

Enfermos de la vitalidad

La depresión se ha duplicado desde los años cincuenta y afecta cada vez más a los hombres

MAYKA SÁNCHEZ, Madrid
La prevalencia de la depresión, que se ha duplicado en la segunda mitad del siglo XX, se correlaciona inversamente con el estado de bienestar de una sociedad. Se-

gún todos los expertos, a mayor calidad de vida, menor riesgo de depresión. En este proceso, que afecta a 700 millones de personas en el mundo, tres de ellos españoles, se produce un hundimiento del pla-

no vital del ser humano, que engloba cuatro dimensiones: humor depresivo, anergia, discomunicación y ritmopatía. Aunque la depresión sigue siendo más prevalente en las mujeres, desde la II Guerra

Mundial se ha observado un incremento proporcional mayor en los hombres. En la primera mitad del siglo había cuatro mujeres depresivas por cada hombre. Ahora son dos mujeres por cada varón.

La cuarta parte de la población mundial sufrirá de depresión en algún momento de la vida. La Organización Mundial de la Salud (OMS) explica este fenómeno por "los cambios acelerados en la forma de vida producidos día a día" y en particular los que identifica como "la desmembración de la familia y la lenta ruptura con las tradiciones y las estructuras sociales".

El psiquiatra español Francisco Alonso-Fernández, actual presidente de la Asociación Europea de Psiquiatría Social y catedrático de la Universidad Complutense de Madrid, destaca en su libro *Claves de la depresión* que el núcleo común de todos los enfermos depresivos es "un hundimiento del plano vital", estructura que constituye el "estrato intermedio entre el cerebro y la mente y se filtra por ambos".

Los pacientes depresivos sufren un abatimiento de la vitalidad en su conjunto o en algunos de sus sectores. Según este experto, los cuatro vectores funcionales de la vitalidad se corresponden con las cuatro dimensiones de la depresión: buen estado de ánimo y humor depresivo; energía de los impulsos y anergia (falta de impulsos); capacidad de sintonización y discomunicación, y, por último, regulación de los ritmos y alteración de los ritmos vitales de sueño-vigilia y alimentación.

El sufrimiento del paciente depresivo es, para Alonso-Fernández, "más profundo, complejo, abarcador e indeterminado" que el que emana de un sentimiento de tristeza e infelicidad. "La depresión y la infelicidad", explica, "son dos estados muy distintos. Mientras que el primero es patológico, el segundo no. Por tanto, ni podemos trivializar la depresión, identificándola con la infelicidad, ni tampoco debemos medicalizar la tristeza y confundir cualquier situación de infelicidad con una depresión".

Estrés y soledad

Alonso-Fernández subraya que los dos grandes agentes depresógenos son, por un lado, el estrés crónico, causado por las prisas del actual estilo de vida y la sobrecarga emocional en el trabajo, y por otro, la pérdida de comunicación interpersonal, que genera frecuentes situaciones de soledad.

"Hay que considerar también", añade, "otros factores que pueden actuar como desencadenantes de un cuadro depresivo, estos es, enfermedades somáticas antes mortales y ahora de larga evolución, efectos secundarios de la masiva utilización de medicamentos, el consumo extendido de drogas y el alargamiento de la vida, ya que la vejez incrementa el riesgo de depresión y de hecho la tasa más alta se produce precisamente a partir de los 70 años".

En las últimas décadas la enfermedad depresiva ha aumentado proporcionalmente más en los hombres que en las mujeres.

En la población femenina convergen más factores de riesgo, como los neuroendocrinos, que comportan cambios hormonales en el ciclo menstrual, en el posparto y la perimenopausia, y los de personalidad, porque las mujeres tienden más a la autocrítica y a la baja autoestima. Sin embargo, los grandes cambios sociales de las últimas décadas han beneficiado a las mujeres y en cambio, no han sido bien asimilados por algunos hombres.

"Todos los acontecimientos en torno a la liberación de la mujer han creado en cierto tipo de hombres la sensación de que se les ha movido la silla, de que han empezado a perder terreno y poder. Algunos lo hemos encajado muy bien y nos parece totalmente justo, pero otros no lo aceptan. Y así surge en gran medida la relación entre la depresión y los malos tratos en el hogar", admite Alonso-Fernández.

Según Valentín Corcés, responsable de la unidad de rehabilitación del hospital Psiquiátrico de Madrid y profesor de la Universidad Autónoma, la prevención, que podría reducir hasta en un 30% el riesgo de enfermedad depresiva, se inicia en la educación desde la infancia propiciando los valores de autoestima y mediante la adopción de unas normas de vida: incrementar las relaciones sociales, evitar el sedentarismo, cultivar alguna afición o deporte para evadirse de las situaciones de estrés y respetar la hora de acostarse. "También es muy importante", añade, "saber adaptarse a las situaciones de duelo y de pérdida y tener más tolerancia a la frustración".

Según el psiquiatra Benito Peral, profesor de Psicopatología de la Universidad Pontificia de Comillas, de Madrid, al igual que toda vivencia tiene un correlato bioquímico, la depresión tiene un soporte neuroquímico. Investigaciones en modelos animales y en humanos han demostrado que en el paciente depresivo se produce una afectación de ciertos sistemas de neurotransmisores, principalmente el serotoniné-



Tres mujeres siguen un tratamiento antidepresivo en un hospital de Suecia. / REUTERS

gico y el noradrenérgico. "Salvo en las depresiones endógenas, de causa genética, el desequilibrio neuroquímico depresivo es consecuencia de la acción de agentes causales tan diversos como la herencia, la situación socioperonal, la personalidad y la enfermedad orgánica. Esto nos sugiere

que el cerebro es un sistema químico dotado de múltiples entradas", dice.

Por ello, en el 80% de los casos la depresión tiene un inicio progresivo y gradual, a veces tan silente e inespecífico que puede pasar inadvertida hasta para el propio paciente. A menudo el sín-

drome del retardo del sueño, por el que la persona se acuesta habitualmente a horas muy avanzadas, y trastornos de conducta, como la promiscuidad sexual o los comportamientos de violencia, están enmascarando un cuadro depresivo. Esto se observa sobre todo en adolescentes y jóvenes.

A juicio de los expertos, un correcto diagnóstico y un adecuado abordaje terapéutico consiguen que el 80% de los pacientes experimente una gran mejoría durante el primer mes. No obstante, según los casos, el tratamiento de esta enfermedad psiquiátrica suele ser de larga duración.

Corcés considera que el manejo de la enfermedad depresiva debe abordarse desde tres vertientes: la terapia farmacológica, la intervención psicoterapéutica y la regulación de los hábitos de vida. Admite, como el resto de colegas consultados, que en este proceso a veces ha habido mucha prescripción y poca atención. "Por ejemplo, a un enfermo depresivo por soledad no basta con darle compañía. Son también necesarios los medicamentos para restablecer el equilibrio neuroquímico, pero sólo éstos no son suficientes", dice.

Psicofármacos

Según datos del Ministerio de Sanidad y Consumo, los antidepresivos son los psicofármacos más prescritos en España después de los tranquilizantes. En 1999 se recetaron 14.555.311 envases de antidepresivos, con un coste de 57.781 millones de pesetas. De enero a noviembre de 2000 los mismos datos revelan un consumo de 15.116.621 envases, con un coste de 61.551 millones de pesetas.

Este grupo terapéutico supone para el Sistema Nacional de Salud un gasto mayor que el de los tranquilizantes, aun siendo éstos recetados en una proporción superior al doble. Los 31.074.350 millones de envases de tranquilizantes que se prescribieron en 1999 generaron un gasto de 15.582 millones de pesetas.

Un proceso infradiagnosticado

Aunque hay evidencias clínicas de que los enfermos depresivos no detectados acuden a las consultas de atención primaria más de seis veces al año, la depresión es una enfermedad infradiagnosticada.

Tradicionalmente, el diagnóstico se ha establecido según el modelo estadounidense, basado en los trastornos del humor o del ánimo. El enfoque tetradiimensional del diagnóstico de depresión, creado en 1986 por el psiquiatra Francisco Alonso-Fernández,

catedrático de la Universidad Complutense de Madrid, es más amplio.

Este enfoque, conocido como el modelo español y aceptado en numerosos países, establece cuatro dimensiones: humor depresivo, anergia, discomunicación y ritmopatías. Para cada una de ellas existen seis rasgos definitorios. La presencia de dos rasgos adscritos a la misma dimensión o de tres rasgos dispersos entre dos o más dimensiones, durante el plazo mínimo de 14 días, permite sospechar de un estado depresivo, según

Alonso-Fernández.

Para la medición de los 24 rasgos depresivos agrupados en las cuatro dimensiones se dispone de un cuestionario compuesto de 63 ítems. La representación gráfica del resultado queda en forma de un perfil o depresograma, que sirve no sólo para el diagnóstico, sino también para su seguimiento.

Los síntomas de la depresión, según Alonso-Fernández, trascienden el ámbito de las alteraciones del humor: "Numerosos pacientes no presentan tristeza ni

desesperanza o apego a las ideas suicidas. Sin embargo, sí pueden tener síntomas de anergia, es decir, apatía, falta de energía, disfunciones sexuales; síntomas de discomunicación, como retraimiento social, mal humor, descuido en el arreglo personal y síntomas de ritmopatías, como alteraciones del sueño y gran fluctuación de los síntomas a lo largo del día o notables diferencias entre la mañana y la tarde".

Algunos datos epidemiológicos revelan que sólo un 25% de los

pacientes acierta a atribuir a la depresión su sufrimiento. Otro 25% mantiene que su enfermedad es un trastorno orgánico o funcional (atribuible a síntomas somáticos, como dolores de cabeza, alteraciones digestivas, inhibición del deseo sexual). Un 10% está convencido de que padece un trastorno psíquico puro, de tipo neurótico o ansioso. Y el 40% restante no se considera enfermo y achaca sus síntomas a las incidencias de la vida (problemas, preocupaciones) o a la propia forma de ser.