

CONSIDERACIONES SOBRE LAS ENFERMEDADES AFECTIVAS EN CHILE.

Dr. Pedro Retamal C.

SUMMARY

Most probably, during previous decades, the so-called neuroses, especially those which had somatic symptoms, belonged to depressive disorders. Although there is not enough available data, it seems to be possible that the prevalence of depressive diseases in the general ambulatory consultations of the country, is about 25%. Regarding to bipolar disorders in the specialized health care, it has been admitted that in Chile they were underdiagnosed while Schizophrenia was overdiagnosed.

As a result of this, we should expect a relative increase on the prevalence of affective diseases, nowadays called disorders of the state of mind.

Key Words: *Affective diseases, Mental Health, Chile.*

I. INTRODUCCION.

En nuestro país una cifra aceptable para la prevalencia de la patología psiquiátrica corresponde al 19% del total de la población (28), aunque no más del 5% presentaría cuadros severos (5, 21); en tanto que las llamadas neurosis oscilarían entre 8 y 17,1% (7, 36, 20) de la población; sin embargo, aunque sabemos que muchas de la neurosis en realidad corresponden a cuadros afectivos (23), no conocemos la prevalencia de estos últimos.

Por otra parte, si bien el desarrollo del conjunto de la Medicina chilena se ha caracterizado por un creciente interés en la expansión progresiva de la atención, tratando de llegar a las poblaciones marginales y rurales (42), con niveles de complejidad creciente desde el nivel primario, el desarrollo de la psiquiatría no habría caminado en esa misma dirección (28, 34).

Esta situación se relaciona con la concentración de los escasos recursos materiales en los hospitales psiquiátricos, que en gran medida mantienen un modelo asilar, con importantes deficiencias técnicas; salvo in-

* Presentado en el Congreso Anual Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Viña del Mar, Octubre 1990.

** Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. División Oriente. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

ciativas puntuales (8, 18, 20) no existe atención psiquiátrica en el nivel primario y los servicios de psiquiatría de enlace son aún escasos y algunos de ellos con un incipiente desarrollo (7, 28), por lo menos hasta el año 1989.

Afortunadamente contamos con un buen número de especialistas en psiquiatría, puesto que se ha duplicado su cantidad en los últimos 15 años (34), de modo que las necesidades de profesionales para el año 2000, alrededor de 600 psiquiatras, son muy cercanas a la cantidad ya disponible en 1990, puesto que existen cerca de 500 médicos que ejercen la especialidad en el país (3, 34). Este gran incremento en el número de psiquiatras explica el desarrollo sostenido de la especialidad en sus aspectos académicos y científicos (27).

En relación a la actividad docente se ha visto que a nivel de pregrado en las Escuelas de Medicina de Chile, solamente el 5,4% de las horas docentes están destinados a temas humanísticos y psicosociales; y a nivel de la enseñanza de los ramos clínicos el 11,8% pertenece a Psiquiatría y Salud Pública (13). Sin embargo, existe cada vez mayor interés en revitalizar la naturaleza humanística del quehacer médico, evitando la fascinación por la tecnología (13, 41).

Como en muchas partes del mundo la docencia de pregrado de nuestro país se realiza según el modelo de la psiquiatría clásica, con una tendencia a enseñar los grandes cuadros psiquiátricos por la deformación propia del especialista, olvidando que la mayor parte de los problemas de consulta en medicina general están constituidos por 40% de síntomas leves y ocasionales en tanto que los síntomas moderados son el 15% y los graves aparecen en menos del 5% de la población, además de un 40% de personas asintomáticas (7,21).

En el caso de los cuadros depresivos ya está suficientemente reconocido que, al lado de las formas clásicamente descritas, existen otras que se caracterizan por sintomatología de predominio somático sobre lo psíquico. Como en otros lugares (15), las descripciones de la enfermedad depresiva han sido realizadas en base a los enfermos que acuden al especialista, es decir se trata de pacientes muy seleccionados, siendo los factores más importantes de dicha selección la gravedad de los síntomas, el predominio del sufrimiento psíquico sobre el somático, el riesgo de suicidio y la necesidad de hospitalización (29).

Puesto que en nuestro país no existen estudios recientes sobre prevalencia de patología según grupos de causas, y los más antiguos no diferenciaban los desórdenes afectivos, no podemos conocer nuestra realidad; pero basados en que los datos sobre prevalencia de consulta por desórdenes afectivos en el nivel primario en Chile (11, 32, 37) (que serían similares a los de otros lugares (19)) aceptamos que la prevalencia de esta patología en la población chilena es también semejante a la encontrada en otros países, de modo que si el 3% de

la población presenta cuadros depresivos, tendríamos a 390 mil personas afectadas en 1990 y si el 6% presenta o ha presentado en el curso de su vida trastornos afectivos, tendríamos alrededor de 780 mil personas afectadas (30, 32).

II. ESTUDIO DE LOS CUADROS AFECTIVOS EN CHILE.

Como hemos indicado no disponemos de datos recientes sobre la prevalencia de las diversas patologías psiquiátricas, pero sí existen cifras respecto de la prevalencia de consulta por patologías en los diferentes niveles de atención médica. A nivel del Hospital Psiquiátrico más importante del país, los cuadros psicóticos representan el 66,9% de las internaciones, en su mayor parte diagnosticadas como esquizofrenias, en cambio las llamadas neurosis y alteraciones de personalidad son apenas el 4,3%; sin embargo, en el consultorio externo de psiquiatría de un Hospital General la frecuencia de diagnóstico es inversa: las psicosis son el 9,5%, en su mayoría diferentes a la esquizofrenia, en cambio las neurosis y trastornos de personalidad son el 57,2% (6, 7).

En el consultorio externo de medicina general se estima que en alrededor del 30% de los pacientes participan factores calificados como funcionales o neuróticos (12, 25, 28, 34); y en un estudio al incluir los trastornos adoptivos del DSM III se encuentra un 55% de patología (37); las llamadas neurosis tienen una prevalencia variable entre las consultas: 11,9% (35), 19% (12), 33,4% (25); en todo caso los primeros trabajos sobre prevalencia de neurosis en la población general entregan cifras variables entre 8% y 17,1% (6, 20, 36).

1. Los estudios sobre Enfermedad Afectiva Bipolar.

En la década recién pasada se inicia la preocupación por el diagnóstico diferencial de la Enfermedad Maníaco Depresiva (26, 31); en las revisiones de los diagnósticos en los servicios de internación del Hospital Psiquiátrico de Santiago se observa un gran predominio del número de las esquizofrenias sobre los trastornos bipolares: en 1982 la relación es 22 a 1, en 1983 23 a 1; en 1986 era de 8 a 1 al momento de ingreso, pero al aplicar criterios de diagnóstico más estrictos la relación disminuye a 2,4: 1, siempre a favor de la esquizofrenia (31).

En otro centro psiquiátrico la relación entre esquizofrenia y enfermedades afectivas en una publicación del año 1988 es de 11,7: 1, pero al considerar la psicosis maníaco-depresiva la distancia entre ambas psicosis endógenas es aún mayor porque la proporción cambia a 29,7: 1 (38). Sin embargo, en el mismo servicio de internación, en un estudio aparecido en 1990, con un mayor número de pacientes en un periodo más

prolongado, la relación entre esquizofrenia y enfermedad afectiva es de solamente 2,7: 1 (39). Es difícil conciliar este resultado con el trabajo publicado en 1988 (38) porque en el período estudiado, años 1983, 1984 y 1985 la relación es mucho más elevada (11,7:1) que la cifra más alta encontrada en la publicación del año 1990 (39) y que es de sólo 6,5: 1 para el año 1981.

Lo importante de estas cifras es que demuestran que existe una tendencia creciente a disminuir el sobrediagnóstico de esquizofrenia respecto del subdiagnóstico de psicosis maniaco depresiva (31, 39), lo que repite lo ocurrido en Estados Unidos cuando en la década de los sesenta y setenta se diagnosticaban mucho más esquizofrenias que enfermedades afectivas (16, 24).

Sin embargo, en algunos trabajos los problemas que se encontraron en el diagnóstico de trastorno bipolar no sólo son confusiones con esquizofrenia sino con una amplia gama de cuadros psicopatológicos y con un porcentaje de error del 58% (22).

En concordancia con la mayor preocupación por el correcto diagnóstico de los trastornos afectivos, en especial los cuadros bipolares en el Hospital Psiquiátrico de Santiago se ha producido un progresivo incremento en el consumo de determinados fármacos a nivel de pacientes internados, a pesar que el número de camas y egresos tiende a la disminución en la década de los años ochenta. Es así que en los últimos seis años el consumo de amitriptilina se ha duplicado y el de carbonato de litio se eleva alrededor de 800%. En cambio, el uso de clorpromazina tiende a una discreta disminución, en tanto haloperidol sube en porcentaje inferior al 50% (2).

2. Los estudios sobre Depresión.

En Chile hasta la década recién pasada, a nivel de la medicina general desde el punto de vista nosológico predominaba la dicotomía entre neurosis y psicosis. Previamente a la introducción del DSM III a nivel de la psiquiatría existía cierta confusión respecto de las psicosis endógenas (31), en tanto que las neurosis eran separadas clásicamente en neurosis de angustia, depresiva, histérica, fóbica y obsesivo compulsiva; salvo posturas aisladas (4, 5, 23) no existía claridad respecto de la inclusión de los cuadros depresivos en el nuevo concepto de las enfermedades afectivas o en el más antiguo de las neurosis.

Esto explica los resultados de los estudios de prevalencia tanto en la población general (19, 36) como a nivel de consultorio externo (12, 35) que no precisaban los diagnósticos de neurosis. En las conclusiones de uno de los trabajos sobre morbilidad en un consultorio, en el año 1971 se decía que: "no siempre los factores emocionales son investigados directamente, por lo que suelen pasar inadvertidos, formulándose diagnós-

tico de carácter impreciso", y "la debilidad de los conocimientos del clínico en esta área, se evidencia, además, en el propio diagnóstico de neurosis, que se formula sin mayores precisiones. El diagnóstico de reacción depresiva, por ejemplo, aparece excepcionalmente, siendo en la experiencia clínica una situación relativamente frecuente y que esconde una variada sintomatología somática de diversos aparatos o sistemas" (12). En el año 1977 también en la consulta ambulatoria se estima que la alta frecuencia de neurosis, 11,9%: "podría explicarse por la inclusión en ella de diversos estados mórbidos insuficientemente estudiados que se catalogarían de neurosis" y que "debería ser motivo de preocupación por el volumen que representa" (35).

En un trabajo realizado en el consultorio de medicina general de un hospital comunal con datos del año 1974 y 1975 se encuentra que entre el 6,2% y 5,2% de morbilidad corresponde a las llamadas neurosis depresivas, en tanto que en las neurosis de angustia los porcentajes oscilan entre 23% y 14%. Pero en éstas siempre existía un componente depresivo, "además en los primeros meses de estudio resultó bastante difícil llegar a entender que había una gran tendencia a disfrazar los cuadros neuróticos con somatizaciones. En el caso de la neurosis de angustia predomina el síntoma cefalea y los que simulan enfermedad biliodigestiva. En las neurosis histéricas, el síntoma cefalea. En la neurosis depresiva destaca el lumbago y las artralgias". En resumen en ese trabajo (25) la sintomatología depresiva aparece entre el 19% y 29% del total de consultantes con un gran predominio de somatizaciones.

En 1990 en un estudio con pacientes de consultorio externo se encontró que el 31% de los casos presentó algún tipo de síntomas psicológicos y de éstos, el 26,7% correspondía a cuadros ansioso-depresivos, vale decir cerca del 8% del total de los pacientes (11). En otro trabajo publicado en 1990 también con pacientes de consultorio de medicina general se encontró que el 25% de los casos presentaban trastornos del ánimo de tipo depresión mayor y distimia, además de un 6% de pacientes con trastorno adaptativo con ánimo depresivo (37). Este porcentaje de consultas por depresión es similar al encontrado en otros trabajos nacionales (25), de manera que si en 1988 en el país se realizaron 10 millones de consultas de adultos (28, 34), más de 2 millones deberían corresponder a depresiones.

En publicaciones referidas al nivel Hospital General, se encontró que los pacientes internados en un Servicio de Medicina el 38% presentaban depresiones severas y en Cirugía el 17,1%; en el conjunto de los pacientes de ambos Servicios el 30% recibía psicofármacos, preferentemente benzodiazepinas (40); en otro Hospital General el 30% de los pacientes presentaban cuadros depresivos (7, 10). También se ha encontrado

una estrecha relación entre depresión y alcoholismo en los pacientes hospitalizados en los Servicios de Medicina de nuestro país (9, 10).

III. CONCLUSIONES

A pesar de la falta de desarrollo de la atención psiquiátrica estatal en los años previos, se ha producido un notable incremento del número de psiquiatras (34), con un incremento del 100% en los últimos 15 años, lo que se ha acompañado de una creciente actividad científica y de un aumento de las publicaciones de la especialidad (27).

También se ha constatado un notable interés por los temas psiquiátricos en la formación de postgrado tanto de los médicos generales como de los médicos internistas lo que contribuirá a disminuir las deficiencias en la enseñanza de la psiquiatría centrada principalmente en la patología de los pacientes internados en hospitales psiquiátricos (14). De esta manera los psiquiatras están tratando de realizar las modificaciones teóricas y clínicas que permitan que la patología mental sea comprensible para el resto de los médicos no psiquiatras. Pilar de esta nueva relación entre la Psiquiatría y el resto de la Medicina es el mejor conocimiento de los cuadros afectivos, en particular la depresión.

Si bien no disponemos de los suficientes estudios, existen sobradas razones para aceptar que el 3% de la población sufre de depresión (32), que el 25% de los pacientes que se atienden en los consultorios generales presentan síntomas y enfermedad depresiva (25, 37), y que alrededor del 20-30% de los pacientes internados en Hospitales Generales presentan depresiones severas (40). Además existe el pleno convencimiento que la mayor parte de los pacientes depresivos que consultan en el nivel primario de atención tienen una alta tendencia a somatizar sus síntomas depresivos, lo que puede contribuir al escaso número de depresiones que se diagnosticaban en la década de los años setenta (12, 35).

Por otra parte el mejor conocimiento de los trastornos afectivos también ha beneficiado a la especialidad psiquiátrica puesto que muchos de los cuadros calificados como neuróticos, en particular los diagnosticados como neurosis depresiva y neurosis de angustia (25) hoy día los clasificamos y tratamos como depresiones mayores (32, 33). De gran importancia ha sido el reconocimiento del subdiagnóstico de Psicosis Maníaco-Depresiva por el sobrediagnóstico de Esquizofrenia (31).

Podríamos decir que en Chile desde la década de los años ochenta se ha producido un notable énfasis en el estudio de los trastornos afectivos, poco después de una década que el interés observado en otros países (15, 17). A nivel de la medicina general la preocupa-

ción está centrada en las depresiones, en especial los cuadros enmascarados (29) y a nivel de la psiquiatría, además de las depresiones, el interés está centrado en los trastornos bipolares (31) y en el manejo de los pacientes refractarios a tratamiento con antidepresivos y sales de litio (30, 33).

IV. RESUMEN

Es muy probable que en los decenios anteriores las llamadas neurosis, en especial aquellas con síntomas somáticos correspondieran a trastornos depresivos. Si bien no existen suficientes datos es posible que la prevalencia de depresión en la consulta ambulatoria general del país se aproxime al 25%. Respecto de los trastornos bipolares en la atención especializada, se ha reconocido que en Chile han sido subdiagnosticados a expensas del sobrediagnóstico de esquizofrenia. Como consecuencia se podría esperar un incremento relativo de la prevalencia de las enfermedades afectivas, actualmente designadas como trastornos del estado de ánimo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1.- American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM III-R 1988. Masson. Barcelona.
- 2.- Archivos Servicio de Farmacia. Hospital Psiquiátrico de Santiago. 1990.
- 3.- Colegio Médico de Chile, Registro Médico Nacional. 1990.
- 4.- Dörr O., Enriquez G., Jara C. Del análisis clínico estadístico del Síndrome Depresivo a una comprensión del fenómeno de la depresividad en su contexto patogénico. Rev. Chil. Neuropsiquiat. 1971 10: 12-39.
- 5.- Dörr O. Dimensiones de la Depresión. Apuntes Médicos 1988. 27: 11-21.
- 6.- Florenzano R. Salud Mental del Adulto. Epidemiología Psiquiátrica. Rev. Méd. Chile 1980. 108: 649-655.
- 7.- Florenzano R. Salud Mental del Adulto. II. Atención psiquiátrica y programas de Salud Mental y Alcoholismo en el Área Hospitalaria Oriente de la Región Metropolitana. Rev. Méd. Chile 1980. 108: 743-748.
- 8.- Florenzano R., Feuerhake O. Atención psiquiátrica en programas de salud general. Bol. Of. Sanit. Panam. 1981. 90: 200-210.
- 9.- Florenzano R., Feuerhake O., Retamal P., et al. Carbonato de Litio en Alcohólicos Ambulatorios. Rev. Méd. Chile 1982. 110: 1071-1074.
- 10.- Florenzano R., Feuerhake O., Figueroa C., et al.

- Alcoholismo y Depresión. Estudio epidemiológico de relación. *Rev. Méd. Chile* 1979. 107: 799-806.
- 11.- Florenzano R., Acuña J., Fullerton C., et. al. Prevalencia de síntomas psicológicos en la práctica médica general: un estudio comparativo internacional. Congreso Anual Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Viña del Mar. Octubre 1990.
 - 12.- Goic A., Pereda A., Florenzano R. Características de la morbilidad en un consultorio externo de adultos. *Rev. Méd. Chile* 1971. 99: 782-790
 - 13.- Goic A., Florenzano R., Velasco C. Análisis de la formación humanística y psicosocial en el pregrado de la Carrera de Medicina. *Rev. Méd. Chile* 1985. 113: 453-462.
 - 14.- Goic A. La depresión en el consultorio de medicina interna. Curso Alteraciones del Animo. Depresión en Medicina Interna. Sociedad Médica de Santiago 1990. Santiago.
 - 15.- Kielholz P. The General Practitioner and his depressed patients. Hans Auber Publishers 1981. Bern.
 - 16.- Kiesling R. Underdiagnosis of Manic-Depressive Illness in a Hospital Unit. *Am. J. Psychiatry* 1981. 138: 672-673.
 - 17.- López-Ibor A.J.J. Los Equivalentes Depresivos. Paz Montalvo 1976. Madrid.
 - 18.- Marconi J. Asistencia psiquiátrica intracomunitaria en el área sur de Santiago. *Rev. Chil. Neuropsiquiat.* 1971. :3-12.
 - 19.- Mari J. Morbilidad psiquiátrica en centros de atención primaria. *Bolet. Of. Sanit. Panam.* 1988. 104: 171-181.
 - 20.- Minoletti A., Marconi J., Ijland S. Programa intercomunitario de neurosis. Un modelo tentativo de prevención secundaria en adultos. *Acta Psiquiat. Psicol. Amer. Lat.* 1972. 18: 15-21.
 - 21.- Medina Lois E. Las instituciones psiquiátricas desde la perspectiva de la salud pública. *Rev. Psiquiatría (Chile)* 1987. 4: 129-142.
 - 22.- Ojeda C., Silva H., Leiva F. Errores diagnósticos en la enfermedad afectiva bipolar. *Rev. Chil. Neuropsiquiat.* 1988. 26: 259-267.
 - 23.- Peña y Lillo S. La depresión en la práctica del médico internista. *Rev. Méd. Chile* 1987. 115: 967-969.
 - 24.- Pope H., Lipinski J. Diagnosis in Schizophrenia and Manic Depressive illness *Arch. Gen. Psychiatry* 1978. 35: 811-828.
 - 25.- Retamal P. Estudio de la Neurosis en la ciudad de Andacollo. *Cuad. Méd. Soc.* 1977. 18: 21-27.
 - 26.- Retamal P., Lora R. Psicosis Esquizoafectiva. Congreso Anual Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía 1982. Santiago.
 - 27.- Retamal P. Comentarios acerca de la investigación en psiquiatría clínica. *Rev. Méd. Chile* 1988. 116: 384-386.
 - 28.- Retamal P. Schürch F. La situación de la asistencia psiquiátrica y la salud mental en Chile. Congreso Anual Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Noviembre 1989. Santiago.
 - 29.- Retamal P. Depresión Enmascarada. *Medicina al Día* 1989. 7: 4-8.
 - 30.- Retamal P., Osorio Ch. Tratamiento de la Depresión. *Medicina al Día* 1989. 7: 29-33.
 - 31.- Retamal P., Cabrera J. El diagnóstico de esquizofrenia y psicosis maníaco depresiva en Chile. *Rev. Méd. Chile* 1989. 117: 336-338.
 - 32.- Retamal P. Nosología de los Cuadros Depresivos. Enfoque del médico clínico Simposio Psicofarmacología en la práctica médica. Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía 1990. Santiago.
 - 33.- Retamal P. Aproximación Farmacológica en las Depresiones. Curso Alteración del Animo. Depresión en Medicina Interna. Sociedad Médica de Santiago 1990 Santiago.
 - 34.- Retamal P. Las Necesidades de Psiquiatras en Chile. Proyección para el año 2000. Corporación de Promoción Universitaria. Octubre 1990. Santiago.
 - 35.- Rodríguez H., Campano S., Donoso L., et. al. Estructura de la morbilidad del adulto en un consultorio del área sur oriente de Santiago. *Rev. Méd. Chile* 1977. 105: 408-414.
 - 36.- Ruiz F., Montecinos G., Jaramillo M. Prevalencia de desórdenes mentales en Chiloé. *Acta Psiquiat. Psicol. Amer. Lat.* 1967. 13: 59-67.
 - 37.- Ruiz A., Silva H. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en un consultorio externo de medicina general. *Rev. Méd. Chile* 1990. 118: 339-345.
 - 38.- Sierralta F., González R., Acevedo X. Fármacos neurolépticos y discinesia tardía II. *Rev. Chil. Neuropsiquiat.* 1988. 26: 133-141.
 - 39.- Silva H., Jerez S., Rodríguez J. Relación entre el diagnóstico de esquizofrenia y enfermedad afectiva. *Rev. Psiquiatría Clínica* 1990. 27: 1-7.
 - 40.- Torres P., Tapia L., Rodríguez W., et. al. Prevalencia de síntomas depresivos en pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía del Hospital San Juan de Dios. *Rev. Psiquiatría (Chile)* 1988. 5: 57-70.
 - 41.- Valdivieso V. La relación del médico y sus pacientes en la medicina de nuestro tiempo: antecedentes y perspectivas. *Rev. Méd. Chile* 1990. 118: 686-691.

Dirección del Autor: Dr. Pedro Retamal C. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. División Ciencias Médicas Oriente. Facultad de Medicina Universidad de Chile. Hospital Salvador Av. J.M. Infante N° 551. Santiago Chile.