

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

CARRERA DE MEDICINA Y CIRUGÍA

*Tesis para optar por el grado académico de
Licenciatura en Medicina y Cirugía*

**EVOLUCIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE
LA CARGA DE LA ENFERMEDAD POR
DISTIMIA EN COSTA RICA,
CENTROAMERICA Y PANAMÁ
2000-2019**

Johanna Zamora Solano

Noviembre, 2023

TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA.....	4
AGRADECIMIENTO	5
RESUMEN.....	6
ABSTRACT	8
CAPITULO I PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN.....	8
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.1.1 Antecedentes del problema.....	9
1.1.2 Delimitación del problema	14
1.1.3 Justificación	14
1.2 PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN	15
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	16
1.3.1 Objetivo general.....	16
1.3.2 Objetivos específicos	16
1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES.....	16
1.4.1 Alcances de la investigación	16
1.4.2 Limitaciones de la investigación	17
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO.....	18
2.1 MARCO TEORICO-CONCEPTUAL.....	19
2.1. PREVALENCIA	19
2.1.1 Definición.....	19
2.2 INCIDENCIA	19
2.2.1 Definición.....	19
2.3 CARGA DE LA ENFERMEDAD	20
2.3.1 Esperanza de vida.....	21
2.3.2 Discapacidad	22
2.4 DISTIMIA O TRASTORNO DEPRESIVO PERSISTENTE (TDP)	22
2.4.1 Concepto de la Distimia.....	22
2.4.2 Concepto de distimia en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).....	27
2.4.3 Epidemiología de la distimia.....	28
2.4.4 Etiología.....	29
2.4.5 Fisiopatología.....	30
2.4.6 Comorbilidad	32
2.4.7 Diagnósticos diferenciales	32

2.4.8 Tratamiento	32
CAPITULO III MARCO METODOLÓGICO.....	36
3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN	37
3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO	37
3.3.1 Área de estudio.....	37
3.3.2 Población.....	37
3.3.3 Muestra	37
3.3.4 Criterios de inclusión y exclusión.....	38
3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	38
3.6 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	39
CAPITULO IV	41
PRESENTACION DE RESULTADOS	41
CAPITULO V DISCUSIÓN E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS	72
5.1 DISCUSION E INTERPRETACION O EXPLICION DE LOS RESULTADOS.....	73
CAPITULO VI.....	80
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	80
6.1 CONCLUSIONES.....	81
6.2 RECOMENDACIONES.....	84
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	85
GLOSARIO Y ABREVIATURAS	90
ANEXOS.....	91

DEDICATORIA

A Dios, porque es mi fuerza, a mi hija Alana porque es mi mayor inspiración y la más grande motivación que tengo en esta vida para nunca darme por vencida a pesar de las dificultades, a mi esposo Marlon porque siempre ha creído en mí y por ser un punto de referencia como profesional en salud y persona, a mi hermanita Marianela porque con su energía me ayuda a expandir mis horizontes y a mis suegros Giselle García y Marvin Solano por que ha sido un apoyo incondicional en todo mi proceso de formación.

AGRADECIMIENTO

Expreso mi gratitud hacia todos los docentes que, a lo largo de mi trayectoria académica, se han dedicado a compartir sus conocimientos y experiencia para mi formación óptima. También agradezco al personal administrativo de la Escuela de Medicina y Cirugía de la Universidad Hispanoamericana por su atención constante.

RESUMEN

Introducción: la finalidad de esta investigación es determinar la evolución y características de la Carga de la Enfermedad por Distimia en Costa Rica, Centroamérica y Panamá 2000 – 2019.

Objetivo: el fin de esta investigación es determinar y comparar, tanto, el patrón como las características evolutivas de la Incidencia, la Prevalencia y la Carga de la enfermedad por distimia en Costa Rica, Centroamérica y Panamá, según sexo y grupos etarios 2000-2019.

Métodos: se incluye a toda la población diagnosticada con Trastorno depresivo persistente (TDP) o distimia de Costa Rica, Centroamérica y Panamá que estuvieran registradas en la base de datos del *Institute for Health Metrics and Evaluation*.

Resultados: con respecto a la prevalencia, la incidencia y carga de la enfermedad distímica, son las mujeres las presentan los mayores valores para estos indicadores antes mencionados, así como que el grupo etario de 15 a 49 años (para mujeres y hombres) ha experimentado un incremento en la cantidad de casos totales, la cantidad de nuevos diagnósticos por año y la cantidad de años de vida saludable perdidos. **Conclusiones:** la tasa de prevalencia estandarizada que se observa en Costa Rica, Centroamérica y Panamá durante el periodo 2000 - 2019 demuestra que la Distimia afecto más a las mujeres que a los hombres, siendo el grupo etario los 15 a 49 años el más afectado para ambos sexos. Los casos nuevos de distimia diagnosticados por año aumentaron en Costa Rica, El Salvador y Honduras. Con la salvedad de que, las variaciones presentadas en la tasa de incidencia estandarizada fueron mínimas para los países en estudio, oscilando entre 145,5 y 147 casos por cada 100,000 habitantes. En términos de la cantidad de años de vida saludable perdidos (AVAD), se observa en general una tendencia leve al aumento a lo largo de los años en la mayoría de los países en estudio. **Palabras clave:** trastorno distímico, prevalencia,

incidencia y AVAD.

ABSTRACT

Introduction: the purpose of this research is to determine the evolution and characteristics of the Burden of Dysthymia Disease in Costa Rica, Central America, and Panama 2000 – 2019.

Objective: the purpose of this research is to determine and compare both the pattern and the evolutionary characteristics of the Incidence, Prevalence and Burden of dysthymia disease in Costa Rica, Central America, and Panama, according to sex and age groups 2000-2019.

Methods: the entire population diagnosed with Persistent Depressive Disorder (PDD) or dysthymia from Costa Rica, Central America and Panama that were registered in the Institute for Health Metrics and Evaluation database is included. **Results:** with respect to the prevalence, incidence and burden of dysthymic disease, women have the highest values for these aforementioned indicators, as well as the age group of 15 to 49 years (for women and men) has experienced an increase in the number of total cases, the number of new diagnoses per year, and the number of years of healthy life lost. **Conclusions:** regarding the standardized prevalence rate, it is observed that in Costa Rica, Central America, and Panama during the period 2000 - 2019, Dysthymia affected women more than men, with the age group 15 to 49 years being the most affected. for both sexes. New cases of dysthymia diagnosed per year increased in Costa Rica, El Salvador, and Honduras. With the exception that the variations presented in the standardized incidence rate were minimal for the countries under study, ranging between 145.5 and 147 cases per 100,000 inhabitants. In terms of the number of years of healthy life lost (DALYs), a slight increasing trend is generally observed over the years in most of the countries studied. **Keywords:** dysthymic disorder, prevalente, incidence and DALY.

CAPITULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 Antecedentes del problema

La Organización Mundial (OMS) de la Salud funge como autora del primer estudio sobre “Carga mundial de la enfermedad” publicado en 1993. A partir de ese momento determinar la carga de la enfermedad y los factores de riesgo asociados se volvió un trabajo sostenido por la colaboración de múltiples instituciones, entre ellas el Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y el Instituto de Evaluación y Medición de Salud (IHME) (Pan American Health Organization, 2018).

Uno de los estudios más relevantes en cuanto a la carga de la enfermedad de los trastornos del ánimo y los respectivos subtipos es la investigación titulada “Carga global, regional y nacional de 12 trastornos mentales en 204 países y territorios, 1990–2019” publicado en la revista “THE LANCET”. Este estudio sostiene lo siguiente: “ la pérdida de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) atribuido a los trastornos mentales aumento del 3.1% al 4.9 % entre 1990 y el 2019, destacando que los trastornos depresivos representaron la mayor proporción de AVAD de trastornos mentales en el 2019, alcanzado el 37.3% (The Lancet 2022, p.137).

La relevancia de los trastornos depresivos en la salud pública fue resaltada en el Estudio de Carga Global de Enfermedades (GBD) de 1990, el cual procedió a cuantificar dicha carga en unidades de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). En el año 1990, los trastornos depresivos ocuparon el cuarto lugar como causa principal de carga, mientras que en la revisión de 2000 ascendieron al tercer puesto en términos de carga y se erigieron como la principal causa de discapacidad (Charlson et al., 2013)

Charlson et al., (2013) puntualmente concluyen en una revisión sistemática donde se analizó 38 estudios con 147 puntos de datos de 30 países en 13 regiones del mundo. Que, la prevalencia de la distimia aumenta en las edades tempranas, alcanzando su punto máximo alrededor de los 50 años, siendo más alta en mujeres que en hombres. A nivel global, la prevalencia agrupada se mantuvo constante en 1,55% (IC 95%: 1,50-1,60), y las estimaciones regionales mostraron poca variación.

La revisión de la carga global de esta enfermedad fue retomada en julio de 2023, el GBD 2019 planteo como urgente volver a analizar los datos para describir y comparar las variaciones en relación con carga de la enfermedad distímica (Peng et al., 2023)

Peng et al., (2023)

En este documento, se caracteriza la incidencia, prevalencia, tasas de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) y la variación porcentual de los casos de mortalidad por distimia en 204 países y territorios durante el período de 1990 a 2019. Utilizaron datos provenientes del Estudio GBD 2019, con lo que determinan:

Peng et al., (2023)

Identificamos 15,37 millones de casos incidentes de distimia en 2019, cuya tasa de incidencia aumentó un 21,93 % de 1990 a 2019. La tasa de incidencia estandarizada por edad (ASIR) fue de 191 por 100.000 personas, que aumentó un 4,06 % entre 1990 y 2019 a nivel mundial. Reconocieron 100,49 millones de casos prevalentes de distimia en 2019, que aumentaron precipitadamente un 23,51 % con respecto a 1990, y la tasa de prevalencia estandarizada por edad (ASPR) fue de 1,23 mil. Los AVAD correlacionados con la distimia fueron de 9,66 millones, con una TSA de 118,16 por 100.000 personas,

que aumentó un 2,58 % de 1990 a 2019. Los cambios porcentuales anuales estimados (EAPC) de las tasas de ASIR, ASPR y AVAD fueron 0,08 0,08 y 0,09 respectivamente. Asociado a lo anterior, el Global Health Metrics (2019) encontró que la distimia provocó 9,66 millones de AVAD globales en 2019, lo que equivale al 0,4% de AVAD. Además, el trastorno distímico contribuyó al 7,7% de los AVAD para el conjunto de trastornos mentales.

La base de datos GBD almacena una gran cantidad de datos con el propósito de brindar un conocimiento exhaustivo sobre la prevalencia e incidencia de la depresión a nivel global, estos dividen la depresión en dos categorías principales: distimia y trastorno depresivo mayor. De acuerdo con el análisis de los datos del GBD, se observa un aumento en el número de nuevos casos de distimia en todo el mundo, que pasó de 10 millones en 1990 a 16 millones en 2017, lo que representa un incremento del 58,98% (Liu et al., 2020).

El estudio "Cambios en la carga global de depresión de 1990 a 2017: hallazgos del estudio Global Burden of Disease" (Liu et al., 2020) empleó un enfoque multidimensional para describir la prevalencia de la depresión y la Distimia. La tasa de ajuste estandarizada (ASR) de la distimia mostró variaciones significativas entre los 195 países y regiones en 2017, siendo más alta en Estados Unidos (0,26 por 1000), seguida de Canadá (0,25 por 1000) y Groenlandia (0,25 por 1000), mientras que fue más baja en Colombia (0,13 por 1.000), seguida de Rumania (0,15 por 1.000) y Panamá (0,15 por 1.000).

En el año 2019, la revista "Medicine - Programa de Formación Medica Continuada Actualizado" publicó información que señala que la Distimia es un trastorno ampliamente encontrado en la práctica clínica diaria, con una prevalencia estimada entre 3% y el 6% a lo largo de la vida. Además, en los Estados Unidos, se ha estimado que la prevalencia anual de

Distimia es del 0,5% y para el Trastorno de depresión mayor crónico (TDMC) es de 1,5%, presentándose en ambos casos con mayor frecuencia en el sexo femenino (Vives et al., 2019).

En una tesis doctoral (Carles, 2019) explica, que la Distimia es una condición compleja debido a su diversidad y su tendencia a coexistir con otros trastornos, con una prevalencia que oscila entre 3% y el 5% en la población en general y entre el 20% y el 36% en la población que presenta problemas de salud mental. Las investigaciones epidemiológicas indican que la Distimia afecta más a las mujeres que a los hombres, con una proporción de 9 mujeres por cada hombre que sufre depresión. Los estudios actuales analizan tanto la Distimia como el Trastorno Depresivo Mayor (TDM) en las muestras, ya que no se observan diferencias importantes en las variables demográficas entre estos dos trastornos.

En una revisión sistémica y un metaanálisis (Shorey et al., 2022), destaca la falta de estudios que reúnan y comparen la prevalencia de la depresión en los adolescentes a nivel mundial. Como respuesta a esta carencia, emprende un proyecto con el propósito de investigar la presencia del Trastorno depresivo mayor, Distimia y Síntomas depresivos elevados en esta población. Los resultados revelan que la prevalencia puntual de la distimia se sitúa en un 4%, mientras que la prevalencia combinada a lo largo de un año alcanza el 8% respectivamente.

Los resultados epidemiológicos de Ranga (2022) estima, que la prevalencia del trastorno depresivo unipolar concomitantemente al trastorno depresivo persistente (PDD) o Distimia en países desarrollados como (Estados Unidos de América y Europa) alcanza cifras de hasta 18%, mientras que para países de bajos recursos (Brasil, México y República Popular de China) la prevalencia es del 9%. Además, según algunos estudios a largo plazo basados en 5-10 años de seguimiento, la tasa de suicidio e intento de suicidio oscila entre el 19% entre paciente con Distimia (Ventriglio et al., 2020).

Un estudio en Alemania sobre el PDD a lo largo de la vida adulta busco entender las diferencias entre el CMDD y el PDD. Descubrieron que duración del episodio depresivo es la característica que más negativamente tanto el desarrollo económico de la persona como su calidad de vida. Además, aclaran que más del 30% de los casos de depresión son de curso crónico, y los individuos con PDD que lo experimentan antes de los 21 años de edad enfrentan peores resultados en la salud física y mental, tiene mayor necesidad de atención medica ambulatoria y menores tasa de empleo (Schramm et al., 2020)

El estudio titulado “Prevalence and correlates of DSM-5 major depressive and related disorders in the community” fue realizado en una población urbana de 3720 pacientes donde concluyo que la asociación del PDD con (TDMC) y el síndrome distímico puro, conlleva a tasas más altas de intentos de suicidio y a puntuaciones GAF más bajas que en los otros trastornos del ánimo (Vandeleur et al., 2017a).

Además, según (Hung et al., 2019), en el caso de las personas con Distimia se observa una alta incidencia de comorbilidad con trastorno de ansiedad. Además, el TDP con TDMC evolucionan a mayor gravedad en términos de remisión incompleta durante la edad productiva, con una prevalencia del 15.2%. Por otra parte, la evidencia ha demostrado que los trastornos depresivo; principalmente los de curso crónico, aumenta tanto, la morbilidad como la mortalidad de otras enfermedades crónicas (Patel & Rose, 2023).

En relación con el sexo, la prevalencia del PDD es dos veces mayor en el sexo femenino que en el masculino, esta es una relación que generalmente aplica tanto a nivel global como para los Estado Unidos (EE.UU).

La publicación semestral “Población y Salud en Mesoamérica” realizada por Sequeira et al (2022) y colaboradores, se destaca que en Costa Rica no se han realizado estudios a nivel

poblacional para determinar la incidencia de la distimia y la depresión. Aunque El Ministerio de Salud Pública de Costa Rica (MSP) mantiene un registro de casos de enfermedades de notificación obligatoria debido a su importancia para salud pública (Ministerio de Salud, 2023), las limitaciones metodológicas impiden obtener una estimación precisa de la prevalencia de los trastornos depresivos. No obstante, este registro evidencia un aumento en la tendencia de la depresión en los últimos años.

1.1.2 Delimitación del problema

El fin de esta investigación es determinar el patrón y las características evolutivas de la Incidencia, la Prevalencia y la Carga de la enfermedad por distimia en Costa Rica, Centroamérica y Panamá, según sexo y grupos etarios 2000-2019.

1.1.3 Justificación

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la salud como un estado completo de bienestar físico, psíquico y social y no solamente como la ausencia de enfermedad. Actualmente, dicha organización estima que un 5% de la población mundial padece de depresión, además, afirma; que este trastorno la segunda causa de discapacidad del mundo, además, de una importante la carga de la morbilidad (Organización Mundial de la Salud, 2023)

Los datos previamente mencionados indican que la salud mental se ha convertido en un importante problema de salud pública. Esta situación afecta tanto a los países desarrollados como aquellos que están en vías de desarrollo. Por tanto, esto implica que las instituciones de salud pública y privada deben destinar mayor cantidad de recursos

económico y humano, con el objetivo de crear estrategias dirigidas a controlar, prevenir e idealmente reducir al mínimo posible la tendencia al alza de los Trastornos del estado del ánimo tales como el Trastorno depresivo persistente (PDD) o distimia y la depresión.

Las investigaciones más recientes describen la indiscutible asociación de los trastornos depresivos con la enfermedad cardiovascular, la diabetes, los accidentes cerebrovasculares, el dolor y el Alzheimer. Destacan, además, las altas tasas de desempleo, la mayor recurrencia a los servicios de consulta externa y emergencias y de una significativa disfuncionalidad psicosocial.

La Distimia o TDP se introduce como una novedosa clasificación dentro de los Trastornos del Estado del Ánimo en el DSM-5. Este trastorno se distingue por su notable diversidad, lo que complica la detección por partes de los profesionales médicos que no son especialistas en psiquiatría. Por tanto, resulta fundamental que los médicos generales que trabajan en los centros de atención primaria reciban una formación especializada que los dotes de las necesarias para reconocer a estos pacientes y tratarlos de manera temprana, con el objetivo de minimizar al máximo la carga de esta enfermedad.

1.2 PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN

La pregunta a continuación surge en consecuencia de la presente investigación ¿Cómo es la evolución y las características de la Carga de la Enfermedad por Distimia en Costa Rica, Centroamérica y Panamá 2000 – 2019?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo general

- Determinar la evolución y características de la Carga de la Enfermedad por Distimia en Costa Rica, Centroamérica y Panamá 2000 – 2019.

1.3.2 Objetivos específicos

- Describir la prevalencia de la Enfermedad distímica en Costa Rica, Centroamérica y Panamá según el sexo y el grupo etarios 2000-2019
- Conocer la incidencia de la Distimia en Costa Rica, Centroamérica y Panamá según el sexo y grupos etarios 2000-2019.
- Determinar los años de vida ajustados por la discapacidad atribuida a la distimia según sexo y grupo etario en Costa Rica, Centroamérica y Panamá 2000-2019.

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES

1.4.1 Alcances de la investigación

Aunque la investigación en su conjunto logra determinar la prevalencia, incidencia y los años de vida ajustados a la discapacidad atribuidos al Trastorno distímico en Costa Rica, Centroamérica y Panamá 2000 – 2019. El estudio por sexo y grupo etario determino que no se registra mortalidad asociada a esta enfermedad para ninguno de los países investigados.

1.4.2 Limitaciones de la investigación

Carencia de estudios poblacionales que permitan el registro, control y comparación del patrón evolutivo del trastorno distímico de los países estudiados durante el periodo determinado. En términos generales, fue muy limitada en la literatura que abordó de manera exhaustiva el comportamiento de la carga de la enfermedad distímica.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1 MARCO TEORICO-CONCEPTUAL

2.1. PREVALENCIA

2.1.1 Definición

La prevalencia se define como una proporción ($P = A/A+B$), y aunque a veces se le llama tasa de prevalencia, en realidad no lo es porque no toma en cuenta el factor tiempo, por lo cual también se le conoce como pseudotasa (Fajardo, 2017).

Ramírez et al (2020)

Los estudios de prevalencia son los de corte transversal que cuantifican la proporción de individuos en una población, que presentan la enfermedad o condición en un momento específico. Es una medida de ocurrencia que señala o determina la existencia de casos de enfermedad o de determinada característica o evento en una población (p. 27)

2.2 INCIDENCIA

2.2.1 Definición

Según la revista de ciencias de la salud Qhalikay, afirma:

Ramírez et al. (2020)

El término incidencia significa in sensu stricto. Los estudios de incidencia son los que cuantifican la ocurrencia de casos nuevos que se producen de una determinada enfermedad, problema de salud o característica en cierto periodo de tiempo y para una población específica en riesgo. La incidencia suele expresarse como el resultado de la Ecuación 1, por 100; 1 000; 10 000 o 100 000 personas (p.27).

2.3 CARGA DE LA ENFERMEDAD

La carga de la enfermedad se puede definir esencialmente como el parámetro que permite medir y comparar el impacto que tienen las enfermedades, lesiones y factores de riesgo en una población en términos de mortalidad y discapacidad. Los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) se considera como el principal indicador para determinar la carga de la enfermedad al proporcionar resultados cuantitativos y procesables de las enfermedades, aportado información fundamental para la toma de decisiones en el ámbito de la salud y los procesos de planificación (Mathers, 2020).

Según el estudio “Carga Global de la Morbilidad del año 2019” (The Institute for Health Metrics and Evaluation, 2021) el AVAD es una medida compuesta que suma los siguientes indicadores: años de vida perdidos por muerte prematura (AVP) y años (vida saludable equivalente) que a perdidos por discapacidad (AVD).

El AVAD permite calcular cuantos son los años perdidos de vida saludable por vivir en un estado de salud no óptimo (González Anaya, 2015). Entendiendo esto de manera que las enfermedades mortales, no mortales, pero discapacitantes y la discapacidad pueden estimarse con este indicador, aún más, los resultados del AVAD permite medir cuantos años de vida saludable pierde una población debido a la enfermedad.

Los Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura (AVP) poseen la cualidad medir el tiempo que las personas pierden cuando fallecen prematuramente debido a una enfermedad o lesión (MC KEE SEAN et al., 2019). Este dato se obtiene “multiplicando las muertes por una causa

especifica por los años de vida que quedarán al momento de la muerte según una esperanza de vida normativa”(The Institute for Health Metrics and Evaluation, 2021).

Los años de vida saludable perdidos por discapacidad (AVD) conceptualmente este indicador permite medir y comprender el impacto de la discapacidad a causa de un trauma o enfermedad en una población. Este cálculo se realiza multiplicando el número de casos de la enfermedad por la duración y la gravedad de la discapacidad (The Institute for Health Metrics and Evaluation, 2021).

La carga de la enfermedad es una medida fundamental para la epidemiología y la salud pública ya que permite conocer el impacto global de las enfermedades y lesiones en una población. Su utilidad radica en proporcionar una visión integral de la salud de una comunidad al considerar tanto la mortalidad prematura como la discapacidad (MC KEE SEAN et al., 2019).

Los resultados de la carga de la enfermedad son esenciales para priorizar estrategias de prevención y control, así como para asignar recursos de manera eficiente, por otra parte, permite evaluar el impacto de las políticas de salud implantadas y monitorear las tendencias a lo largo del tiempo, esto ayuda a mejorar la calidad de vida de la población y a reducir la carga de la enfermedad en la sociedad (González Anaya, 2015)

2.3.1 Esperanza de vida

La esperanza de vida al nacer, también conocida como vida promedio, denota la cantidad promedio de años que una persona esperaría vivir en una ubicación específica. También, puede comprenderse como el promedio de años que viviría un individuo recién nacido si estuviera expuesto durante toda su vida a las tasas de mortalidad indicadas en una tabla de vida (Instituto Nacional de Estadística y Censo, 2023)

2.3.2 Discapacidad

De acuerdo con la clasificación internacional de funcionamiento de la Organización Mundial de la Salud, el término “discapacidad” es un concepto abarcador que aborda la interacción adversa entre la salud de una persona y sus circunstancias personales y ambientales. La discapacidad puede variar en duración y gravedad, siendo, temporal, episódica, crónica o progresiva lo que se traduce en limitaciones funcionales desde leves hasta una dependencia completa de los individuos (O’Young et al., 2019).

2.4 DISTIMIA O TRASTORNO DEPRESIVO PERSISTENTE (TDP)

2.4.1 Concepto de la Distimia

El concepto de distimia, que combina las raíces “dis”- (significa “enfermo”) y thymia (refiriéndose a “emociones”), La palabra "distimia" tiene raíces griegas y fue introducida en psiquiatría alrededor de 1844 por CF Fleming.

La evolución histórica del trastorno distímico, según las clasificaciones del DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) de la American Psychiatric Association, revela una serie de cambios significativos en la conceptualización y diagnóstico de este trastorno a lo largo de las diferentes ediciones.

Patel & Rose (2023) menciona que en versiones anteriores del DSM se consideraba a la distimia como un estado de personalidad deprimida, pero ahora se sugiere que sea visto como un estado de enfermedad en lugar de un trastorno de la personalidad permanente. Esta evolución en la clasificación se observa en la historia del diagnóstico, pasando de ser considerada un trastorno de personalidad en el DSM-II a una depresión crónica leve que dura más de 2 años en el DSM-

III.

El DSM-III, publicado en 1980, marcó un hito al introducir el término "distimia" como un trastorno depresivo crónico de menor intensidad, con síntomas más leves pero persistentes en comparación con la depresión mayor. La revisión posterior, el DSM-III-R (Revisado), en 1987, refinó las características diagnósticas (Carles, 2019)

El DSM-IV (1994) consolidó la conceptualización de la distimia, definiéndola como un trastorno depresivo crónico que persiste durante al menos dos años en adultos y un año en niños y adolescentes. Introdujo el concepto de "trastorno distímico de inicio temprano" para abordar la distimia que comienza en la infancia. La revisión DSM-IV-TR (Texto Revisado) en 2000 proporcionó aclaraciones adicionales (Pichot et al., s. f.).

Krzystanek et al.,(2023) menciona que frecuentemente, la distimia coincide con la depresión mayor, formando lo que se denomina como "depresión doble". May et al., (2020) anota que, la doble depresión es la coexistencia del trastorno depresivo mayor del DSM-IV y la distimia, es un fenómeno poco conocido y escasamente estudiado. Sin embargo, es prevalente en muestras clínicas de pacientes con depresión.

Con la publicación del DSM-5 en 2013, se produjo una transformación significativa. Donde se refiere al término "distimia" como el trastorno depresivo persistente (TDP) el propósito fue distinguir entre las depresiones crónicas y las episódicas. Este cambio reflejó la comprensión de que la distinción entre la distimia y la depresión mayor crónica era a menudo difusa. Este trastorno forma parte de una categoría más extensa que engloba varios trastornos depresivos, y la duración, en lugar de la gravedad, se ha seleccionado como un criterio de discriminación en comparación con el trastorno depresivo mayor (TDM) (Vandeleur et al., 2017a).

El DSM-5 también permitió la especificación de la gravedad y la presencia de características atípicas. Durante los dos años previos, se han identificado cuatro categorías distintas del trastorno depresivo mayor persistente basadas en el curso temporal, incluyendo aquellas con síndrome distímico puro, con episodio de depresión mayor persistente, con episodios intermitentes de depresión mayor con episodio actual, y con episodios intermitentes de depresión mayor sin episodio actual. Asimismo, el TDP puede ser clasificado en categorías de leve, moderado y severo (American Psychiatric Association, 2014)

Tabla 1. Trastorno depresivo persistente en el DSM – V

DSM-V: Trastorno Depresivo Persistente 300.4 (F34.1)	
En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV.	
A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de 2 años.	A. Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.
B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poco apetito o sobrealimentación. ▪ Insomnio o hipersomnía. ▪ Poca energía o fatiga. ▪ Baja autoestima. ▪ Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones. ▪ Sentimientos de desesperanza.
C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.	

D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: Como los criterios para un episodio de depresión mayor incluyen cuatro síntomas que no están en la lista de síntomas del trastorno depresivo persistente (distimia), un número muy limitado de individuos tendrán síntomas depresivos que han persistido durante más de dos años pero no cumplirán los criterios para el trastorno depresivo persistente. Si en algún momento durante el episodio actual de la enfermedad se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor, se hará un diagnóstico de trastorno de depresión mayor. De no ser así, está justificado un diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado o de un trastorno depresivo no especificado.

Especificar si:

- Con ansiedad
- Con características mixtas
- Con características melancólicas
- Con características atípicas
- Con características psicóticas congruentes con el estado de animo
- Con características psicóticas no congruentes con el estado de animo
- Con inicio en el periparto

Especificar si:

- Esta en remisión parcial o en remisión total.
- Inicio temprano: si el inicio es antes de los 21 años
- Inicio tardío: si el inicio es a partir de los 21 años

Fuente: elaboración propia con datos del (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) de la American Psychiatric Association.

Tabla 1. Trastorno depresivo persistente en el DSM – V (continuación)

<p>Especificar si (durante la mayor parte de los dos años más recientes del trastorno depresivo persistente):</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Con síndrome distímico puro:▪ No se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor al menos en los dos años anteriores.▪ Con episodio de depresión mayor persistente:▪ Se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor durante los dos años anteriores.▪ Con episodios intermitentes de depresión mayor, con episodio actual:▪ Actualmente se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor, pero ha habido periodos de al menos 8 semanas en por lo menos los dos años anteriores con síntomas por debajo del umbral para episodio de depresión mayor completo.▪ Con episodio intermitentes de depresión mayor, sin episodio actual:▪ Actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor, pero ha habido uno o más episodios de depresión mayor al menos en los dos años anteriores.
<p>Especificar la gravedad actual: leve, moderado o grave.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Leve: Poco o ningún síntoma más que los necesarios para cumplir los criterios diagnósticos, la intensidad de los síntomas causa malestar, pero es manejable y los síntomas producen poco deterioro en el funcionamiento social o laboral.▪ Moderado: El número de síntomas, la intensidad de los síntomas y/o el deterioro funcional están entre los especificados para “leve” y “grave”.▪ Grave: El número de síntomas supera notablemente a los necesarios para hacer el diagnóstico, la intensidad de los síntomas causa gran malestar y no es manejable, y los síntomas interfieren notablemente en el funcionamiento social y labora

Fuente: elaboración propia con datos del (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) de la American Psychiatric Association.

2.4.2 Concepto de distimia en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)

En la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9) de 1978, emitida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la distimia se clasifica bajo la denominación de "neurosis depresiva". En esta categoría, se reconoce que las neurosis depresivas pueden presentar coexistencias de episodios depresivos leves, de manera similar a lo descrito en el DSM-II. Por otro lado, la CIE-10, también desarrollada por la OMS 1993, sitúa la distimia dentro de los trastornos del humor (afectivos) persistentes. Se define la distimia como una forma crónica de depresión del estado de ánimo que no se ajusta a la descripción ni a los criterios para el diagnóstico de trastorno afectivo persistente, aunque en el periodo anterior podría haberse experimentado un episodio depresivo mayor (Carles, 2019).

Tabla 2 *Conceptos diagnóstico de distimia en la CIE-10*

CIE-10 Conceptos diagnóstico de la distimia F34.1
<p>Depresión prolongada de estado de ánimo que nunca, o muy rara vez, es lo suficientemente intensa como para satisfacer las pautas para trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve o moderado (F33.0, F33.1). Suele comenzar al iniciarse la edad adulta y evoluciona a lo largo de varios años, o bien es de duración indefinida. Cuando el comienzo es más tardío, suele ser la consecuencia de un episodio depresivo aislado (F32.0) o asociarse a pérdidas de seres queridos u otros factores estresantes manifiestos.</p>
<p>Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Depresión ansiosa persistente.▪ Neurosis depresiva.▪ Trastorno de personalidad depresiva.▪ Depresión neurótica (de más de dos años de duración)

Excluye:

- Depresión ansiosa leve o no persistente (F41.2).
 - Reacción de duelo de menos de dos años de duración (F43.21, reacción depresiva prolongada).
 - Esquizofrenia residual (F20.5).
-

Fuente: elaboración propia con datos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

2.4.3 Epidemiología de la distimia

A nivel mundial, se estima que alrededor del 12% de la población sufre de depresión, incluyendo el trastorno depresivo persistente o distimia. En los Estados Unidos, la prevalencia es ligeramente mayor, con aproximadamente el 17% de trastorno depresivo mayor y el 3% de trastorno depresivo persistente (Patel & Rose, 2023)

La prevalencia a lo largo de la vida de la distimia varía entre el 2,1% y el 6,4%. Sin embargo, la prevalencia de la distimia muestra amplias fluctuaciones en diferentes entornos, oscilando entre el 3,7% y el 20,6% en entornos de atención primaria y de 3,1% a 6,4% según un estudio epidemiológico en los Estados Unidos. Se ha observado una proporción de género de 2:1 (mujer/hombre) en todo el mundo, y estudios a largo plazo indican que la tasa de suicidio e intentos de suicidio se sitúa en alrededor del 19% entre pacientes con distimia (Ventriglio et al., 2020)

Esta diferencia de género puede deberse a cinco fenómenos:

Sequeira et al.,(2022)

1. Existe diferencias biológicas en cuanto a los mecanismos involucrados en la depresión.
2. Los hombres consultan menos, como primera posibilidad por factores culturales, menor autocuidado.
3. Por factores de género, los hombres no acostumbran a transmitir sus emociones y evitan

mostrar signos de tristeza. Suelen reemplazar signos y síntomas por hostilidad, irritabilidad e ira.

4. Elementos ambientales, como el estrés psicosocial, es mayor en mujeres, quienes son objeto de violencia de género, desventajas socioeconómicas, inequidad educativa, laboral y salarial, entre otras.
5. El discernimiento acerca de esta realidad es escaso, porque en la cuenca también existe un sesgo de género.

En cuanto a la frecuencia del trastorno depresivo persistente en distintos grupos de edad, esta es menos clara debido a los cambios recientes en la definición de la afección. En general, las tasas de depresión tienden a disminuir con la edad, especialmente a partir de los 65 años. Se destaca que la prevalencia del trastorno depresivo mayor es mayor que la del trastorno depresivo persistente, lo que sugiere que la depresión tiende a manifestarse en episodios de recaída y remisión en lugar de mantenerse crónicamente durante un largo período (Patel & Rose, 2023). Por mucho tiempo la depresión fue considerada un trastorno de la edad adulta, en vista de que la mayoría de los diagnósticos se dan alrededor de los 30 años. En la actualidad se reconoce como un padecimiento que también afecta a niños y adolescentes. En el caso de niños, se ha estimado una prevalencia del 1 % - 2 %, mientras tanto, en adolescentes entre 15 y 19 años corresponde al 3,3 % (Sequeira et al., 2022)

2.4.4 Etiología

La comprensión de la causa de los trastornos depresivos sigue evolucionando con los avances médicos y la modernización. En términos generales, hay una concepción ampliamente aceptada de la depresión que la considera una condición patológica multifactorial, influenciada por

elementos biológicos, sociales y psicológicos (Patel & Rose, 2023).

Se ha identificado una predisposición genética en el modelo de origen de la distimia, respaldada por pruebas que muestran un mayor riesgo de depresión en familiares de pacientes con depresión unipolar, familiares de pacientes con distimia y aquellos afectados por depresión doble. Además, diversos factores psicosociales pueden interactuar con esta predisposición genética, como el estrés experimentado durante la infancia y la edad adulta, así como circunstancias sociales desfavorables (Ventriglio et al., 2020).

Por otro lado, existen factores de riesgo específicos para el trastorno depresivo persistente, que incluyen elementos como la genética, la epigenética, antecedentes de problemas de salud mental, niveles elevados de neuroticismo, ansiedad, autoestima, salud psicológica, experiencias traumáticas, eventos estresantes en la vida y determinantes sociales de salud (Patel & Rose, 2023).

2.4.5 Fisiopatología

Ciertas regiones cerebrales experimentan una reducción significativa de volumen durante la depresión. Particularmente, las áreas frontales del cerebro, como el cíngulo anterior y la corteza orbitofrontal, junto con el hipocampo, muestran disminuciones de volumen que varían en magnitud, siendo en su mayoría moderadas a marcadas (Patel & Rose, 2023).

El circuito neuroanatómico relacionado con el estado de ánimo deprimido crónico involucra la corteza prefrontal, el cíngulo anterior, la amígdala y la ínsula. En este contexto, la amígdala está asociada con el procesamiento de emociones negativas, se observa un aumento en la actividad de la ínsula, encargada del procesamiento de emociones tristes, y el cíngulo anterior, que desempeña un papel en la conexión entre la atención y las emociones (Ventriglio et al., 2020).

La búsqueda de correlaciones biológicas de la distimia presenta un desafío importante. Se ha documentado ampliamente que la depresión crónica está relacionada con diversas alteraciones en la transmisión de neurotransmisores monoaminérgicos, lo que implica una disminución en los niveles de serotonina, norepinefrina y dopamina en el sistema nervioso central humano (Ventriglio et al., 2020).

Patel & Rose (2023) indican que la fisiopatología del trastorno depresivo persistente y la depresión en general siguen siendo temas destacados de investigación. Se ha identificado una compleja interacción entre neurotransmisores y receptores que influyen en la química cerebral del estado de ánimo. Aunque la serotonina a menudo se ha señalado como el neurotransmisor clave y un objetivo de intervención farmacológica, los investigadores han identificado otros neurotransmisores, como la dopamina, la epinefrina, la norepinefrina, el GABA y el glutamato, que también desempeñan un papel en la regulación del estado de ánimo.

También se ha implicado la desregulación del sistema inmunológico, por ejemplo, aumento de CD16 (FCGR3) o CD56 (NCAM1), o ambos, aumento de la proporción CD4/CD8, concentración basal elevada de IL1B y mayor concentración de CXCL10 en pacientes con distimia en comparación con personas que están sanas.(Schramm et al., 2020)

Schramm et. (2020), los estudios de genética y neurobiológica sobre la distimia y la depresión crónica está poco estudiada en relación con el trastorno depresivo mayor. No se ha confirmado ninguna causa biológica ni fisiopatología clara para la distimia, lo que podría atribuirse a varios motivos. Estos motivos incluyen la heterogeneidad clínica del fenotipo de la enfermedad, la alta frecuencia de episodios depresivos mayores concomitantes; la alta asociación de la distimia con trastornos de ansiedad, trastornos somatomorfos, trastornos por abuso de sustancias y trastornos de la personalidad, muestras pequeñas, pocos intentos de replicación.

2.4.6 Comorbilidad

La distimia no es un cuadro clínico uniforme; de hecho, su diversidad se relaciona con una alta presencia de comorbilidades psiquiátricas. La prevalencia de vida fue estimada con episodio depresivo mayor persistente fue 15,2%, con distimia pura del 3,3%, con trastorno depresivo mayor del 28,2% (Vandeleur et al., 2017), el trastorno de ansiedad hasta un 50%, los trastornos de la personalidad (20 -40% más común en la distimia de inicio temprano) , los trastornos somatomorfos 2,8% -45,2% y el abuso de sustancias 50% (Carles, 2019).

2.4.7 Diagnósticos diferenciales

El diagnóstico diferencial del trastorno depresivo persistente implica descartar causas médicas u orgánicas, así como la identificación de otros trastornos del DSM, que incluyen depresión mayor, trastornos bipolares, trastornos psicóticos, trastornos inducidos por sustancias y trastornos de la personalidad (Patel & Rose, 2023).

2.4.8 Tratamiento

Tanto el tratamiento con medicamentos como la terapia psicológica son efectivos para abordar la distimia, y cuando se combinan, tienen un efecto sinérgico positivo (Krzystanek et al., 2023).

Los antidepresivos y las psicoterapias, utilizados solos o en combinación, son los tratamientos primarios para el trastorno depresivo persistente. Las investigaciones han sugerido que las intervenciones farmacoterapéuticas y psicoterapéuticas podrían ser menos efectivas en las

formas crónicas de depresión, en particular la distimia, que en los trastornos depresivos no crónicos (Schramm et al., 2020)

Entre los antidepresivos probados en estudios clínicos, se ha demostrado que varios, como la paroxetina, la sertralina, la fluoxetina, la moclobemida y la imipramina, son más eficaces que un placebo (Krzystanek et al., 2023).. En particular, la fluoxetina, la sertralina, la venlafaxina y la amisulprida, entre otros, han demostrado ser superiores al placebo en la mejora del estado de ánimo, con tasas de respuesta que oscilan entre el 61% y el 73% (Ventriglio et al., 2020)

Un estudio llevado a cabo por Laiana A Quagliato y otros investigadores encontró que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN) son eficaces en el tratamiento de la distimia. La comparación entre la medicación antidepresiva y el placebo mostró resultados consistentes que favorecen el uso de fármacos en el tratamiento de la distimia (Quagliato et al., 2023).

La amisulprida, un antagonista selectivo de los receptores dopaminérgicos D2 y D3, ha demostrado ser efectiva en dosis bajas para tratar la distimia. Según un metanálisis de Caroline Zangani y su equipo, la amisulprida a 50 mg al día redujo significativamente los síntomas depresivos en comparación con el placebo y se mostró comparable a otros antidepresivos en el tratamiento de la distimia (Rubinstein, 2007).

Sin embargo, a pesar de estos tratamientos, muchas personas no responden completamente, lo que destaca la necesidad de desarrollar alternativas terapéuticas para atender mejor sus necesidades. Las recomendaciones terapéuticas actuales no ofrecen una guía clara en caso de que el tratamiento falle.

Pueden encontrarse varios motivos por las que el éxito a las terapias sea limitado en el trastorno depresivo persistente. Las personas con trastorno depresivo persistente, y también los médicos, pueden sentirse impotentes cuando se enfrentan al desafío de tratar la depresión persistente o la llamada depresión resistente al tratamiento. Los síntomas depresivos de aproximadamente el 40% de los pacientes con trastorno depresivo persistente se consideran resistentes al tratamiento (Schramm et al., 2020)

Según Schrimm et. (2020), no hay consenso sobre la definición de resistencia al tratamiento de los síntomas depresivos en la investigación y la práctica clínica y, en muchos casos, esto probablemente sea una pseudoresistencia.

Además de los enfoques farmacológicos, se ha encontrado que la psicoterapia, incluyendo el análisis cognitivo-conductual, la terapia interpersonal, la terapia cognitivo-conductual y la terapia de resolución de problemas, es útil en el tratamiento de la distimia. La combinación de psicoterapia y tratamiento farmacológico se considera un enfoque de primera línea en la depresión crónica.

Aunque el análisis cognitivo-conductual de psicoterapia (CBASP) es una modalidad relativamente nueva desarrollada específicamente para la distimia, aún no se ha establecido como el estándar de atención. El psicoanálisis, como enfoque de autorreflexión, investiga los traumas subyacentes que contribuyen a la sintomatología de la distimia. Esta perspectiva sostiene que las bases de esta afección se hallan en las dinámicas relacionales establecidas durante las etapas iniciales de la vida (De La Serna, 2017).

Entre los pacientes que están persistentemente deprimidos, aquellos que informaron adversidad en la primera infancia mejoraron significativamente más con un enfoque

psicoterapéutico específico para el trastorno, el CBASP, que con medicación o con un enfoque no específico (Schramm et al., 2020)

Además de estos enfoques, se ha investigado la neuroretroalimentación como una opción de tratamiento para trastornos depresivos. Un protocolo de neuroretroalimentación llamado infrabaja frecuencia (ILF) ha demostrado efectividad en un caso documentado por Reinhard Tschiesner, en el que se observó una mejora significativa en los síntomas de distimia después de 45 sesiones de tratamiento. Sin embargo, se necesita más evidencia empírica para respaldar su uso generalizado

Dado que la distimia es un trastorno persistente, el tratamiento a largo plazo es fundamental, y la participación del paciente en las decisiones terapéuticas es esencial para aumentar la adherencia al tratamiento. Los médicos deben estar alerta para detectar síntomas depresivos subumbrales y ofrecer tratamiento según sea necesario, ya que esta condición puede tener un impacto significativo en la calidad de vida y la carga de enfermedad de los individuos afectados.

CAPITULO III
MARCO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

Para la realización de la presente investigación, el método adoptado es de naturaleza cuantitativa, dado que se emplean conjuntos de datos ya colectados para recabar la información necesaria y realizar un análisis estadístico de estos datos con el objetivo de abordar y responder la pregunta central que orienta la investigación.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La estructura de este trabajo obedece al modelo de investigación descriptiva, por tanto, describe las características generales de evolución y distribución del fenómeno en estudio sin introducir ninguna modificación a los datos recolectados.

3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO

3.3.1 Área de estudio

El presente trabajo pretende determinar la carga de la enfermedad distímica en cuanto a evolución y características en la población Costa Rica, Centroamérica y Panamá 2000-2019.

3.3.2 Población

Todas las personas diagnosticadas con distimia en Costa Rica, Centroamérica y Panamá durante el periodo 2000- 2019.

3.3.3 Muestra

Por las características del estudio no se requiere.

3.3.4 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión: hombres y mujeres de Costa Rica, Centroamérica y Panamá padecen de enfermedad distímica.

Criterios de exclusión: por las características del estudio no se requiere.

3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para recolectar la información que fundamenta la presente investigación se utiliza la *base de datos Global Burden del Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)*.

De esta base de datos se extrae la información sobre tasas brutas y estandarizadas de prevalencia, incidencia y años de vida ajustados por discapacidad de la enfermedad distímica de los países en estudio.

3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

- El diseño de este trabajo sigue el patrón de una investigación no Experimental longitudinal.
- No Experimental: define a la posición del investigador, donde su función es limitarse a medir, describir y analizar los acontecimientos ya existentes sin realizar ninguna modificación de la información.
- Transversal: únicamente se copilan los datos en un momento determinado, específicamente intervalo 2000- 2019.

3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
Describir la prevalencia de la enfermedad distímica en Costa Rica, Centroamérica y Panamá según el sexo y el grupo etario 2000-2019	Prevalencia	En epidemiología, proporción de casos nuevos de una enfermedad en un determinado período de tiempo, respecto a la población expuesta a padecerla, (RAE 2022)	Es el número de personas afectadas presente en una población en un momento específico dividido entre el número de personas presentes en la población en ese momento	Biología	Sexo Edad Ubicación Año	Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud (GBD)
Conocer la incidencia de la distimia en Costa Rica, Centroamérica y Panamá según el sexo y grupos etarios 2000-2019.	Incidencia	Es el número de casos nuevos de una enfermedad que ocurre en un periodo de tiempo en la población en riesgo,(https://ccp.ucr.ac.cr/cursos/icamacho/public_html/epidem/contenido/resfrfec.htm)	Es el número de personas afectadas presente en una población en un momento específico dividido entre el número de personas presentes en la población en ese momento	Biología	Sexo Edad Ubicación Año	Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud (GBD)

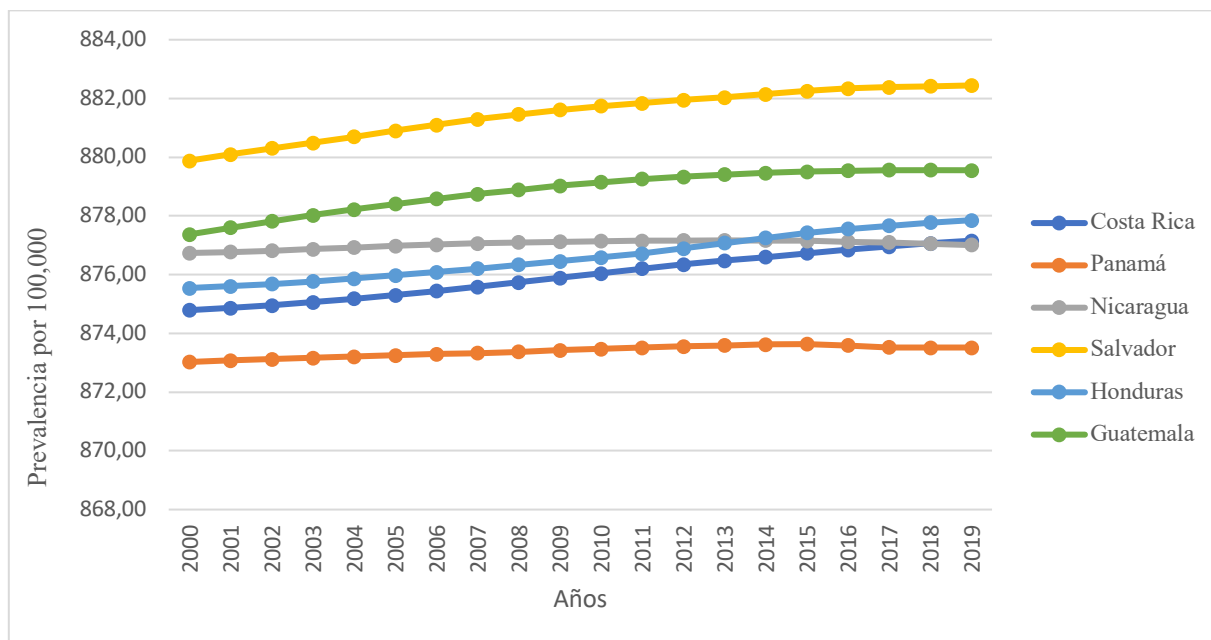
Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
Determinar los años de vida ajustados por la discapacidad atribuida a la distimia según sexo y grupo etario mencionados en Costa Rica, Centroamérica y Panamá 2000-2019.	Años de vida ajustados por la discapacidad (AVAD)	Los AVAD también se definen como los años de vida sana perdidos. https://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2013/WB_LatinAmericaCaribbean/IHME_GBD_WorldBank_LatinAmericaCaribbean_FullReport_SPANISH.pdf	La suma de años perdidos debido a muerte prematura (AVP) y los años perdidos por discapacidad (APD).	Biología	Sexo Edad Ubicación Año	Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud (GBD)

CAPITULO IV

PRESENTACION DE RESULTADOS

Gráfico N. 1

Prevalencia de la enfermedad distimia en Costa Rica, Panamá, Nicaragua, El Salvador, Honduras y Guatemala. Tasa estandarizada para todas las edades, ambos sexos. Periodo 2000-2019.



Nota: El eje y no empieza en 0. Se utilizó un rango distinto para observar las variaciones.

Fuente: elaboración propia.

Respecto al comportamiento del gráfico 1 se tiene que Panamá es el país con la menor cantidad de casos detectados de enfermedad distímica en comparación con el resto de los países de la región, además durante el período de tiempo estudiado, el comportamiento de tal indicador fue constante, es decir, que para cada año por cada 100.000 habitantes aproximadamente 873 tenían el diagnóstico de enfermedad distímica.

Seguidamente El Salvador, es el país que más casos de enfermedad distímica presentó y además se determinó que a través de los años esta tasa presentó un incrementó. Pasando de 880 casos de enfermedad distímica a 882.44 casos por cada 100.000 habitantes.

Por otro lado, Guatemala, Costa Rica y Honduras presentaron un aumento en la cantidad de casos de esta enfermedad a través de los años y Nicaragua mantuvo un comportamiento constante.

“Se adjuntan los gráficos 2 “prevalencia de la distimia, tasas estandarizadas por grupos de edad, mujeres, 2000-2019” y el 3 “prevalencia de la distimia, tasas estandarizadas por grupos de edad, hombres, 2000-2019” como anexo para brindar una representación visual de los datos. Sin embargo, cabe destacar que su inclusión no aporta información sustancial adicional al entendimiento general del informe, pero se proporciona para referencia visual adicional”.

En el caso de la prevalencia para hombres y mujeres logramos observar en los distintos países evaluados se tuvo un comportamiento constante. Asimismo, para todos los años y para todos los países la prevalencia, total de casos, para las mujeres tomo el valor de 947,14 y para los hombres 799,95 por cada 100.000 habitantes.

Se puede indicar que esta enfermedad presenta mayor cantidad de casos de diagnósticos para las mujeres que para los hombres.

Sin embargo, es importante destacar que los resultados mencionados anteriormente fueron obtenidos del Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud (GBD), parecen carecen de sentido, ya que, analizando los resultados de los gráficos 1 y 4 se puede determinar que los países presentan comportamientos distintos entre sí y además comportamientos distintos a través de los años. Esta observación se justifica mediante la utilización de la edad estandarizada, lo cual posibilita una comparación del comportamiento de estos indicadores en términos generales entre las poblaciones objeto de estudio.

Tabla 3.

Tasa estandarizada por grupos de edad y sexo de prevalencia de la enfermedad distímica en Costa Rica por 100,000 personas según grupo etario 2000-2019.

	Costa Rica							
	Mujer				Hombre			
	05-14 años	15-49 años	50-69 años	70 y más años	05-14 años	15-49 años	50-69 años	70 y más años
2000	110,94	1.189,19	1.578,11	1.252,35	100,01	1.003,36	1.292,61	1.116,22
2001	111,33	1.189,69	1.578,48	1.252,25	100,38	1.003,26	1.292,79	1.116,35
2002	111,65	1.190,37	1.578,74	1.251,52	100,63	1.003,36	1.292,82	1.115,78
2003	111,95	1.191,26	1.579,01	1.250,48	100,83	1.003,72	1.292,84	1.114,99
2004	112,29	1.192,34	1.579,35	1.249,74	101,03	1.004,38	1.292,90	1.114,35
2005	112,75	1.193,67	1.579,54	1.248,74	101,34	1.005,36	1.292,91	1.113,52
2006	113,34	1.195,14	1.579,76	1.247,55	101,77	1.006,53	1.293,00	1.112,67
2007	114,02	1.196,77	1.580,00	1.246,48	102,32	1.007,91	1.293,09	1.112,18
2008	114,62	1.198,58	1.580,19	1.245,28	102,81	1.009,50	1.293,18	1.111,74
2009	114,94	1.200,64	1.580,35	1.243,98	103,09	1.011,32	1.293,24	1.111,22
2010	114,84	1.202,87	1.580,56	1.243,31	103,00	1.013,26	1.293,36	1.111,12
2011	114,26	1.205,15	1.580,24	1.242,38	102,49	1.015,19	1.293,21	1.110,82
2012	113,23	1.207,54	1.580,10	1.241,73	101,56	1.017,10	1.293,19	1.110,53
2013	112,03	1.210,26	1.579,91	1.241,42	100,47	1.019,19	1.293,17	1.110,32
2014	110,92	1.213,55	1.579,64	1.241,22	99,46	1.021,61	1.293,15	1.110,32
2015	110,07	1.217,47	1.579,11	1.240,71	98,70	1.024,46	1.293,02	1.110,01
2016	109,57	1.221,97	1.578,91	1.242,48	98,27	1.027,71	1.293,05	1.111,18
2017	109,47	1.226,85	1.578,54	1.243,38	98,20	1.031,24	1.292,99	1.111,57
2018	109,65	1.231,92	1.578,08	1.244,27	98,40	1.034,84	1.292,90	1.111,95
2019	109,95	1.236,99	1.577,50	1.245,21	98,70	1.038,34	1.292,77	1.112,33

Fuente: elaboración propia.

En Costa Rica al igual que el caso de las tasas de incidencia, se tienen más casos diagnosticados para mujeres que para hombres por cada 100.000 habitantes. El grupo con mayor cantidad de casos reportados tanto en hombres como en mujeres es el grupo de 50 a 69 años seguido por el grupo etario de 70 años y más.

Para el grupo etario de 15 a 49 años se presentó un aumento importante en la cantidad de casos reportados, en el caso de las mujeres la tasa de prevalencia para el año 2000 fue de 1189,19 mientras que para el 2019 tomó el valor de 1236,99, es decir, un aumento de aproximadamente 48 casos por cada 100.000 habitantes.

En el caso de los hombres para el mismo grupo etario se reportaron 1003,36 casos para el 2000, mientras que para el 2019 tal cifra tomó el valor de 1038,34, es decir, se presentó un aumento de aproximadamente 35 casos por cada 100.000 habitantes.

Para el grupo de 70 años y más para hombres y mujeres, la tasa de prevalencia vino a la baja, es decir, que cada año se tenía una menor cantidad de casos.

Para el grupo de 5 a 14 años en el período del 2008 al 2012 se presentó un aumento en la tasa de prevalencia y posteriormente volvió a disminuir.

Tabla 4.

Tasa estandarizada por grupos de edad y sexo de prevalencia de la enfermedad distímica en Panamá por 100,000 personas según grupo etario 2000-2019.

	Panamá							
	Mujer				Hombre			
	05-14 años	15-49 años	50-69 años	70 y más años	05-14 años	15-49 años	50-69 años	70 y más años
2000	107,32	1.188,08	1.578,69	1.244,23	97,11	1.009,87	1.292,86	1.113,29
2001	106,77	1.191,63	1.578,55	1.243,72	96,57	1.012,12	1.292,86	1.112,93
2002	106,13	1.194,83	1.578,46	1.243,19	95,90	1.014,13	1.292,84	1.112,58
2003	105,61	1.197,77	1.578,42	1.242,70	95,32	1.015,98	1.292,82	1.112,33
2004	105,42	1.200,56	1.578,39	1.242,32	95,03	1.017,74	1.292,80	1.112,17
2005	105,72	1.203,26	1.578,33	1.242,12	95,21	1.019,50	1.292,79	1.112,14
2006	106,56	1.205,97	1.578,28	1.242,04	95,91	1.021,33	1.292,73	1.112,03
2007	107,71	1.208,63	1.578,21	1.242,09	96,93	1.023,18	1.292,71	1.112,14
2008	108,86	1.211,02	1.578,16	1.242,27	97,97	1.024,85	1.292,72	1.112,33
2009	109,72	1.212,79	1.578,15	1.242,62	98,80	1.026,05	1.292,74	1.112,55
2010	110,13	1.213,67	1.578,14	1.243,13	99,22	1.026,50	1.292,76	1.112,74
2011	110,02	1.213,57	1.578,14	1.243,23	99,18	1.026,10	1.292,78	1.112,88
2012	109,50	1.212,88	1.578,10	1.243,32	98,78	1.025,17	1.292,75	1.112,86
2013	108,83	1.212,13	1.578,05	1.243,42	98,22	1.024,17	1.292,67	1.112,76
2014	108,22	1.211,67	1.577,93	1.243,43	97,70	1.023,39	1.292,55	1.112,58
2015	107,76	1.211,42	1.577,61	1.243,28	97,30	1.022,73	1.292,44	1.112,37
2016	107,43	1.211,19	1.577,84	1.243,39	97,00	1.022,05	1.292,53	1.112,14
2017	107,21	1.211,45	1.577,90	1.243,45	96,78	1.021,97	1.292,56	1.112,09
2018	107,06	1.212,69	1.577,80	1.243,39	96,60	1.023,03	1.292,57	1.112,21
2019	106,91	1.214,27	1.577,64	1.243,39	96,41	1.024,53	1.292,58	1.112,43

Fuente: elaboración propia.

Panamá presenta un comportamiento muy similar al descrito anteriormente para Costa Rica, sin embargo, los aumentos en las tasas de prevalencia han sido menores en magnitud. Para las mujeres en el grupo de 15 a 49 años el aumento fue de 26 casos, mientras que para los hombres el aumento en este período de tiempo de fue de aproximadamente 15 casos.

“Se adjuntan los gráficos 5 de “incidencia de la distimia, tasas estandarizadas por grupos de edad, mujeres, 2000-2019” y el 6 de “incidencia de la distimia, tasas estandarizadas por

grupos de edad, hombres, 2000-2019” como anexo para brindar una representación visual de los datos. Sin embargo, cabe destacar que su inclusión no aporta información sustancial adicional al entendimiento general del informe, pero se proporciona para referencia visual adicional”.

Tabla 5.

Tasa estandarizada por grupos de edad y sexo de prevalencia de la enfermedad distímica en Nicaragua por 100,000 personas según grupo etario 2000-2019.

	Nicaragua							
	Mujer				Hombre			
	05-14 años	15-49 años	50-69 años	70 y más años	05-14 años	15-49 años	50-69 años	70 y más años
2000	107,58	1.125,70	1.578,75	1.258,80	96,60	949,26	1.292,79	1.124,31
2001	108,13	1.127,93	1.578,87	1.259,54	97,08	950,53	1.292,78	1.124,00
2002	108,66	1.130,42	1.579,07	1.259,97	97,56	952,06	1.292,84	1.123,41
2003	109,15	1.133,09	1.579,22	1.260,20	98,04	953,80	1.292,91	1.122,88
2004	109,55	1.135,86	1.579,44	1.260,97	98,44	955,71	1.292,99	1.122,71
2005	109,82	1.138,69	1.579,68	1.261,71	98,73	957,75	1.293,04	1.122,61
2006	110,05	1.141,58	1.579,86	1.262,42	98,96	959,87	1.293,16	1.122,69
2007	110,19	1.144,55	1.579,85	1.262,15	99,09	962,13	1.293,20	1.122,29
2008	110,12	1.147,71	1.579,83	1.261,94	99,04	964,59	1.293,24	1.121,93
2009	109,91	1.151,16	1.580,02	1.261,71	98,86	967,34	1.293,27	1.121,64
2010	109,63	1.154,89	1.580,25	1.261,45	98,64	970,39	1.293,32	1.121,35
2011	109,26	1.158,81	1.580,20	1.261,14	98,34	973,66	1.293,32	1.121,02
2012	108,81	1.162,94	1.580,08	1.261,40	97,98	977,16	1.293,29	1.121,02
2013	108,40	1.167,38	1.579,80	1.261,54	97,66	980,97	1.293,23	1.121,04
2014	108,03	1.172,00	1.579,75	1.260,96	97,38	984,93	1.293,21	1.120,98
2015	107,70	1.176,62	1.579,81	1.260,38	97,14	988,87	1.293,29	1.120,89
2016	107,48	1.181,30	1.579,48	1.260,27	96,98	992,86	1.293,19	1.121,04
2017	107,39	1.185,88	1.579,30	1.260,58	96,95	996,79	1.293,14	1.121,39
2018	107,45	1.190,21	1.579,28	1.261,52	97,04	1.000,49	1.293,14	1.121,94
2019	107,65	1.194,27	1.579,02	1.261,40	97,25	1.003,95	1.293,12	1.122,29

Fuente: elaboración propia.

Nicaragua presentó un aumento en la cantidad de casos para las mujeres en edades de 15 a 49 y 70 años y más, en el caso de los hombres el aumento se presentó para el grupo de 15 a 49 años. El aumento más importante de casos se da para el grupo de 15 a 49 años, 68,57 casos más para las mujeres y 54,69 para los hombres por cada 100.000 habitantes

Tabla 6.

Tasa estandarizada por grupos de edad y sexo de prevalencia de la enfermedad distímica en El Salvador por 100,000 personas según grupo etario 2000-2019.

	El Salvador							
	Mujer				Hombre			
	05-14 años	15-49 años	50-69 años	70 y más años	05-14 años	15-49 años	50-69 años	70 y más años
2000	102,18	1.160,38	1.576,33	1.246,99	92,04	973,29	1.292,02	1.111,51
2001	102,72	1.165,03	1.576,50	1.246,55	92,55	975,86	1.292,09	1.111,35
2002	103,62	1.169,05	1.576,70	1.246,61	93,35	977,68	1.292,20	1.111,56
2003	104,77	1.172,27	1.576,77	1.246,11	94,36	978,60	1.292,23	1.111,37
2004	106,12	1.174,64	1.576,85	1.245,46	95,55	978,71	1.292,26	1.111,07
2005	107,59	1.176,19	1.576,93	1.244,66	96,86	978,13	1.292,26	1.110,63
2006	109,10	1.176,94	1.577,00	1.243,70	98,19	976,95	1.292,26	1.110,08
2007	110,59	1.177,02	1.576,90	1.242,58	99,50	975,36	1.292,24	1.109,41
2008	112,05	1.176,70	1.576,80	1.241,76	100,73	973,63	1.292,20	1.109,09
2009	113,29	1.176,22	1.576,82	1.241,14	101,75	971,97	1.292,17	1.108,80
2010	114,13	1.175,87	1.576,97	1.240,67	102,42	970,65	1.292,16	1.108,56
2011	114,50	1.175,90	1.577,14	1.240,31	102,64	969,90	1.292,17	1.108,36
2012	114,32	1.176,46	1.577,06	1.240,16	102,42	969,86	1.292,12	1.107,99
2013	113,59	1.177,60	1.577,00	1.240,24	101,78	970,57	1.292,08	1.107,79
2014	112,48	1.179,52	1.577,04	1.240,34	100,87	972,07	1.292,05	1.107,74
2015	111,18	1.182,37	1.577,27	1.240,27	99,83	974,44	1.292,10	1.107,81
2016	109,84	1.186,14	1.577,04	1.239,76	98,80	977,68	1.292,04	1.107,81
2017	108,65	1.190,79	1.577,09	1.240,05	97,89	981,69	1.292,05	1.107,87
2018	107,72	1.196,19	1.577,14	1.240,38	97,16	986,35	1.292,08	1.107,87
2019	107,11	1.202,01	1.577,07	1.240,41	96,67	991,35	1.292,11	1.107,92

Fuente: elaboración propia.

El Salvador presentó un aumento en las tasas de prevalencia de hombres y mujeres para los grupos de 5 a 14 y 15 a 49 años, sin embargo, el grupo de 70 años y más presenta una disminución de casos a través del tiempo.

Para el grupo de 15 a 49 años, el aumento para las mujeres fue de 41,63 y para los hombres de 18,06 por cada 100.000 habitantes.

Tabla 7.

Tasa estandarizada por grupos de edad y sexo de prevalencia de la enfermedad distímica en Honduras por 100,000 personas según grupo etario 2000-2019.

	Honduras							
	Mujer				Hombre			
	05-14 años	15-49 años	50-69 años	70 y más años	05-14 años	15-49 años	50-69 años	70 y más años
2000	105,72	1.117,80	1.578,38	1.262,80	95,04	948,04	1.292,71	1.118,54
2001	105,98	1.118,63	1.578,62	1.263,24	95,24	948,78	1.292,72	1.118,37
2002	106,23	1.119,75	1.578,62	1.263,90	95,42	949,77	1.292,64	1.118,35
2003	106,50	1.121,07	1.578,56	1.264,57	95,62	950,85	1.292,58	1.118,40
2004	106,83	1.122,50	1.578,75	1.265,17	95,86	951,92	1.292,69	1.118,54
2005	107,21	1.124,00	1.578,86	1.265,31	96,16	952,90	1.292,68	1.118,37
2006	107,66	1.125,55	1.578,91	1.265,69	96,52	953,81	1.292,76	1.118,36
2007	108,16	1.127,17	1.578,94	1.266,74	96,95	954,69	1.292,78	1.118,91
2008	108,63	1.128,83	1.578,96	1.267,75	97,37	955,56	1.292,79	1.119,42
2009	109,04	1.130,55	1.578,91	1.267,59	97,75	956,44	1.292,79	1.119,10
2010	109,37	1.132,34	1.579,08	1.267,93	98,07	957,34	1.292,83	1.118,93
2011	109,57	1.134,27	1.578,98	1.268,19	98,28	958,29	1.292,85	1.118,78
2012	109,63	1.136,44	1.578,86	1.268,20	98,36	959,34	1.292,87	1.119,05
2013	109,56	1.139,04	1.578,66	1.267,88	98,32	960,69	1.292,86	1.119,43
2014	109,43	1.142,12	1.578,24	1.267,67	98,22	962,41	1.292,70	1.119,79
2015	109,25	1.145,58	1.578,56	1.267,43	98,07	964,43	1.292,88	1.119,95
2016	109,07	1.149,40	1.578,15	1.267,19	97,93	966,73	1.292,71	1.120,06
2017	108,91	1.153,55	1.577,94	1.266,85	97,81	969,31	1.292,64	1.119,98
2018	108,75	1.157,95	1.577,87	1.266,82	97,69	972,13	1.292,63	1.120,09
2019	108,59	1.162,51	1.577,98	1.268,08	97,57	975,15	1.292,69	1.121,12

Fuente: elaboración propia.

Se puede observar que, en el caso de Honduras, tanto para hombres como para las mujeres se dio un aumento en la prevalencia, casos totales, conforme avanza el tiempo para los grupos etario de 5 a 14, 15 a 49 y 70 años y más. Para el grupo de 15 a 49 años, el aumento para las mujeres fue de 44,71 y para los hombres de 27,11 por cada 100.000 habitantes.

El grupo de 50 a 69 años tuvo un comportamiento constante para ambos sexos.

Tabla 8.

Tasa estandarizada por grupos de edad y sexo de prevalencia de la enfermedad distímica en Guatemala por 100,000 personas según grupo etario 2000-2019.

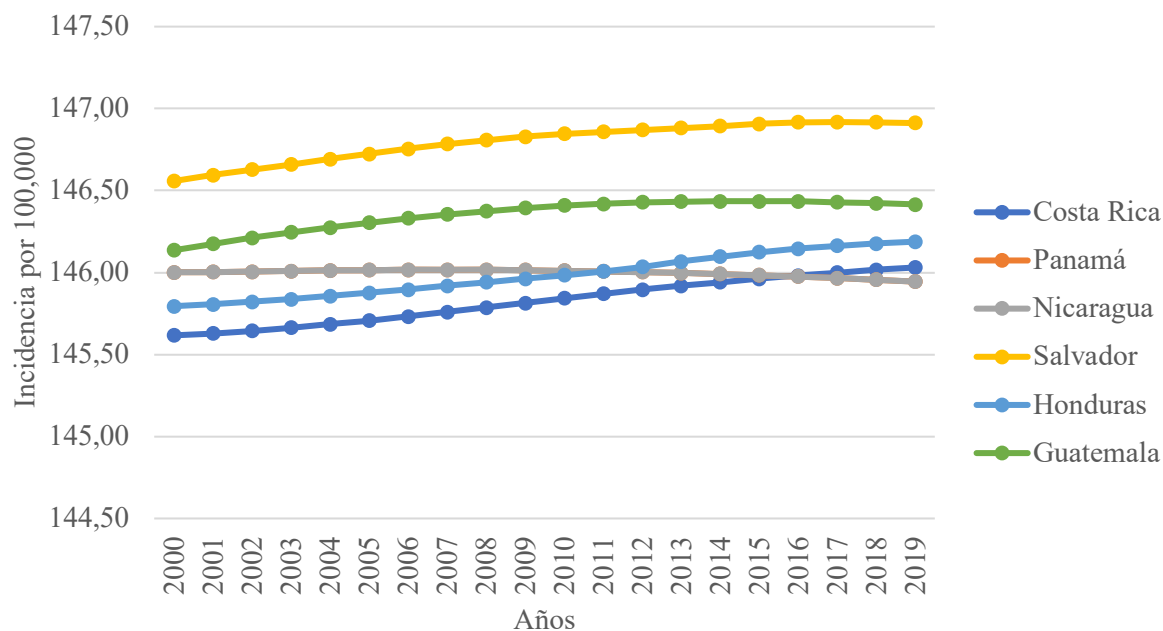
	Guatemala							
	Mujer				Hombre			
	05-14 años	15-49 años	50-69 años	70 y más años	05-14 años	15-49 años	50-69 años	70 y más años
2000	102,23	1.126,44	1.576,93	1.283,30	91,73	950,24	1.292,46	1.133,06
2001	103,00	1.127,95	1.576,56	1.280,80	92,55	950,14	1.292,17	1.131,81
2002	103,87	1.129,57	1.576,06	1.277,84	93,47	950,07	1.291,81	1.130,43
2003	104,72	1.130,97	1.575,68	1.275,18	94,35	949,70	1.291,52	1.129,21
2004	105,47	1.131,95	1.575,42	1.272,65	95,13	948,82	1.291,30	1.128,01
2005	106,14	1.132,42	1.575,92	1.272,40	95,83	947,41	1.291,44	1.128,02
2006	106,79	1.132,61	1.576,62	1.272,89	96,51	945,83	1.291,76	1.128,44
2007	107,41	1.132,82	1.577,38	1.273,41	97,15	944,45	1.292,09	1.128,87
2008	107,98	1.133,38	1.578,09	1.273,44	97,72	943,60	1.292,40	1.128,97
2009	108,52	1.134,48	1.578,66	1.273,09	98,23	943,45	1.292,62	1.128,89
2010	109,00	1.136,12	1.578,82	1.270,59	98,66	943,95	1.292,64	1.127,38
2011	109,36	1.138,16	1.578,57	1.267,20	98,97	944,98	1.292,55	1.125,30
2012	109,59	1.140,64	1.578,48	1.263,65	99,13	946,57	1.292,55	1.122,96
2013	109,61	1.143,60	1.578,40	1.260,17	99,11	948,79	1.292,54	1.120,63
2014	109,37	1.147,09	1.578,32	1.257,23	98,87	951,68	1.292,53	1.118,75
2015	108,94	1.151,16	1.578,58	1.255,37	98,46	955,25	1.292,67	1.117,60
2016	108,45	1.155,70	1.578,40	1.254,03	98,00	959,34	1.292,60	1.116,78
2017	108,05	1.160,54	1.578,19	1.252,01	97,62	963,77	1.292,51	1.115,56
2018	107,83	1.165,62	1.578,02	1.250,36	97,41	968,44	1.292,43	1.114,59
2019	107,85	1.171,00	1.577,90	1.249,36	97,42	973,39	1.292,38	1.114,00

Fuente: elaboración propia.

Guatemala presentan un comportamiento muy similar al de Honduras, ya que el grupo de 50 a 69 años no se presenta un gran cambio en la prevalencia, pero si se puede observar un aumento para los grupos etarios de 5 a 14, 15 a 49 y 70 años y más para ambos sexos a través del tiempo. Para el grupo de 15 a 49 años, el aumento para las mujeres fue de 44,56 y para los hombres de 23,15 por cada 100.000 habitantes.

Gráfico N. 4

Incidencia de la enfermedad distímica en Costa Rica, Panamá, Nicaragua, El Salvador, Honduras y Guatemala. Tasa estandarizada por grupos de edad, ambos sexos. Periodo 2000-2019.



Nota: El eje y no empieza en 0. Se utilizó un rango distinto para observar las variaciones.

Fuente: elaboración propia.

Del gráfico 4 se puede observar que la cantidad de casos nuevos por año de la enfermedad distímica crecieron para los países de Costa Rica, El Salvador y Honduras; mientras que en el caso de Nicaragua los casos nuevos diagnosticados por año presentaron una leve disminución, siendo que en el 2000 por cada 100.000 habitantes se detectaron 146 nuevos y en el año 2019 por cada 100.000 habitantes se presentaron 145.94 casos nuevos. En el caso de Guatemala se presentó un leve aumento entre el período del 2000 al 2009 y posteriormente se mantuvo constante alrededor de 146.44 casos nuevos por año.

Cabe destacar que en todos los casos las disminuciones o aumentos en la tasa de incidencia de la enfermedad son muy leves, ya que como se puede observar tal tasa varía de los 145,5 a 147 casos nuevos diagnosticados en un año por cada 100.000 habitantes.

“Se adjuntan los gráficos 5 de “incidencia de la distimia, tasas estandarizadas por grupos de edad, mujeres, 2000-2019” y el 6 de “incidencia de la distimia, tasas estandarizadas por grupos de edad, hombres, 2000-2019” como anexo para brindar una representación visual de los datos. Sin embargo, cabe destacar que su inclusión no aporta información sustancial adicional al entendimiento general del informe, pero se proporciona para referencia visual adicional”.

Se mantiene el patrón constante de la prevalencia en el caso de la incidencia para hombres y mujeres en los distintos países evaluados se tuvo un comportamiento constante. La incidencia por año, ósea los casos nuevos por años, para todos los países y en todos los años tuvo el valor de 159,29 para las mujeres y 131,54 para los hombres por cada 100.000 habitantes.

No obstante, es crucial señalar que los resultados previamente mencionados provienen del Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud (GBD). Sin embargo, estos resultados carecen de coherencia, ya que, al analizar las representaciones gráficas 1 y 4, se puede deducir que los países exhiben patrones de comportamiento diferentes entre sí y también varían a lo largo de los años. Esta observación se justifica mediante la utilización de la edad estandarizada, lo cual posibilita una comparación del comportamiento de estos indicadores en términos generales entre las poblaciones objeto de estudio.

Tabla 9

Tasa estandarizada por grupos de edad y sexo de incidencia de la enfermedad distímica en Costa Rica por 100,000 personas según grupo etario 2000-2019

	Costa Rica							
	Mujer				Hombre			
	05-14 años	15-49 años	50-69 años	70 y más años	05-14 años	15-49 años	50-69 años	70 y más años
2000	50,06	213,50	214,48	159,66	44,38	175,71	173,09	137,86
2001	50,21	213,52	214,61	159,65	44,51	175,70	173,17	137,87
2002	50,34	213,55	214,72	159,58	44,61	175,69	173,23	137,81
2003	50,46	213,59	214,83	159,48	44,68	175,71	173,27	137,72
2004	50,59	213,65	214,97	159,41	44,76	175,74	173,33	137,65
2005	50,76	213,73	215,06	159,32	44,88	175,80	173,36	137,58
2006	50,99	213,82	215,10	159,24	45,04	175,88	173,37	137,52
2007	51,26	213,93	215,17	159,19	45,25	175,97	173,42	137,51
2008	51,49	214,05	215,23	159,15	45,43	176,07	173,46	137,52
2009	51,61	214,20	215,27	159,09	45,54	176,19	173,48	137,51
2010	51,57	214,37	215,29	159,10	45,50	176,31	173,49	137,54
2011	51,35	214,54	215,19	159,08	45,31	176,43	173,42	137,54
2012	50,95	214,73	215,11	159,08	44,96	176,54	173,38	137,54
2013	50,49	214,95	215,01	159,10	44,55	176,67	173,32	137,54
2014	50,06	215,23	214,86	159,12	44,17	176,82	173,24	137,57
2015	49,73	215,57	214,64	159,08	43,88	177,00	173,11	137,55
2016	49,54	215,96	214,51	159,25	43,72	177,21	173,05	137,67
2017	49,50	216,38	214,31	159,33	43,70	177,45	172,94	137,71
2018	49,57	216,81	214,09	159,41	43,77	177,69	172,81	137,75
2019	49,68	217,24	213,82	159,49	43,88	177,91	172,66	137,78

Fuente: elaboración propia.

En Costa Rica para el período de tiempo analizado se tiene que las mujeres presentaron una mayor cantidad de casos nuevos por año de enfermedad distímica, esto para todos los grupos etarios. Además, se puede observar que tanto para hombres como mujeres la mayor cantidad de casos nuevos diagnosticados corresponden a los grupos de 15 a 49 y de 50 a 69 años. Nuevamente se puede observar que el grupo de 15 a 49 años presentó un aumento en la cantidad de casos nuevos diagnosticados a través del tiempo. Para ambos sexos se tiene un aumento de aproximadamente 3 casos del año 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes.

Tabla 10

Tasa estandarizada por grupos de edad y sexo de incidencia de la enfermedad distímica en Panamá por 100,000 personas según grupo etario 2000-2019.

	Panamá							
	Mujer				Hombre			
	05-14 años	15-49 años	50-69 años	70 y más años	05-14 años	15-49 años	50-69 años	70 y más años
2000	48,67	213,39	214,56	159,16	43,28	176,14	173,07	137,69
2001	48,45	213,65	214,47	159,15	43,08	176,26	173,03	137,67
2002	48,20	213,90	214,41	159,13	42,83	176,37	172,99	137,65
2003	48,00	214,13	214,40	159,11	42,61	176,48	172,97	137,64
2004	47,93	214,36	214,40	159,11	42,50	176,59	172,95	137,63
2005	48,04	214,57	214,37	159,12	42,57	176,70	172,93	137,64
2006	48,37	214,77	214,38	159,12	42,83	176,81	172,94	137,64
2007	48,81	214,97	214,36	159,15	43,22	176,92	172,92	137,66
2008	49,26	215,13	214,32	159,18	43,61	177,00	172,89	137,70
2009	49,59	215,24	214,29	159,23	43,92	177,06	172,85	137,72
2010	49,75	215,28	214,25	159,29	44,08	177,06	172,82	137,74
2011	49,71	215,24	214,28	159,31	44,06	177,00	172,86	137,76
2012	49,51	215,16	214,29	159,32	43,91	176,91	172,88	137,76
2013	49,25	215,07	214,28	159,32	43,70	176,82	172,86	137,75
2014	49,01	215,01	214,24	159,31	43,51	176,75	172,82	137,72
2015	48,83	214,99	214,14	159,27	43,35	176,72	172,78	137,70
2016	48,71	214,99	214,17	159,28	43,24	176,71	172,79	137,67
2017	48,62	215,04	214,17	159,27	43,16	176,76	172,79	137,66
2018	48,56	215,16	214,12	159,26	43,09	176,86	172,79	137,68
2019	48,51	215,30	214,06	159,26	43,02	176,97	172,78	137,71

Fuente: elaboración propia.

El comportamiento de Panamá sobre la cantidad de casos nuevos diagnosticados de enfermedad distímica presenta un comportamiento muy similar al antes descrito para Costa Rica. Con la diferencia de que en Panamá la cantidad de nuevos casos para el grupo etario de 15 a 49 años donde para el período del 2000 al 2019 se presentaron de 176 a 177 casos nuevos diagnosticados de enfermedad distímica por cada 100.000 habitantes.

Tabla 11

Tasa estandarizada por grupos de edad y sexo de incidencia de la enfermedad distímica en Nicaragua por 100,000 personas según grupo etario 2000-2019.

	Nicaragua							
	Mujer				Hombre			
	05-14 años	15-49 años	50-69 años	70 y más años	05-14 años	15-49 años	50-69 años	70 y más años
2000	48,77	208,44	214,61	160,10	43,091	172,44	173,08	138,11
2001	48,98	208,63	214,71	160,12	43,272	172,53	173,14	138,09
2002	49,18	208,82	214,78	160,07	43,453	172,64	173,18	138,03
2003	49,37	209,03	214,80	160,01	43,634	172,75	173,22	137,98
2004	49,53	209,24	214,90	160,03	43,786	172,87	173,26	137,97
2005	49,63	209,46	215,03	160,04	43,894	173,00	173,34	137,97
2006	49,72	209,67	215,06	160,08	43,980	173,13	173,36	137,98
2007	49,77	209,90	215,05	160,03	44,031	173,27	173,36	137,95
2008	49,75	210,15	215,02	159,99	44,010	173,43	173,37	137,93
2009	49,67	210,43	215,09	159,93	43,942	173,60	173,39	137,90
2010	49,56	210,73	215,18	159,88	43,860	173,80	173,44	137,88
2011	49,41	211,04	215,14	159,83	43,746	174,01	173,41	137,84
2012	49,24	211,38	215,09	159,87	43,613	174,24	173,37	137,86
2013	49,08	211,73	214,99	159,90	43,491	174,48	173,33	137,88
2014	48,94	212,10	214,95	159,86	43,386	174,73	173,30	137,89
2015	48,81	212,47	214,92	159,82	43,294	174,98	173,29	137,89
2016	48,72	212,85	214,80	159,82	43,236	175,22	173,24	137,93
2017	48,69	213,21	214,73	159,86	43,223	175,46	173,20	137,97
2018	48,71	213,55	214,69	159,95	43,259	175,67	173,18	138,03
2019	48,79	213,87	214,58	159,97	43,337	175,87	173,14	138,07

Fuente: elaboración propia.

Se puede observar que en Nicaragua las mujeres tienen tasas de incidencia más altas que las de los hombres. Para el grupo etario de 15 a 49 años la cantidad de casos nuevos reportados por año de enfermedad distímica ha aumentado. Para este grupo etario el aumento fue de 5 casos para las mujeres y 3 para los hombres por cada 100.000 habitantes.

Tabla 12

Tasa estandarizada por grupos de edad y sexo de incidencia de la enfermedad distímica en El Salvador por 100,000 personas según grupo etario 2000-2019.

	El Salvador							
	Mujer				Hombre			
	05-14 años	15-49 años	50-69 años	70 y más años	05-14 años	15-49 años	50-69 años	70 y más años
2000	46,68	211,25	213,59	159,47	41,37	173,97	172,43	137,63
2001	46,88	211,62	213,68	159,46	41,57	174,13	172,48	137,63
2002	47,23	211,93	213,72	159,50	41,87	174,22	172,52	137,66
2003	47,68	212,15	213,73	159,47	42,25	174,23	172,51	137,66
2004	48,20	212,30	213,76	159,43	42,70	174,19	172,51	137,64
2005	48,77	212,38	213,83	159,37	43,19	174,11	172,52	137,60
2006	49,35	212,41	213,86	159,30	43,69	174,00	172,51	137,56
2007	49,93	212,39	213,82	159,22	44,18	173,87	172,49	137,48
2008	50,49	212,34	213,77	159,17	44,65	173,75	172,46	137,45
2009	50,97	212,29	213,78	159,13	45,03	173,65	172,43	137,43
2010	51,30	212,26	213,85	159,11	45,28	173,58	172,43	137,42
2011	51,44	212,27	213,87	159,10	45,37	173,55	172,42	137,41
2012	51,37	212,33	213,86	159,10	45,28	173,58	172,40	137,40
2013	51,09	212,44	213,85	159,12	45,05	173,66	172,39	137,39
2014	50,66	212,62	213,86	159,12	44,70	173,80	172,38	137,40
2015	50,16	212,86	213,91	159,10	44,31	173,99	172,39	137,41
2016	49,64	213,18	213,85	159,06	43,92	174,23	172,38	137,41
2017	49,18	213,55	213,87	159,08	43,58	174,51	172,39	137,44
2018	48,82	213,98	213,88	159,10	43,30	174,82	172,41	137,44
2019	48,58	214,44	213,85	159,10	43,12	175,15	172,43	137,45

Fuente: elaboración propia.

En El Salvador se puede observar que la cantidad de casos nuevos diagnosticados por año es superior para las mujeres respecto a los hombres. Tanto para mujeres como hombres hubo un aumento en tal indicador para el grupo de 05 a 14 años (aproximadamente 2 casos) y para el grupo de 15 a 49 años (3 casos para las mujeres y 2 para los hombres).

Tabla 13

Tasa estandarizada por grupos de edad y sexo de incidencia de la enfermedad distímica en Honduras por 100,000 personas según grupo etario 2000-2019.

	Honduras							
	Mujer				Hombre			
	05-14 años	15-49 años	50-69 años	70 y más años	05-14 años	15-49 años	50-69 años	70 y más años
2000	48,04	207,76	214,44	160,04	42,50	172,31	172,43	137,87
2001	48,15	207,84	214,58	160,02	42,58	172,37	172,48	137,83
2002	48,24	207,93	214,61	160,05	42,65	172,44	172,52	137,82
2003	48,35	208,03	214,60	160,09	42,72	172,50	172,51	137,83
2004	48,47	208,14	214,64	160,13	42,81	172,56	172,51	137,85
2005	48,62	208,25	214,74	160,13	42,93	172,61	172,52	137,83
2006	48,79	208,36	214,71	160,16	43,06	172,67	172,51	137,84
2007	48,99	208,49	214,69	160,25	43,22	172,72	172,49	137,89
2008	49,17	208,63	214,68	160,33	43,38	172,78	172,46	137,94
2009	49,33	208,78	214,62	160,28	43,53	172,84	172,43	137,90
2010	49,46	208,94	214,71	160,88	43,65	172,90	172,43	137,88
2011	49,53	209,10	214,64	160,27	43,72	172,97	172,42	137,85
2012	49,56	209,29	214,57	160,23	43,75	173,05	172,40	137,83
2013	49,53	209,51	214,50	160,18	43,74	173,14	172,39	137,82
2014	49,48	209,77	214,37	160,18	43,70	173,26	172,38	137,85
2015	49,41	210,05	214,41	160,17	43,65	173,39	172,39	137,86
2016	49,34	210,36	214,29	160,17	43,59	173,54	172,38	137,87
2017	49,28	210,69	214,21	160,15	43,55	173,71	172,39	137,86
2018	49,22	211,04	214,19	160,17	43,50	173,90	172,41	137,86
2019	49,15	211,40	214,21	160,32	43,46	174,09	172,43	137,97

Fuente: elaboración propia.

En Honduras para el grupo etario de 15 a 49 años se presentó un aumento de 4 casos nuevos diagnosticados para las mujeres y 2 para los hombres por cada 100.000 habitantes. De igual manera se presentó un aumento de 1 caso nuevo diagnosticado de la enfermedad distímica para el grupo de 5 a 14 años para ambos sexos.

Tabla 14

Tasa estandarizada por grupos de edad y sexo de incidencia de la enfermedad distímica en Guatemala por 100,000 personas según grupo etario 2000-2019.

	Guatemala							
	Mujer				Hombre			
	05-14 años	15-49 años	50-69 años	70 y más años	05-14 años	15-49 años	50-69 años	70 y más años
2000	46,69	208,48	213,57	161,13	41,26	172,46	172,27	138,62
2001	46,99	208,62	213,56	160,93	41,57	172,49	172,24	138,48
2002	47,33	208,77	213,51	160,68	41,91	172,51	172,19	138,34
2003	47,66	208,88	213,48	160,48	42,24	172,49	172,16	138,24
2004	47,95	208,94	213,47	160,29	42,54	172,43	172,13	138,14
2005	48,21	208,95	213,68	160,35	42,80	172,32	172,25	138,19
2006	48,46	208,94	213,87	160,48	43,06	172,19	172,37	138,28
2007	48,70	208,94	214,10	160,62	43,30	172,08	172,52	138,38
2008	48,92	208,97	214,31	160,70	43,51	172,02	172,66	138,43
2009	49,13	209,07	214,49	160,73	43,71	172,02	172,76	138,46
2010	49,31	209,22	214,57	160,48	43,87	172,08	172,79	138,29
2011	49,45	209,42	214,46	160,12	43,98	172,19	172,73	138,05
2012	49,54	209,65	214,40	159,74	44,05	172,33	172,69	137,78
2013	49,55	209,91	214,35	159,39	44,04	172,51	172,66	137,52
2014	49,46	210,22	214,30	159,11	43,95	172,72	172,64	137,32
2015	49,29	210,56	214,35	159,01	43,79	172,97	172,66	137,24
2016	49,10	210,93	214,30	158,99	43,62	173,25	172,63	137,23
2017	48,95	211,32	214,24	158,92	43,48	173,54	172,59	137,19
2018	48,86	211,73	214,19	158,88	43,40	173,84	172,55	137,17
2019	48,87	212,15	214,15	158,88	43,40	174,14	172,53	137,18

Fuente: elaboración propia.

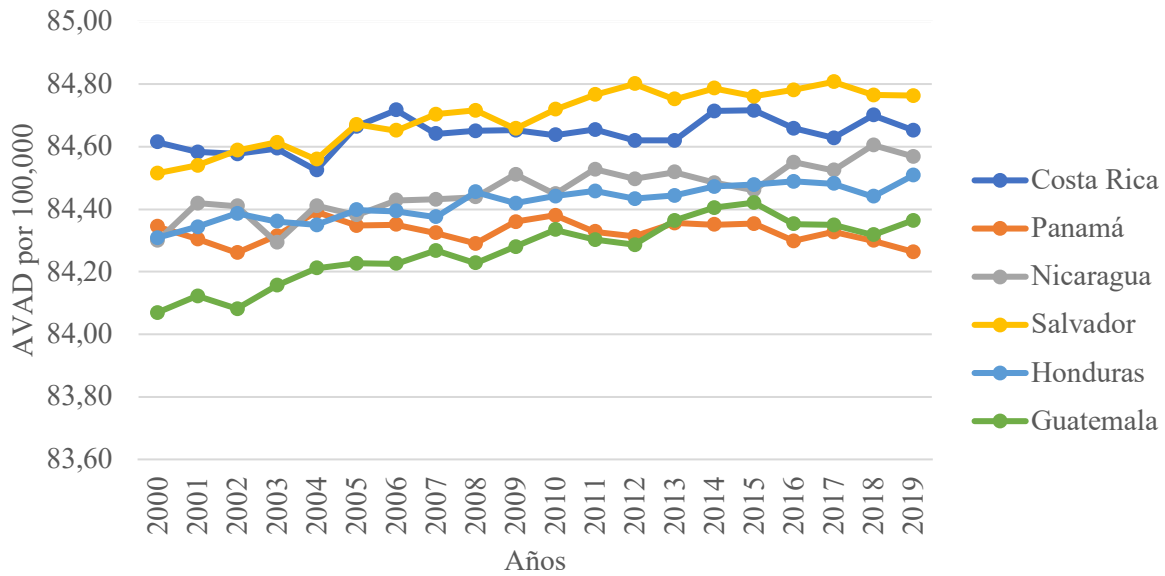
Guatemala consistentemente con los demás países presenta mayor cantidad de casos nuevos diagnosticados de enfermedad distímica para mujeres respecto a hombres para todos los años analizados. Además, presentó un aumento de casos para hombres y mujeres en los grupos etarios de 5 a 14, 15 a 49 años, es decir, que por cada 100.000 habitantes cada año se reportan más casos nuevos de esta enfermedad.

Sin embargo, el grupo etario de 70 años y más presenta una disminución en la cantidad de casos nuevos reportados, de manera más marcada para el grupo de mujeres donde en el 2000 se

diagnosticaron 161,13 casos nuevos y en el 2019 se presentaron 158,88 casos nuevos por cada 100.000 habitantes.

Gráfico N. 7

Años de Vida Ajustados a la Discapacidad (AVAD) por enfermedad distímica en Costa Rica, Panamá, Nicaragua, El Salvador, Honduras y Guatemala. Tasa estandarizada por grupos de edad, ambos sexos. Periodo 2000-2019.



Nota: El eje y no empieza en 0. Se utilizó un rango distinto para observar las variaciones.

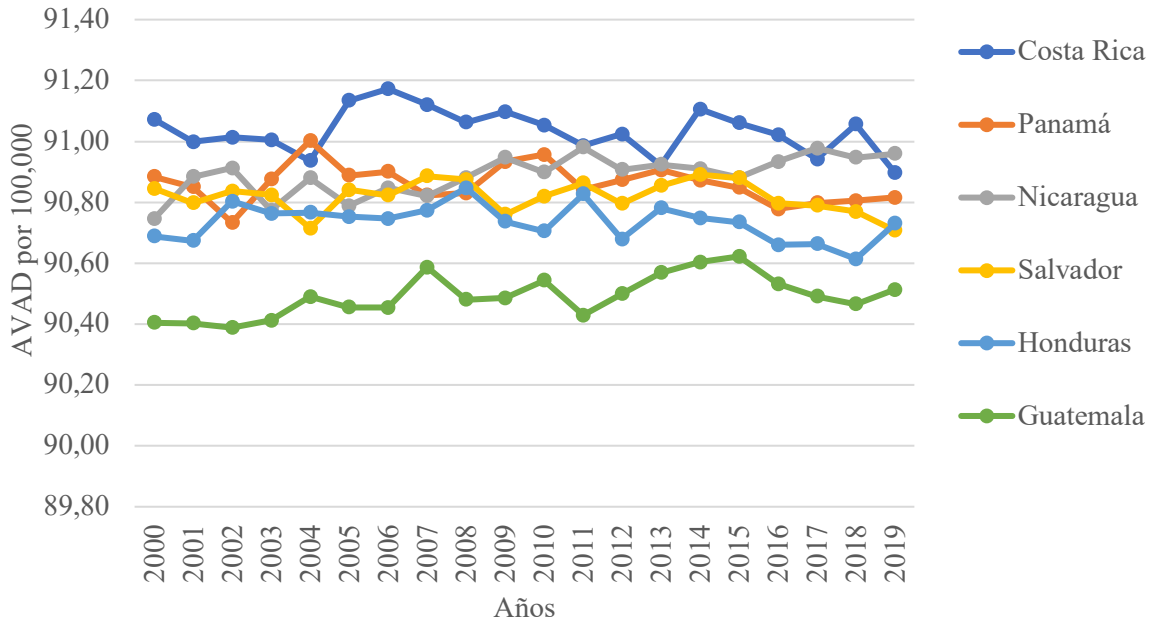
Fuente: elaboración propia.

En la figura anterior se puede observar cómo durante el periodo 2000 – 2019 los AVAD por distímica en Costa Rica, Centroamérica y Panamá tuvieron un comportamiento similar y se presentó poca variabilidad ya que para todos los países este indicador de salud se mantuvo entre los 84 a 85 años de vida saludable perdidos por cada 100.000 habitantes.

En el 2017 la tasa más alta de AVAD se registró en el Salvador donde se obtuvo que por cada 100,000 habitantes se perdieron 84,81 años de vida sana, mientras la tasa más baja se registró en Guatemala en el 2000, donde por cada 100,000 habitantes se perdieron 84,07 años de vida sana.

Gráfico N. 8

Años de Vida Ajustados a la Discapacidad (AVAD) por enfermedad distímica en mujeres de Costa Rica, Panamá, Nicaragua, El Salvador, Honduras y Guatemala. Tasa estandarizada por grupos de edad en mujeres. Periodo 2000-2019.



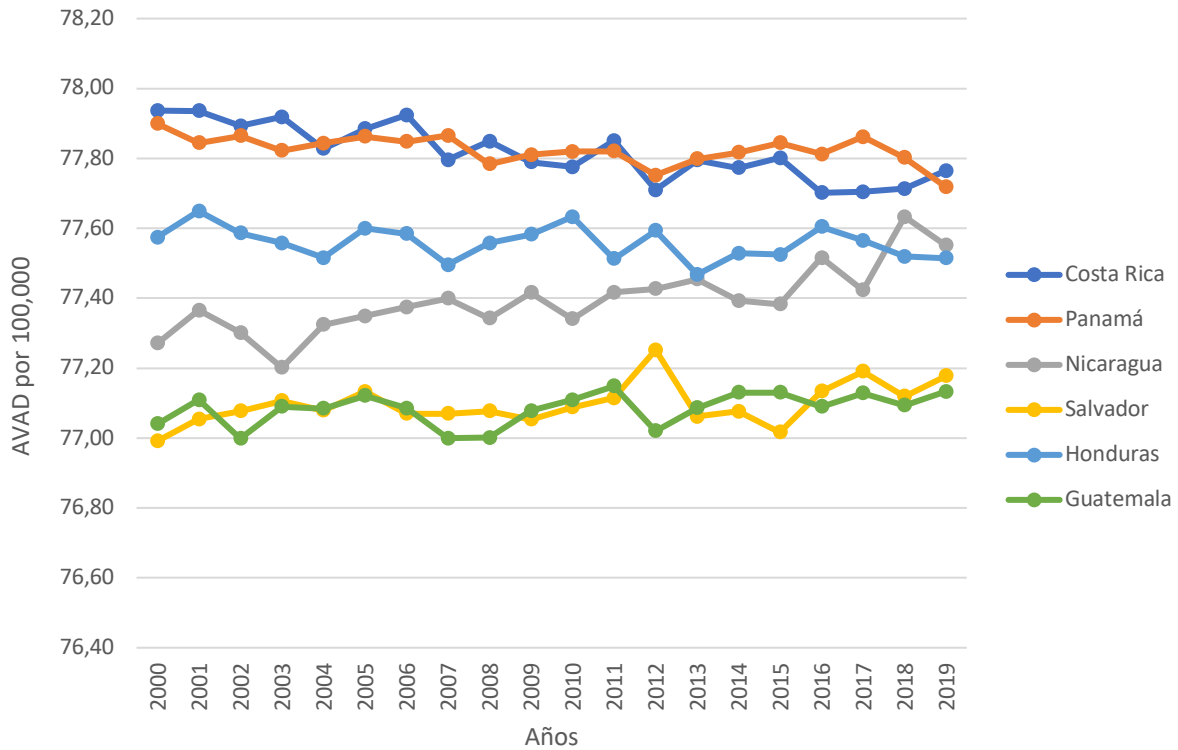
Nota: El eje y no empieza en 0. Se utilizó un rango distinto para observar las variaciones.

Fuente: elaboración propia.

En los gráficos 8 y 9 se puede observar la descomposición de los años de vida ajustados por discapacidad para mujeres (gráfico 8) y para hombres (gráfico 9). Se puede observar un comportamiento constante a través de los años y para los diversos países evaluados, siendo Guatemala el país donde las mujeres tienen una menor cantidad de años perdidos por discapacidad y Costa Rica el país con el valor mayor para este indicador.

Gráfico N. 9

Años de Vida Ajustados a la Discapacidad (AVAD) por enfermedad distímica en hombres de Costa Rica, Panamá, Nicaragua, El Salvador, Honduras y Guatemala. Tasa estandarizada por grupos de edad en hombres. Periodo 2000-2019.



Nota: El eje y no empieza en 0. Se utilizó un rango distinto para observar las variaciones.

Fuente: elaboración propia.

En el caso específico de los AVAD para los hombres de los países de Costa Rica y Panamá, se puede observar una leve tendencia a la baja, es decir, que la cantidad de años de vida sana perdidos para esa población ha disminuido levemente. De manera general se puede determinar cómo los hombres presentan pérdidas menores si se comparan con las mujeres. Sin embargo, y a pesar de las bajas antes mencionadas, la figura 9 evidencia que tanto, Costa Rica como Panamá son los países que presentan más pérdida de años de vida sana.

Tabla 15

Tasa estandarizada por grupos de edad y sexo de AVAD de la enfermedad distímica en Costa Rica por 100,000 personas según grupo etario 2000-2019

	Costa Rica							
	Mujer				Hombre			
	05-14 años	15-49 años	50-69 años	70+	05-14 años	15-49 años	50-69 años	70+
2000	11,16	93,05	148,49	111,29	10,28	99,60	123,13	100,18
2001	11,36	95,28	148,47	111,54	10,22	99,69	123,04	99,68
2002	11,06	92,30	148,65	111,39	10,22	99,65	123,04	100,06
2003	11,27	94,77	148,88	111,47	10,18	99,83	123,02	99,77
2004	11,36	93,63	148,48	111,63	10,23	99,57	123,00	99,99
2005	11,68	98,32	148,76	110,91	10,46	100,23	123,15	99,30
2006	11,42	99,25	148,55	110,77	10,17	101,04	123,00	98,81
2007	11,28	96,69	148,96	111,27	10,27	99,98	123,11	99,63
2008	11,34	98,31	148,89	111,24	10,26	99,52	123,18	99,68
2009	11,04	97,54	148,25	110,71	9,98	102,10	122,72	99,26
2010	11,45	97,79	148,44	110,90	10,38	100,17	122,92	98,85
2011	11,58	99,08	148,87	111,41	10,33	99,97	123,10	99,31
2012	11,50	100,05	148,70	110,61	10,45	100,40	123,01	99,22
2013	11,42	98,77	148,86	110,79	10,38	100,58	123,02	99,30
2014	11,36	99,67	148,69	110,44	10,48	100,64	123,11	99,43
2015	11,10	99,86	148,95	110,66	10,13	101,27	122,78	98,83
2016	11,29	99,18	148,67	110,57	10,02	101,62	122,74	98,76
2017	11,04	98,19	148,20	110,79	10,05	102,53	122,38	98,94
2018	11,05	98,43	148,40	110,93	9,95	101,71	122,69	99,35
2019	11,10	98,39	148,02	110,93	10,08	102,94	122,39	99,11

Fuente: elaboración propia.

De la tabla 15 se observa que tanto para mujeres como para hombres el componente más importante, la mayor cantidad de años perdidos por cada 100.000 habitantes de cada grupo de edad, se presenta para los grupos etarios de 50 a 59 años y de 70 años y más. En el grupo de 15 a 49 años se presenta un aumento en la cantidad de años de vida sana perdidos, mientras que los otros grupos etarios presentan un comportamiento bastante constante.

Si se comparan los grupos de edad por sexo, se tiene que la cantidad de años de vida sana perdidos por enfermedad distímica para las mujeres es superior a los hombres excepto para el grupo de 15 a 49 años, donde el valor de tal indicador es superior para los hombres.

Tabla 16

Tasa estandarizada por grupos de edad y sexo de AVAD de la enfermedad distímica en Panamá por 100,000 personas según grupo etario 2000-2019

	Panamá							
	Mujer				Hombre			
	05-14 años	15-49 años	50-69 años	70 +	05-14 años	15-49 años	50-69 años	70 +
2000	10,73	115,95	148,40	111,12	9,87	100,25	123,18	99,35
2001	10,74	116,33	148,00	111,03	9,72	100,63	122,97	99,51
2002	10,73	116,77	148,27	111,02	9,66	100,82	122,68	99,52
2003	10,72	117,73	148,30	110,96	9,85	101,50	123,10	99,47
2004	10,82	116,21	148,27	110,82	9,64	100,40	122,92	99,47
2005	10,56	118,14	148,55	110,93	9,87	101,83	122,62	99,50
2006	10,99	117,26	148,68	110,64	9,66	101,03	122,71	99,22
2007	10,85	117,92	148,41	110,95	9,93	101,44	122,70	99,19
2008	10,70	117,66	148,19	110,87	9,48	101,24	123,20	99,55
2009	10,62	117,38	148,24	110,77	9,55	101,16	123,03	99,50
2010	11,11	118,31	148,55	110,81	9,83	101,56	122,26	99,24
2011	10,82	118,18	147,88	111,07	9,68	101,72	122,90	99,57
2012	10,99	117,86	148,52	110,79	9,83	101,60	122,58	99,47
2013	10,94	118,19	148,33	110,97	9,93	101,62	122,67	99,22
2014	11,14	118,33	148,55	111,02	9,85	101,85	122,72	99,50
2015	10,88	118,01	148,40	111,06	9,96	101,42	122,69	99,63
2016	10,93	118,07	148,55	111,14	9,95	101,58	122,57	99,23
2017	10,81	11,79	148,19	111,10	9,78	101,36	122,65	99,42
2018	10,82	117,76	148,46	110,94	9,82	101,35	122,85	99,26
2019	10,81	118,14	147,81	111,06	9,77	101,44	122,64	99,18

Fuente: elaboración propia.

De manera similar a lo observado en Costa Rica, las mujeres poseen valores más altos para este indicador respecto a los hombres, para todos los grupos etarios. Destacando que para las mujeres el grupo etario de 15 a 49 años se presentó un aumentó a través de los años, pasando diagnosticarse 115.95 casos por cada 100.000 habitantes en el 2000 a diagnosticarse 118,14 en el año 2019.

Tabla 17

Tasa estandarizada por grupos de edad y sexo de AVAD de la enfermedad distímica en Nicaragua por 100,000 personas según grupo etario 2000-2019

	Nicaragua							
	Mujer				Hombre			
	05-14 años	15-49 años	50-69 años	70+	05-14 años	15-49 años	50-69 años	70 +
2000	10,98	115,95	148,41	112,59	9,92	93,96	122,11	100,90
2001	11,04	116,33	148,44	112,76	9,95	93,94	122,13	100,56
2002	11,09	116,77	148,23	112,63	9,76	95,06	122,42	100,45
2003	11,01	117,73	148,49	112,83	10,08	93,88	122,30	100,78
2004	10,93	116,21	148,23	112,96	9,85	96,23	122,08	100,83
2005	10,99	118,14	148,51	112,46	10,06	93,53	122,14	100,39
2006	11,04	117,26	148,63	112,85	9,84	94,30	122,27	100,68
2007	10,89	117,92	148,20	112,73	9,87	97,75	121,69	100,39
2008	11,05	11,77	148,30	112,83	10,03	94,72	122,40	100,49
2009	11,09	117,38	148,21	112,79	10,05	94,51	122,23	100,80
2010	10,96	118,31	148,85	113,12	10,07	99,55	121,59	100,52
2011	10,86	118,18	148,16	112,48	9,87	95,68	121,87	100,39
2012	11,06	117,86	148,56	113,09	10,12	95,25	122,04	100,42
2013	10,96	118,19	148,43	112,96	9,92	96,69	121,98	100,34
2014	11,04	11,83	148,42	113,12	10,03	95,79	122,08	100,66
2015	10,89	118,01	148,45	112,86	9,87	97,42	121,69	100,29
2016	10,90	118,07	148,38	113,01	9,84	97,12	121,87	100,33
2017	10,87	117,89	148,07	112,70	9,89	98,35	121,92	100,09
2018	10,76	117,76	148,23	112,89	9,83	99,21	122,11	100,43
2019	10,75	118,14	148,18	112,46	9,86	98,61	121,78	100,02

Fuente: elaboración propia.

En Nicaragua se presentó un aumento de aproximadamente 2 años de vida saludable perdidos para las mujeres en el grupo de 15 a 49 años en el período del 2000 al 2019, mientras que para el mismo grupo de edad y período de tiempo el aumento fue de 4,65 años por cada 100.000 habitantes.

Tabla 18

Tasa estandarizada por grupos de edad y sexo de AVAD de la enfermedad distímica en El Salvador por 100,000 personas según grupo etario 2000-2019.

	El Salvador							
	Mujer				Hombre			
	05-14 años	15-49 años	50-69 años	70 +	05-14 años	15-49 años	50-69 años	70 +
2000	10,25	113,62	148,12	111,19	9,38	95,51	121,67	98,90
2001	10,17	113,22	148,17	111,28	9,27	95,92	121,48	98,79
2002	10,53	114,29	148,18	111,10	9,53	96,28	121,53	98,87
2003	10,73	114,31	148,19	111,00	9,63	96,36	121,25	98,70
2004	11,28	114,79	148,20	111,03	9,45	95,81	121,24	98,39
2005	10,41	114,06	148,26	110,54	10,15	96,13	121,60	98,76
2006	11,50	114,68	147,94	110,48	10,41	95,84	121,15	97,97
2007	11,02	11,48	148,01	110,75	9,76	96,11	121,34	98,81
2008	10,88	114,71	148,10	110,20	9,88	96,34	121,42	98,65
2009	11,00	11,56	148,11	110,91	9,97	96,35	121,11	98,25
2010	11,24	114,88	148,03	110,70	10,07	95,96	121,36	98,43
2011	11,48	114,70	147,98	110,46	10,43	95,65	120,96	98,23
2012	11,44	114,72	148,14	110,81	10,38	95,62	120,96	98,05
2013	11,35	114,65	147,90	110,34	10,38	95,67	121,04	98,02
2014	11,38	114,94	147,89	110,42	10,30	95,51	121,10	98,13
2015	11,28	115,46	148,02	110,07	10,01	95,93	120,92	98,18
2016	11,31	11,52	147,98	110,00	10,20	95,76	120,82	98,15
2017	11,02	116,56	147,76	110,14	9,86	97,18	121,13	97,87
2018	10,87	116,16	147,75	110,19	9,88	96,87	121,16	97,92
2019	10,75	117,19	147,44	109,98	9,81	97,93	120,75	97,97

Fuente: elaboración propia.

De manera similar al comportamiento de Nicaragua, en El Salvador se tiene una mayor cantidad de años perdidos por cada 100.000 habitantes para las mujeres respecto a los hombres. El grupo etario para ambos sexos donde se presentó un aumento para el indicador de AVAD fue el de 15 a 49 años, siendo el aumento de 3,57 años para las mujeres y 2,42 para los hombres.

Tabla 19

Tasa estandarizada por grupos de edad y sexo de AVAD de la enfermedad distímica en Honduras según grupo etario 2000-2019

	Honduras							
	Mujer				Hombre			
	05-14 años	15-49 años	50-69 años	70 +	05-14 años	15-49 años	50-69 años	70 +
2000	10,67	109,85	147,60	112,25	9,64	94,03	122,30	100,31
2001	10,85	109,27	147,61	112,68	9,69	93,86	122,58	100,20
2002	10,77	109,33	147,92	112,56	9,61	94,16	122,38	100,14
2003	10,53	109,56	147,65	112,38	9,79	94,12	122,21	99,99
2004	10,92	110,61	148,09	112,43	9,64	94,62	122,35	99,88
2005	11,08	111,05	147,67	112,83	9,78	95,11	122,33	100,44
2006	10,74	109,49	147,59	112,96	9,95	94,10	122,21	100,15
2007	10,78	110,06	147,83	112,89	9,79	94,51	122,11	100,60
2008	10,91	109,97	147,31	112,79	9,97	95,80	122,45	99,98
2009	10,72	112,30	147,69	112,62	9,78	94,40	122,32	100,07
2010	10,98	110,39	148,10	112,99	9,81	94,87	122,11	100,26
2011	10,85	110,30	147,81	112,78	9,71	94,48	122,29	99,94
2012	10,96	111,03	147,82	113,05	9,91	94,90	122,15	100,15
2013	10,90	110,65	147,63	113,17	10,04	95,02	122,05	99,97
2014	11,08	111,66	147,50	113,14	9,94	95,26	121,85	100,29
2015	11,10	111,37	147,69	113,10	9,92	95,12	122,19	99,95
2016	10,93	112,04	147,66	112,87	9,95	95,47	122,16	100,35
2017	10,91	113,10	147,14	112,51	9,85	96,23	122,10	100,06
2018	10,93	112,70	147,32	112,43	9,90	96,03	122,25	100,08
2019	10,90	113,68	147,15	113,20	9,87	96,61	121,85	100,04

Fuente: elaboración propia.

Se puede observar de la tabla 13 que las mujeres para todos los grupos etarios tienen más años de vida saludable perdidos respecto a los hombres. Para ambos sexos en el grupo de 15 a 49 años se presentó un aumento en este indicador para el período del 2000 al 2019. En el caso de las mujeres aumentó aproximadamente en 4 años y para los hombres de 2,58 años por cada 100.000 habitantes

Tabla 20

Tasa estandarizada por grupos de edad y sexo de AVAD de la enfermedad distímica en Guatemala según grupo etario 2000-2019

	Guatemala						
	Mujer			Hombre			
	15-49 años	50-69 años	70 +	05-14 años	15-49 años	50-69 años	70 +
2000	109,85	147,18	112,59	9,30	93,51	121,05	101,30
2001	110,46	146,84	113,36	9,53	93,58	121,35	101,12
2002	109,72	146,78	113,85	9,23	93,61	121,42	100,62
2003	110,22	147,14	112,65	9,48	93,58	121,37	100,51
2004	110,56	147,07	113,05	9,36	92,97	121,18	100,54
2005	111,43	147,18	112,82	9,83	93,39	121,17	100,25
2006	109,97	146,86	111,74	9,92	93,52	121,04	99,46
2007	110,47	146,80	112,89	9,67	93,27	121,27	100,30
2008	110,41	146,95	110,69	9,83	94,68	121,18	100,11
2009	112,93	146,85	112,28	9,75	93,49	121,07	98,96
2010	110,73	147,02	112,64	9,78	92,96	121,33	100,46
2011	110,99	147,45	112,59	9,91	93,07	121,18	99,86
2012	110,91	147,04	112,06	10,01	93,46	121,09	100,23
2013	110,74	147,09	112,59	9,88	93,22	121,22	100,28
2014	111,69	147,24	111,39	9,97	93,66	121,09	99,44
2015	112,58	147,24	111,11	9,99	94,32	121,28	99,27
2016	112,12	147,25	110,75	9,92	93,98	121,34	99,00
2017	113,69	146,80	110,51	9,82	95,43	121,26	98,79
2018	113,22	146,89	110,77	9,84	95,05	121,26	99,27
2019	114,28	146,79	110,22	9,84	96,03	121,34	98,54

Fuente: elaboración propia.

En Guatemala, se puede observar que a diferencia del resto de países en varios grupos etarios tanto para hombres como para mujeres la cantidad de años perdidos de vida sana ha venido disminuyendo. En el caso de las mujeres en el grupo de edad de 50 a 69 años y 70 y más se presentó una disminución de aproximadamente 2 años de vida sana perdidos, mientras que en el caso de los hombres esta disminución se presentó para el grupo de 70 y más años, pasando de 101,30 años de vida sana perdidos a 98,54 por cada 100.000 habitantes.

De igual manera que en los otros países se presentó un aumento en la cantidad de años vida sana perdidos para el grupo etario de 15 a 49 años para ambos sexos. Para las mujeres el aumento fue de aproximadamente 5 años y en caso de los hombres de aproximadamente 3 años.

CAPITULO V

DISCUSIÓN E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

5.1 DISCUSION E INTERPRETACION O EXPLICION DE LOS RESULTADOS

Antes de emprender una evaluación comparativa de la carga de la enfermedad distímica en los países bajo investigación, es esencial que identifiquemos las particularidades en cuanto a la prevalencia, la incidencia y la evolución de esta enfermedad en la población. De hecho, es precisamente a través de la descripción detallada de estos aspectos que podemos adquirir un conocimiento más sólido acerca de los grupos de individuos en mayor riesgo.

Charlson et al. (2013) previamente propusieron un modelo epidemiológico global de enfermedad distímica utilizando el Estudio de Carga Global de Enfermedades (GBD). Sin embargo, los estudios que se enfocan en la tendencia global de la distimia no se actualizaban desde 2010.

Peng et al. (2023) y sus colaboradores llevaron a cabo un estudio que actualiza el panorama de la carga de esta enfermedad, abordando la prevalencia, incidencia, tasas de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) y el cambio porcentual en los casos de muerte por distimia en 204 países y territorios, utilizando los datos más recientes del Estudio GBD 2019, este trabajo permitió contrastar con los resultados obtenidos en el estudio de Charlson et al. (2013) lo que permitió apreciar el aumento en las tasas estandarizadas de prevalencia, incidencia y años de vida ajustados por discapacidad debido a este trastorno. Desde ese momento se identificó el carácter de urgencia que encerraba esta información en cuanto al peso de esta enfermedad y la necesidad de ocuparse nuevamente los datos para proporcionar una descripción más precisa y comparativa de las variaciones en la carga del trastorno distímico.

Según el análisis estadístico realizado en el estudio "La carga global, nacional y regional de la distimia de 1990 a 2019: perspectivas del estudio Global Burden of Disease 2019", se concluye

que la carga global de distimia, evaluada mediante tasas de incidencia estandarizadas por edad como (ASIR), tasa de prevalencia estandarizada por edad (ASPR) y AVAD, permanecen considerables, mostrando fluctuaciones notables entre países. Aunque con cambios poco significativos de 1990 a 2019 (Peng et al. 2023).

La presente investigación con respecto a la prevalencia de la distimia (la totalidad de casos de la enfermedad que hay en un país para un año específico) en Costa Rica, Centroamérica y Panamá, determina que, la mayoría de los países en estudio presentaron un aumento en la tasa estandarizada de prevalencia, es decir, cada año hay más casos de enfermedad distímica por cada 100.000 habitantes.

Lo anterior, se respalda con el comportamiento constante y ascendente que este indicador ha mantenido a través del tiempo según los resultados del análisis de Peng et al. (2023), donde se reconocieron 100,49 millones de casos prevalentes de distimia en 2019, que aumentaron precipitadamente un 23,51 % con respecto a 1990.

El Salvador fue el país que durante todo el período analizado presentó las tasas de prevalencia más alta, así como el país que presentó el mayor aumento en la tasa de incidencia en el período analizado, ya que, aumentó 2.56 casos por cada 100.000 habitantes. De igual manera Costa Rica, Honduras y Guatemala tuvieron aumentos en la tasa de incidencia de más de dos casos. Por otro lado, Panamá fue el país con las tasas más bajas y junto con Nicaragua fueron los países con el aumento más bajo de casos de enfermedad distímica, para Panamá el aumento fue de 0,49 casos y para Nicaragua de 0,27 casos por cada 100.000 habitantes.

En El Salvador, el Ministerio de Salud indica que el año 2013 (último año del que se tienen datos) se atendieron 9,017 consultas por depresión en establecimientos públicos, lo que representa el segundo trastorno mental más comúnmente consultado. Además, indica que existe

un aumento del 60% de los casos de depresión atendidos en el sistema público, ascendiendo desde 5,471 consultas en 2009 (Mena & Rodríguez Posadas, 2022)

Según el informe semestral "Población y Salud en Mesoamérica" elaborado por Sequeira et al. (2022), se resalta la falta de investigaciones a nivel poblacional en Costa Rica que permitan establecer la incidencia de la distimia y la depresión. Por otro lado, una revisión sistemática y un metaanálisis se enfatiza la escasez de investigaciones que recojan y comparen la prevalencia de la depresión en adolescentes a escala global (Shorey et al., 2022)

De acuerdo con el análisis de los datos del GBD, se observa un aumento en el número de nuevos casos de distimia en todo el mundo, que pasó de 10 millones en 1990 a 16 millones en 2017, lo que representa un incremento del 58,98% (Liu et al., 2020).

El estudio “Cambios en la carga global de la depresión 1990 – 2017” en cuanto a la distimia confirma, que el comportamiento de este indicador varió ampliamente entre los 195 países y regiones en 2017, siendo la más alta en los Estados Unidos, seguida de Canadá y Groenlandia. Con las tasas estandarizadas más bajas en Colombia, seguida de Rumania, y Panamá (Liu et al., 2020).

Cuando se realizaron los análisis de las tasas de prevalencia por grupo etario y sexo, se tiene que el grupo edades más afectado por esta enfermedad es el de 15 a 49 años. Además, para todos los grupos etarios, las mujeres siempre presentan tasas de prevalencia más altas respecto a los hombres.

Peng et al. (2023) señalan, que la tendencia ascendente, aunque más numérica que significativa, subraya la importancia de abordar la carga de la enfermedad distímica, especialmente dada la vasta base demográfica mundial. Además, se destaca una tasa de incidencia más alta en los grupos de edad de 20 a 44 años, con mujeres experimentando una tasa de incidencia más elevada

que los hombres en el año 2019.

Vives et al. (2019) afirma en su investigación que, en los Estados Unidos, se ha estimado que la prevalencia anual de Distimia es del 0,5% y para el Trastorno de depresión mayor crónico (CMDD) es de 1,5%, presentándose en ambos casos con mayor frecuencia en el sexo femenino. Las investigaciones epidemiológicas indican que la Distimia afecta más a las mujeres que a los hombres, con una proporción de 9 mujeres por cada hombre que sufre depresión (Carles, 2019). Costa Rica, Panamá, El Salvador y Guatemala presentaron disminuciones en la tasa de prevalencia para el grupo etario de 70 años y más. Mientras que Nicaragua y Honduras mantuvieron un comportamiento constante de este indicador para tal grupo etario.

En lo que respecta a la prevalencia del trastorno depresivo persistente (TDP) o distimico en diferentes grupos etarios, la situación se vuelve menos evidente debido a las modificaciones recientes en la definición de este trastorno. En términos generales, se observa una tendencia a la disminución de las tasas de depresión a medida que avanza la edad, particularmente a partir de los 65 años (Patel & Rose, 2023).

Costa Rica fue el país con el mayor aumento en las tasas de incidencia, con un incremento de 0,41 casos por cada 100.000 habitantes, de igual manera El salvador, Honduras y Guatemala presentaron aumentos para este indicador. Por otro lado, Panamá y Nicaragua presentaron una leve disminución, específicamente del 2000 al 2019 la cantidad de casos disminuyeron en 0,06 por cada 100.000 habitantes.

Basándonos en estos datos y considerando las proyecciones de crecimiento poblacional proporcionadas por el Centro Centroamericano de Población (CCP) y el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) en 2021, se observa que el porcentaje de casos de trastornos depresivos informados entre los años 2014 y 2017 osciló entre el 1,08 % y el 1,14 % (con 51,451

casos en 2014 y 56,563 en 2017). Estos números indican una tendencia al aumento (Sequeira et al., 2022).

Al analizar la incidencia por grupo etario se tiene que de manera general para el grupo de 15 a 49 años se aumentó la cantidad de casos nuevos diagnosticados por cada 100.000 habitantes tanto para hombres como para mujeres.

Carles (2019) manifiesta en su tesis doctoral que la edad media de inicio de los trastornos de estado de ánimo (incluida la distimia), se encuentra en la mayoría de los estudios entre los 13-14 años, con una prevalencia en adolescentes del 3,4% y sin diferencia entre géneros.

De igual manera que con la prevalencia, las mujeres son el grupo más afectado por esta enfermedad, ya que por año se diagnostican más casos nuevos si se comparan con los hombres.

Informes del CCP Y EL INEC en el 2021 destacaron que es importante señalar que los trastornos depresivos afectaron aproximadamente tres veces más a las mujeres que a los hombres, con tasas del 0,80 % al 0,84 % en comparación con el 0,28 % al 0,30 % (Sequeira et al., 2022).

En relación con la cantidad de años de vida saludable perdidos, de manera general se puede observar que hay un crecimiento leve a través de los años para la mayoría de los países, es decir, que en años más recientes se han perdido más años de vida saludable. Es importante destacar que los valores para este indicador rondan entre los 84 a los 85 años por cada 100.000 habitantes.

El Global Health Metrics (2019) realizó el recuento de la tasa estándar de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por cada 100,000 habitantes, abarcando todas las edades y ambos sexos. Los resultados revelaron un comportamiento global del AVAD de 118.2 por cada 100,000, que aumentó un 2,58 % de 1990 a 2019.

Del año 2000 al 2006 Costa Rica y El Salvador presentaron un comportamiento muy similar

para este indicador, siendo los países con el mayor AVAD, sin embargo, a partir del 2007 fue El Salvador el país con mayor cantidad de años de vida saludable perdidos. Por otro lado, Guatemala y Panamá fueron el país con los valores más bajos para este indicador en el período del 2000 al 2011.

De acuerdo con el estudio “Carga global, regional y nacional de 12 trastornos mentales en 204 países, 1990–2019” la pérdida de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) atribuido a los trastornos mentales aumento del 3.1% al 4.9 % entre 1990 y el 2019, destacando que los trastornos depresivos representaron la mayor proporción de AVAD de trastornos mentales en el 2019, alcanzado el 37.3% (The Lancet 2022, p.137).

Asociado a lo anterior, el Global Health Metrics (2019) encontró la distimia provocó 9,66 millones de AVAD globales en 2019, lo que equivale al 0,4% de AVAD. Además, el trastorno distímico contribuyó al 7,7% de los AVAD para el conjunto de trastornos mentales.

Cuando se analiza la cantidad de años de vida saludable perdidos por sexo, se tiene que en todos los países y para todo el período de interés, los valores de este indicador son mayores para las mujeres que para los hombres.

El departamento de Estadística del IHME llevo a cabo un exhaustivo análisis de los datos recopilados por su equipo lo largo del periodo 2010-2019, con el propósito de examinar el comportamiento, las características y la carga de la enfermedad distímica. Los resultados obtenidos revelan que, para el año 2019, el sexo femenino presenta una mayor afectación, evidenciada por una tasa estandarizada de AVAD de 137,6 por cada 100,000 mujeres, en comparación con una tasa de 98,6 por cada 100,000 hombres (IHME, 2019).

Según el Global Health Metrics (2019), en el informe “Distimia: causa de nivel 4” porcentualmente, se observa que el patrón de tasas más elevadas persiste en el grupo femenino

en relación con los AVAD, experimentando un aumento de -1,9 a 3,2 durante el periodo de estudio 2010-2019. En contraste, el incremento porcentual en los hombres paso de -2,3 a 2,2 en el mismo lapso. Estos hallazgos indican una disparidad significativa en la carga de la enfermedad distímica entre géneros, destacando mayor cantidad y aumento sostenido de los años de vida ajustados por discapacidad en las mujeres a lo largo de la última década.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

En base a los resultados presentados, se concluye lo siguiente:

- En el 2019, persistió la disparidad similar en la distribución de la carga global de trastornos mentales en comparación con el año 2000. Presentando las tasas más altas los países en vías de desarrollo en contraste con los países subdesarrollados.
- A lo largo de esta investigación se aprecia una importante disonancia entre el aumento global de la prevalencia de los trastornos mentales del espectro afectivo como la distimia y el registro epidemiológico de esta enfermedad, especialmente en países de América Latina y el Caribe. Se debe resaltar que esta problemática se observó desde el Estudio GBD 2010 para estimar la carga de la enfermedad distimia, donde reconocen que la metodología empleada para estimar la carga de trastornos mentales presento limitaciones clave, destacando la importancia de criterios de inclusión y estándares mínimos en la recopilación de datos.
- Se destaca la importancia de que los parámetros de clasificación del DSM e ICD tomen en cuenta las particularidades culturales al momento de establecer las definiciones de los casos, ya que pueden no ser sensibles a la mayoría de los contextos de los estos.
- Diferencias en la Prevalencia: en cuanto la prevalencia se observó que la distimia afecta más a mujeres que a hombres en todos los países evaluados, con valores constantes a lo largo de los años. Las mujeres presentaron una prevalencia más alta, alrededor de 947,14 casos por cada 100,000 habitantes, mientras que los hombres tenían una prevalencia más baja, alrededor de 799.95 casos por cada 100,000 habitantes. Estas diferencias de género se mantuvieron constante.
- Notable variabilidad entre países y para incidencia y AVAD: a pesar de las tendencias

generales descritas anteriormente, es importante destacar que al analizar los gráficos 4 y 7, se puede observar que los países presentan comportamientos distintos entre sí y a lo largo de los años. Esto sugiere que, si bien hay patrones generales, la distimia no afecta a todos los países de la misma manera y puede haber factores específicos que influyan en la diferencia observada.

- Diferencias en casos nuevos por año: el gráfico 4 muestra que la cantidad de casos nuevos de distimia diagnosticada por año, aumento en Costa Rica, El Salvador y Honduras, aunque estos aumentos fueron leves. Nicaragua presentó una disminución leve, mientras que Guatemala mantuvo una cantidad constante de los casos nuevos. Las variaciones en la tasa de incidencia fueron mínimas en todos los países, oscilando entre 145.5 y 147 casos nuevos por cada 100,000 habitantes.
- Al examinar detenidamente los datos relacionados con los años de vida saludable perdidos y las tasas de incidencia y prevalencia en los países estudiados, se revelan distintos patrones de comportamiento. En términos de la cantidad de años de vida saludable perdidos, se observa en general una tendencia leve al aumento a lo largo de los años en la mayoría de los países, lo que sugiere que en épocas recientes se han perdido más años de vida saludable. Es importante notar que los valores de este indicador oscilan en torno a 84 a 85 años por cada 100,000 habitantes.
- Diferentes tasas de AVAD por país: a pesar de la similitud general hubo diferencias notables en las tasas de AVAD entre países. El Salvador registró la tasa más alta en el año 2017, mientras que Guatemala tuvo la tasa más baja en el año 2000. Esto destaca que, aunque la tendencia general es similar, existen variaciones significativas en la carga de la Distimia entre países en momentos específicos.

- Diferencias de AVAD según el género: como se observó en los gráficos 2 y 3, en general, las mujeres presentan una mayor carga de AVAD relacionada con la distimia en comparación con los hombres. Esta diferencia de género se mantuvo constante a lo largo de los años en todos los países estudiados. Sin embargo, se notó una tendencia a la baja en la cantidad de años de vida saludable perdidos para hombres en Costa Rica y Panamá.
- En base al análisis individualizado de las tablas de frecuencia de los AVAD, tasas de incidencia y prevalencia según género y edad, se observa, que las mujeres registran las tasas más altas en todos los indicadores anteriormente mencionados. Además, se identifica que, tanto, en hombres como en mujeres entre los 15 – 49 años se ha experimentado un aumento de años de vida saludable perdidos, la cifra total de casos y el número de nuevos diagnósticos anuales.
- De forma general, los resultados revelan una tendencia general de estabilidad en la carga de la enfermedad distímica de cada región, con diferencias notables en la tasa de incidencia y prevalencia entre países y géneros. Aunque los patrones generales son similares, se debe tener en cuenta las particularidades de cada país y año al abordar la distimia como un problema de salud pública en la región.

6.2 RECOMENDACIONES

- Implementar en los centros de salud pública y con mayor prioridad en los de atención primaria, un sistema de registro integral dentro del expediente electrónico que permita al médico general medir el riesgo para las usuarias femeninas a padecer de este trastorno. Ya que para todos los países y todos los grupos etarios las mujeres siempre tienen mayor cantidad de años de vida sana perdidos o mayores tasas de incidencia y prevalencia de esta enfermedad.
- Capacitar a medico no especialista en psiquiatría en esta patología con el propósito de que logre un reconocimiento temprano de biomarcadores asociados a la distimia y así los pacientes puedan recibir un tratamiento oportuno, minimizando las comorbilidades que caracteriza la cronicidad de este padecimiento.
- Utilizar registros provenientes de los sistemas de salud correspondientes para tener resultados más confiables: Debido a lo anterior se incita en investigaciones posteriores a utilizar los registros administrativos de los respectivos entes de salud de los países, sobre todo teniendo en cuenta la problemática que existe en Costa Rica respecto al subregistro de esta enfermedad.
- Enfocar acciones educativas y preventivas en el grupo etario de 15 a 49 años, debido a que se identificó como el grupo etario con mayor afectación según los AVAD, así como la incidencia y prevalencia para todos los países.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- American Psychiatric Association (Ed.). (2014). Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013. American Psychiatric Publishing.
- Carles, M. S. (2019). Perfiles clínicos y variables de desenlace terapéutico en mujeres con distimia en un tratamiento grupal cognitivo-conductual. 262.
<https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/668357/TESI.pdf?sequence=1&isAllowed=n>
- Charlson, F. J., Ferrari, A. J., Flaxman, A. D., & Whiteford, H. A. (2013). The epidemiological modelling of dysthymia: Application for the Global Burden of Disease Study 2010. *Journal of Affective Disorders*, 151(1), 111-120. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.05.060>
- De La Serna, J. M. (2017). Depresión: Cuando la Tristeza se Vuelve Patológica. *Distimia*. 5.
https://www.researchgate.net/publication/347512686_La_Distimia/link/5fdf864245851553a0db30ff/download
- Fajardo, A. (2017). Medición en epidemiología: Prevalencia, incidencia, riesgo, medidas de impacto. *Revista alergia México*, 64(1), 109-120. <https://doi.org/10.29262/ram.v64i1.252>
- Global Health Metrics. (2019). Distimia: Causa de nivel 4 | El Instituto de Métrica y Evaluación de la Salud. https://www.healthdata.org/results/gbd_summaries/2019/dysthymia-level-4-cause
- González Anaya, T. (2015). Entendiendo el uso y resultados del indicador “Años de vida ajustados por discapacidad”. *Revista Mexicana de Análisis Político y Administración Pública*, 8 (julio-diciembre 2015), 195-210. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5634623>
- Hung, C.-I., Liu, C.-Y., & Yang, C.-H. (2019). Persistent depressive disorder has long-term negative impacts on depression, anxiety, and somatic symptoms at 10-year follow-up among patients with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 243, 255-261.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.068>

Instituto Nacional de Estadística y Censo. (2023). Esperanza de vida al nacer. INEC.

<https://inec.cr/indicadores/esperanza-vida-al-nacer>

Krzystanek, M., Martyniak, E., Pałasz, A., Skalaćka, K., Chwalba, A., & Wierziński, P. (2023).

Amantadine in Treatment of Dysthymia—The Pilot Case Series Study. *Pharmaceuticals*, 16(6), Article 6. <https://doi.org/10.3390/ph16060897>

Liu, Q., He, H., Yang, J., Feng, X., Zhao, F., & Lyu, J. (2020). Changes in the global burden of depression from 1990 to 2017: Findings from the Global Burden of Disease study. *Journal of Psychiatric Research*, 126, 134-140. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.08.002>

Mathers, C. D. (2020). History of global burden of disease assessment at the World Health Organization. *Archives of Public Health*, 78, 77. <https://doi.org/10.1186/s13690-020-00458-3>

May, D. G., Shaffer, V. N., & Yoon, K. L. (2020). Treatment of double depression: A meta-analysis. *Psychiatry Research*, 291, 113262. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113262>

Mena, F. J., & Rodríguez Posadas, L. (2022). Pronóstico de los Años de Vida Ajustados por Discapacidad debido a trastornos depresivos en población salvadoreña. *Teoría Y Praxis*, 41, 9–28. <https://doi.org/10.5377/typ.v1i41.15070>

MC KEE SEAN, LEACH-KEMON, & REDFORD SOFIA. (2019). Qué medimos y por qué | El Instituto de Métrica y Evaluación de la Salud. <https://www.healthdata.org/news-events/insights-blog/acting-data/what-we-measure-and-why>

Ministerio de Salud. (2023). Boletín Epidemiológico N°25 de 2023 Dirección de Vigilancia de la Salud Ministerio de Salud. Boletín Epidemiológico(N°25), 46. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/material-informativo/material-publicado/boletines/boletines-vigilancia-vs-enfermedades->

- de-transmission-vectorial/boletines-epidemiologicos-2023/6545-boletin-epidemiologico-n-25-1/file
- Organizacion Mundial de la Salud. (2023). Depresión. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/depression>
- O'Young, B., Gosney, J., & Ahn, C. (2019). The Concept and Epidemiology of Disability. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 30(4), 697-707.
<https://doi.org/10.1016/j.pmr.2019.07.012>
- Pan American Health Organization. (2018). La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. 4. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49578>
- Patel, R. K., & Rose, G. M. (2023a). Persistent Depressive Disorder. En StatPearls. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541052/>
- Patel, R. K., & Rose, G. M. (2023b). Persistent Depressive Disorder. En StatPearls. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541052/>
- Peng, H., Wu, X., Wen, Y., Zhang, H., Lin, J., & Guan, W. (2023). The global, national, and regional burden of dysthymia from 1990 to 2019: Insights from the Global Burden of Disease 2019 study. *Journal of Affective Disorders*, 333, 524-526. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.04.024>
- Pichot, P., Aliño, J. J. L.-I., & Miyar, M. V. (s. f.). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
- Quagliato, L. A., Primavera, D., Fornaro, M., Preti, A., Carta, M. G., & Nardi, A. E. (2023). An update on the pharmacotherapeutic strategies for the treatment of dysthymic disorder: A systematic review. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 1-6. <https://doi.org/10.1080/14656566.2023.2265809>
- Ranga Krishnan, MD. (2022). Unipolar depression in adults: Epidemiology—UpToDate. UpToDate. <https://www.uptodate-com.binasss.idm.oclc.org/contents/unipolar-depression-in-adults-epidemiology?search=Depresi%C3%B3n%20unipolar%20en%20adultos:%20Epidemiolog%C3%>

ADa&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

- Rubinstein, A. (2007). Años de vida ajustados a discapacidad y carga global de enfermedad. *Evidencia, actualización en la práctica ambulatoria*, 10(3), Article 3.
<https://doi.org/10.51987/evidencia.v10i3.5510>
- Schramm, E., Klein, D. N., Elsaesser, M., Furukawa, T. A., & Domschke, K. (2020). Review of dysthymia and persistent depressive disorder: History, correlates, and clinical implications. *The Lancet Psychiatry*, 7(9), 801-812. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30099-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30099-7)
- Sequeira, A., Blanco-Vargas, M., Brenes, J. C., Sequeira-Cordero, A., Blanco-Vargas, M., & Brenes, J. C. (2022). La depresión mayor en Costa Rica: Aspectos epidemiológicos y psicobiológicos. *Población y Salud en Mesoamérica*, 19(2), 465-489. <https://doi.org/10.15517/psm.v0i19.48038>
- Shorey, S., Ng, E. D., & Wong, C. H. J. (2022). Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: A systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 287-305. <https://doi.org/10.1111/bjc.12333>
- The Institute for Health Metrics and Evaluation. (2021, octubre 7). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. Institute for Health Metrics and Evaluation. <https://www.healthdata.org/research-article/global-regional-and-national-burden-12-mental-disorders-204-countries-and>
- Vandeleur, C. L., Fassassi, S., Castelao, E., Glaus, J., Strippoli, M.-P. F., Lasserre, A. M., Rudaz, D., Gebreab, S., Pistis, G., Aubry, J.-M., Angst, J., & Preisig, M. (2017a). Prevalence and correlates of DSM-5 major depressive and related disorders in the community. *Psychiatry Research*, 250, 50-58. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.060>
- Ventriglio, A., Bhugra, D., Sampogna, G., Luciano, M., De Berardis, D., Sani, G., & Fiorillo, A.

(2020). From dysthymia to treatment-resistant depression: Evolution of a psychopathological construct. *International Review of Psychiatry*, 32(5-6), 471-476.

<https://doi.org/10.1080/09540261.2020.1765517>

Vives, G., J, G., Y, S., & P, M. (2019). Distimia—ClinicalKey. ClinicalKey. <https://www-clinicalkey-es.binasss.idm.oclc.org/#!/content/journal/1-s2.0-S0304541219302276>

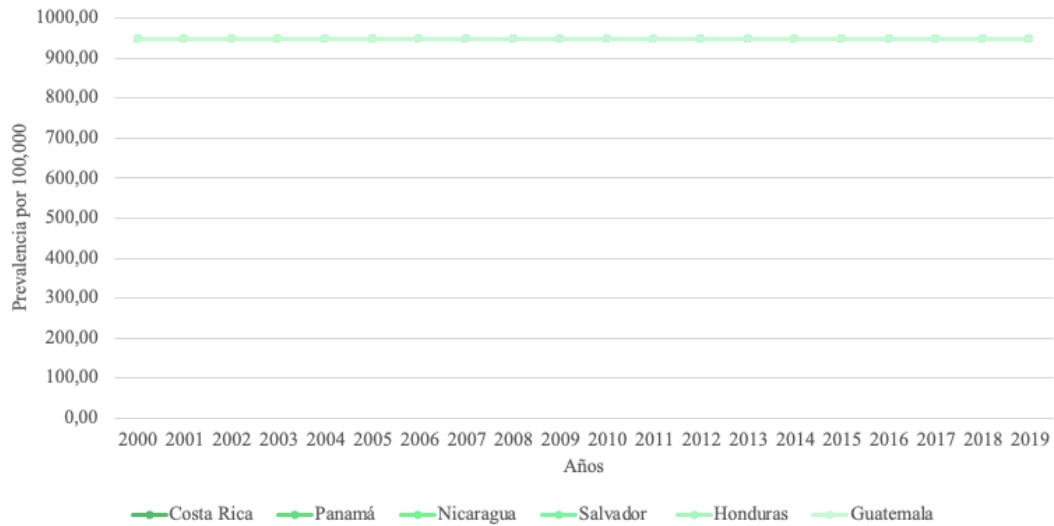
GLOSARIO Y ABREVIATURAS

- **AVAD:** años de vida ajustados a la discapacidad
- **AVP:** años de vida perdidos por muerte prematura
- **AVD:** años vividos con discapacidad
- **IHME:** Institute for Health Metrics and Evaluation
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **ONU:** Organización de las Naciones Unidas
- **TDP:** trastorno depresivo persistente
- **GBD:** estudio de carga global de la enfermedad
- **ASIR:** La tasa de incidencia estandarizada por edad
- **ASPR:** tasa de prevalencia estandarizada por edad
- **EAPC:** los cambios porcentual anual estimados
- **TDMC:** trastorno depresivo mayor crónico
- **TDM:** trastorno depresivo mayor
- **MSP:** Ministerio de salud publica
- **DSM-5:** Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) de la American Psychiatric Association.
- **CIE-10:** Clasificación Internacional de Enfermedades
- **ISRS:** inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina
- **IRSN:** inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina

ANEXOS

Gráfico N. 2

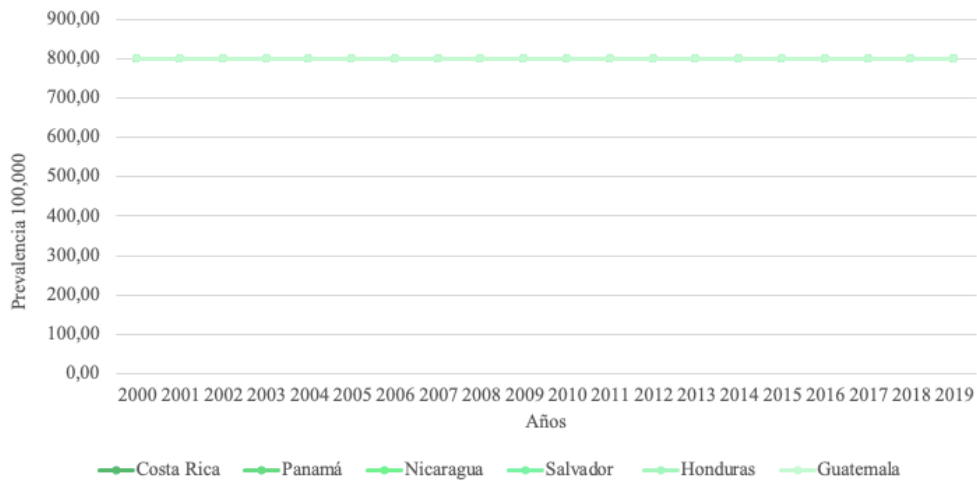
Prevalencia de la distimia, tasas estandarizadas por grupos de edad, mujeres, 2000-2019 .



Fuente: elaboración propia.

Gráfico N. 3

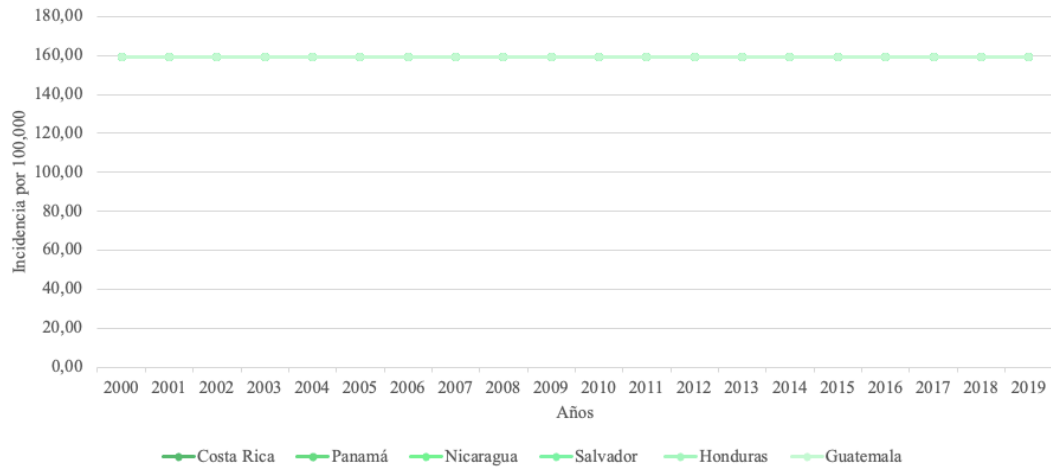
Prevalencia de la distimia, tasas estandarizadas por grupos de edad, hombres, 2000-2019 .



Fuente: elaboración propia.

Gráfico N. 5

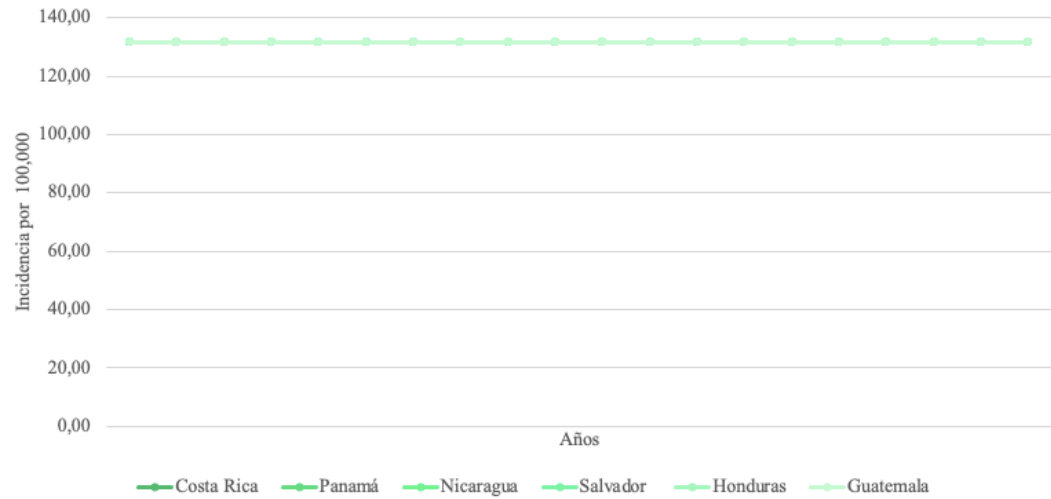
Incidencia de la enfermedad distímica, tasas estandarizadas por grupos de edad, mujeres 2000-2019.



Fuente: elaboración propia.

Gráfico N. 6

Incidencia de la distimia, tasas estandarizadas por grupos de edad, hombres, 2000-2019 .



Fuente: elaboración propia.

CARTA DEL TUTOR

San José, 15 de noviembre de 2023.

Señores
Departamento de Servicios Estudiantiles
Universidad Hispanoamericana

Estimados señores:

La estudiante Johanna Zamora Solano, cédula de identidad número 2-0616-0452, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado "EVOLUCIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LA CARGA DE LA ENFERMEDAD POR DISTIMIA EN COSTA RICA, CENTROAMERICA Y PANAMÁ 2000-2019" el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Medicina y Cirugía. He verificado que se han incluido las observaciones y hecho las correcciones indicadas, durante el proceso de tutoría; y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación, antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos, conclusiones y recomendaciones.

Los resultados obtenidos por el postulante implican la siguiente calificación:

A)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10%
B)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	10%
C)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	29%
D)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	18%
E)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	20%
	TOTAL		87%

Por consiguiente, se avala el traslado de la tesis al proceso de lectura.

Atentamente,

YAZLIN LILLIANA
ALVARADO
RODRIGUEZ
(FIRMA)

Firmado digitalmente
por YAZLIN LILLIANA
ALVARADO
RODRIGUEZ (FIRMA)
Fecha: 2023.11.15
11:37:03 -06'00'

Dra. Yazlin Alvarado Rodríguez
1-1472-0916
Cód. 13560

DECLARACIÓN JURADA

Yo Johanna Zamora Solano, cédula de identidad número 206 160452, en condición de egresada de la carrera de Medicina y Cirugía de la Universidad Hispanoamericana, y advertido de las penas con las que la ley castiga el falso testimonio y el perjurio, declaro bajo la fe del juramento que dejo rendido en este acto, que mi trabajo de graduación, para optar por el título de Licenciatura en Medicina y Cirugía titulado **“EVOLUCIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LA CARGA DE LA ENFERMEDAD POR DISTIMIA EN COSTA RICA, CENTROAMÉRICA Y PANAMÁ”** es una obra original y para su realización he respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derechos de Autor y Derecho Conexos, número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; especialmente el numeral 70 de dicha ley en el que se establece: “Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original”. Asimismo, que conozco y acepto que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. Firmo, en fe de lo anterior, en la ciudad de San José, a los dieciséis días del mes de noviembre del año dos mil veintitres



Johanna Zamora Solano

Cédula: 206 160452

San José, 15 Febrero, 2024.

Srs.
Departamento de Servicios Estudiantiles
Universidad Hispanoamericana
Presente

Estimados:

La estudiante Johanna Zamora Solano, cédula de identidad número 206160452, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado "EVOLUCIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LA CARGA DE LA ENFERMEDAD POR DISTIMIA EN COSTA RICA, CENTROAMERICA Y PANAMÁ 2000-2019" el cual ha elaborado para optar por el grado de Licenciatura.

He revisado y hecho observaciones basándome en mi función como lector, en lo referente a contenido analizado, coherencia entre el marco teórico y el análisis de datos; la consistencia de los datos recopilados y la coherencia entre estos y las conclusiones; asimismo, la aplicabilidad y originalidad de las recomendaciones, en términos de aporte de la investigación. He verificado que se han hecho las modificaciones correspondientes a las observaciones indicadas.

Por lo anterior, en calidad de Lector metodológico, doy visto bueno al trabajo de investigación para que sea defendido públicamente.

Atentamente,



Dr. Jorge Fallas Rojas
Médico Cirujano
Cod. 12782

**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
CENTRO DE INFORMACION TECNOLOGICO (CENIT)
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA, LA
REPRODUCCION PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA
DE LOS TRABAJOS FINALES DE GRADUACION**

San José, 5 de marzo de 2024

Señores:
Universidad Hispanoamericana
Centro de Información Tecnológico (CENIT)

Estimados Señores:

El suscrito (a) Johanna Zamora Solano con número de identificación 206160452 autor (a) del trabajo de graduación titulado "Evolución y Características de la Carga de la Enfermedad por Distimia en Costa Rica, Centroamérica y Panamá 2000-2019" presentado y aprobado en el año 2024 como requisito para optar por el título de Licenciatura en Medicina y Cirugía; Si autorizo al Centro de Información Tecnológico (CENIT) para que con fines académicos, muestre a la comunidad universitaria la producción intelectual contenida en este documento.

De conformidad con lo establecido en la Ley sobre Derechos de Autor y Derechos Conexos N° 6683, Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.

Cordialmente,

 206160452
Firma y Documento de Identidad

**ANEXO 1 (Versión en línea dentro del Repositorio)
LICENCIA Y AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA PUBLICAR Y
PERMITIR LA CONSULTA Y USO**

Parte 1. Términos de la licencia general para publicación de obras en el repositorio institucional

Como titular del derecho de autor, confiero al Centro de Información Tecnológico (CENIT) una licencia no exclusiva, limitada y gratuita sobre la obra que se integrará en el Repositorio Institucional, que se ajusta a las siguientes características:

- a) Estará vigente a partir de la fecha de inclusión en el repositorio, el autor podrá dar por terminada la licencia solicitándolo a la Universidad por escrito.
- b) Autoriza al Centro de Información Tecnológico (CENIT) a publicar la obra en digital, los usuarios puedan consultar el contenido de su Trabajo Final de Graduación en la página Web de la Biblioteca Digital de la Universidad Hispanoamericana
- c) Los autores aceptan que la autorización se hace a título gratuito, por lo tanto, renuncian a recibir beneficio alguno por la publicación, distribución, comunicación pública y cualquier otro uso que se haga en los términos de la presente licencia y de la licencia de uso con que se publica.
- d) Los autores manifiestan que se trata de una obra original sobre la que tienen los derechos que autorizan y que son ellos quienes asumen total responsabilidad por el contenido de su obra ante el Centro de Información Tecnológico (CENIT) y ante terceros. En todo caso el Centro de Información Tecnológico (CENIT) se compromete a indicar siempre la autoría incluyendo el nombre del autor y la fecha de publicación.
- e) Autorizo al Centro de Información Tecnológica (CENIT) para incluir la obra en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.
- f) Acepto que el Centro de Información Tecnológico (CENIT) pueda convertir el documento a cualquier medio o formato para propósitos de preservación digital.
- g) Autorizo que la obra sea puesta a disposición de la comunidad universitaria en los términos autorizados en los literales anteriores bajo los límites definidos por la universidad en las "Condiciones de uso de estricto cumplimiento" de los recursos publicados en Repositorio Institucional.

SI EL DOCUMENTO SE BASA EN UN TRABAJO QUE HA SIDO PATROCINADO O APOYADO POR UNA AGENCIA O UNA ORGANIZACIÓN, CON EXCEPCIÓN DEL CENTRO DE INFORMACIÓN TECNOLÓGICO (CENIT), EL AUTOR GARANTIZA QUE SE HA CUMPLIDO CON LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES REQUERIDOS POR EL RESPECTIVO CONTRATO O ACUERDO.