

# Epidemiología de la depresión mayor en un hospital general de un sistema de seguridad social (ISSSTE). Un estudio de tres años

Dr. Héctor Lara Tapia\*

\*Servicio de Psiquiatría. Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" ISSSTE y Facultad de Psicología, UNAM.

## RESUMEN

**Introducción.** El presente estudio forma parte de una serie de investigaciones epidemiológicas longitudinales para conocer objetivamente las características de los trastornos depresivos en nuestro país dentro de un sistema de seguridad social y sus varianzas a través del tiempo.

**Método.** Se realizó un estudio epidemiológico de la frecuencia y características demográficas de la Depresión Mayor en un hospital general dentro de un sistema de seguridad social en un lapso de tres años.

**Resultados.** Se encontraron 1,906 pacientes que conforman 33.53% en un total de 5,676 enfermos atendidos por primera ocasión en los servicios de consulta externa, hospitalización en el propio hospital, urgencias y los referidos al hospital psiquiátrico.

**Conclusiones.** La Depresión Mayor es la patología psiquiátrica más frecuente en nuestros servicios. La mayor frecuencia se atendió en los primeros servicios mencionados, durante el verano, siendo mujeres más de 74%, en una proporción de 2.94: 1 respecto a los varones, y en su mayoría adultas mayores.

**Palabras clave:** Depresión mayor, epidemiología, hospital general, seguridad social.

## INTRODUCCIÓN

Dentro de los estudios epidemiológicos acerca de las enfermedades psiquiátricas en nuestro país, se destaca de forma importante la presencia de los trastornos depresivos, los cuales ocupan el primer lugar en pacientes ambulatorios atendidos por la

*Epidemiology of major depression in a social security system (ISSSTE) general hospital.  
A three-year study*

## ABSTRACT

**Introduction.** The present work is part of a series of several longitudinal epidemiological investigations to know the principal data of depressive disorders in our country inside a social security system and his variations through several years.

**Method.** An Epidemiological study was carried out about frequency and demographic characteristics of Major Depression in a general hospital in a social security system for a three-year period.

**Results.** We found 1,906 patients, which is 33.53% of a total of 5,676 patients treated for their first time in outpatient clinic, hospitalization in the same hospital, emergency room or those referred to the psychiatric hospital.

**Conclusions.** Major Depression is the most frequent psychiatric pathology in our services. The highest frequency was registered in outpatient clinic and emergency room, mainly in summertime, being female patients nearly 74% of the cases in a 2.94:1 proportion to males, mostly elder people.

**Key words:** Major Depression, epidemiology, general hospital, social security.

consulta externa psiquiátrica<sup>1,2</sup> y uno de los primeros lugares en la hospitalización de la misma especialidad,<sup>3</sup> como se ha mostrado en servicios de sistemas de seguridad social y los propios.<sup>4</sup>

Por otra parte, estos síndromes depresivos se presentan también con frecuencia dentro de otras enfermedades, según ocurre en algunos padecimien-

tos neurológicos,<sup>5,6</sup> o endocrinos, por ej. en la tensión premenstrual o durante el climaterio,<sup>7,8</sup> como hemos referido con anterioridad, y por otra parte, algunas de sus características etiológicas y clínicas se ven notablemente influenciadas por factores socioculturales,<sup>9</sup> al igual que se encuentran asociadas a problemas psiquiátricos severos como es la conducta suicida, realidad de la cual no escapa nuestro país,<sup>10</sup> afectando incluso a familiares de los pacientes psiquiátricos como respuesta a la enfermedad crónica de éstos.<sup>11</sup>

Este interés se incrementa si consideramos que de los estudios realizados en población general en los últimos tres años, se registraron en nuestro país 3.7% cuadros depresivos neuróticos a nivel nacional y en la ciudad de México se encontró una prevalencia de 8.7% de estados depresivos en el curso de la vida, y de 5.3% en los últimos doce meses.<sup>12,13</sup>

Con estas consideraciones es evidente que el conocimiento integral acerca de su frecuencia y características clínicas tiene un interés primordial, y el presente estudio intenta colaborar en el conocimientos de los trastornos depresivos en nuestro medio, siendo parte de una línea de investigación al respecto, como parte de nuestra colaboración institucional en la elaboración del Programa Prioritario para atención de la Depresión.

Esto es particularmente importante debido a que a la fecha no existen en la literatura nacional reportes acerca de estos trastornos psiquiátricos, por más frecuentes que sean, excepto los mencionados con anterioridad, por lo que su reporte epidemiológico ha sido considerado como una necesidad para llenar el vacío existente acerca de la frecuencia con

que se presentan, la cual en la mayoría de las ocasiones es referido en forma harto subjetiva de acuerdo con la experiencia personal, sólo en forma anecdótica, como se ha señalado con anterioridad en repetidas ocasiones por otros autores especializados en esta área,<sup>12,13</sup> además de que constituye el primer reporte de nuestra institución al respecto.

## MATERIAL Y MÉTODO

El estudio, que forma parte de una línea de investigación sobre epidemiología y clínica de los trastornos del estado de ánimo que se llevan a cabo en el Servicio de Psiquiatría de este hospital, se realizó mediante el análisis de los expedientes de los pacientes psiquiátricos atendidos por este servicio por primera vez en un lapso de tres años (2000-2002), tanto en la Consulta Externa, la Hospitalización, el Servicio de Urgencias y en el hospital psiquiátrico al que fueron referidos algunos pacientes, incluyendo en este estudio aquellos que fueron diagnosticados con Depresión Mayor (DM), y Depresión Mayor con síntomas psicóticos (DMp), de acuerdo con el criterio del DSM IV.<sup>14</sup> Los resultados se agruparon por frecuencias respecto a sus características demográficas, sexo, edad, y servicio de atención, comparándose con la frecuencia total de pacientes atendidos en dichos servicios durante el mismo periodo.

## RESULTADOS OBTENIDOS

En el cuadro 1 tenemos las frecuencias mensuales de acuerdo con el servicio de atención durante

**Cuadro 1.** Frecuencias mensuales por servicio.

Mes	Consulta Externa		Urgencias e IC's		Hospital Psiq.		Total		% DE D.M. del total
	Total 2000-02	DM	Total 2000-02	DM	Total 2000-02	DM	Total 2000-02	DM	
Enero	267	60	125	48	28	9	420	117	6.14
Febrero	290	76	101	42	29	7	420	95	4.98
Marzo	336	77	148	50	30	19	514	146	7.66
Abril	294	99	149	49	39	6	482	154	8.08
Mayo	307	114	176	63	41	11	524	188	9.86
Junio	323	98	149	66	42	19	514	183	9.60
Julio	300	93	144	63	28	7	472	163	8.55
Agosto	313	114	142	60	48	18	503	192	10.07
Septubre	300	96	144	72	47	10	491	178	9.34
Octubre	338	109	161	77	61	18	560	204	10.70
Noviembre	198	92	135	56	53	17	386	165	8.66
Diciembre	163	61	89	37	32	5	284	103	5.40
Total	3,539	1,089	1,653	676	484	141	5,676	1,906	
% del Total	62.35	30.77	29.12	40.89	8.53	29.13	100.00		33.53
% del total de DM		57.13		25.39		17.48		100.00	100.00

DM: Depresión Mayor. IC's: Interconsultas.

**Cuadro 2.** Total de casos por servicio y por año.

Servicio	Total casos 2000	DM	%	Total casos 2001	DM	%	Total casos 2002	DM	%	Total 2000- 2002	DM	%
C. Externa	1,075	377	35.07	1,319	377	28.58	1145	335	29.26	3,539	1,089	30.77
Urgencias	592	245	41.38	472	202	42.80	589	229	38.88	1,653	676	40.89
Hosp Psiq	138	30	21.74	154	47	30.52	192	64	33.33	484	141	29.13
Total	1,805	648	35.9	1,945	627	32.24	1,145	335	29.26	5,676	1,906	33.53

**Cuadro 3.** Frecuencias por sexo 2000-2002.

Sexo	Consulta Externa No	Consulta Externa %	Urgencias e IC's No	Urgencias e IC's %	Hospital Psiquat. No	Hospital Psiquat. %	Total No	Total %
Femenino	813	74.38	483	71.45	105	75.0	1,422	74.04
Masculino	276	25.62	193	28.55	36	25.0	484	25.96
Total	1,089		676		141		1,906	100.00

Proporción 2.39:1. IC's: Interconsultas

**Cuadro 4.** Frecuencias por edades 2000-2001.

Edad (años)	Total No	Total %	grupos No	grupos %
9-20	300	15.76	300	15.76
21-30	187	9.83		
31-40	321	16.86	508	26.69
41-50	383	20.17		
51-60	365	19.15	748	39.32
61-70	232	12.20		
71-80	101	5.25	350	18.38
81- +	17	0.93		
Total	1,906	100.00	1,906	100.00

los años estudiados. Se atendieron 5,676 pacientes de primera vez, de los cuales 1,906 cumplieron los criterios de Depresión Mayor con o sin síntomas psicóticos, correspondiendo a 34% del total.

En la consulta externa se atendieron 3,539 pacientes de primera vez, de uno y otro sexos, de los cuales 1,089 (62.35%) correspondieron a pacientes con el diagnóstico de Depresión Mayor, asociado o no a psicosis. En los servicios de Urgencias y Hospitalización se atendieron 1,653 pacientes, siendo cuadros depresivos 676 enfermos, 29.12%. Se refirieron al hospital psiquiátrico 484 pacientes, de los cuales 141 (29.13%) correspondieron a pacientes con Depresión Mayor, asociada o no a psicosis.

La mayor incidencia ocurrió durante los meses correspondientes al verano, cerca de 30%.

En el cuadro 2 se encuentra su distribución por servicio de atención. En total poco más de 33% del total de pacientes atendidos en todos los servicios lo fueron por depresión mayor.

La mayor frecuencia se atendió en la Consulta Externa, Urgencias y hospitalización psiquiátrica, respectivamente; sin embargo, proporcionalmente

existe un porcentaje mayor en pacientes atendidos en Urgencias (40.89% de los enfermos atendidos en dicho servicio).

En el cuadro 3 se concentran los datos demográficos de los casos estudiados, destacándose el marcado predominio del sexo femenino en 70%, en proporción de 2.39:1 respecto a los varones.

En el cuadro 4 se concentran por grupos de edad.

El rango de edad es de nueve a 89 años, con promedio de cerca de 45 años en los enfermos hospitalizados y es mayor, más de 50 años en los ambulatorios; y 17.21% es menor de los 20 años de edad. Cerca de 18% es mayor de 60 años, mientras que la gran mayoría (65%) se presenta en la edad adulta, siendo cerca de 26% de pacientes en edad adulta joven y de 39% en la edad adulta mayor de 40 años.

## DISCUSIÓN

De los datos más relevantes obtenidos en la presente investigación consideramos que los trastornos de ánimo en conjunto, ocupan el primer lugar en la atención psiquiátrica de este hospital general, de los cuales la Depresión Mayor con o sin síntomas psicóticos ocupa el primer lugar de los cuadros mórbidos de hospitalizados, junto con el trastorno bipolar (tipos I y II), al igual que ocurre en enfermos ambulatorios.<sup>4</sup>

Los grupos de edad más afectados son los correspondientes a la edad adulta, predominando en la edad adulta mayor, sobre todo en los enfermos ambulatorios; en el rango de la edad adulta joven es similar, afectando a dos terceras partes de los casos. En estos enfermos ambulatorios es notorio el incremento de personas en edad senil en comparación con la edad adulta joven, que ocurre en proporción inversa en el grupo de hospitalizados.

Al respecto, todos los casos de depresión mayor con síntomas psicóticos se presentaron en los

periodos de la edad adulta, aunque son más frecuentes los casos de depresión mayor sin síntomas psicóticos, encontrándose una proporción inversamente proporcional entre pacientes ambulatorios, en los cuales predomina la depresión mayor sin síntomas psicóticos, mientras que una proporción similar de depresión psicótica se hospitaliza.

De acuerdo con el criterio clínico tradicional, este grupo de gente en la vejez correspondería a la denominada depresión involutiva en la clasificación de Kielholz,<sup>15</sup> debido al inicio de los trastornos depresivos en este periodo de edad, sin antecedentes de trastornos depresivos previos, mientras que en el caso de los adultos jóvenes correspondería al rubro de neurosis depresiva, dada su característica evolutiva a lo largo de varios periodos de la vida y los cuales, desde el punto de vista de clasificación, presentan las características contenidas en el rubro de depresión mayor y no de distimia.

Las personas, cerca de la tercera parte, que presentan cuadros depresivos en la edad adulta mayor, comprenden en muchos casos a cuadros desarrollados durante el climaterio, lo que proporcionaría características diferentes de los otros periodos de la vida, y por su particular interés es motivo de otra comunicación.<sup>16</sup>

Junto con lo anterior, debemos considerar que el criterio de Depresión Mayor, desde el punto de vista evolutivo, conforma varios síndromes: el correspondiente a los menores de edad, el de los adultos jóvenes, el de la edad madura y el de la senilidad, los cuales contienen diferente etiología, de características más neuróticas y reactivas en los jóvenes, asociada a la menopausia en los adultos mayores y a la senilidad y los trastornos vasculares concomitantes, respectivamente, como hemos encontrado en estudios anteriores.<sup>5,6</sup>

Esto permite considerar tres subtipos dentro del rubro de depresión mayor: el que se presenta en individuos jóvenes, los cuales desde el punto de vista etiológico presentan características neuróticas, dentro del criterio de depresión mayor y no distimia; otro en adultos mayores, en periodos relacionados con el climaterio, pero que puede diferenciarse mediante la discriminación de la sintomatología presente en dicho periodo,<sup>8</sup> y un tercero en la edad avanzada, los cuales tienen características involutivas, que se pueden discriminar de los trastornos vasculares cerebrales con depresión.<sup>6</sup>

Esto está de acuerdo con otros estudios acerca de la evidencia de que, aunque los síntomas cardinales de la depresión son los mismos en niños, adolescentes, adultos y ancianos, sugieren que algunas de estas características pueden ser modificadas por la edad, tal como ocurre con las quejas somáticas, irritabilidad, llanto y deterioro social que son parti-

cularmente comunes en niños, mientras que el retraso psicomotor, hipersomnia y delirios son menos comunes en la pubertad que en la adolescencia y la edad adulta.<sup>17-19</sup>

Esto es particularmente importante si consideramos que aunque los principales datos de la depresión son similares en los adultos y los ancianos, también hay datos que sugieren que algunas características pueden cambiar con la edad.<sup>20</sup> Así, en pacientes ancianos los síntomas cognitivos, p. ej.: desorientación, pérdida de la memoria y la distractibilidad, pueden ser importantes, señalándose al respecto en éstos la importancia de los síntomas somáticos, especialmente quejas hipocondriacas, sentimientos subjetivos de enlentecimiento y restricción de energía.<sup>21</sup> En estos casos, debe hacerse el diagnóstico diferencial con cambios normales dados por la edad, en los cuales existe un montante de depresión<sup>22</sup> y las alteraciones neuropsiquiátricas producidas por insuficiencia de riego sanguíneo cerebral,<sup>6</sup> como hemos señalado con anterioridad, así como debe hacerse entre algunos cuadros de histeria en la edad adulta joven<sup>7</sup> y en la adulta mayor con los cuadros depresivos del climaterio.<sup>8</sup>

Estas características del diagnóstico diferencial y respecto a la etiología, son particularmente importantes para el tratamiento racional, ya que implica no tan sólo el empleo de fármacos antidepresivos, sino psicoterapia, tratamiento sustitutivo hormonal, vasodilatadores cerebrales, etc., en su caso, que no son posibles de contemplarse tan sólo con la clasificación nosológica con el criterio de depresión.

A su vez, los puntajes de depresión en la escala de Hamilton, en promedio cercano a 23 puntos y en la Escala de Automedición de la Depresión de Zung con puntajes promedio cercanos a 61, mientras que en la escala DSM IV, son de 8, o sea, que comprende casi la totalidad de los criterios para el diagnóstico, confirman el diagnóstico clínico realizado en estos pacientes estudiados, sin diferencias significativas por grupos de edad, lo cual consideramos importante para evaluar los datos obtenidos en estudios psicofarmacológicos como hemos mencionado con anterioridad,<sup>15</sup> destacando que los casos de depresión mayor psicótica muestran puntajes mayores, similares a los obtenidos en pacientes depresivos con intentos suicidas.<sup>23</sup>

## REFERENCIAS

1. Lara Tapia H, Ramírez de Lara L. Un estudio epidemiológico de padecimientos psiquiátricos en un sistema de seguridad social (ISSSTE). Neurol Neurocir Psiquiat 1975; 16: 225-42.
2. Lara Tapia H, Ramírez de Lara L. Estudio clínico-epidemiológico de los trastornos psiquiátricos en un sistema de seguridad social (ISSSTE). Sal Púb Méx 1975; 17(5): 675-85.
3. Lara Tapia H, Espinosa García R. La hospitalización psiquiátrica en un sistema de seguridad social (ISSSTE). Sal Púb Méx 1976; 18: 901-10.

4. Torres-Ruiz A, Lara Tapia H, Díaz-Cantú P, Espinosa-Mendoza G, Hernández-Berber I. Análisis epidemiológico de la hospitalización psiquiátrica en el INNN MVS. *Arch Neuroc (Méx)* 1998; 3(2): 113-16.
5. Lara Tapia H, Ramírez de Lara L. Un estudio controlado de las alteraciones mentales iatrogénicas en pacientes con enfermedad de Parkinson. *Rev Inst Nal Neurol* 1976; 10: 119-23.
6. Lara Tapia H, Ramírez Ramírez L. Alteraciones psiquiátricas en la Insuficiencia Vascular Cerebral. *Arch Neuroc (Méx)* 1996; 1(4): 292-7.
7. Lara Tapia H. Aspectos psicobiológicos de la histeria. *Rev Inst Nal Neurol* 1979; 13: 28-33.
8. Lara Tapia H, Gutiérrez Campos E, Meléndez Montiel JD. Depresión Mayor y climaterio. Un estudio controlado. Memoria de las I Jornadas Médico-Quirúrgicas del INNN MVS, 1998.
9. Aguilera Gómez A. Un estudio clínico y sociocultural sobre la depresión y la histeria. Tesis Receptacional. Fac. de Psicología, UNAM, 1977.
10. Lara Tapia H. El suicidio en México. Epidemiología, clínica y sociología. *Ens Inv Psicol* 1984; 10: 95-100.
11. Morffín Nuñez A, Lara Tapia H. Psicopatología en familiares de pacientes psiquiátricos hospitalizados en el INNN MVS. *Arch INNN* 1995; 10(3): 149.
12. Caraveo Anduaga JJ. Epidemiología de los trastornos depresivos. *Psiquiatría* 1997; 13(Supl): 2-5.
13. Caraveo AJ, Medina Mora ME, Rascón ML, et al. La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población urbana adulta de la ciudad de México. *Salud Mental* 1996; 19(3): 14-21.
14. APA. *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson; 1995, pp. 323-99.
15. Kielholz P. *Depressive illness*. Berna: Hans Huber Pubs; 1972, pp. 11-12.
16. Lara-Tapia H, Bravo LM, Meléndez Montiel JD, Gutiérrez Campos E. Depresión mayor y menopausia. Un estudio controlado. *Rev Neurol Neurocir Psiquiat* 2002; 35(3): 138-43.
17. Strober M, Green J, Carlson G. Phenomenology and subtypes of Major Affective Disorder in adolescents. *J Affect Disord* 1981; 3: 281-90.
18. Friedman RC, Hurt SW, Clarkin JF, et al. Symptoms of depression from childhood through adulthood: analysis of three studies. *Compr Psychiat* 1988; 145: 1222-5.
19. Angold A, Costello EJ. Depressive comorbidity in children and adolescents: Empirical, theoretical, and methodological issues. *Am J Psychiat* 1993; 150: 1779-91.
20. Zarate CA Jr, Tohen M. Epidemiology of Mood Disorders throughout the life cycle. En: *Mood Disorders across the life span*. (Shulman, Tohen and Kutcher, eds). New York: Wiley-Liss, Inc.; 1996.
21. Downess JJ, Davies ADM, Copeland JRM. Organization of depressive symptoms in the elderly population: hierarchical patterns and Guttman scales. *Psychol Aging* 1988; 3: 367-74.
22. Vásquez Aguilar C. Aspectos psicológicos del proceso de envejecimiento. Tesis Receptacional, Facultad de Psicología, UNAM, 1980.
23. Lara-Tapia H. Depresión Mayor y suicidio en un hospital general en un sistema de seguridad social (ISSSTE). Un análisis de tres años. *Rev Neurol Neurocir Psiquiat* 2003.
24. Lara-Tapia H, Méndez Contreras JI. Características clínicas y epidemiológicas del Trastorno Bipolar en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez. Un análisis de cuatro años. *Rev Neurol Neurocir Psiquiat* 2002; 35(3): 132-7.
25. Lara-Tapia H, Meléndez-Gutiérrez JD. Estudio clínico-epidemiológico de la Depresión Mayor en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez" (durante tres años). *Psiquiatría* 2000; 17(2): 47-50.

Recibido: Noviembre 22, 2005.

Aceptado: Diciembre 15, 2005