

# EPIDEMIOLOGIA DE LA DEPRESION\*

Dr. Carlos Campillo S.\*\*

Dr. Jorge Caraveo A.\*\*\*

La literatura sobre la epidemiología de la depresión aunque abundante, es confusa, incompleta y contradictoria, debido a que los conocimientos actuales sobre los estados depresivos y la introducción de las modernas técnicas epidemiológicas en el terreno de la psiquiatría son recientes. Hasta no hace mucho tiempo, lo que distinguía a esta especialidad era la anarquía en la clasificación de las depresiones, la dificultad para que dos especialistas llegaran a un mismo diagnóstico y la falta de uniformidad en los métodos de investigación. El resultado era que en muy pocos estudios los datos podían ser comparativos.

Lo caótico de la situación se puso de manifiesto con la investigación denominada "Diagnóstico Psiquiátrico en Nueva York y Londres" (1), pues se demostró que la baja tasa de prevalencia de padecimientos depresivos que había en Nueva York en relación con Londres, obedecía más que a un hecho real, a que los psiquiatras americanos tenían la tendencia a diagnosticar menos cuadros depresivos que sus colegas ingleses. Es a raíz de este estudio que se empiezan a diseñar investigaciones más rigurosas que emplean los mismos métodos de clasificación, de diagnóstico y búsqueda de casos (2) (3) (4) (5).

Aunque en la actualidad el panorama dista mucho de ser satisfactorio, los descubrimientos nuevos sobre la bioquímica, genética y farmacología de la depresión y el avance en la estadística y la computación que tanto auxilian a la epidemiología, permiten tener un mayor optimismo sobre el futuro de estas investigaciones.

Pero a pesar de las limitaciones mencionadas, si los datos de la literatura se revisan con cuidado y con una actitud crítica, es posible valorar la magnitud, distribución, morbilidad, mortalidad e historia natural de los padecimientos depresivos, así como discutir sus factores etiológicos.

## Magnitud del problema

Las tasas de prevalencia de la depresión varían de acuerdo con la población de que se trate. Por lo tanto, para tener una apreciación general de su magnitud es indispensable que se consideren las tasas en instituciones psiquiátricas, hospitales generales, población estudiantil y población general.

En el Distrito Federal y en la República Mexicana los trastornos afectivos ocupan el cuarto lugar entre los distintos diagnósticos de las instituciones psiquiátricas

(cuadro no. 1) (6 y 7). Sólo son superados por la esquizofrenia, la psicosis orgánica y la adicción a las drogas. En el cuadro no. 2 se observa la distribución de los distintos cuadros depresivos. Los más frecuentes son la psicosis maniacodepresiva y la psicosis reactiva-depresiva. Las cifras de ambos cuadros son compatibles con las reportadas en otros países (8). También llama la atención el que en los dos cuadros las tasas que corresponden al Distrito Federal sean más altas que en los que incluyen a todo el país. Esto no es más que un artificio, difícilmente podría tratarse de una diferencia real, pues es fácil explicarla reconociendo que los habitantes del Distrito Federal tienen mucho más acceso a las instituciones psiquiátricas que los del resto del país.

La imagen cambia radicalmente si en lugar de las cifras de hospitales psiquiátricos se utilizan las de hospitales generales. Por ejemplo, en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Español de la Ciudad de México, el diagnóstico de depresión ocupó el primer lugar entre todos los demás diagnósticos y alcanzó una prevalencia del 66% entre la población que acude a tratamiento (9). Posteriormente, una encuesta que se efectuó en los Servicios de Medicina Interna y en las salas de pacientes crónicos, arrojó porcentajes del 38% y 48% respectivamente (cuadro no. 3). En otros sitios se han reportado cifras similares aunque inferiores a las nuestras, por ejemplo: del 22% (10) y 28% (11). Tasas tan altas no deben sorprender, pues la población de los hospitales generales por su misma situación es de alto riesgo. Pero lo más grave no son las tasas altas de prevalencia sino que las 2/3 partes de estos casos no sean diagnosticados y por lo tanto no tengan opción a recibir tratamiento.

En el Centro de Salud Mental de la UNAM, el cual atiende a toda la población estudiantil de la Ciudad Universitaria, se encontró que el síndrome depresivo ocupó el primer lugar entre todos los diagnósticos, con un porcentaje del 48% (12). La cifra es muy cercana a la reportada por centros similares en Canadá en los que tal porcentaje fue de 43% (13).

Se ha intentado explicar la alta prevalencia entre la población juvenil, diciendo que las depresiones son indispensables para que se cumpla con el proceso de maduración.

Las encuestas realizadas en la población general permiten obtener una aproximación más real de la magnitud del problema. Desafortunadamente es en este tipo de estudios en donde, por las razones expuestas al principio, los datos son más confusos y contradictorios. Pero si dentro de la extensa bibliografía se seleccionan los trabajos que tienen mayor rigor metodológico y que consideran a la depresión como una entidad clínica, las tasas de prevalencia resultan muy semejantes entre sí (cuadro no. 5), oscilando para una población mayor de 15 años alrededor del 4%.

\*Trabajo presentado en la Academia Nacional de Medicina el 25 de enero de 1979.

\*\* Jefe del Departamento de Investigaciones Sociales del CEMESAM. Jefe Interino del Servicio de Psiquiatría del Hospital Español.

\*\*\* Investigador del Departamento de Investigaciones Sociales del CEMESAM.

Otro método para evaluar la frecuencia de un padecimiento, es el calcular el riesgo que tiene un sujeto durante el curso de su vida de padecerlo. En el campo de la depresión, autores escandinavos lo han calculado en un 5.9% para los hombres y en un 9.1% para las mujeres (cuadro no. 6)\* (16). La magnitud de la cifra se pone de manifiesto si recordamos que es diez veces mayor que la de la esquizofrenia.

### **Distribución de los cuadros depresivos en cuanto a sexo, edad, raza, nivel socioeconómico y diferencias culturales**

En el mundo occidental se ha aceptado prácticamente que se deprimen dos mujeres por cada hombre (cuadro no. 7). Sin embargo, esta proporción no se ha mantenido en países como la India (18), en donde parece que hay más hombres con depresión que mujeres. En una revisión exhaustiva del tema, Weissman y Klerman (19) no encuentran ninguna explicación satisfactoria para entender esta diferencia. Incluso llegan a considerar que bien podría tratarse de un artefacto en el diseño de las investigaciones.

En relación con la edad, Kielholz (20) reportó que su distribución varía de acuerdo con el tipo de depresión de que se trate (cuadro no. 8). Así, la curva de la depresión reactiva es bimodal con un pico en los 30 y otro en los 45 años de edad. La endógena es más frecuente en los adultos jóvenes (20-25 años) y la involutiva, como es lógico suponer, se eleva después de los 55 años.

En un principio se había reportado que la depresión era menos frecuente entre los sujetos de raza negra y más entre los blancos (21). Pero estudios posteriores han logrado establecer que lo más probable es que estas diferencias obedezcan más a razones de tipo geográfico y cultural que propiamente raciales.

La enfermedad maniaco-depresiva es uno de los padecimientos que se observa con más frecuencia entre las clases sociales acomodadas. En cambio, la depresión reactiva y la involutiva son más frecuentes entre las clases de menos recursos.

En relación con la cultura parece que los cuadros depresivos no cambian sus tasas de prevalencia, sino que en lo que realmente difieren es en la presentación de la sintomatología. Así, mientras que en la cultura occidental son frecuentes los sentimientos de culpa y las ideas de pobreza, en las culturas africanas predominan las ideas paranoides y la hostilidad hacia el medio ambiente (22 y 23). Estas observaciones deben de considerarse provisionales hasta que no se disponga de técnicas más adecuadas que logren confirmarlas.

### **Historia natural, morbilidad y mortalidad**

El curso de los padecimientos depresivos es difícil de establecer porque varía de acuerdo con el tipo de depresión de que se trate. Los que más han sido estudiados son las depresiones bipolares, unipolares e involutivas, por lo que serán los únicos que se discutan.

En relación a la edad de inicio (cuadro no. 9) (24), las bipolares son las de aparición más temprana, pues en ambos sexos se manifiestan alrededor de la tercera década de vida. Las unipolares se inician alrededor de los cincuenta años en los hombres y a los 40 en las mujeres.

*\*Para fines prácticos y nemotécnicos conviene recordar que una de cada diez mujeres y uno de cada 20 hombres sufrirá en el curso de su vida un cuadro depresivo lo suficientemente intenso como para consultar al especialista.*

La depresión involutiva aparece antes en las mujeres (51-60 años de edad) que en los hombres (61-65 años de edad).

Una de las características principales de las depresiones bipolares y unipolares es que son de curso crónico y que tienen tendencia a las recaídas. En una revisión de 8 000 casos que se siguieron durante diez años (25) (cuadro no. 10), se encontró que sólo la mitad de los sujetos presentaba un episodio, la tercera parte dos y una quinta parte tres o más episodios.

En contraposición con las esquizofrenias, se ha dicho que la evolución de los padecimientos afectivos tiene un curso benigno. No obstante, estudios recientes han demostrado que si bien es cierto que su evolución no alcanza los tintes dramáticos que caracterizan a algunos tipos de esquizofrenia, tampoco es tan moderada como se había hecho creer. Por ejemplo, Lehmann (15) calcula que un sujeto cuya enfermedad empieza a los 25 años de edad y vive hasta los sesenta, pasará enfermo entre 5 y 6 años de su vida, la mayoría de ellos en un hospital.

Otra observación que se conoce desde hace tiempo, pero que hasta fechas muy recientes se le ha dado la debida importancia, es la relativa a la incapacidad social que sufren estos pacientes (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32). En el cuadro no. 11 se observa que en varios estudios las tasas de incapacidad social grave varían entre el 27 y el 56 por ciento, lo que quiere decir que una gran proporción de estos sujetos no está en posibilidades de llevar una vida adecuada en las esferas familiar, social y laboral.

Si el problema se observa bajo la perspectiva de las tasas de mortalidad, tampoco es alentador. En los hombres y mujeres deprimidos, las tasas de mortalidad son tres y dos veces más altas respectivamente que en la población general. Los motivos que explicarían esta mortalidad elevada son varios; entre los más aparentes se encuentran una mayor susceptibilidad de los pacientes deprimidos a las enfermedades, una tendencia alta a los accidentes y, desde luego, el suicidio. En relación con esto último, se ha calculado que entre el 45 y el 70% de los sujetos que se han suicidado sufrían de depresión (figura No. 12). También se ha estimado que alrededor del 15% de los pacientes deprimidos va a suicidarse. La mayor parte de estos suicidios van a cometerse dentro de los primeros meses que siguen a su internamiento en un hospital. Las tasas de suicidio durante el primer año después de un periodo de hospitalización oscilan entre el 1.5% y el 5%, lo que hace que sean de 100 a 500 veces más elevadas que las encontradas en la población general (33).

### **Factores causales**

La etiología de la depresión, como todo padecimiento de tipo crónico que involucra la esfera mental, es de orden múltiple y complejo para entenderse, por lo que en esta presentación sólo se abordarán en forma esquemática los factores que intervienen. Para fines didácticos se dividen en factores concomitantes, predisponentes y precipitantes. De entre los concomitantes se han mencionado como los más importantes a las enfermedades físicas y al alcoholismo (34). Entre los predisponentes, a la carga genética de la familia, al biotipo corporal, a la personalidad premórbida, y a la pérdida de uno de los padres durante la primera infancia (35) (36). De entre los factores precipitantes se destaca lo que se ha dado en llamar eventos de la vida (por ejemplo: pérdidas de seres queridos, descalabros económicos, baja de status social, etc.) (37) (38) (39) (40) (41), las enfermedades físicas (infección).

ciones ligeras como cuadros gripales), las intervenciones quirúrgicas y, en las mujeres, los partos y los abortos (42).

### Conclusiones

Después de esta breve revisión es posible concluir que, a pesar de lo incompleto de la bibliografía, no se puede

negar que los padecimientos depresivos son muy frecuentes, que en la población general ocupan el primer lugar entre todos los padecimientos mentales, que son más comunes entre las mujeres, que su evolución es crónica, que provocan graves grados de incapacidad social y que sus tasas de morbilidad son altas.

#### PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES EN HOSPITALES PSIQUIATRICOS DE LA SSA (Tasas por 100 000 hab.)

	*Distrito Federal (1974) (6)	**República Mexicana (1976) (7)
	8 273 000	60 088 426
Esquizofrenia	166.30	69.70
Psicosis orgánica	49.70	28.67
Adicción a las drogas	40.80	14.90
Psicosis afectivas	25.20	12.00
Neurosis depresivas	25.20	16.00

#### DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO DE 112 ESTUDIANTES QUE SE ATENDIERON EN LA CLINICA DE SALUD MENTAL DE LA UNAM ENTRE 1973 Y 1974 (12).

(Muestra de 1 000 expedientes tomada al azar)

Diagnóstico	Número de casos	Porcentaje
Síndrome depresivo	54	48
Neurosis de carácter	30	27
Psicosis manifiesta	3	3
Sin patología aparente	15	14
Otros	10	8
Total	112	100%

#### PREVALENCIA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN HOSPITALES PSIQUIATRICOS DE LA SSA

(Tasas por 100 000)

	*Distrito Federal (1974) (6)	**República Mexicana (1976) (7)
	Pob. 8 273 000	Pob. 60 088 426
Melancolía involutiva	8.10	3.60
Psicosis maniaco-depresiva	13.00	7.98
Psicosis reactivo depresiva	11.40	3.60
Psicosis no especificada	4.10	0.40
PSICOSIS AFECTIVAS	25.20	12.00
NEUROSIS DEPRESIVAS	25.00	16.00

#### PREVALENCIA DE SUJETOS DEPRIMIDOS EN DIFERENTES ESTUDIOS DE POBLACION GENERAL (14, 15, 16, 17)\*\*

Autor	Lugar de estudio	Población en riesgo	% Prevalencia
Weissman (1978)	New Haven, Connecticut, EU	511	4.3
Lehmann (1971)*	EU	—	3.4
Helgason (1961)	Iceland	3 843	3.8
Sorensen (1961)	Sanso Island	6 447	3.4

#### PREVALENCIA DE PACIENTES CON SINTOMAS DEPRESIVOS EN VARIOS SERVICIOS DE UN HOSPITAL GENERAL (8) (HOSPITAL ESPAÑOL)

	Población	Porcentaje pacientes
Servicio de psiquiatría	230	66%
Servicio de medicina interna	89	38%
Salas de pacientes crónicos	100	48%

#### RIESGO DE UN SUJETO A CONTRAER EN EL CURSO DE SU VIDA DEPRESION O ESQUIZOFRENIA (16)

	Hombres	Mujeres
Depresión	5.90%	9.19%
Esquizofrenia	0.69%	1.02%

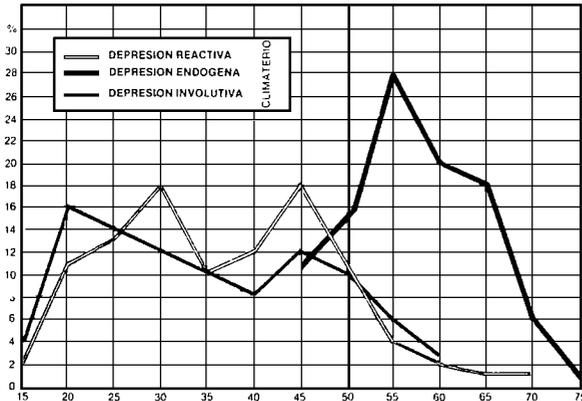
\*Cifra estimada a través del estudio de la tasa anual de suicidios en EUA.  
\*\*Los criterios diagnósticos podrían corresponder a lo que actualmente se conoce como enfermedad depresiva de tipo monopolar y bipolar.

**PROPORCION DE ESTADOS DEPRESIVOS ENTRE HOMBRES Y MUJERES EN VARIOS PAISES (19)**

(Admisiones de Primer Ingreso en Servicios Psiquiátricos)

	Mujeres	Hombres
Canadá (1965)	1.8	1
Checoslovaquia (1965)	2.1	1
Dinamarca (1965)	2.4	1
Francia (1969)	1.7	1
Suiza (1965)	1.6	1

DISTRIBUCION DE LA DEPRESION CONFORME A LA EDAD (20)



**EDAD DE INICIO DEL PRIMER EPISODIO DEPRESIVO (24)**

	Hombres	Mujeres
1. Depresión bipolar	33	30
1.1 Primer episodio maniaco	25	35
1.2 Primer episodio depresivo	37	37
2. Depresión unipolar	49	39
3. Depresión involutiva	61-65	51-60

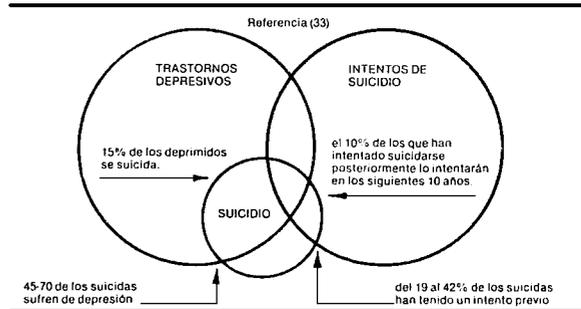
**RESULTADO DE VARIOS ESTUDIOS EN QUE SE CALCULO EL PORCENTAJE DE PACIENTES CON DEPRESION BIPOLAR QUE SUFRIERON DE INCAPACIDAD SOCIAL GRAVE**

Autor	Número de pacientes	Promedio de seguimiento en años	Porcentaje de pacientes incapacitados
Winokur (1975) (27)	55	35	29
Carlson (1974) (28)	47	3.2	33
Hastings (1958) (29)	68	6-12	46
Lundquist (1945) (30)	103	10-20	22
Poort (1945) (31)	39	10-15	56
Levenstein (1966) (32)	79	2	27

**RECURRENCIA DE LOS EPISODIOS DEPRESIVOS (25)**

(Reporte de 8 000 casos en 10 años)

	Primer episodio depresivo	Primer episodio maniaco
Ninguna recurrencia	50%	50%
Dos recurrencias	33%	30%
Tres o más recurrencias	17%	20%



**BIBLIOGRAFIA**

- COOPER, J. E.; KENDELL, R. E.; GURLAND, B. J.; SHARPE, L.; COPELAND, J. R. M.; SIMON, R.: *Psychiatric diagnosis in New York and London*. Oxford University Press, Londres, 1972.
- KENDELL, R. E.; EVERETT, J. E.; COOPER, N. y cols.: The reliability of the present state examination. *Soc. Psychiatry*, 3: 123-129, 1968.
- GOLDBERG, D. P.; COOPER, B.; EASTWOOD, M. R.; KEDWARD, N. B.; SHEPHERD, M.: A standardized psychiatric interview suitable for use in community surveys. *Brit. J. of Prev. and Soc. Med.*, 24: 18-23, 1970.
- SPITZER, R. L.; ENDICOTT, J.; FLEISS, J. L. y cols.: The psychiatric status schedule. *Arch. Gen. Psychiat.*, 23: 41-55, 1970.
- WING, J. K.; COOPER, J. E.; SARTORIUS, S.N.: *Measurement and classification of psychiatric symptoms*. Londres, Cambridge University Press, 1974.
- ELORRIAGA, H.: Los trastornos mentales y nerviosos en la República Mexicana y en el Distrito Federal. *Salud Pública de México*, 18(3):581-592, 1975.
- DIRECCION GENERAL DE SALUD MENTAL, SSA, 1979 (Comunicación personal).
- SILVERMAN, CH.: *The epidemiology of depression*. The Johns Hopkins Press, Baltimore, 1968.
- DE LA FUENTE M., R.; CAMPILLO S., C.: Papel de la depresión en la patología humana. *Psiquiatría*, 5(3): 3-10, 1975.

10. SCHWAB, J. J.; BLALOWN, J. M.; BROWN, J. M.; HOLZER, C.E.: Diagnosing depression in medical in-patients. *Annals of Internal Medicine*, 67, 695-707, 1967.
11. MOFFIC, H. S.; PAYKEL, E. C.: Depression in medical in-patients. *British J. Psychiatry*, 126, 346-53, 1975.
12. CAMPILLO S., C.; DIAZ M., A.: El Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental: Una imagen panorámica. *Psiquiatría*, 6(1): 42-50, 1976.
13. O'NEIL, M.K.; MARZIALI, E.: Depression in a university clinic population. *Canad. Psychiat. Ass. J.*, 21(7) 477-481, 1976.
14. WEISSMAN, M.M.; MYERS, J. K.: Affective disorders in a USA community. *Arch. Gen. Psychiatry*. 35: 1304-1311, 1978.
15. LEHMANN, N. E.: Epidemiology of depressive disorders. En Fieve, R. R. (ed.): Depression in the 70's. La Haya. *Excerpta Medica*, 1971.
16. HELGASON, T.: The frequency of depressive states in Iceland 45 compared with the other Scandinavian countries. *Acta Psychiat. Scand.*, Supl. 162, 37:81, 1961.
17. SORENSEN, A.; STROMGREN, E.: Frequency of depressive states within geographically delimited population groups. 2. Prevalence. *Acta Psychiat. Scand.*, Supl. 162, 37:62, 1961.
18. RAO, A.V.: A study of depression as prevalent in South India. *Transcuit Psychiat. Res. Rev.* 7: 166, 1970.
19. WEISSMAN, M.M.; KLERMAN, G.L.: Sex differences and the epidemiology of depression. *Arch. Gen. Psychiatry*, 34: 98-111, enero 1977.
20. KIELHOLZ, P.: *Diagnose Und Therapie der Depressionen Fur Den Praktiker*. Lehmanns, Munich, 1966.
21. COMSTOCK, G.W.; HELSING, K.J.: Symptoms of depression in two communities. *Psychol. Med.* 6(4): 551-63, 1976.
22. MURPHY, H.B.M.: *The symptoms of depression —A cross cultural survey*. Paper presented at: International Congress on Social Psychiatry, Londres, 1964.
23. BINITIE, AYO: A factor-analytical study of depression across cultures (African and European). *Brit. J. of Psychiat.*, 127:559-563, 1975.
24. PERRIS, C. (Ed.) A study of bipolar (manic-depressive) and recurrent psychoses. *Acta. Psychiat. Scand.* 42, Supl. 194, 1966.
25. POLLACK, H.: Recurrence of attacks in manic-depressive psychoses. *Am. J. Psychiatry*. 11: 567, 1931.
26. WELNER, A.; WELNER, Z.; LEONARD, M.A.: Bipolar manic-depressive disorder: A reassessment of course and outcome. *Comp. Psychiatry*. 18: 327-332, 1977.
27. WINOKUR, G.: The Iowa 500: Heterogeneity and course of manic-depressive illness (bipolar). *Comp. Psychiatry*, 16: 125-131, 1975.
28. CARLSON, G.A.; KOTIN, J.; DAVENPORT, Y.B. y cols.: Follow-up of 53 bipolar manic-depressive patients. *Brit. J. Psychiat.* 124: 134-139, 1974.
29. HASTINGS, D.W.: Follow-up results in psychiatric illness. *Am. J. Psychiatry*. 114: 1057-1066, 1958.
30. LUNDQUIST, G.: Prognosis and course in manic-depressive psychoses. *Act. Psychiat. Neurol.*, Supl. 35, 1945.
31. POORT, R.: Catamnestic investigations on manic-depressive psychoses with special reference to the prognosis. *Acta. Psychiat. et Neurol.*, 20: 59-74, 1945.
32. LEVENSTEIN, S.; KELIN, D. F.; POLLACK, M.: Follow-up study of formerly hospitalized voluntary psychiatric patients: The first two years. *Am. J. Psychiat.*, 122: 1102-1109, 1966.
33. AVERY, D.; WINOKUR, G.: Suicide, attempted suicide and relapse rates of depression. *Arch. Gen. Psychiatry*, 35: 749-753, 1978.
34. POTTENGER, M.; MCKERNON, J.; PATRIE, L.E.; WEISSMAN, M.M.; RUBEN, H.L.; NEWBERRY, P.: The frequency and persistence of depressive symptoms in the alcohol abuser. *J. Nerv. and Ment. Dis.*, 166(8): 562-570, 1978.
35. WINOKUR, G.; CADORET, R.; DORZAB, J., y cols.: Depressive disease: A genetic study. *Arch. Gen. Psychiat.*, 24: 135-144, 1971.
36. CADORET, R.; BAKER, M.; DORZAB, J., y cols.: Depressive disease: Personality factors in patients and their relatives. *J. Biol. Psychiatry*, 3: 85-93, 1971.
37. PAYKEL, E. S.; MYERS, J.K.; DIENELT, M. N. y cols.: Life events and depression: A controlled study. *Arch. Gen. Psychiatry*, 21: 753-760, 1969.
38. CADORET, R. J.; WINOKUR, G.; DORZAB, J. y cols.: Depressive disease: Life events and onset of illness. *Arch. Gen. Psychiatry*, 26: 133-136, 1972.
39. BRISCO, E. W.; SMITH, J. B.: Depression in bereavement and divorce. *Arch. Gen. Psychiatry*, 32: 439-443, 1975.
40. MILLER, M.P.; INGHAM, J.G.; DAVIDSON, S.: Life events symptoms and social support. *J. Psychosom. Res.*, 20: 515-522, 1976.
41. CLAYTON, P. J.: The effect of living alone on bereavement symptoms. *Am. J. Psychiatry*, 132(2): 133-137, 1975.
42. LUBIN, B.; GARDENER, S.H.; ROTH, A.: Mood and somatic symptoms during pregnancy. *Psychosom. Med.*, 37:136-146, 1975.