

La depresión: una enfermedad de alta frecuencia muy difícil de diagnosticar*

por Pedro Bustelo, Claudia Antiga, Enrique Smerdiner y Patricia Mango

*Epidemia.*¹ Sólo su pronunciación pone alerta al ciudadano común que cada día aparece en nuestra consulta. Pacientes y usuarios se preocuparían mucho si se enteraran de que nos referimos al estado actual de una enfermedad que en el 95% de los casos (Roberts y Priest, 1995) no está diagnosticada y que no reconoce diferencias en sus «víctimas». Estamos hablando de la depre-

Los autores

Pedro Bustelo. Médico psiquiatra. Presidente de la Fundación Cazabajones. **Claudia Antiga.** Médica psiquiatra. Directora técnica y secretaria de la Fundación Cazabajones. **Enrique Smerdiner.** Médico psiquiatra. Vicepresidente de la Fundación Cazabajones. **Patricia Mango.** Técnica en Comunicación

* Este artículo reúne la actualización del tema expuesto en oportunidad de las Jornadas de 1999 por el Dr. Pedro Bustelo. Ha sido publicado en la revista *Tendencias* n° 94, 2002, con la colaboración de los profesionales arriba mencionados.

¹ Se define *epidemia* como un incremento de la incidencia (casos nuevos) de una enfermedad en una comunidad, en un período determinado. No es necesario que exista ningún agente infectocontagioso. Por ejemplo, los uruguayos estamos padeciendo en estos momentos una epidemia de depresión, de obesidad, de accidentes de tránsito, etc., situaciones en las que no existe ningún microbio que pueda ser responsable de la aparición de estos trastornos de salud.

sión, la misma que se ha instalado a nivel global, dispuesta a quedarse y a aumentar si no hacemos nada al respecto. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ya ha anunciado un alerta epidemiológico global en el que afirma que la depresión va a ser el principal motivo de consulta del médico general en el año 2020.

Muchas veces, equivocadamente, se cree que la depresión es una manifestación de debilidad de carácter. La ciencia ha comprobado, en cambio, que las personas que padecen de depresión tienen una alteración en su química cerebral. Específicamente, las personas que están cursando una depresión tienen en general una significativa disminución del nivel de serotonina en sus neuronas.

En su último boletín epidemiológico, la OMS hace referencia a 400 millones de personas que en el momento actual están afectadas de depresión en todo el mundo. En América Latina y el Caribe hay 25 millones de personas, de las cuales 330 mil viven en Uruguay.

Y eso no es todo: alcanza a este pequeño país el triste reconocimiento de tener la más alta tasa de suicidios en el continente (12 uruguayos de cada 100.000 mueren por esta causa), sin contar a quienes lo intentan pero no lo consiguen, que son aproximadamente entre 4.000 y 5.000 personas por año.

Como en muchos temas, esta sociedad manifiesta marcados prejuicios ante la depresión. Se la asocia a la locura y eso la deja al margen de la salud integral. Es importante destacar que la OMS clasifica a la depresión como un trastorno emocional común; esto significa que es de altísima frecuencia (10% de la población general) y que afecta a personas comunes y corrientes.

Síntomas físicos, tales como dolores de cabeza, lumbalgias, nalgias, hipertensiones esenciales, taquicardias, ataques de pánico, fobias, obsesiones, trastornos digestivos (úlceras, gastritis, colon irritable), algunos eczemas de piel y algunas alopecias son tratados en forma sintomática sin corregir la verdadera causa etiológica, que está dada por una disminución de la concentración de neurotransmisores en el cerebro de los pacientes.

Es habitual que estos pacientes sean multiestudiados con exámenes parclínicos sofisticados, que invariablemente muestran resultados normales, con la consiguiente conclusión para el paciente. El médico tratante le dirá entonces: "Usted no tiene nada, es todo de los nervios".

Un estudio realizado en los Estados Unidos de América por la Asociación de Personas que Padecen Depresión revela que en general pasan de ocho a diez años entre la aparición de los primeros síntomas y el contacto con un profesional que reconozca y trate en forma precisa esta afección.

¿Por qué hay individuos que mueren cuando existe una cura para la depresión? ¿Cómo podemos permitir que cada vez más personas, inclusive niños, atenten contra su vida por un falso tabú o por desconocimiento?

Éste y otros esquemas motivaron la creación de la Fundación Cazabajones, institución sin fines de lucro que responde a la imperiosa necesidad de reconocer la depresión, asumirla y tratarla como tal, sin tapujos.

A este emprendimiento se suman los Clubes Cazabajones, adonde el vecino puede asistir para hacer una terapia grupal. Estos clubes ya han ganado entre cuatro y seis mil voluntades a lo largo y ancho del territorio nacional.

La Fundación brinda servicios médicos y psicológicos que siguen los protocolos terapéuticos recomendados y elaborados por los Comités de Expertos en Salud Mental de la OMS. Además de recomendar el uso de medicina protocolizada, esta organización ha entendido que es muy importante usar una nueva herramienta terapéutica denominada *psicoeducación*, esto es, que los profesionales de salud puedan explicar en un lenguaje sencillo y accesible a cualquier ciudadano la fisiopatología de los trastornos del ánimo.

Por medio de una comunicación personal (Serra, 2001) se ha constatado que en el Uruguay, desde la aparición del primer caso de sida autóctono, han fallecido por esta enfermedad entre 900 y 1.000 personas en un período de 18 años. En el mismo lapso se han suicidado aproximadamente unos 9.000 uruguayos por depresiones no reconocidas y no tratadas. Dicho de otra manera: en el Uruguay la depresión mata diez veces más que el sida.

Teniendo en cuenta que la ciencia ya dispone de tratamientos sumamente efectivos para la depresión —antidepresivos de última generación (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina [ISRS]), psicoterapias, psicoeducación, etc.—, es muy importante diagnosticar esta enfermedad en forma precoz. Es más: la OMS y la Fundación disponen de instrumentos (cuestionarios) que detectan la depresión con gran precisión.

Desarrollo de la depresión

Celebridades y desconocidos

Gran tristeza, pérdida de placer, sueño indiscriminado o insomnio, anorexia o bulimia, inhibición psicomotriz o agitación, adelgazamiento u obesidad son algunos de los síntomas más frecuentes de esta enfermedad.

No obstante, existe una porfiada tendencia a asociarla con la locura. ¿Qué dirían sus pacientes si se enteraran de que Abraham Lincoln, Ludwing van Beethoven, Franz Schubert y Frederick Chopin, junto al también célebre Horacio Quiroga, fueron tan víctimas de la depresión como cualquier ciudadano común? ¿Verdad que se vería distinto?

Es ésta la prueba de que esta enfermedad no distingue clases sociales,

credos o religiones, y desmiente de plano aquella creencia de que el dinero hace la felicidad.

Si los nombrados no alcanzaran, agregamos a Ernest Hemingway, quien tenía en su cuenta bancaria casi un millón de dólares provenientes de un Premio Nobel de Literatura el día en que se autoeliminó con un fusil en el pecho. La familia Hemingway, así como también el Premio Nobel, nos ilustran sobre algunas particularidades de las personas que sufren de depresión.

Es muy común que quien tiene depresión y no lo sabe (situación que, como se ha dicho, se da en el 95% de los casos) caigan en adicciones a los efectos de aliviar el sufrimiento espiritual que esta dolencia genera. Ernest Hemingway fue alcohólico y tenía conductas temerarias: se iba a cazar leones al África, pescaba tiburones y fue corresponsal voluntario en la guerra civil española. Dicho de otra manera: se exponía a peligros innecesarios con mucha frecuencia. Estas vivencias generaron material para algunas de sus obras más conocidas: *El viejo y el mar* y *Las nieves del Kilimanjaro*, entre otras.

La carga genética es muy importante. Los antecedentes familiares de depresión, suicidio, drogas o alcohol tienen una gran incidencia. Los hijos de padres depresivos tienen mayores posibilidades de serlo que el resto de las personas.

Los Hemingway también son muy ilustrativos en relación con esta vulnerabilidad genética. Además del famoso escritor, murieron por suicidio secundario a depresión su nieta Margaux, actriz de cine, su madre y seis tías.

Tan frecuente es la depresión, que la propia OMS, así como la Universidad de Harvard, ya la consideran la principal causa de discapacidad transitoria a nivel mundial. Esto se debe a que cuando estamos con depresión tenemos serias dificultades en nuestra capacidad de concentración, en nuestra capacidad para tomar decisiones precisas, tenemos menos energía física, así como también vemos la realidad mucho más negativa de lo que es.

Además, un paciente que tenga depresión y no lo sepa,² se encuentra en un estado de inmunosupresión. Por consiguiente, es más proclive a desarrollar todo tipo de infecciones y tumores. También se ha demostrado que la depresión acelera los procesos de osteoporosis y el proceso de arterioesclerosis, multiplica por cuatro la posibilidad de tener un infarto agudo de miocardio y aumenta la frecuencia de los accidentes de tránsito y domésticos. Es más: algunos accidentes son suicidios "disfrazados".

Pero, ¿cómo detectar la depresión? A continuación ofrecemos un instrumento de rastreo, respaldado por la OMS. Toda persona que responda positivamente a siete de las preguntas del cuestionario, en el marco de los últimos 30 días, tiene un 86% de probabilidades de estar cursando un episodio depresivo.

² En cifras absolutas, en Uruguay eso significa aproximadamente 300.000 ciudadanos.

Cuestionario de autoaplicación de la OMS

- ¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?
 - ¿Mal apetito?
 - ¿Duerme mal?
 - ¿Se asusta con facilidad?
 - ¿Sufre de temblor de manos?
 - ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?
 - ¿Sufre de mala digestión?
 - ¿Se siente triste?
 - ¿Llora con frecuencia?
 - ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?
 - ¿No toma decisiones?
 - ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?
 - ¿Ha perdido interés en las cosas?
 - ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?
 - ¿Se siente cansado todo el tiempo?
 - ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?
 - ¿Se cansa con facilidad?
- Puntaje total:

Una enfermedad ignorada

Si tuviéramos que hacer una representación gráfica, podríamos dibujar un iceberg. Cerca del extremo superior trazaríamos una línea, por encima de la cual ubicaríamos al 5% de uruguayos deprimidos que están diagnosticados y en tratamiento correcto.

Más abajo, en una franja del 15%, encontraríamos a aquellos que erróneamente han sido diagnosticados con problemas cardíacos, neurológicos, digestivos, dermatológicos, reumatológicos, etc., que por lo general están recibiendo tranquilizantes, sin tomar antidepresivos de última generación, los que constituirían el tratamiento etiológico correcto y adecuado.

Un 80% —es decir, 264.000 uruguayos de los 330.000 deprimidos— ignoran que lo que padecen es una enfermedad. En consecuencia, muchas veces sucumben ante las drogas, el alcohol, la violencia doméstica, los intentos de suicidio o los suicidios consumados.

Los niños no son ajenos a esta realidad. En Uruguay existen datos que dan cuenta de 30.000 niños que tienen depresión y no están diagnosticados (Cherro y Trenchi, 2001).

Probablemente se prefiera hablar de niños «revoltosos», «hiperactivos», «in-

domables», etc., cuando en realidad están tan deprimidos como un adulto o más. En consecuencia, estamos asistiendo a un incremento en el número de suicidios consumados y "accidentes" entre niños y adolescentes.

Relaciones con el género

Las neuronas de las mujeres están bañadas con menor cantidad de serotonina en comparación con las de los hombres, lo que las hace más susceptibles a la depresión. Esta situación se acentúa en el climaterio por la disminución del nivel de estrógenos. Los momentos de mayor riesgo de depresión ocurren en los diez días que preceden al período menstrual o después del parto, especialmente entre los 22 y los 45 años de edad.

A su favor, las mujeres tienen la habilidad de reconocer más la enfermedad y asumirla. Los hombres, en cambio, a pesar de ser afectados en menor cantidad, son responsables de la mayoría de los suicidios consumados que se producen en el Uruguay.

Volver a vivir

Esta enfermedad no se ve en radiografías, no se detecta en la sangre, no lastima. Está «alojada» en billones de neuronas microscópicas con neurotransmisores en franco descenso. En general hay una mengua de la serotonina, pero también existen depresiones por reducción de la dopamina, noradrenalina, así como también disminuciones combinadas de los diferentes neurotransmisores.

Sin ganas de vivir, el paciente cree que nada tiene sentido. Pero en una buena práctica clínica y un tratamiento adecuado podrá encontrar la solución, el alivio, una vuelta a la vida, a las ganas de ser feliz.

Las investigaciones muestran que tres de cada diez personas tendrán un momento depresivo en sus vidas. Los médicos debemos estar preparados para esa eventualidad, evitando así más muertes sin sentido.

El ritmo de vida que actualmente llevamos en Uruguay —que no escapa a las tendencias mundiales—, el estrés, la desocupación, el multiempleo y la crisis económica no propician un ambiente ideal para escapar a la depresión. Por eso recomendamos el ejercicio físico siempre. Hacerse un lugar en la mañana para «desperezar» y cargar el cuerpo de energías no sólo cambiará el comienzo de la jornada, sino que inyectará la adrenalina suficiente para enfrentar el día. Tomar sol es bueno para la generación de neurotransmisores. También aconsejamos caminar, integrarse, sociabilizar y, sobre todas las cosas, aceptar que todos podemos estar deprimidos en algún momento.

Del mismo modo que para tener hepatitis es imprescindible tener un hígado, para tener depresión lo único imprescindible es tener un cerebro, un psiquismo, un "alma".

Manejo del paciente con depresión

Al igual que en todas las ramas de la medicina, una de las cosas más importantes respecto a esta enfermedad es un preciso diagnóstico clínico. En realidad, cuando hablamos de depresión estamos simplificando. En su última Clasificación Internacional de Enfermedades, la OMS reconoce más de diez diferentes tipos de depresión. En algunas será de extrema importancia usar estabilizadores del humor (trastorno bipolar tipo I); en otras, de menor intensidad y con un genio evolutivo no tan dañino, será suficiente la participación en un grupo gratuito de autoayuda (depresión leve reactiva).

Además de un correcto diagnóstico, es necesario subrayar la importancia de la psicoeducación, así como también de un uso preciso y correcto de los antidepresivos ISRS, que habitualmente pueden normalizar o restituir *ad integrum* la química cerebral del paciente en aproximadamente dos meses.

Existen en el mercado uruguayo unas treinta sustancias antidepresivas de última generación (fluoxetina, sertralina, citalopram, fluvoxamina, venlafaxina, paroxetina, etc.). Todas ellas son fármacos muy efectivos y seguros, con buena tolerancia y escasos o nulos efectos colaterales. En general se debe usar un antidepresivo ISRS siguiendo la indicación del fabricante; se van aumentando las dosis en forma quincenal o mensual, según el grado de depresión, hasta que el paciente se normaliza. Como cualquier fármaco, los antidepresivos tienen *dosis techo*, siempre informadas por el fabricante. A título de ejemplo, la dosis techo de la fluoxetina es de 80 mg por día; de la paroxetina, 50 mg por día; la sertralina tiene una dosis techo de 200 mg diarios.

Ahora bien, tal vez lo más importante sea informar al paciente sobre el mecanismo de acción de estos fármacos. Éstos tienen la propiedad de "engañar" al cerebro del enfermo, de modo que sus neuronas comiencen a sintetizar serotonina propia. Esto significa que el efecto terapéutico está dado por los neurotransmisores autóctonos naturales generados por las neuronas del propio paciente. Es oportuno mencionar que el cerebro no puede sintetizar toda la serotonina en pocos días, por lo que los antidepresivos demoran en dar su máxima potencia entre seis y ocho semanas.

Una vez que el paciente ha normalizado su química cerebral, la OMS recomienda sostener el uso del antidepresivo por un período de seis a ocho meses y discontinuarlo en forma paulatina. El uso de tranquilizantes benzodiazepínicos se hace imprescindible para proteger al paciente del exceso de ansiedad

que generan muchas depresiones. Esto sirve para mejorar el sueño en forma sintomática y también disminuye el número de somatizaciones en los distintos aparatos (digestivo, cardiovascular, locomotor, etc.).

Paralelamente, es de fundamental importancia propiciar algunos cambios en el estilo de vida. Evitar aislarse, tomar sol,³ hacer ejercicios físicos, exigirse menos, darse la oportunidad de ayudar a otros; mantener la mente ocupada en acciones constructivas (nadar, fabricar muebles...) suele estimular un aumento de los neurotransmisores, alejando la probabilidad de tener una depresión. Consumir drogas, alcohol o jugar compulsivamente, circular rápido en el automóvil, etc., además de ser conductas de alto riesgo, generan una euforia que, al desaparecer, puede sumir al paciente en una profunda depresión.

El apoyo y la psicoeducación de la familia son fundamentales, pero en la Fundación Cazabajones también exhortamos a ser optimistas, a enfrentar con el mejor ánimo las situaciones difíciles.

Algunas recomendaciones de utilidad

Formas naturales para complementar el uso de su antidepresivo

- Tome sol, en forma regular y poco tiempo.
- Realice ejercicios físicos. Si no puede concurrir a un gimnasio, incluya series de ejercicios por lo menos una o dos veces por semana en su vida cotidiana.
- Camine o salga a andar en bicicleta.
- Evite la soledad, permaneciendo junto a otras personas.
- Evite el estrés.
- Busque actividades que lo hagan sentir bien.
- No se exija demasiado; trate de reducir temporariamente el grado de exigencias.
- Evite tomar decisiones personales y laborales.

³ El sol, así como la luminoterapia, aumentan espontáneamente los niveles cerebrales de serotonina. Esto es lo que explica la baja frecuencia de depresión y suicidios en países caribeños o muy iluminados y las altas prevalencias de depresión y suicidios en países como Dinamarca, Suecia, Noruega, etc.

Diez consejos de autoayuda

- No se marque objetivos difíciles o emprenda negocios que le demanden demasiada responsabilidad.
- Divida las grandes tareas en pequeñas actividades, elija las prioritarias y ejecute las que puede cumplir.
- En estado depresivo no espere mucho de sí mismo a corto plazo.
- Haga un esfuerzo por relacionarse con otras personas.
- Participe en actividades que lo hagan sentir bien.
- Haga ejercicio moderado, vaya al cine, al teatro o a espectáculos deportivos. Participe en actividades sociales o religiosas.
- No se obsesione si su humor no vuelve rápidamente a la normalidad. Sentirse bien lleva su tiempo. Sea paciente.
- No tome decisiones trascendentales para su vida sin consultar antes con las personas que pueden hacer una valoración más objetiva de su situación. Recuerde que la depresión no deja pensar con claridad.
- Tenga presente que la depresión va a vivir con usted las 24 horas del día. Por eso, autoayúdese y no se culpe por sentirse mal.
- No acepte sus pensamientos negativos. Éstos son parte de la depresión y desaparecerán a medida que responda al tratamiento.

Conclusión

La depresión es una enfermedad de altísima frecuencia en el Uruguay y habitualmente no es reconocida. Muchas veces "enfermedades" secundarias a la depresión no son más que manifestaciones periféricas del desorden en la química cerebral a nivel central (hipertensiones esenciales, contracturas musculares, eczemas, taquicardias, sudoración excesiva, ataques de pánico, timidez, falta de energía, etc.). Esto genera una situación de incremento en los costos sanitarios nacionales y un panorama desolador para el paciente portador de una depresión, dado que por lo general no es correctamente diagnosticado y suele ser tratado en forma inadecuada, como una persona que molesta, que va al médico, que es multiestudiada y cuyos exámenes paraclínicos resultan siempre normales.

Bibliografía consultada

- BERRO, G.; D. PUPPO BOSCH y A. SOIZA LARROSA: «Suicidio wsquizofrénico», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 48 (286), 1983, pp. 192-202
- BÉRRO, G.: «Alarmante aumento de suicidios y accidentes entre niños y jóvenes», *Noticias* (revista del Sindicato Médico del Uruguay), mayo de 1998.
- BUSTELO, P.; J. MARI, C. FERNÁNDEZ, S. BAXTER ANDREOLI e I. LEVAV: «A tranquil city with a high tranquilliser intake», *The Lancet*, 1996, p 1264.
- BUSTELO, P.: «Informe preliminar: Investigación comunitaria sobre el uso de medicamentos psicotrópicos en Montevideo, Uruguay», en *Uso racional de medicamentos psicotrópicos en los países del Cono Sur*, OPS-OMS, 1993, pp.1-5.
- CHERRO, M., y N. TRENCHI: Comunicación personal, 2001.
- DAJAS, F., y colaboradores: «Estudio de la desesperanza en una población de estudiantes», *Revista Médica del Uruguay*, 1998.
- GONZÁLEZ REA, J. C.: «Estudio sobre suicidio en el Uruguay», Monografía de finalización del posgrado de Psiquiatría, Clínica Psiquiátrica, Facultad de Medicina, Montevideo, 1997.
- LISTA VARELA, A.: «Dépresión. Reconocimiento diagnóstico y manejo en el escenario del médico general», *Tendencias en Medicina*, 1998.
- LUGERO, R., BARRIOS y colaboradores: «Estudio sobre suicidio», *Revista Médica del Uruguay*, 1998.
- MURGUÍA, D. L.: «Exploración fenomenológica en 50 casos de intento de suicidio». *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 1967, 32 (187) 3-43.
- MURGÍA, D. L., y H. PUPPO TOURIZ: «Algunos aspectos epidemiológicos del suicidio en el Departamento de Montevideo. Comunicación Previa», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 1968, 33 (197), pp. 3-17.
- PUPPO BOSCH, D.: «Autopsia psicológica de 50 suicidios». *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 1981, 46 (273), pp. 111-118.
- PUPPO BOSCH, D.; A. SOIZA LARROSA, L. GEORGIEFF OXOBI y H. PUPPO TOURIZ: «Estudio multidisciplinario de un suicidio», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 1986, 51 (301), pp. 23-32.
- PUPPO TOURIZ, H.; G. MESA, A. SOIZA LARROSA, L. YAMETTI SASSI, D. PUPPO BOSCH, R. MEDINA, D. PERONA y F. BORGES: «Algunos aspectos del suicidio en Montevideo con particular referencia a los tóxicos», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 1981, 46 (272), pp. 75-83.
- PUPPO TOURIZ, H., J. A. TOMA y D. PUPPO BOSCH: «Suicidio», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 1981, 46 (274), pp. 159-174.
- PUPPO TOURIZ, H., G. BERRO, A. SOIZA LARROSA y D. PUPPO BOSCH: «Diagnóstico medicolegal del suicidio. Empleo de una confiable metodología», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 1982, 47 (281), pp. 194-202.
- ROBERTS, A., R. PRIEST: «Depression in the community», *Primary Care Psychiatry*, 1995, pp. 5-13.

SERRA, M.: Comunicación personal, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Report about mental health in the Americas*, 1999.

Resumen

El artículo presenta, a modo de introducción, algunos datos básicos sobre el fenómeno de la depresión y su incidencia en el Uruguay. En segundo término, aborda algunos aspectos de la etiología de la depresión y ofrece un sencillo cuestionario que permite detectar la enfermedad con razonable precisión. Tras explicar someramente el mecanismo de acción de los fármacos antidepresivos de última generación, sugiere complementar los efectos de estos fármacos con ciertos cambios en las actitudes y el estilo de vida.