

Depresión: más vale prevenir

Óscar Giménez



© Robert Hyrons/123RF

Según la Organización Mundial de la Salud, la depresión es la enfermedad mental más prevalente. Afecta en el mundo a más de 300 millones de personas, además de ser la principal causa global de discapacidad y contribuir de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad. La buena noticia es que existen tratamientos efectivos y, además, se puede prevenir.

Aunque ha convivido con el ser humano desde siempre, la depresión nunca ha tenido tanto impacto como hoy día, y las cifras de incidencia siguen creciendo de forma imparable. Según el médico de familia Juan Ángel Bellón, que trabaja en el Departamento de Salud Pública y Psiquiatría de la Universidad de Málaga y en el Centro de Salud El Palo de la misma ciudad andaluza, en la comunidad la depresión tiene una prevalencia de un 5,5%. «En el mundo hay 322 millones de personas que en estos momentos padecen depresión. En España son algo menos de 3 millones. Además, la incidencia es también muy alta, de alrededor del 3%, lo que significa que se producen cada año en el mundo casi un millón de nuevos casos», apunta este experto.

Se trata de una enfermedad mental que afecta más al sexo femenino. Enric Álvarez, director del Servicio de Psiquiatría del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, de Barcelona, y profesión titular de Psiquiatría en la Universidad Autónoma de Barcelona, señala que prácticamente en todas las muestras de depresión que se han estudiado suele haber dos tercios de mujeres por un tercio de hombres. No hay explicación para ello, declara este experto: «Aunque se han propuesto muchas explicaciones, no parece tener que ver con factores sociales, puesto que en todos los países y culturas se mantiene la misma proporción. Es posible que tenga que ver con algún factor hormonal, pero es algo que todavía no se ha estudiado bien».

Depresión y suicidio

La consecuencia más grave de la depresión es el suicidio. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima en casi 800.000 las muertes autoinfligidas provocadas por esta enfermedad en todo el mundo, que representan la segunda causa de defunción en la franja de edad de 15-29 años.

Un tratamiento adecuado ayuda a evitar los pensamientos suicidas, pero los fármacos antidepresivos también han sido objeto de polémica a este respecto, sobre todo su uso en niños y adolescentes. Para el Dr. Álvarez tuvo su origen en un «error gravísimo» que cometió la Food and Drug Administration (FDA) estadounidense en 2003 en relación con la prohibición del uso de antidepresivos en niños. «Ocurrió cuando se probó por primera vez un antidepresivo en niños en un estudio que

En portada

Depresión: más vale prevenir

comparó la paroxetina frente a placebo –explica–. En el análisis intermedio se observó que en uno de los 2 grupos hubo más contactos con el equipo asistencial por intentos de suicidio. Se comprobó que esto ocurría en el grupo de paroxetina y, por tanto, la FDA prohibió el uso de cualquier antidepresivo en población pediátrica».

Esto provocó que a partir de aquel año repuntara por primera vez desde los años ochenta la tasa de suicidios infantiles, que había estado disminuyendo desde entonces. Posteriormente, otros investigadores pidieron a la FDA el protocolo completo de aquel estudio con paroxetina y se dieron cuenta de que el técnico de esta agencia reguladora estadounidense sólo había contabilizado los contactos extras con el equipo asistencial. «Es decir –indica el Dr. Álvarez–, consideró que un intento de suicidio implicaba un contacto extra, sin pensar que el placebo no produce síntomas y que un intento de intoxicación con placebo evidentemente no propiciaba ningún incremento. Al analizar de nuevo los datos, observaron que desde la primera semana había diferencias a favor de paroxetina en relación con la idea de suicidio. Por tanto, fue un error de la FDA que motivó muertes. No hay ningún estudio que demuestre una asociación entre el uso de antidepresivos y los suicidios y, por el contrario, muchos ensayos clínicos han comprobado que reducen la ideación suicida prácticamente desde el inicio del tratamiento».

«También es verdad, y es deseable –añade este especialista–, que todas las personas que mueran por suicidio y tengan depresión, aunque no hayan respondido al tratamiento, estén tomando antidepresivos. Lo que sería horroroso es que acaben con su vida por no estar tomando esta medicación. No es de recibo que solamente un 5% de los niños que se suicidan estén tomando antidepresivos, algo que es consecuencia de una pésima política de la FDA y de toda la corriente de opinión contraria al uso de esta medicación».

La agencia estadounidense, aunque sigue sin aceptar haberse equivocado, sí ha aprobado que determinados antidepresivos se pueden administrar a la población infantil, pero no la paroxetina.

Posibilidad de prevención

En relación con la depresión en niños y adolescentes, el Dr. Bellón manifiesta que si se pudiera evitar su aparición a edades tempranas, disminuiría considerablemente el riesgo de aparición en la edad adulta. «Cualquier intervención, tanto de tratamiento temprano como de prevención en niños y adolescentes, implica por tanto un doble beneficio».

Este médico de familia subraya que la depresión puede prevenirse, tal como han puesto de manifiesto múltiples estudios, si bien el efecto que tienen las intervenciones preventivas es limitado, del orden del 20-30% de casos evitables.

Prevención del suicidio: un imperativo global

En 2014, la OMS publicó el documento «Prevención del suicidio: un imperativo global», que forma parte del primer plan de acción en materia de salud mental que esta organización adoptó un año antes en la Asamblea Mundial de la Salud. Su objetivo es reducir en un 10% la tasa de suicidios antes de 2020.

Teniendo en cuenta que en 2012 se habían quitado la vida en todo el mundo 804.000 personas, la tasa anual existente en ese momento, ajustada según la edad, era de 11,4 suicidios por cada 100.000 habitantes (15/100.000 varones y 8/100.000 mujeres).

Sin embargo, la OMS considera que dicha cifra es en realidad mayor, debido a una subnotificación, puesto que el suicidio es un tema muy sensible –incluso ilegal en algunos países– y muchos casos quedan mal clasificados, como las muertes accidentales o por otras causas.

La Organización de Naciones Unidas también subraya en este documento que los suicidios son prevenibles, por lo hace hincapié en la necesidad de adoptar una estrategia integral multisectorial de prevención: «La restricción del acceso a los medios utilizables para suicidarse da buenos resultados. Una estrategia eficaz para prevenir los suicidios y los intentos de suicidio es restringir el acceso a los medios más comunes, incluidos los plaguicidas, las armas de fuego y ciertos medicamentos».

«Los servicios de salud tienen que incorporar la prevención del suicidio como un componente central. Los trastornos mentales y el consumo nocivo de alcohol contribuyen a que se cometan muchos suicidios en todo el mundo. La identificación temprana y el manejo eficaz son fundamentales para conseguir que las personas reciban la atención que necesitan».



En portada

Depresión: más vale prevenir

El Dr. Bellón es el primer firmante de un ensayo clínico (*Ann Intern Med.* 2016; 164: 656-665) realizado en 7 ciudades españolas –10 centros de salud en cada una de ellas y 140 médicos de familia en total– que ha evaluado la efectividad de un tipo de intervención preventiva de la depresión desde la atención primaria, y en el que participaron 3.326 pacientes. Se trataba de personas adultas no deprimidas que fueron divididas aleatoriamente en 2 grupos. «Los de un grupo –comenta– fueron sometidos a una intervención que llamamos predictD, y los del otro formaron el grupo control. Tras la primera consulta, de una duración aproximada de 10 minutos, programábamos otra al cabo de 6 meses y otra 12 meses después. Los resultados muestran que en el primer grupo la incidencia de depresión se redujo un 23% respecto al grupo control».

«PredictD –prosigue el Dr. Bellón– es una intervención muy sencilla, basada en una calculadora de riesgo que había desarrollado previamente nuestro grupo de investigación. Con ella cualquier ciudadano puede calcular el riesgo de desarrollar depresión a lo largo del siguiente año, del mismo modo que hacemos en atención primaria con las enfermedades cardiovasculares. A los pacientes del estudio les comunicábamos su riesgo personal, comentábamos sus factores de riesgo modificables y establecíamos un plan personalizado de prevención, informando a cada uno sobre las medidas particulares que podía adoptar para prevenir la depresión».

Según este investigador, existen muchos programas diferentes para prevenirla. «Se puede prevenir actuando sobre los factores de riesgo no sanitarios –comenta–. Por ejemplo, uno de ellos es el nivel cultural, de manera que las personas con un nivel cultural bajo tienen doble riesgo de desarrollar depresión. Por tanto, un país que promueva la cultura y la educación podrá disminuir su incidencia. También puede prevenirse fomentando que las personas sean más fuertes ante los depresores. Todo el mundo tiene problemas en su vida y debe afrontarlos, de modo que ayudar a la gente con este objetivo es otra forma de prevenir la depresión. Existen distintas orientaciones en este sentido (cognitivo-conductual, aceptación de compromiso, interpersonal, etc.), aunque hasta ahora ninguna de ellas ha demostrado ser más eficaz que otras, ni ningún programa ha demostrado ser superior a otros».

Aplicación en cuatro ámbitos

Lograr la prevención de un gran número de casos implica aplicar estrategias a gran escala, y sobre este punto el Dr. Bellón menciona cuatro ámbitos. En primer lugar, la atención primaria, «donde acuden muchos pacientes que no están deprimidos pero que presentan factores de riesgo». Otro es el medio laboral, dado que el 60% de la población trabaja y el

60% del tiempo de vigilia lo pasa en el trabajo. «En el medio laboral podemos informar a los empresarios de que, si implementan estos programas, sus trabajadores tendrán menos bajas laborales, mejorará la productividad y ganarán más dinero», sugiere este experto. El tercer ámbito es el de los colegios, donde incluso existen programas preventivos que han demostrado ser efectivos a cargo de los maestros. Y por último, el ámbito de la tecnología, mediante aplicaciones en internet, móviles, etc. De hecho, el Dr. Bellón comenta que su grupo de investigación ha iniciado un ensayo para evaluar la herramienta predictD, pero perfeccionada para su uso en dispositivos móviles. «Si en estos cuatro ámbitos consiguiéramos implementar los programas preventivos –sugiere–, los beneficios en salud, calidad de vida y costes serían enormes. La lástima es que todavía no hemos convencido a los políticos y a los gestores sanitarios de estos beneficios, aunque estamos en ello».

Atención primaria

El primer nivel asistencial sería uno de esos cuatro pilares para aplicar estrategias preventivas sobre la depresión, pero su papel abarca mucho más. Para el Dr. Álvarez, «el médico constituye la puerta de entrada del paciente en el ámbito asistencial, y lo deseable sería que fuera capaz de detectar la depresión y tratarla en primer término».

«Si con monoterapia en dosis convencionales el paciente no mejora, o si tiene dudas de cómo manejar un caso en particular, deberá remitirlo al especialista –añade–, pero debe tener la capacidad de detectar el trastorno. Además, el paciente con depresión no es muy consciente de tener esta enfermedad, y muchas veces ni siquiera es capaz de consultar al médico por este motivo. Si finalmente consulta por determinados síntomas, lo ideal es que el médico de familia sea capaz de detectar la existencia de un problema depresivo y lo pueda tratar».

Retos de futuro

En la entrevista adjunta, el Dr. Bellón subraya que, a pesar de que los tratamientos que se utilizan son eficaces, no alcanzan la efectividad que sería deseable. Por tanto, para este experto uno de los retos de futuro es la necesidad de encontrar terapias más efectivas, con menos efectos secundarios y más accesibles.

Por otra parte, desde el punto de vista de la prevención, «el reto principal reside en la escalabilidad –indica–, es decir, conseguir implementar los programas preventivos en los cuatro ámbitos comentados: la consulta médica, el entorno laboral, la escuela y a través de la tecnología». Pese a que su eficacia es modesta, dada la altísima prevalencia de la enfermedad, la aplicación de tales intervenciones podría ayudar a evitar la aparición de la depresión en millones de personas.



«Los tratamientos de la depresión sólo consiguen reducir el 30% de la carga de enfermedad»

Dr. Juan Ángel Bellón

Médico de Familia. Centro de Salud El Palo. Málaga.

Departamento de Salud Pública y Psiquiatría. Universidad de Málaga

– ¿Cómo han evolucionado los tratamientos farmacológicos para la depresión?

Los antidepresivos tricíclicos fueron los primeros fármacos antidepresivos que demostraron efectividad. El problema es que tenían muchísimos efectos secundarios, pero afortunadamente han sido superados por los nuevos antidepresivos, entre ellos los inhibidores de la recaptación de serotonina y otros grupos farmacológicos. Los nuevos fármacos tienen una eficacia parecida a la de los antiguos, pero tienen muchos menos efectos secundarios.

– ¿Y los tratamientos psicoterapéuticos?

Cada escuela psicológica ha ido desarrollando su forma de psicoterapia, aunque no se ha observado una clara diferencia entre ellas en relación con la efectividad. No obstante, la mayoría de las guías de práctica clínica recomienda los tratamientos cognitivo-conductuales.

– ¿Han demostrado su eficacia?

Sí. Tanto los fármacos como la psicoterapia han demostrado tener efectividad, aunque no toda la que nos gustaría, por diversos motivos. En primer lugar, porque no todas las depresiones son diagnosticadas, ya sea porque el propio paciente no sabe que está deprimido o porque los propios médicos nos despistamos debido a que el paciente consulta por síntomas somáticos. La cuestión es que aproximadamente la mitad de los pacientes con depresión no están diagnosticados y, por tanto, no reciben tratamiento. Cuando lo reciben, no siempre se prescribe el tratamiento adecuado o no es accesible. Por ejemplo, emplear psicoterapia es complicado en el sistema sanitario público, y determinados fármacos son caros, motivo por el que algunos pacientes rechazan tener que pagar por ellos. Por último, entre los casos diagnosticados y que pueden acceder al tratamiento hay muchos que lo abandonan. Todo esto provoca que los tratamientos sólo consigan reducir el 30% de lo que denominamos «carga de enfermedad» (años vividos con mala calidad de vida, discapacidad...). Por ello, necesitamos la prevención. Muchos nuevos casos podrían haberse prevenido y ello conllevaría una mejora de ese 30% de reducción de la carga de enfermedad.

– ¿Qué problemas existen en atención primaria en relación con el acceso a la psicoterapia y cómo podrían resolverse?

En nuestro país el acceso es complicado. En la zona donde yo trabajo, el tiempo de espera para consultar al psiquiatra o al psicólogo es de unas 2 semanas, lo cual es razonable. Sin embargo, no hay agenda cuando se quiere instaurar una psicoterapia reglada con una sesión por semana. No hay suficientes psicólogos ni recursos para hacerlo, por lo que se distancian más las sesiones o se trabaja con grupos de pacientes para así reducir costes. En cuanto a las soluciones, cabe citar, por ejemplo, que en el Reino Unido se formaron a muchos psicoterapeutas que no eran psicólogos, ni clínicos, ni enfermeros. Era una formación de 2 años exclusivamente para el tratamiento cognitivo-conductual de la depresión, y de ese modo se consiguió ampliar considerablemente el acceso a este tipo de terapia, algo que además demostró ser coste-efectivo.

– ¿En qué medida se combinan la depresión y la ansiedad?

La comorbilidad de depresión y ansiedad es alta y funciona en ambas direcciones. Las personas con ansiedad, especialmente con un trastorno generalizado, suelen desarrollar depresión con el paso del tiempo y, a su vez, las personas con depresión tienden a desarrollar un trastorno de ansiedad, aunque esto último es menos frecuente que en la otra dirección.

– Por último, ¿qué otras comorbilidades suelen ir asociadas a la depresión?

Cabe destacar como comorbilidades las adicciones, como el alcohol y las drogas, especialmente algunas drogas que se perciben como inofensivas, como el cannabis, cuyo consumo está muy asociado a la depresión.



Accede a la
videoentrevista

