tasa de prevalencia en Chile, en segundo lugar, se encuentra Canadá del periodo 2000 al 2002, de los años 2003 al 2014 el segundo lugar lo obtiene Costa Rica con una tasa de prevalencia de 2926,61 a 2958,5 casos prevalentes por 100.000 habitantes, y México en el cuarto lugar. La prevalencia de este grupo etario en el único país que se observa tendencia al aumento en todo el periodo es en Costa Rica.

El grupo de 50 a 54 años Chile presenta la mayor tasa de prevalencia del 2000 al 2008, a partir del 2009 la tasa de prevalencia de Costa Rica es mayor con 3167,46 casos prevalentes, a partir del 2009 Chile se encuentra de segundo, seguido por México y por último Canadá. Al igual que el grupo anterior la tasa que tiende al aumento en todo el periodo es en Costa Rica.

Costa Rica presenta mayor tasa de prevalencia de 60 a 64 años durante todo el periodo (3517,17 a 3505,74), con un aumento gradual del 2008 al 2014, en segundo lugar, lo ocupa México, seguido por Chile y de cuarto Canadá. En cuanto al grupo de 65 a 69 la tasa más alta de prevalencia se encuentra en México hasta el año 2007, en el año 2008 Costa Rica presenta la mayor tasa con 3478,7 casos por cada 100.000 habitantes, manteniéndose con la tasa mayor hasta el 2014, presentando un aumento gradual del 2011 al 2014; en tercer lugar, Chile y de cuarto Canadá.

La tasa de años vividos con discapacidad para el grupo etario de 45 a 49 años Costa Rica supera a Canadá a partir del año 2002, ocupando el segundo lugar hasta el 2014 con tasas de AVD que van desde 652,31 hasta 641,61 durante todo el periodo; Chile se encuentra en el primer lugar, tercer lugar Canadá y cuarto México. A partir del año 2009 Costa Rica supera a Chile en el grupo de 50 a 54 años (652,31 a 641,61) superando a todos los países.

En los grupos etarios de 55 a 59, 60 a 64, 65 a 69 y 70 o más, Costa Rica presenta una tasa superior de AVD durante todo el periodo con cifras de 688,61 a 679,91, 709,56 a 699,41, 693,25 a 682,54 y 676,78 a 661,81, respectivamente.

Con base en la tasa de incidencia al igual que la tasa de AVD para el grupo de 45 a 49 años a partir del año 2001 la tasa en Costa Rica se posiciona en segundo lugar, únicamente superada por la tasa de Chile; para edades de 50 a 54 años, 55 a 59, 60 a 64, 65 a 69 y 70 o más las tasas de incidencia de Costa Rica es mayor que las tasas de los países comparados. Además, se observa un aumento progresivo en los grupos abarcados de los 45 a los 64 años para Costa Rica.

Tabla 25: Tasas máximas y mínimas de prevalencia, AVD, incidencia por grupos etarios de 45 a 70 o más años para ambos sexos en Canadá, Chile, Costa Rica y México en el periodo 2000-2014.

País	Canadá						Chile					
	P.Máx	P.Min	AVD.Máx	AVD.Min	I.Máx	I.Min	P.Máx	P.Min	AVD.Máx	AVD.Min	I.Máx	I.Min
Grupo etario												
45-49	3002,82	2678,97	614,56	547,99	4461,92	4001,98	3658,06	3229,27	746,28	655,37	5396,24	4773,94
50-54	2664,87	2336,56	541,25	474,63	3944,24	3474,45	3510,21	3080,57	710,98	622,29	5167,62	4549,91
55-59	2330,44	1994,04	469,53	401,87	3433,34	2947,78	3381,61	2937,48	678,81	590,67	4969,08	4334,64
60-64	2042,74	1705,37	406,4	338,77	3021,05	2539,01	3253,72	2807,22	647,05	559,15	4772,45	4146,51
65-69	1824,24	1509,8	358,02	296,32	2696,38	2250,81	3125,45	2714,61	613,95	533,93	4573,7	4005,55
70 o mas	1562,33	1307,46	295,58	246,65	2344,46	1997,41	3001,92	2667,67	567,96	502,81	4421,72	3972,62
País	Costa Rica						México					
Grupo etario	P.Máx	P.Min	AVD.Máx	AVD.Min	I.Máx	I.Min	P.Máx	P.Min	AVD.Máx	AVD.Min	I.Máx	I.Min
45-49	2913,92	2958,5	613,05	602,01	4489,21	4432,02	2753,07	2646,92	513,18	494,87	3850,56	3690,98
50-54	3176,46	3139,71	652,31	641,61	4836,09	4789,62	3020,04	2882,02	562,12	535,46	4254,74	404298
55-59	3369,91	3394,52	688,61	679,91	5187,19	5156,66	3270,9	3097,09	606,58	571,47	4661,93	4364,4
60-64	3517,17	3505,74	709,56	699,41	5333,56	5315,84	3483,18	3230,98	639,82	582,63	4938,12	452143
65-69	3512,34	3470,23	693,25	682,54	5318,83	5247,16	3584,81	3236,04	648,75	579,68	5080,69	4516,12
70 o mas	3587,42	3511,7	676,78	661,81	5452,38	5340,55	3803,16	3408,56	663,69	589,43	5424,55	4828,24

Fuente: elaboración propia con datos de IHME.

La tabla 6: muestra las tasas estándar de prevalencia, AVD e incidencia máximas y mínimas, en Canadá, Chile, Costa Rica y México, para ambos sexos únicamente con grupos etarios de 45 años en adelante, ya que en estos grupos se observaron los cambios más notorios de Costa Rica con el resto de los países.

P.Máx: Tasa estándar de prevalencia máxima, P.Min: Tasa estándar mínima de prevalencia, AVD.Máx: Tasa estándar máxima de años vividos con discapacidad, AVD.Min: Tasa estándar mínima de años vividos con discapacidad, I.Máx: Tasa estándar máxima de incidencia, I.Min: Tasa mínima de incidencia.

CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

1. Se presentó durante el periodo de estudio 2000-2014, una tasa de prevalencia con tendencia al aumento durante todo el periodo, al igual que otras investigaciones, se pudo apreciar que el sexo femenino es el más afectado.
2. Se observó en edades comprendidas entre los 30 a los 59 años un incremento gradual en la prevalencia, evidenciando que los grupos etarios afectados mayormente son grupos de clase trabajadora mencionado en algunos estudios. En el grupo de 70 años o más se evidenció tasas mayores de prevalencia de todo el periodo; poniendo en evidencia y de acuerdo con algunos autores, que los adultos mayores son muy vulnerables a esta enfermedad.
3. Se presentó un incremento paulatino de la tasa de los años de vida vividos con discapacidad durante todo el periodo en ambos sexos, como lo evidencian otros estudios sobre carga de la enfermedad que la depresión presenta mayores índices de discapacidad, y que con el pasar de los años sigue en aumento.
4. Se observó que mujeres presentaron la mayor tasa de AVD, esto puede deberse a que las mujeres presentan más depresión que los hombres, pero tanto en hombres como mujeres los AVD presentaron un incremento gradual. El grupo etario con mayor tasa de AVD fue el de 60-64 años, concordando con algunos documentos que esta enfermedad puede ser producto de algunas comorbilidades.

5. Se evidenció que el incremento en la tasa de incidencia a través de los años del periodo de estudio es de predominio en el sexo femenino, como lo indican algunos estudios sobre depresión.
6. Se presentó un ascenso gradual de la tasa de incidencia en edades comprendidas entre 30 y 59 años durante todo el periodo, lo que indica que el trastorno depresivo presenta un patrón de aumento en su incidencia, al igual que la prevalencia, como lo indican estudios realizados.
7. La depresión es una enfermedad que no respeta edad, sexo, estatus social, es una patología que, aunque presenta la característica de predominar en ciertas circunstancias, afecta por igual a cualquier ser humano, su familia, su entorno social, laboral.
8. Debe diagnosticarse y tratarse a tiempo, evitando el sobrediagnóstico o el subdiagnóstico, aplicando el correcto manejo de esta, ya que se considera la epidemia del siglo XXI y que sigue en aumento.

6.2 RECOMENDACIONES

1. Fomentar la realización de talleres por parte de médicos psiquiatras para la capacitación del personal de salud, en el manejo de pacientes con trastornos depresivos.
2. Implementar la utilización de instrumentos como la Escala de Hamilton en atención primaria para la captación temprana de pacientes con riesgo de sufrir trastorno depresivo o que presenten esta patología.
3. Realizar programas de educación sobre depresión para escuelas, colegios, universidades, empresas, ya que en estos grupos la prevalencia e incidencia tiende al aumento.
4. Promover la salud mental haciendo énfasis en estilos de vida saludables, hábitos alimenticios, cese del fumado, del alcohol y del uso de drogas, ejercicio, técnicas para el manejo del estrés y la ansiedad, entre otras.
5. Alentar a los pacientes en el caso que presenten depresión, por medio de psicoeducación, para que puedan entender su enfermedad, la importancia de la adherencia al tratamiento, importancia de estilos de vida saludables (ejercicio, manejo del estrés y ansiedad), y lo más importante a cambiar esa idea de que la depresión es sinónimo de debilidad o falta de ocuparse en algo.
6. Realizar talleres para familias de pacientes con trastorno depresivo, ya que este es el pilar fundamental en la sociedad, si la familia comprende la enfermedad el paciente sentirá más seguridad y más respaldo.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Elvira Lara, Noé G, Alize JF, Stefanos T, Beatriz O, Lidia SR et al. La carga de la enfermedad en España 2010: trastornos neurológicos, mentales y relacionados con el consumo de sustancias. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc)*. 2015; 8(4): 207-217.
- 2- Gavin Andrews, Kristy S, John B. Burden of disease: methods of calculating disability from mental disorder. *BJPsych*.1998; 173: 123-131. Disponible en: <http://bjp.rcpsych.org/10.1192/bjp.173.2.123>
- 3- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra, Suiza: OMS. 2001. p. 21-90.
- 4- OMS. MpGAP: Programa de acción para superar las brechas en salud mental: Mejora y ampliación de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. 2008. Disponible en:
http://www.who.int/mental_health/publications/9789242596205/es/
- 5- Margaret Chan. Cerrar la brecha de salud mental: Alocución pronunciada en el Foro del Programa de Acción en Salud Mental. Ginebra, Suiza: OMS. 2010. Disponible en: http://www.who.int/dg/speeches/2010/mhGap_forum_20101007/es/
- 6- OMS/OPS Chile. Depresión: Hablemos, dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad. Notas de primera página. 2018. Disponible en https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=879:qdepresion-hablemosq-dice-la-oms-mientras-la-depresion-encabeza-la-lista-de-causas-de-enfermedad&Itemid=1005
- 7- Patricia F, Fidelina NA. Grupo cognitivo conductual para personas con depresión: Una experiencia de trabajo social del Hospital San Juan de Dios. *Rev trabajo social*.2007; 69: 11.
- 8- Ministerio de Salud. Estudio sobre la carga de enfermedad en Costa Rica. Estimación de la Carga de enfermedad en Costa Rica Para el año 2005, Costa Rica. 2007.
- 9- Fernanda MC. Las voces de la depresión: así se vive con esta enfermedad mental. *Revista Dominical*.2018. Disponible en: www.nacion.com/revista-dominical/las-vozes-de-la-depresion-asi-se-vive-con-esta/DVZPZMGNANFFPPTF4GERSTTOG4/story/
- 10- Anna CA, Enric RR. Carga de la enfermedad en la comunidad autónoma de Cataluña utilizando años de vida ajustados por discapacidad (2005-2010). *Rev Esp Salud Pública*. 2014; 88(2): 279-288.
- 11- Joshua AS, Juanita AH, Adrian D, Charline M, Suzanne P, Arie HH et al. Disability weights for the Global Burden of Disease 2013 study. *Lancet Glob Health*. 2015; 3: e712-23.
- 12- Rafael L, Héctor GD, Francisco GL, Aida JC, Julio César CR, Francisco FM et al. Carga de la enfermedad, lesiones, factores de riesgos y desafíos para el sistema de salud de México. *Salud Pública Mex* 2013; 55: 580-594.
- 13- Ronald EM. Carga global de la enfermedad: breve revisión de los aspectos más importantes. *Rev Hisp Cienc Salud*. 2015; 1(2): 107-116.

- 14- Ministerio de Salud Perú. Carga de la enfermedad en el Perú: Estimación de los años de vida saludables perdidos 2012. Dirección general de epidemiología. 2014.
- 15- World Health Organization. NATIONAL BURDEN OF DISEASE STUDIES: APRACTICAL GUIDE. WHO, Geneva. 2001.
- 16- Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD 2016 Online Tools Overview. IHME.2016. Disponible en: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-2016>.
- 17- Ruth B, Robert B, Tord K. Epidemiología básica. 2ª edición. publicación científica y técnica n°629. Washington, D.C. OPS. 2008.
- 18- Alejandra MA, Sergio L M, Alexánder CB. Principales medidas en epidemiología. Salud Pública de México. 2000; 42(4): 337-348.
- 19- Murray CJL. Global and Regional descriptive epidemiology of disability: incidence, prevalence, health expectancies and years lived with disability. GBD. 2006.
- 20- Organización Panamericana de la Salud. Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones Sanitarias Mundiales. Washington, D.C. OPS. 2017.
- 21- Elsy APP, Víctor MCR, Nayeli AHG, Juan CPC, Humberto SB. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. Rev Biomed. 2017; 28: 89-115.
- 22- Humberto CH, Patricia LC, Jorge CA, Elena CR. Neurobiología de la depresión y de su tratamiento farmacológico. Salud Mental. 2016; 39(1): 47-58.
- 23- Rodrigo PE. Tratamiento farmacológico de la Depresión: Actualidades y futuras direcciones. Artículo de revisión. Rev UNAM. 2017; 60.
- 24- Bifano M. Trastorno Depresivo Mayor, Rev Botica. 2013, (18): 1-4.
- 25- Guía de Manejo y Tratamiento del Trastorno Depresivo Mayor, Colombia. 2014.
- 26- José AAP, Silvia LC, Vicente GM, José AAP. Depresión Mayor. Actualización. Recomendaciones SEMERGEN. 2016.
- 27- Organización Panamericana de la Salud. Clasificación estadística internacional de las enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE-10). Washington, D.C: OPS. 1995.
- 28- Asociación Americana de Psiquiatría. DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Edición: 5ª. Editorial Médica Panamericana. 2014.
- 29- Ministerio de Salud. Guía Clínica. Depresión en personas de 15 años o más. Santiago, Chile, MINSAL. 2013.
- 30- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia. 2014.
- 31- Miguel RB, Enric A. Abordaje compartido de la depresión. Consenso Multidisciplinar. EUROMEDICINE, Ediciones médicas, SL, España. 2018.

- 32- Marie VM, Irene MS, Nelson AG, Guillermo L. Tratamiento farmacológico de la depresión: comparación entre las principales guías de la práctica clínica. Artículo de revisión, RIECS. 2017.
- 33- Guillermo LF. Las 10 preguntas clave sobre la depresión: información para pacientes y familiares. CIBERSAM. 2017.
- 34- María DM. Eficacia de Agomelatina sobre los efectos negativos y positivos. XVIII Congreso Nacional de Psiquiatría, España. 2013.
- 35- National Institute for Health & Clinical Excellence. Depression: The NICE Guideline on the treatment and management of depression in adults. Updated edition. The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists. 2018.
- 36- María TVH, Miguel RFB, María VRI, Luisa CG, María JTG, Encarna AJ. Guía-Protocolo para el manejo del paciente con depresión en el mundo del trabajo. Grupo de Trabajo Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo (AEEMT); 2018.
- 37- OMS. Salud Mental. Prevención del suicidio. 2012. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/
- 38- Javier JP, Silvia MU, Mercedes NA, Teresa PT, José LPI, Guillermo PG, et al. Guía para la detección y prevención de la conducta suicida. Comunidad de Madrid.2017. Disponible en: <https://www.redaipsis.org/wp-content/uploads/2017/10/GUIA-PARA-PROFESIONALES-SANITARIOS.pdf>
- 39- GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2016; 388 (10053): 1545-1602.
- 40- Organización Mundial de la salud. Atlas de Salud Mental 2014. OMS.2015. Disponible en : http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2014/es/
- 41-. Alejandro GU, Luis FCS, Carmen EDG, Gerardo BB, Elkin OS, José FVV, et al. Boletín de salud mental: Depresión. Ministerio de Salud. Subdirección de enfermedades no transmisibles. Bogotá, Colombia. 2017; (1). Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>.
- 42- Caja Costarricense del Seguro Social. CCSS llama a cuidar la salud mental mediante actividades en familia y con amigos. Área de comunicación digital, Costa Rica. 2017. Disponible en: www.ccss.sa.cr/noticia?ccss-llama-a-cuidar-la-salud-mental-mediante-actividades-en-familia-y-con-amigos.
- 43- Ministerio de Salud de Costa Rica. Boletín Estadístico de Trastornos Mentales Costa Rica. Dirección de vigilancia de la salud. 2015. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/indicadores-de-salud-boletines/boletin-de-morbilidad/3190>.
- 44- Roberto HS, Carlos FC, Pilar BL. Metodología de la Investigación sexta edición. McGraw-Hill. México.DF.2014.

DECLARACIÓN JURADA

DECLARACIÓN JURADA

Yo Ana Laura Angulo Bermúdez , cédula de identidad número 1-11250019, 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 TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EN COSTA RICA EN EL PERIODO 2000-2014" 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 de San José, Barrio Aranjuez, el 09 de octubre del 2018.

Ana Laura Angulo Bermúdez

Ana Laura Angulo Bermúdez

CARTA DEL TUTOR

San José, 9 de octubre del 2018

Dirección de registro
Universidad Hispanoamericana
Presente

La estudiante: **Ana Laura Angulo Bermúdez**, cédula de identidad número 111250019, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado "**CARGA DE LA ENFERMEDAD POR TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EN COSTA RICA EN EL PERIODO 2000-2014**", el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Medicina y Cirugía. He verificado que se han incluido las observaciones y hecho las correcciones indicadas, durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

Los resultados obtenidos por el postulante implican la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10%
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	20%
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	29%
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	15%
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	14%
	TOTAL	100%	98%

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



Dr. J. Daniel Pérez F
Ced. 1-1466-0692
Cod. 13481

CARTA DEL LECTOR

7 Noviembre, 2018

Srs.
Departamento de Registro
Universidad Hispanoamericana
Presente

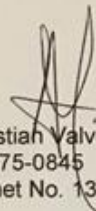
Estimados:

La estudiante **Ana Laura Angulo Bermúdez**, cédula de identidad número **1-1125-0019**, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado **CARGA DE LA ENFERMEDAD POR TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EN COSTA RICA EN EL PERIODO 2000-2014** el cual ha elaborado para optar por el grado de Licenciatura.

He revisado y hecho observaciones basándome en mi función como lector metodológico, en lo referente a contenido analizado, 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 mínimas aceptables, correspondientes a las observaciones indicadas.

Por lo anterior, en calidad de Lector metodológico, doy visto bueno al trabajo de investigación para que sea defendido públicamente.

Atentamente,



Christian Valverde Solano
1-1375-0845
Carnet No. 13482

CARTA DEL FILÓLOGO

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

Cañas, 10 de noviembre del 2018.

Sres.

Miembros del Comité de Trabajos Finales de Graduación

SD.

Estimados señores:

Leí y corregí el trabajo de investigación, denominado: **“CARGA DE LA ENFERMEDAD POR TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EN COSTA RICA EN EL PERIODO 2000-2014”**; elaborado por la estudiante Ana Laura Angulo Bermúdez, cédula 111250019; para optar por el grado académico Licenciatura en Medicina y Cirugía.

Corregí el trabajo en aspectos, tales como: construcción de párrafos, vicios del lenguaje que se trasladan a lo escrito, ortografía, puntuación y otros relacionados con el campo filológico, y desde ese punto de vista considero que está listo para ser presentado como “Trabajo Final de Graduación”; por cuanto cumple con los requisitos establecidos por la Universidad.

Suscribe de ustedes cordialmente,



MsC. Luis Roberto Cerdas Jiménez

Cédula 603020073

Código 24611