

Epidemiología de los trastornos afectivos^{1,2}

Jules Angst*

Summary

Despite the development of structured interviews and operational diagnostic criteria more than 20 years ago, the lifetime prevalence rates of community studies exhibit wide variability within and between countries. Rates of affective disorders vary as follows: major depressive disorder, 1.2-18.0%, dystymia 1.1-20.6%, bipolar disorder 0.2-3.3%. The differences can partially be explained by variations of instruments and interviews.

A non-hierarchical diagnostic approach in psychiatric epidemiology enables clinicians to gain understanding of the patterns of comorbidity between affective disorders and other psychiatric syndromes. Major depression, recurrent brief depression, and hypomania differ in their patterns of association with other disorders. Moreover, subjects with affective disorders with comorbidity for other conditions are more severely affected, suffer from more symptoms with longer duration, have increased rates of suicide attempts, and seek treatment more often. It is critical for treatment studies to assess comorbid conditions in order to provide a comprehensive approach to treatment, which may be a special challenge to physicians.

Resumen

A pesar del desarrollo de la entrevista estructurada y de los criterios diagnósticos operacionales iniciado desde hace más de 20 años, la prevalencia de los trastornos afectivos durante la vida varía notablemente en los estudios comunitarios dentro del mismo país y de un país a otro. Los porcentajes de los trastornos afectivos varían como sigue: trastorno depresivo mayor 1.2-18.0%, distimia 1.1-20.6% y trastorno bipolar 0.2-3.3%. Estas diferencias podrían deberse, en parte, a la diversidad de los instrumentos y de las entrevistas que se emplearon.

El enfoque diagnóstico no jerárquico en la epidemiología psiquiátrica, les permite a los clínicos comprender mejor los patrones de comorbilidad entre los trastornos afectivos y otros síndromes psiquiátricos. La depresión mayor, la depresión breve recurrente y la hipomanía, difieren en sus patrones de asociación con otros trastornos. Más aún, los sujetos con trastornos afectivos y comorbilidad debido a otras afecciones, están más seriamente afectados, padecen más síntomas que tardan más en desaparecer, tienen un índice más alto de intentos de suicidio y buscan tratamiento con más frecuencia. Es muy importante que al estudiar los tratamientos se tomen en cuenta las situaciones en las que hay comorbilidad a fin

de poder diseñar mejor el tratamiento, lo que a veces constituye un verdadero reto para los médicos.

En este trabajo trataré de sintetizar los estudios más recientes en este campo, basados en los criterios diagnósticos operacionales, a los que añadiré algunos de nuestros propios datos provenientes de un estudio prospectivo llevado a cabo en el cantón de Zurich, Suiza.

El espectro de los trastornos afectivos

En la tabla 1 se enumeran las categorías diagnósticas de la depresión unipolar hasta ahora conocidas. Estamos familiarizados con los conceptos diagnósticos del trastorno depresivo mayor (TDM), de la distimia y de la depresión no especificada de ninguna otra manera. En Suiza se describió una categoría menos conocida, llamada "depresión breve recurrente" (Angst y Dobler-Mikola 1984). Esta consiste en breves episodios de depresión que duran generalmente de uno a tres días y que se presentan por lo menos 1 vez al mes a lo largo del año. Por su severidad, este síndrome puede compararse con la depresión mayor. Su diagnóstico requiere del mismo número de síntomas de este criterio; por ejemplo: cuatro de los ocho síntomas mencionados en el DSM-III para el trastorno depresivo mayor. Sin embargo, hay otras formas de depresión que han sido menos estudiadas: la depresión menor, la depresión estacional y la personalidad depresiva. La existencia de la depresión estacional con un patrón específico de síntomas todavía debe confirmarse por medio de estudios epidemiológicos representativos. Aún no se ha podido determinar la posición nosológica de la personalidad depresiva.

La figura 1 muestra un modelo de *kindling* hipotético del curso que sigue el patrón de los síndromes depresivos. Las fluctuaciones del estado de ánimo depresivo en los sujetos normales suelen durar algunas horas o cuando mucho algunos días. En el segundo caso se les llama depresiones breves. Pero si se presentan por lo menos una vez al mes y llenan los criterios de los síntomas diagnósticos del síndrome depresivo mayor, reciben el nombre de "depresión breve recurrente". Si estos episodios se prolongan, pueden convertirse en un trastorno depresivo mayor, en distimia y, finalmente, en depresión crónica. Hay datos que indican que en la adolescencia, la depresión puede empezar

¹Proyecto financiado por la Fundación Científica Nacional de Suiza, con el contrato 3.873.088.

²El autor desea agradecer al Dr. Cécile Ernst sus consejos y sus sugerencias.

*Director de la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Zurich. Lenggstrass 31. CH-8029. Zurich 8, Suiza.

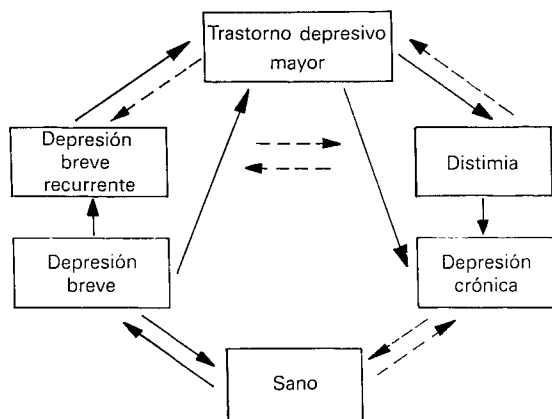


FIGURA 1. Patrón que sigue el curso del modelo "kindling".

como una depresión breve recurrente o como distimia, y convertirse después en un trastorno depresivo mayor. Por lo tanto, es probable que todos los subgrupos de la depresión pertenezcan al mismo trastorno y que su definición se deba solamente al curso específico que siguen los patrones y a su distinta severidad.

El espectro bipolar (Tabla 2) se compone de los trastornos bipolares del tipo I (con manía) o del tipo II (con hipomanía), de ciclotimia y de hipomanía sin episodios depresivos. En Suiza se describió la hipomanía breve recurrente. La llamada hipomanía inducida por drogas puede no ser un grupo diagnóstico independiente. Es raro encontrar cicladores rápidos bipolares con un ciclo de 48 horas y personalidad hipertímica y ciclotímica.

Hasta ahora, la investigación epidemiológica solamente ha estudiado una parte de estos subgrupos. Ni siquiera conocemos exactamente su prevalencia.

TABLA 1
Espectro de la depresión unipolar

Trastorno depresivo mayor
Distimia
Depresión no especificada de otra manera
Depresión breve recurrente
Depresión menor
Depresión estacional
Personalidad depresiva

TABLA 2
Espectro de los trastornos bipolares

Trastorno bipolar I y II
Ciclotimia
Hipomanía
Hipomanía breve recurrente
Hipomanía "inducida por las drogas"
Personalidad hipertímica

La epidemiología de la depresión unipolar

En la tabla 3 se menciona el porcentaje de prevalencia durante la vida, encontrado en estudios comunitarios en los que se emplearon entrevistas bien desarrolladas y criterios diagnósticos bien definidos para la depresión mayor. En algunos estudios se encontró un bajo porcentaje de prevalencia durante la vida, y en otros, medio o alto. En los estudios que se hicieron con la Escala de la Entrevista Diagnóstica (*Diagnostic Interview Schedule*) (Robins y cols. 1981), aplicada por entrevistadores no profesionales que usaron los criterios para la depresión mayor del DSM-III, se encontraron porcentajes de prevalencia entre 1.2 y 14.8%, o sea, porcentajes bajos, medianos y altos. De hecho, en un estudio cuidadoso que se hizo en Nueva Zelanda con este método, Wells y cols. (1989) llega-

TABLA 3
Porcentajes de la prevalencia de la depresión mayor durante la vida

			Porcentaje (%) en la Entrevista	
Hwu y cols.	1985	Taipei (Taiwan)	1.2	bajo
Weissman y cols.	1988	ECA (EUA)	4.4	
Canino y cols.	1987	Puerto Rico	4.6	
Chen y cols.	1985	Hong Kong	4.9	mediano
Elliot y cols.	1985	Nat. Survey (EUA)	8.4	
Bland y cols.	1988	Edmonton (Can)	8.6	
Wittchen y von Zerssen	1987	Munich (Alemania)	9.0	alto
Wells y cols.	1989	Christchurch (NZL)	12.6*	
Oliver y Simmons	1985	St. Louis (EUA)	14.8	
Wacker y cols.	1991	Basilea (Suiza)	15.7	
Murphy	1980	Condado de Stirling (Can)	16.0	
Angst y Wicki	1990	Zurich (Suiza)	16.7	
Weissman y Myers	1978	New Haven (EUA)	18.0	

* En el grupo de 25-44 años: 16.8

ron a la conclusión de que el porcentaje de prevalencia era de 16.8% en el grupo de 25 a 44 años. Como mencionó Parker (1987), si la Escala de la Entrevista Diagnóstica es aplicada por no profesionales, los verdaderos porcentajes de prevalencia pueden resultar subestimados. Nuestros datos de Suiza indican lo mismo.

En los estudios epidemiológicos de corte transversal también se pueden subestimar los porcentajes de la prevalencia durante la vida, porque los sujetos pueden haber olvidado los episodios anteriores. Por esta razón, los estudios longitudinales, como el Estudio del Condado de Stirling (*Stirling Country Study*) en Canadá, de Murphy (1980), y nuestro Estudio de Zurich, en Suiza, pueden ser más representativos. En ambos, los porcentajes de prevalencia a lo largo de la vida fueron del 16%. Este mismo porcentaje se obtuvo en un estudio suizo de corte transversal hecho recientemente en Basilea, por Wacker y cols. (en prensa) quienes emplearon la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (*Composite International Diagnostic Interview*) (EDIC).

La alta y la baja prevalencia varían por un factor 4. Aun considerando las explicaciones antes mencionadas, es difícil explicar esta notable diferencia. Más bien, suponemos que los bajos porcentajes de prevalencia reportados en el Estudio Epidemiológico del Área de Captura (*Epidemiologic Catchment Area Study*) (EEAC) de Weissman y colaboradores (1988), y en el Estudio de Puerto Rico, de Canino y cols. (1987) están subestimados.

También se encontró una gran variedad de porcentajes de prevalencia para la distimia (Tabla 4). Mientras que los primeros estudios indicaban una prevalencia de 3 a 4%, en una investigación reciente de Wells y cols. (1989) y de Wacker y cols. (en prensa), aparece una prevalencia de 7% y de 9%. Kivelä y cols. encontraron el porcentaje más alto (20%) en un estudio finlandés. Wells y cols. (1989) encontraron que los porcentajes eran más altos entre los sujetos de más edad que entre los jóvenes. Pero estos datos presentan un problema, pues la distimia no se puede considerar como una categoría diagnóstica independiente, sino como parte del amplio grupo de trastornos depresivos. Cerca del 95% de los pacientes con distimia llenan alguna vez los criterios de la depresión mayor durante el curso de su enfermedad (Koczis y Frances, 1987; Angst y Wicki, 1991).

La prevalencia a lo largo de la vida de algunos subgrupos de depresión menos conocidos, es muy rara a

pesar de que estos síndromes son muy comunes. La depresión menor probablemente tenga un porcentaje de prevalencia de un año en por lo menos el 5%. Se observó que la depresión breve recurrente tiene un porcentaje de prevalencia del 10% hasta los 30 años. Por otro lado, la depresión estacional puede ser un síndrome muy raro en la comunidad (Wicki y cols., enviado para su publicación).

La epidemiología de los trastornos bipolares

El DSM-III-R define la manía y la hipomanía. El último criterio diagnóstico fue mejorado en Zurich al incluir un criterio de los comentarios de otras personas acerca del cambio de comportamiento, ya que los individuos con un diagnóstico de hipomanía, frecuentemente perciben sus episodios como estados normales. Weissman encontró en el Estudio del Área de Captura Epidemiológica y en el Estudio de Yale (Weissman y Myers 1978) una prevalencia a lo largo de la vida de 1.2%. Estos porcentajes son considerablemente más altos que los de Bland y cols. (1988), de Canadá, y que los de Wittchen y von Zerssen (1987), de Munich. Oliver y Simmons (1985) informaron de una prevalencia a lo largo de la vida, incluyendo la hipomanía y la ciclotimia, de 3.1%.

Este porcentaje se acerca mucho más al nuestro, que es del 4 al 5.5%, dependiendo de la definición. La hipomanía es uno de los trastornos psiquiátricos que menos se han investigado; frecuentemente ni siquiera se considera como un trastorno patológico. Su prevalencia a lo largo de la vida debe ser más alta que la reportada hasta ahora en los estudios. Nosotros creemos que todos los hipomaniacos pueden ser bipolares en potencia.

La comorbilidad de los trastornos afectivos

La investigación epidemiológica reciente ha proporcionado nuevos e interesantes datos sobre la comorbilidad. El hallazgo sobre la asociación que hay entre los síndromes psiquiátricos se debe, en parte, a un enfoque no jerárquico debido al cual un paciente puede recibir varios diagnósticos transversal y longitudinalmente.

La relación longitudinal de los trastornos afectivos con otros diagnósticos se ilustrará por medio de la comorbilidad del trastorno depresivo mayor, de la depresión breve recurrente y de la hipomanía.

Hay una estrecha relación entre la depresión mayor y la distimia, que parece ocurrir en una singular proporción del 5.0 (figura 2), al igual que la neurastenia (5.3), la agorafobia y los trastornos de ansiedad generalizada (4.2) y, como se esperaba desde el punto de vista clínico, los intentos de suicidio (4.0). Por el contrario, es poca su relación con los trastornos de pánico (2.4), un poco menor que con la hipomanía (3.0). En general, la depresión mayor se relaciona principalmente con los síndromes psiquiátricos prolongados.

En contraste con estos hallazgos, la depresión breve recurrente (figura 3), que está determinada por episodios que sólo duran algunos días pero que frecuentemente se

TABLA 4
Porcentajes de la prevalencia de distimia durante la vida
(DSM-III)

			(%)
Hwu y cols.	1985	Taipei (Taiwan)	1.1
Oliver y Simmons	1985	St. Louis (EUA)	1.7
Weissman y cols.	1988	ECA (EUA)	3.1
Bland y cols.	1988	Edmonton (Canada)	3.7
Chen y cols.	1985	Hong Kong	4.0
Canino y cols.	1987	Puerto Rico	4.7
Wacker y cols.	1991	Basilea (Suiza)	7.2
Wells y cols.	1989	Christchurch (Nueva Zelanda)	9.0
Kivelä y cols.	1988	Tampere (Finlandia)	20.6

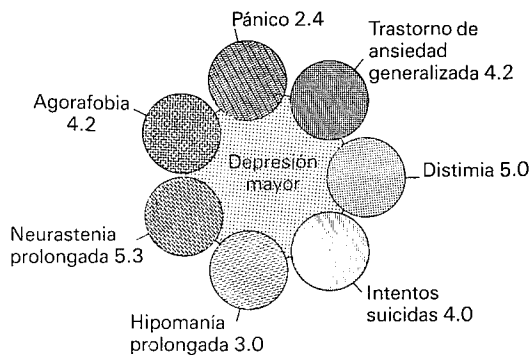


FIGURA 2. Asociaciones del trastorno depresivo mayor.

repiten, está estrechamente relacionada con otras manifestaciones psiquiátricas breves recurrentes: los estados de ansiedad breves recurrentes, la neurastenia breve recurrente, la hipomanía breve recurrente y, finalmente, el trastorno de pánico y los intentos suicidas. El trastorno de pánico está más estrechamente relacionado con la depresión breve recurrente y con la ansiedad breve recurrente, que con la depresión mayor. La depresión breve recurrente no se relaciona con la hipomanía prolongada.

Por su parte, la hipomanía (figura 4) se relaciona con los estados de ansiedad, la sociopatía, la depresión mayor, la distimia y el alcoholismo. Los patrones varían mucho dependiendo del síndrome nuclear desde el cual se considere esta relación, por lo tanto, puede emplearse la comorbilidad para validar los conceptos diagnósticos.

Conclusión

La investigación epidemiológica moderna muestra que hay una alta prevalencia de hipomanía, depresión y trastorno bipolar. A pesar del desarrollo de las entrevistas diagnósticas y de los criterios diagnósticos operacionales, la prevalencia a lo largo de la vida varía notablemente, por lo que es necesario investigar más a este respecto. Es probable que todavía esté subestimada la prevalencia de la hipomanía y de la enfermedad bipolar. Por otra parte, los criterios diagnósticos modernos identifican a la mayoría de los sujetos depresivos, especialmente cuando se incluye el concepto de depresión breve recurrente en el espectro. Sin embargo todavía no se conoce la prevalencia de la depresión menor.

Desde un punto de vista descriptivo, los subtipos de la

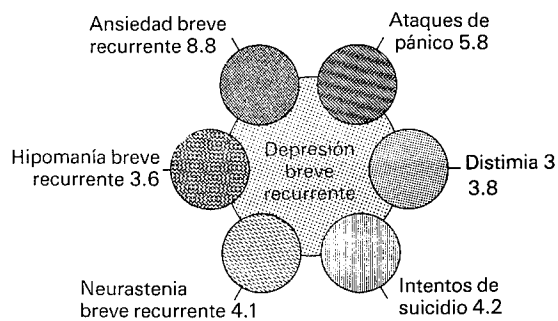


FIGURA 3. Asociaciones de la depresión breve recurrente.

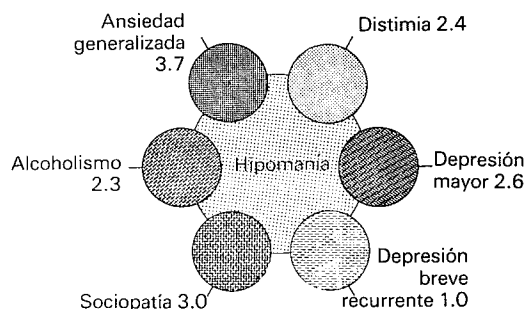


FIGURA 4. Asociaciones de la hipomanía

depresión pudieran pertenecer a un espectro más amplio de síndromes depresivos, y todos los subgrupos de hipomanía y de enfermedad bipolar pudieran ser parte de un espectro bipolar.

Un enfoque diagnóstico no jerárquico de la epidemiología muestra que hay una cantidad considerable de comorbilidad entre los trastornos afectivos y otros síndromes psiquiátricos. Estos hallazgos son muy interesantes desde el punto de vista clínico, ya que los pacientes con más de un diagnóstico son los más afectados. Como las situaciones en las que se presenta la comorbilidad generalmente requieren de una medicación compleja, éstas deberían tomarse muy en cuenta en los estudios sobre los tratamientos. Los síndromes psiquiátricos se manifiestan en los episodios breves muy recurrentes (lo cual es un nuevo hallazgo) o en las clásicas fases prolongadas. El patrón del curso que sigan puede ser una variable básica de las características psicossomáticas del individuo.

Traducción de Angélica Bustamante

REFERENCIAS

1. ANGST J, DOBLER-MIKOLA A: The Zurich Study. II. The continuum from normal to pathological depressive mood swings. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci*, 234:21-29, 1984.
2. ANGST J, WICKI W: Recurrent brief depression. *The Royal College of Psychiatrists. Annual Meeting 1990*. Birmingham (resumen).
3. ANGST J, WICKI W: The Zurich Study. XI. Is dysthymia a separate form of depression? Results of the Zurich cohort study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 240:349-354, 1991.
4. BLAND RC, NEWMAN SC, ORN H (eds): Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton. *Acta Psychiatr Scand*, (Supl.) 338, 1988.
5. CANINO GJ, BIRD HR, SHROUT PE, RUBIO-STIPEC M, BRAVO M, MARTINEZ R, SESMAN M, GUEVARA LM: The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry*, 44:727-735, 1987.

6. CHEN CN, LEE N, LAI P, LAM Y-M, WONG J, WONG Y-F, CHAN-HO M-W: Two-stage screening in community survey: report of a pilot study. *Proceedings. International Symposium on Psychiatric Epidemiology*, Taipei, 1985.
7. ELLIOTT JS, HUIZINGA D, MORSE BJ: The dynamics of deviant behavior: a national survey. Progress report. Behavioral Research Institute, Boulder, Colorado, 1985.
8. HWU H-G, CHANG L-Y, YEH E-K, YEH Y-L: Age-group prevalence, age of onset and currency of DIS-CM defined diagnostic categories. A critique on estimation of life-time prevalence. *Proceedings, International Symposium on Psychiatric Epidemiology*, Taipei, 1985.
9. KIVELAE SL, PAHKALA L, LAIPPALA P: Prevalence of depression in an elderly population in Finland. *Acta Psychiatr Scand*, 78:401-413, 1988.
10. KOCSIS J, FRANCES AJ: A critical discussion of DSM-III dysthymic disorder. *Am J Psychiatry*, 144:1534-1542, 1987.
11. MURPHY JM: Continuities in community-based psychiatric epidemiology. *Arch Gen Psychiatry*, 37:1215-1223, 1980.
12. OLIVER JM, SIMMONS ME: Affective disorders and depression measured by the Diagnostic Interview Schedule and the Beck Depression Inventory in an unselected adult population. *J Clin Psychol*, 41:496-576, 1985.
13. PARKER G: Are the lifetime prevalence estimates in the ECA study accurate? *Psychol Med*, 17:275-282, 1987.
14. WACKER HR, MUELLEJAHNS R, KLEIN KH, BATTE-GAY R: The identification of "cases" of anxiety disorders and effective disorders in the community by using the CI-DI. (submitted for publication to *Int J Methods Psychiatry Res*), 1991.
15. WEISSMAN MM, LEAF PD, TISCHLER GL, BLAZER DG, KARNO M, LIVINGSTONE BRUCE M, FLORIO L: Affective disorders in five United States communities. *Psychol Med*, 18:141-153, 1988.
16. WEISSMAN MM, MYERS JK, HARDING PS: Psychiatric disorders in a U.S. urban community. *Am J Psychiatry*, 135:459-462, 1978.
17. WELLS KB, STEWART A, HAYS RD, BURNAM A, ROGERS W, DANICK M, BERY S, GREENFIELD S, WARE J: The functioning and well-being of depressed patients. Results from the medical outcomes study. *JAMA*, 262:914-919, 1989.
18. WICKI W, ANGST J, MERIKANGAS KR: The Zurich Study. XIV. Epidemiology of seasonal depression. (in preparation)
19. WITTCHEN HU, von ZERSSEN D: Verläufe behandelter und unbehandelter Depressionen und Angststörungen. Eine klinisch-psychiatrische und epidemiologische Verlaufsuntersuchung. Springer, Berlin, Heidelberg, Nueva York, 1987.