

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

La depresión y su impacto en la salud pública

Depression and its impact in public health

Marco Tulio Corea Del Cid

Médico General, Universidad Autónoma de Honduras; Máster en Nutrición, Salud e Interacciones Alimento-Medicamento, Universidad de Barcelona; Centro de Especialidades Médicas del Valle, Comayagua, Comayagua.

RESUMEN. La prevalencia de la depresión ha aumentado en las últimas décadas debido al enfoque en la detección de enfermedades psiquiátricas. El propósito de esta revisión bibliográfica fue definir la depresión y exponer el impacto que causa a nivel global. Se iniciará definiendo la depresión, se enlistará los principales factores predisponentes, se expondrá la posible sintomatología que se encontrará en los diferentes grupos etarios y se continuará con el impacto en la economía mundial. Se revisó diversos artículos encontrados en las bases de datos de la Biblioteca Virtual de Salud de Honduras (BVS), PubMed, ResearchGate, JAMA, EIServier, SciELO; concomitantemente se utilizaron actas de congresos, reportes técnicos, tesis, normas y estándares donde se define el trastorno depresivo mayor, para el periodo 2000 – 2021. Se concluye que la depresión mantiene alta prevalencia globalmente, afectando principalmente a la población en situaciones de subdesarrollo socioeconómico, con sintomatología variable dependiendo diferentes factores de riesgo, generando incapacidad laboral e impactando negativamente la economía mundial.

Palabras Clave: Antidepresivos, Depresión, Salud pública, Trastorno depresivo.

INTRODUCCIÓN

La depresión representa un problema de salud pública debido a su alta prevalencia alrededor del mundo. La etiología de la depresión es compleja ya que en ella intervienen factores psicosociales, genéticos, y biológicos.

Cada año más personas alrededor de todo el mundo son diagnosticadas con depresión, dentro de las cuales se encuentran muchos adolescentes y adultos jóvenes. El impacto de los factores psicosociales en la población adolescente y en los adultos jóvenes pueden exacerbar la intensidad de la enfermedad y aumentar exponencialmente las ideaciones suicidas, los intentos suicidas e incluso lograr el cometido con éxito.

El propósito de la realización de esta revisión bibliográfica fue definir la depresión y exponer las diferentes presentaciones clínicas según grupo de edades. Se iniciará con la definición de la depresión, se enlistará los principales factores predisponentes, se expondrán los posibles síntomas y signos que se encontrarán en niños, adolescentes y en los adultos mayores y se continuará con el impacto en la economía mundial. Para esto se revisó artículos en las bases de datos la Biblioteca Virtual de Salud (BVS), PubMed, ResearchGate, JAMA, EIServier y SciELO para el periodo comprendido 2000 – 2021. La búsqueda de los mismos fue utilizando las palabras clave: antidepresivos, depresión, salud pública, trastorno depresivo.

DEFINICIÓN

La depresión, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es un trastorno mental afectivo común y tratable, frecuente en el mundo y caracterizado por cambios en el ánimo con síntomas cognitivos y físicos, y estos pueden ser de etiología primaria o secundaria al encontrarse enfermedades de base, como el cáncer, enfermedad cerebro vascular, infartos agudos al miocardio, diabetes, VIH, enfermedad de Parkinson, trastornos alimenticios y abuso de sustancias.¹

Según la quinta edición del "Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders" (DSM-5), la depresión es un trastorno del estado de ánimo, donde la principal característica es una alteración del humor y, según su temporalidad y origen sintomático, tiene una clasificación particular; de esta manera se distingue el trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastornos bipolares como los principales.²

Recibido: 21-12-2019 Aceptado para publicación 03-05-2021

Dirección para correspondencia: Dr. Marco Tulio Corea Del Cid

Correo electrónico: marcor3a@gmail.com

Declaración de relaciones y actividades financieras y no financieras y conflictos de interés: ninguno.

La enfermedad depresiva, es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Quienes han pasado por circunstancias vitales adversas tienen más probabilidades de sufrir depresión. A su vez, la depresión puede generar más estrés y disfunción, y empeorar la situación vital de la persona afectada y, por consiguiente, la propia depresión.^{2,3}

Desde el psicoanálisis, Freud proponía una conceptualización de la depresión como una patología similar al duelo, en donde muchos de sus síntomas se asemejan, excepto por el rebajamiento en el sentimiento hacia sí mismo. En su escrito *Duelo y Melancolía*⁴, hace una descripción del trastorno de manera clara:

“Una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y rebaja en el sentimiento de sí, se exterioriza en auto reproches y auto denigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo.”

Según la investigación realizada por Keller y colaboradores en el año 2008⁵ en España, se demostró que el patrón de síntomas depresivos corresponde a un suceso vital específico; los resultados muestran que la pérdida de un ser querido refleja mayores niveles de tristeza, pérdida del apetito, pérdida de interés en casi todas las actividades, mientras que el estrés y los fracasos se asociaron a fatiga, pérdida del placer en las actividades, hipersomnia, pero menos tristeza. La investigación concluye, además, que es posible encontrar “perfiles de depresión”, lo que indica que, adicional a la subjetividad, el suceso detonante particulariza el cuadro depresivo que presenta el sujeto.⁵

Se ha logrado focalizar la investigación de la génesis de los trastornos mentales en las primeras relaciones con los padres y cuidadores, que se establecen como punto de partida en el desarrollo de diferentes aptitudes del sujeto para la vida;^{6,7} en ese sentido, un ambiente familiar cálido en el que el niño tenga satisfechas sus necesidades fisiológicas y emocionales repercute en sujetos favorablemente adaptables. Muchos autores en Latinoamérica y en otras partes del mundo han intentado establecer la relación entre las pautas de crianza en niñas y niños con los síntomas depresivos, en los cuales han encontrado que en las mujeres se ejerce mayor control por parte de los progenitores y menos vínculo emocional percibido por los hombres, lo cual lo relaciona directamente con síntomas depresivos.^{8,9} Se considera que la diferencia con los hijos varones tiene que ver tanto con lo biológico como con lo cultural, y se considera que la herencia arcaica de la mujer sumisa concebida desde hace siglos atrás toma gran parte en el comportamiento de los progenitores hacia sus hijas.

La teoría del apego se centra en la tendencia a establecer lazos íntimos con individuos determinados como un componente básico de la naturaleza humana. Por lo tanto, los lazos afectivos que se establecen con ansiedad, resistencias o temores, repercutirán desfavorablemente en la salud mental, estableciéndose como factores predisponentes a adquirir trastornos depresivos. Cuando se establecen apegos inseguros o ansiosos en la infancia puede llevar a que en la vida adulta el

sujeto evite relaciones con los demás, incluyendo relaciones de pareja, y opte por la soledad como estilo de vida, lo cual podría establecerse como un factor de riesgo para la salud mental.⁹

La heredabilidad del trastorno depresivo mayor se ha calculado en un aproximado del 37%, lo cual implica que aproximadamente dos terceras partes del origen de la patología depresiva debe explicarse por otros factores distintos a la genética, las cuales probablemente se atribuyan a factores ambientales y sociales que modifican el comportamiento del individuo.¹⁰

EPIDEMIOLOGÍA

Se estima que la depresión afecta a más de 450 millones de personas en todo el mundo y que una de cuatro personas sufrirá algún problema de este tipo a lo largo de su vida, sin importar su edad o condición social y es la causa principal de discapacidad a nivel mundial y contribuye de manera muy importante a la carga mundial general de morbilidad. La influencia de la salud mental en el bienestar físico también es importante, ya que cerca del 13% de las enfermedades están asociadas a trastornos de salud mental.^{1,2,11}

Las prevalencias observadas en los Estados Unidos, Europa y Brasil son más elevadas ya que más de 15% de población ha padecido depresión mayor alguna vez en su vida y más del 6% durante el año anterior. En Estados Unidos se reporta que alrededor de uno de cada cinco adultos mayores de 18 años presentaron sintomatología asociada con el trastorno depresivo en el 2019.¹²

El Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de Estados Unidos estimó que aproximadamente 17.3 millones de adultos en Estados Unidos tuvieron al menos un episodio de depresión mayor en el 2017, esto representaba el 7.1% de la población adulta de los Estados Unidos y se encontró que la depresión era más común en las edades entre 18 y 25 años (13.1%) y en individuos de dos o más razas (11.3%).¹²

Aunque estas cifras son muy altas globalmente, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) existe una gran brecha en la atención a las personas con problemas de salud mental en América Latina y el Caribe, alcanzando una mediana de brecha hasta de un 77.9% para los trastornos afectivos, de ansiedad y por consumo de sustancias en adultos y una brecha de atención para la depresión de 73.9% y del 85.1% para el alcoholismo.¹¹

En México la depresión ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno para los hombres. Los datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) en México señalan que el 9.2% de los mexicanos sufrieron un trastorno afectivo en algún momento en su vida y 4.8% en los doce meses previos al estudio. En países como Colombia y Chile, la situación es muy similar a la de México.¹³

Honduras es uno de los países de Centroamérica con los índices de homicidio intencionado más altos, que incluyen una gran cantidad de feminicidios, altos niveles de violencia y en particular de violencia sexual, la cual es endémica, generalizada y normalizada, generando importantes secuelas emocionales y consecuencias en la salud mental de las víctimas

y sobrevivientes. Por ende, se considera que en Honduras existen múltiples factores que generan estrés y ansiedad sin importar la edad, género o raza y se estima que más del 30% de la población hondureña sufre o ha sufrido un episodio depresivo.¹¹

En otros estudios realizados en diferentes departamentos de Honduras se ha encontrado que gran parte de la población, especialmente mujeres, adultos jóvenes y pacientes que residen en áreas urbanas y están expuestos a violencia y/o padecen enfermedades crónicas son más vulnerables de padecer de trastornos mentales, especialmente depresión o ansiedad.¹¹

En un estudio sobre la prevalencia de trastornos mentales en 33 comunidades rurales en Honduras realizado en el 2001 se encontró en el 35% de mujeres entrevistadas de la población de estudio un 24% de depresión mayor, 9.3% de agorafobia y 6% de fobia social y en 923 hombres entrevistados se encontró un 16.1% de dependencia al alcohol, 13.2% de depresión mayor, 6% de fobia social y 5% de ansiedad generalizada.¹⁴

DEPRESIÓN EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

La depresión afecta alrededor del 2.8% de los niños menores de 13 años y al 5.6% de los adolescentes entre los 13 y 18 años. La prevalencia de la depresión depende de la población, el periodo considerado, el informante y el criterio utilizado para el diagnóstico. La mayoría de los estudios coinciden que alrededor del 1% al 2% de los niños pre-púberes y cerca del 5% de los adolescentes sufren de depresión clínicamente significativa en algún momento.¹⁵

A diferencia de los adultos, la proporción de la depresión entre niñas y niños es similar en pre púberes, pero se vuelve aproximadamente el doble de común en las mujeres comparado con los hombres durante la adolescencia. Aunque la información disponible es limitada, sugiere que los niveles de depresión son mayores en pacientes que sufren de condiciones médicas crónicas y en particular en grupos, como los pacientes con necesidades especiales y los niños procedentes de minorías indígenas.^{15,16}

Los pacientes depresivos pueden demostrar síntomas de depresión a cualquier edad, sin embargo, el patrón varía ligeramente dependiendo de la etapa del desarrollo en el que se encuentra el paciente, resultando en diferencias en la manera que se manifiesta la depresión durante la vida.¹⁷ Algunos de los síntomas depresivos característicos que se pueden observar en paciente pre púberes son la irritabilidad, ansiedad, problemas de comportamiento, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, quejas somáticas y en los adolescentes encontramos mayor irritabilidad, hipersomnia, aumento del apetito con aumento de peso, quejas somáticas y sensibilidad extrema al rechazo.¹⁵

La edad del inicio no parece definir los diferentes subgrupos depresivos, pero un inicio temprano se asocia con múltiples indicadores de mayor carga de la enfermedad durante la vida adulta como por ejemplo nunca casarse, mayor dificultad en la funcionalidad social y ocupacional, peor calidad de vida, mayor comorbilidad médica y psiquiátrica, mayor cantidad de episodios depresivos durante la vida e intentos suicidas y mayor severidad de los síntomas.^{15,16,18}

Las probabilidades de futuros episodios en la vida adulta son hasta del 60%. Por lo tanto, la enfermedad depresiva debería ser conceptualizada óptimamente como una condición crónica con remisiones y recurrencias.¹⁶ Esto tiene grandes implicaciones para el manejo, el cual no debe buscar solamente reducir la duración del episodio depresivo cursante y disminuir las consecuencias del mismo, sino también prevenir recurrencias. Algunos de los predictores de recurrencia incluyen una pobre respuesta al tratamiento, mayor severidad, antigüedad, episodios previos, comorbilidades, desesperanza, estilo cognitivo negativo, problemas intrafamiliares, estatus socioeconómico bajo y exposición al abuso o conflictos familiares.^{18,19}

DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

En 1950, aproximadamente el 8% de la población mundial era mayor de 60 años, para el 2000 esta cifra se incrementó al 10% y se espera que alcance un 21% para el 2050¹⁶. El envejecimiento de la población y la baja tasa de natalidad propician que muchos adultos mayores se encuentren solos y sin apoyo familiar.¹⁶

En el adulto mayor, la depresión se puede considerar como una de las patologías de mayor prevalencia. Los trastornos depresivos afectan al 10% de los ancianos que viven en la comunidad, entre el 10 y el 20% de los hospitalizados, del 15 al 30% de los que viven en asilos y el 40% de los que presentan múltiples enfermedades o comorbilidades²⁰. Dentro de esas últimas, se destaca la enfermedad cerebrovascular, que se asocia entre el 18 y 61%, siendo más frecuente en los 6 primeros meses, la enfermedad de Parkinson con un 40%, la enfermedad de Alzheimer un 20 al 40%, las cardiopatías entre el 20 al 30%, con un porcentaje mayor para quienes sufrieron infarto agudo de miocardio, llegando estos casos hasta el 74%; la diabetes en el 36%, el hipotiroidismo en el 50%, el cáncer un 40%.²¹ La depresión puede estar presente en las etapas iniciales de la demencia, con una incidencia entre el 13 y 21%.²²

Es importante mencionar que la depresión en el anciano difiere en varios aspectos de la que ocurre en sujetos más jóvenes. Según varios autores, Algunas de las alternativas en la presentación de la depresión en el adulto mayor son: agitación, ansiedad, preocupación, quejas somáticas, disminución de la iniciativa y de la capacidad de resolución de problemas, deterioro del auto cuidado, abuso de alcohol y otras sustancias, aislamiento social, culpa excesiva, paranoia, obsesiones y compulsiones y discordia marital.²⁰

La depresión en la vejez tiende a ser crónica y recurrente. El suicidio es la consecuencia más seria y su tasa en las personas mayores es aproximadamente el doble que la de los grupos de edad más jóvenes. El 60 a 90% de los pacientes mayores de 75 años que se suicidan sufren de depresión diagnosticada clínicamente.²⁰

Entre los principales factores predisponentes a depresión en el anciano se entran los problemas familiares, enfermedades preexistentes y tratamientos farmacológicos. Los ancianos que experimentan el primer episodio de depresión tienen menor probabilidades de tener una historia familiar de depresión u otro trastorno mental que aquellos pacientes que tienen el primer

evento de depresión en edad temprana. Esta diferencia sugiere que el rol familiar o genético es menos probable en la depresión en el adulto mayor.^{20,22}

El insomnio no solo es un factor de riesgo para la depresión, sino también está asociada a la persistencia y recurrencia de la depresión¹⁹. La depresión en mujeres ancianas es más prevalente debido a factores como una mayor susceptibilidad a la depresión, mayor persistencia de la depresión una vez instaurada y menor mortalidad. El sedentarismo y la disminución de la actividad física en los adultos mayores se relacionan con altos niveles de depresión, con afectación mayor al sexo femenino en los primeros años de la vejez e igualándose después de los 80 años entre hombres y mujeres.²⁰

En la depresión del adulto mayor se debe asociar como causas de depresión secundaria principalmente los trastornos metabólicos, desequilibrios ácido base, hipotiroidismo, enfermedades cardiovasculares, pulmonares, infecciones, cáncer y fármacos.²⁰ El uso de cuatro o más medicamentos se relaciona con un deterioro en el funcionamiento social, por lo tanto, la revisión de la medicación es importante en la predicción y proceso de tratamiento de la depresión y puede moderar el impacto en el funcionamiento social secundario a la polifarmacia.²²

Se pueden enlistar algunos de los factores de riesgo para desarrollar depresión en el adulto mayor siendo los siguientes: sexo femenino, aislamiento social, viudez, divorcio o estado de separación marital, enfermedades médicas asociadas, enfermedad médica incapacitante reciente, polifarmacia, nivel socioeconómico bajo, dolor crónico, trastornos del sueño, abatimiento funcional, duelo económico o familiar, deterioro cognoscitivo, institucionalización y dependencia al alcohol, benzodiacepinas u otras drogas.²²

IMPACTO DE LA DEPRESIÓN EN LA SALUD PÚBLICA

Según la OMS,^{1,21} los trastornos mentales, están en aumento en todo el mundo. Entre 1990 y 2013, el número de personas con depresión o ansiedad aumentó cerca de un 50 %, pasando de 416 a 615 millones.¹

Para el 2011, según la OMS, la Carga Global de las Enfermedades, o por sus siglas en inglés GBD (Global Burden of Disease) estimó que el 33% de los años vividos con discapacidad son debido a los trastornos neuropsiquiátricos, además del 2.1% por lesiones autoinfligidas, con lo cual se llegaba a 35% del total de la Carga Global. En otro informe reciente, también de la OMS, se informa que los trastornos por depresión y ansiedad cuestan anualmente a la economía mundial aproximadamente US\$1 billón en pérdidas de productividad.²³

Se calcula que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo, siendo esta la principal causa mundial de discapacidad, contribuyendo de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad y se proyecta que seguirá siendo la principal causa de morbilidad para el 2030, siendo actualmente la principal en las mujeres. Alrededor de un 80% de adultos con depresión refirieron al menos alguna dificultad con el trabajo, hogar y actividades sociales por causa de su depresión.²³

En el 2015,²⁴ los trastornos depresivos representaron, a escala mundial, más de 50 millones de años vividos con

discapacidad. Más del 80% de esta carga de enfermedad no mortal se presentó en países de ingresos bajos y medianos. Actualmente, cerca de 450 millones de personas están afectadas por un trastorno mental o de la conducta. Cuando solo se toma en cuenta el componente de discapacidad al calcular la carga de morbilidad, los trastornos mentales representan el 25.3% y el 33.5% de los años perdidos por discapacidad en los países de ingresos bajos y medios, respectivamente.^{24,25}

El impacto de la depresión sobre el funcionamiento social y ocupacional, la colocan incluso sobre varias enfermedades crónico-degenerativas incapacitantes como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la artritis reumatoide, también sobre la pérdida de la audición relacionada con el envejecimiento y las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, solamente sobrepasada por lumbalgias y las cefaleas.^{20,24,26}

En un estudio realizado por Moussavi y colaboradores en el año 2007,²⁷ en 245,404 personas de 18 años y más, en sesenta países en todas las regiones del mundo, aplicando como criterio diagnóstico la CIE-10, se encontró que la depresión tiene mayor impacto en quienes la padecen, que el impacto en los que presentan enfermedades crónicas como la angina, la diabetes mellitus, la artritis o el asma²⁶. De esta manera se visualiza la tendencia que se ha mantenido desde entonces y que se corrobora en el GBD Study del 2017.

Un promedio entre el 9.3% y el 23.0% de las personas con una o más enfermedades físicas crónicas presentaron comorbilidad con depresión, lo cual fue significativamente mayor que la probabilidad de tener depresión en ausencia de enfermedad física crónica. Después de ajustar por variables socioeconómicas y condiciones de salud, las personas con comorbilidades por depresión y una o más enfermedades crónicas presentaron los peores resultados de salud.²⁵

Según la OMS,^{1,27} los trastornos mentales no tratados representan el 13% del total de la carga de morbilidad mundial. La depresión unipolar es la tercera entre las principales causas de morbilidad, representando el 4.3% de la carga mundial. Las personas con trastorno mental presentan dos veces más ausentismo por incapacidad para llevar a cabo sus actividades habituales en los últimos treinta días, que aquellos sin trastornos mentales.

Los trastornos mentales y los problemas derivados de la depresión constituyen principales causas de incapacidad laboral temporal y permanente en los países desarrollados. De acuerdo a un informe elaborado por la Agencia Europea para la Seguridad y La Salud en el Trabajo (EU-OSHA), entre el 50% y el 60% de las ausencias al trabajo que se producen al año están ocasionadas por situaciones estresantes.²⁸

La depresión es menos prevalente en los adultos no hispanos y asiáticos. El 10.4% de las mujeres tienden a padecer de depresión casi el doble en comparación con los hombres, y aunque se conoce que la prevalencia de la depresión disminuye a medida que los ingresos familiares aumentan, se sostiene que esto se basa principalmente en las diferencias biológicas sexuales y dependen menos en la raza, cultura, dieta, educación y otros numerosos factores económicos y sociales.²⁹

Los detonantes de la depresión entre mujeres y hombres parecen diferir, en las mujeres se presentan con más frecuen-

cia los síntomas internabilizables y los hombres con síntomas externabilizables, por ejemplo, en un estudio de gemelos dicigotos, las mujeres mostraban mayor sensibilidad a las relaciones interpersonales, mientras los hombres mostraban mayor sensibilidad a los factores orientados a carreras y metas.^{30,31,32}

LA DEPRESIÓN EN HONDURAS

Aunque la información sobre trastornos mentales en Honduras es limitada, se han realizado estudios en los cuales se ha descrito la prevalencia de trastornos de salud mental en algunos departamentos de Honduras.

En un estudio realizado en adolescentes de Comayagua en el año 2007, se encontró que la edad más frecuente en la que se presenta un episodio depresivo es durante los 17 y 19 años de edad, concomitantemente se encontró que afecta más a las mujeres, también que la mayoría de los participantes que consumen bebidas alcohólicas padecen de depresión y dentro de estos pacientes con depresión muchos habían tenido ideación e intento suicida.³³

En el año 2016 se realizó un estudio en Francisco Morazán y Olancho para analizar la relación entre la prevalencia de trastornos mentales y enfermedades médicas crónicas no transmisibles en adultos, donde se encontró que, en Francisco Morazán, la prevalencia de probables trastornos mentales en la población con enfermedades médicas crónicas fue de 42.7%, siendo los de mayor prevalencia: la depresión con 38.6%, la ansiedad 29.2% y el estrés postraumático con un 11.7%.³³ De igual manera se encontró que un 55.7% de las personas mayores de 18 años de Olancho presentan sintomatología de probable existencia de un trastorno mental siendo los de mayor prevalencia: drogas con un 31.1%, depresión 30.7%, y ansiedad con un 26%. En ambos departamentos las personas de 51 años en adelante presentaron los mayores porcentajes de padecer posibles trastornos mentales y enfermedades crónicas.³⁴

En Yoro, Choluteca y Cortés se realizó un estudio en el año 2016 para estudiar la prevalencia de los trastornos mentales en relación con experiencias traumáticas por violencia y resiliencia. Los resultados de dicho estudio indicaron que la prevalencia de sintomatología de trastornos mentales fue del 63% en Yoro, 62% en Choluteca y 74% en Cortés.³⁴ También se encontró en relación a las variables sociodemográficas, que las mujeres, población entre los 18 y 30 años de edad y el área urbana son las más vulnerables a ser afectadas por trastornos mentales, determinados por una serie de factores psicosociales, como realidad del país.³⁵

Las estrategias para resolver el problema en cuanto a la provisión de servicios de salud mental en Honduras han sido insuficientes, con muy pocas inversiones y acciones de promoción o prevención de salud mental y aunque existe un desconocimiento de esta temática, un prejuicio cultural y una resistencia para la búsqueda de ayuda con profesionales e instituciones de salud mental por temor a la estigmatización social, la ausencia de atención adecuada y oportuna forman parte esencial del problema.¹¹

Según el Reporte: Il Foro Internacional de Salud Mental de Honduras,¹¹ realizado por la organización Médicos Sin

Fronteras, la estructura del sistema público de salud en el primer nivel cuenta con 1,078 centros de salud, 6 hospitales nacionales y 16 hospitales regionales. De cara a la salud mental, se ha presupuestado el 1.75% para servicios de salud mental, y de este, el 88% es para los 3 hospitales psiquiátricos, y el 12% para el resto de los servicios de salud mental.¹¹

En el 2019, Honduras contaba exclusivamente con alrededor de 50 profesionales de psicología en el sector público, lo cual representa apenas 0.5 psicólogos por cada 100 mil habitantes. Además, los proveedores de atención de salud mental tampoco están totalmente capacitados para brindar una atención integral a víctimas de abuso y violencia.¹¹

La pandemia del Coronavirus 2019 (COVID-19) ha complicado aún más la situación general del país. Aproximadamente más del 30% de los hondureños han sufrido de trastornos psiquiátricos por la pandemia. Dicha pandemia ha provocado un aumento importante de personas con nuevas condiciones de salud mental y de consumo de sustancias, así como un empeoramiento o una agravación en las personas con condiciones preexistentes debido a nuevas necesidades.³⁵ Debido a los aislamientos sociales provocado por la cuarentena y el toque de queda, muchas personas necesitan apoyo en salud mental, para poder responder de manera adecuada a situación de estrés agudo y postraumático, ansiedad y en casos de depresión.¹¹

PREVENCIÓN

A nivel global se ha planteado que el tratamiento más adecuado para la depresión es aquel que combina el uso de fármacos antidepresivos con psicoterapia cognitivo conductual o interpersonal. Se ha encontrado evidencia de la existencia de intervenciones que promueven la salud mental y poseen un impacto en la prevención de la aparición de trastornos mentales.^{13,36} Existen diversas intervenciones psicológicas breves que han sido adaptadas con éxito para su empleo en muy diversas culturas y países y una ventaja de las mismas es que pueden ser reproducidas con efectividad por parte de personal que labora en el primer nivel de atención a la salud.³⁶

Las intervenciones para prevenir los problemas de salud mental están dirigidas a contrarrestar los factores de riesgo y reforzar los factores protectores a lo largo de la vida, con el fin de modificar esos procesos que contribuyen a la enfermedad mental. Mientras más influencia tengan los factores individuales sobre el desarrollo de los trastornos mentales y la salud mental, mayor será el efecto preventivo que se pueda esperar cuando se implementan exitosamente.^{13,36}

Algunas de las prácticas que ayudan a prevenir la depresión son: contar con redes sociales activas, mantener un vínculo activo con la familia, esta como sistema y red de apoyo social informal cumple con dos funciones básicas que son asegurar la supervivencia, el bienestar físico, la suficiencia de alimento y vestido y proporcionar los vínculos afectivos, no solo en la enfermedad, sino también en su rehabilitación.¹⁹ La actividad física tiene efectos favorables sobre la disminución del riesgo de padecer de depresión. Evitar el aislamiento social es un pilar fundamental para evitar el declive físico y mental.^{1,20}

En la actualidad, países como Estados Unidos, Canadá y Reino Unido basan sus esfuerzos en la creación de centros especializados, no solo en el tratamiento y prevención de estados de depresión y del suicidio, sino también en búsqueda de evidencia sobre como poder intervenir de una mejor manera sobre los factores desencadenantes tanto a nivel social como biológico. En otros países como Holanda, el abordaje de la persona se realiza de manera más integral, promoviendo adicionalmente espacios de desarrollo y reinserción dentro de la comunidad.^{37,38}

En España se utiliza la *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*, el cual ha permitido obtener diagnósticos tempranos y herramientas adecuadas que facilitan al tratante una mejor visión de resolución con una mejor calidad de atención al paciente.³⁸ En América Latina, países como Chile, Colombia, Argentina y México están implementando estándares y políticas de Estado para abordar los trastornos mentales mediante el empleo de programas que se enfocan en el reconocimiento temprano del estatus depresivo y el posterior trabajo bajo todas las esferas que engloban el desarrollo del individuo.^{37,38}

Un estudio realizado en Colombia utilizando un modelo de desarrollo del pensamiento crítico y el diálogo socrático, demostró ser efectivo en jóvenes universitarios, ya que disminuye significativamente los indicadores de depresión y ansiedad, los pensamientos negativos y la valoración de los acontecimientos vitales.³⁹

Actualmente en Honduras, frente a la situación de emergencia sanitaria por el COVID-19, los profesionales de la salud han sido obligados a buscar soluciones para facilitar intervenciones remotas de salud mental y apoyo psicosocial. Una de las mayores dificultades que se han presentado para la atención de los trastornos mentales actualmente ha sido adaptar a la población a una atención de salud mental de manera virtual y vía teléfono.¹¹

Debido al confinamiento y a las restricciones de movimiento de los pacientes con necesidades médicas específicas (tratamientos psiquiátricos, enfermedades anteriores o síntomas severos), con discapacidades y de personas mayores, se crearon equipos móviles de respuesta a emergencia y atención inmediata, conformados por médicos, psicólogos y trabajadores sociales.¹¹

CONCLUSIONES

En esta revisión bibliográfica se definió la depresión como una enfermedad de alto impacto en la salud pública, la cual ocasiona alta morbi-mortalidad en millones de habitantes a nivel global y repercute de manera negativa en la economía mundial. Existen varios factores de riesgo, incluida los sociales, biológicos y culturales, los cuales hacen que cada paciente presente riesgos y sintomatología diferentes según género, edad y raza.

Actualmente se estima que la depresión afecta a más de 450 millones de personas en todo el mundo y que una de cuatro personas sufrirá algún problema de este tipo a lo largo de su vida. Honduras cuenta con datos limitados sobre los trastornos mentales en la población, pero los estudios que se han realizado concuerdan con hallazgos encontrados en otros países latinoamericanos, donde se reportan que las mujeres, adultos jóvenes, personas que residen en áreas urbanas y expuestas a violencia son más propensas de padecer de un trastorno mental como depresión o ansiedad. Actualmente durante la pandemia por COVID-19 se estima que más del 30%¹¹ de la población hondureña sufre o ha sufrido de trastornos mentales, por lo cual se han implementado medidas de alivio como consultas virtuales o equipos móviles para pacientes que no pueden desplazarse a los centros asistenciales.

En los últimos 30 años la incidencia de trastornos depresivos o ansiosos se han duplicado, y según el GBD del 2017, ocasionan la más alta tasa de discapacidad laboral en el mundo. El diagnóstico y tratamiento oportuno y personalizado, mediante psicoterapia, grupos de apoyo y tratamiento farmacológico, son las maneras más efectivas y económicas para brindar mejores condiciones de vida a los pacientes que son afligidos por la depresión.

AGRADECIMIENTO

Le estoy sumamente agradecido a Dios por brindarme fortaleza y permitirme realizar este trabajo, a mi esposa por siempre apoyarme, a mi madre por guiarme en todo momento, y a todos mis amigos y seres queridos, que en algún momento de nuestras vidas hemos sufrido las consecuencias de la depresión, tanto en nosotros mismos como también en alguien cercano.

De igual manera le agradezco a la junta editorial de la Revista Médica Hondureña por su ardua labor y apoyo en la revisión de este trabajo.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. 2021 [Consultado 28 Febrero 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
2. American Psychiatric Association. Anxiety Disorders. In Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm05>
3. Morales Fuhrmann Cristian. La depresión: Un reto para toda la sociedad del que debemos hablar. Rev Cubana Salud Pública. 2017 Jun; 43(2):136-138.
4. Freud S. Duelo y melancolía, Obras Completas, Tomo XIV, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1917.
5. Keller M, Neale M, Kendler K. Association of Different Adverse Life Events with Distinct Patterns of Depressive Symptoms, Am J Psychiatry. 2007; 164(10):1521-29.
6. Ochoa Gómez C, Cruz Agudelo A, Moreno Carmona N. Depresión en la mujer: ¿expresión de la realidad actual? Revista Colombiana de Ciencias Sociales. 2015 Jun; 6(1), 113-135.
7. Camps Pons S, Castillo Garayoa J, Cifre I. Apego y psicopatología en adolescentes y jóvenes que han sufrido maltrato: implicaciones clínicas. Clínica y Salud. 2014 Mar; 25(1): 67-74.
8. Vallejo C, Osorno M, Mazadiego I. Estilos parentales y sintomatología depresiva en una muestra de adolescentes veracruzanos. Enseñanza e Investigación en Psicología. 2008;13(1):91-105.
9. Rios P, Londoño N. Percepción de Soledad en la Mujer. AGO.USB.

- Medellín, Colombia. 2012; 12(1):143-164.
10. Pérez Esparza Rodrigo. Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. *Rev. Fac. Med. México*. 2017 Oct; 60(5): 7-16.
 11. Médicos Sin Fronteras. Reporte: II Foro Internacional de Salud Mental de Honduras: Violencia y Pandemia: La importancia de la atención en Salud Mental y el Apoyo Psicosocial. Honduras. 2021.
 12. National Institute of Mental Health. Major Depression [Internet]. 2021. [Consultado 28 febrero 2021]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/major-depression.shtml>
 13. Berenzon S, Lara MA, Robles R, Medina-Mora ME. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Publica Mex* 2013;55:74-80.
 14. Prevalencia de depresión, ansiedad, consumo de alcohol y factores asociados en personas mayores de 18 años en las zonas de influencia atendidas por los médicos en servicio social. Unidad de Investigación Científica. Facultad de Ciencias Médicas. UNAH. Septiembre 2016.
 15. Rey J, Bella-Awusah T, Jing L. Depression in children and adolescents. In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2015.
 16. Kleinman A. Culture and depression. *New England Journal of Medicine*, 2004; 351:951-953.
 17. Krishnan V, Nestler EJ. Linking molecules to mood: new insight into the biology of depression. *American Journal of Psychiatry* 2010; 167:1305–1320.
 18. Karg K, Burmeister M, Shedden K, Sen S. The serotonin transporter promoter variant (5-HTTLPR), stress, and depression meta-analysis revisited: Evidence of genetic moderation. *Archives of General Psychiatry*. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.189
 19. Mufson L, Verdelli H, Clougherty KF, et al. How to use interpersonal psychotherapy for depressed adolescents (IPT-A). In Rey JM, Birmaher B (eds). *Treating Child and Adolescent Depression*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2009:114-127.
 20. Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. México: Secretaría de Salud; 2011.
 21. Organización Mundial de la Salud. La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%. [Internet]. 2016 [Consultado 17 Jul 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/13-04-2016-investing-in-treatment-for-depression-and-anxiety-leads-to-fourfold-return>.
 22. Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo en el adulto. México: Secretaría de Salud; 1 de diciembre de 2015.
 23. Depression and Bipolar Support Alliance. Depression Statistics [Internet]. 2019 [Consultado 28 Febrero 2021]. Disponible en: <https://www.dbsalliance.org/education/depression/statistics/>.
 24. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Findings from the Global Burden of Disease Study 2017. Seattle, WA: IHME, 2018.
 25. Torres de Galvis Y. Costos Asociados Con La Salud Mental. *Rev. Cienc. Salud*. Bogotá, Colombia. 2018; 16(2):182-187.
 26. Wagner F, et al. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental*. 2012; 35:3-11.
 27. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. 2007;37(9590):851-8.
 28. Infocop. Salud mental y absentismo laboral: un binomio por resolver Infocop [Internet]. 2009 [Consultado 28 Febrero 2021]. Disponible en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2244.
 29. World Bank Group and World Health Organization Mental. Health a Global Development Priority Making Mental Health a Global Development Priority [Internet]. 2016 [Consultado 28 Febrero 2021] Disponible en: <http://documents.worldbank.org/curated/en/270131468187759113/pdf/105052-WP-PUBLIC-wb-background-paper.pdf>.
 30. Brody D, Pratt L, Hughes J. Prevalence of depression among adults aged 20 and over: United States, 2013–2016. NCHS Data Brief, no 303. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2018.
 31. Kessler R, Berglund P, Demler O, et al. The Epidemiology of Major Depressive Disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*. 2003;289(23):3095–3105. doi:10.1001/jama.289.23.3095.
 32. Albert P. Why is depression more prevalent in women?. *J Psychiatry Neurosci*. 2015; 40(4):219-21.
 33. Girón W., López C., Canales N., et al. Depresión en estudiantes del Instituto Normal Centroamérica de Comayagua en el mes de julio de 2007. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*. UNAH. 2008; 5(2):14-21.
 34. González Y., Herrera I., Moncada G. Prevalencia de trastornos mentales en relación con la prevalencia de enfermedades médicas crónicas en mayores de 18 años, departamento de Francisco Morazán y Olancho, año 2016. *Revista Portal de la Ciencia*. Julio 2018;14:158– 74.
 35. Mejía D., Pérez I., Linares R., et al. Prevalencia de trastornos mentales en relación con violencia, resiliencia y estrategias de afrontamiento en Yoro, Choluteca y Cortés, junio, 2016. *Revista Portal de la Ciencia*. Julio 2018;14:139-157.
 36. Irarrazaval M., Prieto F., Armijo J. Prevención e intervenciones tempranas en salud mental: una perspectiva internacional. *Acta Bioethica*. 2016;22(1):37-50
 37. Vázquez F., Torres. Prevención del comienzo de la depresión. *Boletín de Psicología*. Marzo 2005; 83: 21-44.
 38. Salvador-Ato R., Villela-Estrada M., Galvez-Olortegui J. Estrategias de prevención y soporte en adolescentes con depresión y conducta suicida: una necesidad urgente. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2017;33(4).
 39. Londoño N., Jaramillo JC., Castaño MC., et al. Prevención de la depresión y la ansiedad en estudiantes universitarios. *Revista Psicología e Saúd*. 2015;7(1):47-55.

ABSTRACT. The prevalence of depression has increased in the recent decades due to the focus on detecting psychiatric illnesses. The purpose of conducting the bibliographic review was to define depression and to expose the impact it causes on public health at a global level. It will begin by defining depression, the main predisposing factors will be listed, the possible symptoms and signs that can be found in the different age groups will be exposed and the impact on the world economy will continue. Various articles found in the databases of the Virtual Health Library of Honduras (BVS), PubMed, ResearchGate, JAMA, EIServier, SciELO were used; Concomitantly, conference proceedings, technical reports, theses, norms and standards were used to define major depressive disorder, for the period 2000 - 2021. It is concluded that depression maintains a high prevalence globally, mainly affecting the population in situations of socioeconomic underdevelopment, with variable symptoms according to different risk factors, generating work disability and negatively impacting the world economy.

Keywords: Antidepressants, Depression, Depressive disorder, Public health.