

## **CARACTERIZACIÓN CLINICOEPIDEMIOLÓGICA DEL SÍNDROME DEPRESIVO**

*Andrés Vázquez Machado*<sup>1</sup>

**RESUMEN:** Se estudiaron 94 pacientes que acudieron a la consulta de psiquiatría de Cauto Cristo, Granma, Cuba, por un síndrome depresivo, con el objetivo de describir algunas de sus características clínico epidemiológicas. A todos los sujetos se les realizó una entrevista estructurada para conocer datos demográficos, características clínicas, eventos vitales, conducta suicida en el individuo y sus familiares y diagnóstico nosológico; éste último según los criterios del DSM IV. Predominaron las mujeres, el grupo de 35 a 54 años y los que tenían pareja. Los diagnósticos más frecuentes fueron trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo y trastorno depresivo mayor. La edad de inicio de los cuadros depresivos se sitúa en la tercera y cuarta década de la vida. El 28,5 % de los deprimidos ha tenido un intento suicida actual o anterior, y fue frecuente esa conducta en sus familiares. Las mujeres tuvieron más eventos vitales que los hombres, y los más frecuentes fueron los conflictos con la pareja y otros miembros de la familia, presentándose los síntomas de forma similar en ambos sexos. El humor depresivo, la falta de interés y disfrute en las actividades y la sensación de pérdida de energía o fatiga fueron los síntomas más frecuentemente referidos por los enfermos.

**DeCS: TRASTORNO DEPRESIVO/epidemiología; INTENTO DE SUICIDIO; ESCALAS DE VALORACION PSIQUIATRICA.**

La depresión existe desde la antigüedad, puesto que pueden encontrarse descripciones sobre ella en textos muy antiguos.<sup>1</sup> Esta constituye uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes que afectan a la población en todo el mundo.<sup>2,3</sup> La prevalencia del trastorno depresivo mayor (TDM) oscila de 2,3 a 3,2 % para los hombres y 4,5 a 9,3 % para mujeres en las naciones industrializadas, y se han detectado síntomas depresivos importantes hasta en un

12 a 16 % de las personas que consultan por entidades médicas no psiquiátricas.<sup>4</sup>

El comportamiento del síndrome depresivo depende y está influido por el tipo de diagnóstico, la persistencia y la severidad de los síntomas, la sensibilidad y la percepción de conflictos y síntomas, así como características sociodemográficas, factores de personalidad, ganancia secundaria en el rol de enfermo y las formas de enfrentamiento ante los problemas.<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> Especialista en Psiquiatría.

Algunos eventos vitales han sido descritos como desencadenantes de síndromes depresivos. La mayor cantidad de estos predicen una menor respuesta al tratamiento y la posibilidad de un pobre cumplimiento de este, por lo cual el conocimiento de ellos cobra gran importancia en la atención a este tipo de enfermo.<sup>5</sup> El objetivo de esta investigación es identificar algunas características clínico epidemiológicas de los pacientes que acudieron por un síndrome depresivo a la consulta de psiquiatría durante un período de 2 años.

## Métodos

Se estudiaron a todos los sujetos que acudieron a la consulta de psiquiatría del Hospital "Joel Benítez", en Cauto Cristo, Granma, por un síndrome depresivo en el período comprendido entre el 1ro. de abril de 1997 y 31 de marzo de 1999. Se consideró que tenía un síndrome depresivo inicialmente aquella persona que tuviera un puntaje mayor de 30 en la escala de Zung para depresión.

A todos los individuos de la muestra se les realizaron entrevistas estructuradas para conocer las variables demográficas, antecedentes de conducta suicida personal y familiar, edad de comienzo de la enfermedad, síntomas actuales y eventos vitales. En la mayoría de los casos se contrastó la información con la fuente familiar y para hacer el diagnóstico nosológico se utilizaron los criterios del DSM IV.<sup>6</sup>

Para el análisis de los datos se emplearon estadísticas descriptivas: media aritmética, desviación estándar, razón y porcentajes y en la realización de estas operaciones se utilizó el paquete estadístico SPSS 7,0 para Windows.

## Resultados

Se estudiaron 94 pacientes que acudieron a la consulta de psiquiatría, que representó el 33,1 % del total de personas atendidas. De estas, el 73,4 % era del sexo femenino, predominando el grupo de 35 a 54 años (59,4 %). En general el 60,6 % de los individuos (n = 57) tenía pareja, aunque en los hombres hubo un ligero predominio de los solteros, viudos y divorciados (52 %) (tabla 1).

TABLA 1. Variables sociodemográficas

	Femenino n = 69 %	Masculino n = 25 %
Edad		
15 - 34 años	17,4	24
35 - 54 años	59,4	40
55 y más años	23,2	36
Estado conyugal		
Con pareja	65,2	48
Divorciado	21,7	28
Viudo	10,1	4
Soltero	3	20

El diagnóstico nosológico se realizó en 87 personas (se excluyeron aquellos en los que existía alguna duda en cuanto a este y el período del estudio no permitió su seguimiento). El trastorno distímico (TD) representó el 29,9 % de los casos (n = 26), seguido del trastorno depresivo mayor (n = 13) y el trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo (n = 13), con el 14,9 %. En 9 personas (10,3 %) se diagnosticó un trastorno de personalidad con predominio del histriónico, mientras que en el 8 % se observó (n = 7) una reacción de duelo. En este último no se incluyeron los duelos normales (tabla 2).

TABLA 2. Diagnóstico nosológico en 87 individuos

Diagnósticos DSM IV	Femenino n = 62 %	Masculino n = 25 %	Total n = 87 %
• Trastorno distímico	37,1	12	29,9
• Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo	14,5	16	14,9
• Trastorno depresivo mayor	12,9	20	14,9
• Trastorno de personalidad	9,7	12	10,3
• Reacción de duelo	9,7	4	8
• Trastorno depresivo debido a enfermedad médica	4,8	16	8
• Trastorno depresivo menor	4,8	4	4,6
• Trastorno bipolar	1,6	12	4,6
• Otros	4,8	4	4,6

TABLA 3. Conducta suicida en los individuos y sus familiares

Conductas detectadas	Femenino n = 69 %	Masculino n = 25 %	Total n = 94 %
• Intento suicida en el individuo			
Actual	8,7	8	8,5
Anterior	21,7	16	20,2
• Suicidio en familiares de primer grado	23,2	16	21,3
• Suicidio en otros familiares	27,5	36	29,8
• Intento suicida en familiares de primer grado	11,6	40	19,1
• Intento suicida en otros familiares	15,9	20	17

En cuanto a la edad de inicio de los cuadros depresivos se observó que el promedio menor ocurrió en las mujeres que presentan un trastorno distímico y la más elevada en los hombres que tuvieron un diagnóstico diferente a la distimia o al trastorno afectivo. De acuerdo con estos resultados, estos procesos se inician principalmente en la tercera y cuarta década de la vida, siendo la media superior en el sexo masculino.

La conducta suicida en el individuo y sus familiares se determinó por la estrecha relación de esta con los síndromes depresivos, observando que el 8,5 % (n = 8) tuvo

un intento suicida actual, considerándose como tal aquel que motivó la consulta o se presentó en el transcurso de estas. El 20,2 % (n = 19) tuvo una o varias tentativas anteriores. Igualmente comprobamos que 20 individuos (21,3 %) refirieron tener algún familiar de primer grado que se había suicidado y el 19,1 % (n = 18) alguien que lo había intentado sin desenlace fatal. Por otra parte el antecedente de suicidio en otros familiares fue presentado por el 29,8 % de la muestra (n = 28) y el intento suicida por el 17 % (n = 16) (tabla 3).

TABLA 4. **Eventos vitales en 79 individuos**

Eventos	Femenino	Masculino	Total
	n = 63 %	n = 16 %	n = 79 %
• Conflictos con la pareja	33,3	0	26,6
• Conflictos con otros familiares	15,9	31,2	19
• Pérdida de un ser querido	15,9	12,5	15,2
• Divorcio	11,1	18,8	12,6
• Presencia de enfermedad física	12,7	6,2	11,4
• Conflictos laborales	7,9	12,5	8,9
• Otros	3,2	18,8	6,3

Se consideraron eventos vitales negativos aquellos incidentes ocurridos en el ambiente externo del individuo en los 6

meses previos al cuadro depresivo, y que tuvieron algún significado para él. Estos fueron más frecuentes en las mujeres, en los que predominaron los conflictos con la pareja y otros miembros de la familia, la muerte de un familiar cercano y el divorcio (tabla 4).

Para el registro de los síntomas se tuvieron en cuenta aquellos expresados espontáneamente por los pacientes o después de una entrevista adecuada. La sensación de tristeza y la incapacidad para sentir alegría y placer con las actividades que antes se lo producían, fue manifiesto por la casi totalidad de los individuos (96,8 %). La sensación de pérdida de energía o fatiga (88,3 %) y las alteraciones del sueño (84 %) también fueron frecuentes. Este último se manifestó fundamentalmente por insomnio (tabla 5).

TABLA 5. **Síntomas más frecuentes**

Síntomas	Femenino	Masculino	Total
	n = 69 %	n = 25 %	n = 94 %
• Humor depresivo	100	88	96,8
• Falta de interés y disfrute de actividades	97,1	96	96,8
• Sensación de pérdida de energía o fatiga	89,8	84	88,3
• Alteraciones del sueño	86,9	76	84
• Ansiedad	63,8	44	58,5
• Pensamientos suicidas	62,3	48	58,5
• Pérdida del apetito	62,3	44	57,4
• Manifestaciones somáticas	37,7	16	31,9
• Pesimismo acerca del futuro	30,4	24	28,7
• Dificultades con la memoria	29	20	26,6
• Pérdida de peso	24,6	28	25,5

## **Discusión**

La frecuencia de presentación de los diferentes cuadros depresivos se considera la más alta dentro de los trastornos mentales. Las características demográficas asociadas a los síndromes depresivos que más frecuentemente se señalan en diferentes estudios son el sexo y la edad. La mayoría de los autores señalan que la razón de personas afectadas por género es de 2 mujeres por cada hombre, lo cual ha sido corroborado en este estudio. Esto se ha explicado por la mayor tendencia de las mujeres a buscar ayuda médica, menor soporte social en algunos países y a sesgos de selección en los estudios poblacionales.<sup>4,5,7</sup> Sin embargo, la mujer está sometida a mayor nivel de estrés psicosocial, dado por la sobrecarga de trabajo (centro laboral y el hogar), crianza de los hijos, prejuicios sociales e influencias hormonales y corticales que las vuelven más proclives a deprimirse.<sup>8</sup>

El predominio del síndrome depresivo en la edad media de la vida ha sido señalado en otros estudios, y está determinado por la contribución del estrés psicosocial que afecta a este grupo poblacional, el cual se encuentra en la edad productiva y con responsabilidades familiares.<sup>2</sup> Con relación al estado conyugal la frecuencia de depresión varía de acuerdo con el sexo; las mujeres solteras parecen menos susceptibles a la depresión que las casadas, situación inversa ocurre en el caso de los hombres.<sup>7</sup>

La escala de depresión de Zung ha sido ampliamente utilizada en varios países. Se conoce que esta es muy sensible, pero no es muy específica. Por tal razón a todas las personas que puntuaron alto se les aplicaron entrevistas estructuradas y un seguimiento adecuado para hacer el diagnóstico nosológico, lo que permitió además eliminar los falsos positivos. Muchos cuadros depresivos no se corresponden con una

depresión endógena, por lo cual la preocupación por el diagnóstico es importante para la investigación y la terapéutica. En la práctica clínica los síndromes depresivos se presentan en pacientes con otras patologías médicas o psiquiátricas, y entre estas últimas se señalan: la esquizofrenia, las neurosis, alcoholismo, trastornos de personalidad, entre otras.

El trastorno distímico se considera una entidad común entre la población general, y se estima que afecta entre un 3 y un 5 % de todas las personas, siendo frecuente en pacientes con otras enfermedades psiquiátricas, y más común en mujeres menores de 64 años.<sup>1,9</sup> En todas las personas con diagnóstico de trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo el cuadro se presentó por primera vez, reactivo a una situación estresante y la evolución favorable confirmó este tipo de diagnóstico.

Un análisis especial requieren las reacciones de duelo. No se incluyeron en el estudio los pacientes que presentaron manifestaciones de duelo normal asociadas a una pérdida, sino los que tenían un duelo patológico dado por un síndrome depresivo importante, con pensamientos suicidas y anormalidades en el tiempo de presentación del mismo. En el 71,4 % de los pacientes que lo presentaron este fue seguido a la pérdida de un hijo por suicidio, y en todos los casos estaba asociado de manera importante con sentimientos de culpa por la pérdida.

Los pensamientos suicidas están presentes en la mayoría de los pacientes con un síndrome depresivo y los intentos de suicidio están estrechamente relacionados con la depresión, aunque no se debe establecer la equivalencia de depresión = suicidio, o suicidio = depresión, pues no todo acto suicida es el resultado de una depresión. No se ha establecido con precisión en qué subtipos de deprimidos hay mayor ries-

go suicida, aunque se acepta que la mortalidad es más alta en el TDM y la morbilidad es mayor en el TD.<sup>10</sup>

Es importante tener en cuenta en este grupo los pacientes con un trastorno de personalidad, pues a su pobre adaptabilidad social y escasos mecanismos para resolver sus conflictos, se une la impulsividad que ante frustraciones triviales los lleva con frecuencia a un acto suicida, lo cual se agrava cuando se asocia con un cuadro depresivo.

La presencia de conducta suicida en familiares tiende a considerarse un factor de riesgo para la depresión, ya que este puede ser predictor de una tendencia genética a depresiones endógenas, o también la presencia familiar de otros trastornos psiquiátricos como TD o trastornos de personalidad, donde la incidencia en varios miembros de la familia es mayor que en la población general. Además, este antecedente incrementa el riesgo de suicidio por imitación en estos pacientes que ya han considerado esta posibilidad por su sintomatología depresiva. A lo anterior se agregan los resultados de diversos estudios que sugieren la presencia de marcadores biológicos en sujetos deprimidos que realizan intentos suicidas<sup>11</sup> en los cuales la herencia puede jugar un papel importante. El hecho de que se señalen más suicidios que intentos suicidas puede deberse a que este último muchas veces se desconoce o se olvida, sobre todo cuando ocurre en familiares lejanos.

A pesar de que en nuestro estudio el cuadro depresivo se presentó por primera vez en la tercera y cuarta décadas de la vida, el rango osciló de los 12 a los 74 años, por lo cual la edad solamente no debe considerarse un factor de riesgo. Como señalan otros autores algunos factores sociales pueden contribuir a la depresión de personas jóvenes y la predisposición biológica aumenta con la edad.<sup>7,12</sup>

Los eventos vitales han sido considerados como desencadenantes de síndromes depresivos, especialmente si ocurren 1 año antes del cuadro, y también están asociados con una evolución más tórpida y un aumento del riesgo suicida.<sup>5</sup> Teniendo en cuenta que los lazos de una persona con su familia constituyen la principal fuente de apoyo para enfrentar las situaciones estresoras, es lógico pensar que las dificultades en el funcionamiento familiar no sólo ocasionan la percepción de la falta de apoyo por parte del individuo, sino que se convierten en una fuente generadora de tensiones.

Clásicamente se considera que los hombres deprimidos tienden a expresar los síntomas menos que las mujeres, es decir, les resulta más difícil adoptar el rol de enfermo,<sup>2</sup> lo cual, sin embargo, no ocurrió en nuestra investigación. Esto se debe a que nuestro trabajo se realizó con pacientes que fueron remitidos a la consulta por su Médico de Familia, a diferencia de otros que se realizaron en estudios poblacionales.<sup>2,4,5</sup>

## **Conclusiones**

Las variables sociodemográficas del estudio coinciden con lo reportado en la literatura, con un predominio de las personas en la edad media de la vida, del sexo femenino y que tenían pareja. Los diagnósticos nosológicos más frecuentes fueron el TD, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo y el TDM.

La conducta suicida en los individuos y sus familiares se observa frecuentemente en los pacientes con un síndrome depresivo, por lo que es importante valorar el riesgo de suicidio en estos enfermos. La edad de inicio de los cuadros depresivos se sitúa en la tercera y cuarta décadas de la vida, siendo la media superior en el sexo masculino.

Las mujeres tuvieron más eventos vitales que los hombres, predominando los conflictos con la pareja y otros miembros de la familia, lo cual ocasiona que esta fuente de apoyo social no funcione adecuadamente.

Los síntomas más frecuentes fueron el humor depresivo, la falta de interés y disfrute con las actividades cotidianas y la sensación de pérdida de energía o fatiga, presentándose de forma similar en ambos sexos.

**SUMMARY:** 94 patients that visited the psychiatrist's office in Cauto Cristo, Granma, Cuba, due to a depressive syndrome were studied in order to describe some of their clinical and epidemiological characteristics. All the subjects participated in an interview structured to know demographic data, clinical characteristics, vital events, suicidal behavior in the individual and his relatives and nosological diagnosis; this latter according to the criteria of DSM IV. There was a predominance of women, of the group aged 35-54 and of those having a partner. The most frequent diagnoses were dysthymic disorder, adaptational disturbance with depressive mood and major depressive disorder. The depressive episodes began in the third and fourth decades of life. 28.5 % of the depressed have had a present or previous suicide attempt and that conduct was also frequent among their relatives. Women had more vital events than men and the commonest were the conflicts with the partners and other members of the family. The symptoms were similar in both sexes. The depressive mood, the lack of interest and enjoyment in the activities and the sensation of loss of energy or fatigue were the most frequent symptoms referred by the patients.

Subject headings: **DEPRESSIVE DISORDER/epidemiology; SUICIDE ATTEMPTED; PSYCHIATRIC STATUS RATING SCALES.**

### **Referencias bibliográficas**

1. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Sinopsis de Psiquiatría. 7 ed. Buenos Aires: Editora Médica Panamericana, 1996.
2. Caraveo-Anduaga J, Colmenares E, Saldívar E. Estudio clínico-epidemiológico de los trastornos depresivos. Salud Mental 1999;22(2):7-17.
3. Canino GJ, Bird HR, Bravo M, Martínez R. The prevalence of specific psychiatric disorder in Puerto Rico. Arch Gen Psychiatr 1987;44:727-35.
4. Caraveo-Anduaga JJ, Martínez NA, Rivera BE, Polo A. Prevalencia en la vida de episodios depresivos y utilización de servicios especializados. Salud Mental 1997;20(2):15-23.
5. Gómez C, Rodríguez N. Factores de riesgo asociados al síndrome depresivo en la población colombiana. Rev Col Psiquiatr 1997;26(1):23-35.
6. APA. Diagnostic and Statistical Manual DSM IV. Washington DC: American Psychiatric, 1994.
7. Silva M. Depressão. Epidemiologia o impacto social. Rev Bras Psiquiatr 1999;21:1-5.
8. Mendieta D. La depresión en mujeres: influencia biológica. Inf Clín 1997;8(11):64-5.
9. Ohayon MM, Priest RG, Guilleminault C, Caulet M. The prevalence of depressive disorders in the United Kingdom. Biol Psychiatr 1999;45(3):300-7.
10. Sarró B, Cruz C de la. Los suicidios. Barcelona: Editorial Martínez Roca, 1991;56-63.
11. Dajas F, Costa G, Rivero G, Dajas M. Estudio transcultural de la psicobiología del suicidio y la depresión. Rev Psiquiatr Uruguay 1998; 62(1):23-30.
12. Liu CY, Wang SJ, Teng EL, Fuh JL, Lin CC, Lin KN, et al. Depressive disorders among older residents in a Chinese rural community. Psychol Med 1997;27(4):943-9.

Recibido: 27 de septiembre del 2000. Aprobado: 6 de noviembre del 2000.

Dr. Andrés Vázquez Machado. Avenida Francisco Aguilera # 126, Bayamo, Granma, Cuba.