

Sección: Revisión de temas

Riesgos de la depresión

Roberto Perdomo Hoyos, M.D.*

RESUMEN

Es constante la presencia de enfermos deprimidos en la consulta del médico no psiquiatra. Desafortunadamente y con frecuencia, el diagnóstico de la depresión pasa desapercibido o el tratamiento prescrito resulta inapropiado. En ambos casos, se prolonga de manera dolorosa el sufrimiento del sujeto y de su familia, y aumenta de manera peligrosa el riesgo del suicidio.

Se ha considerado tradicionalmente que la depresión es un diagnóstico psiquiátrico cuyo manejo corresponde de manera exclusiva a los psiquiatras. Este concepto se debe modificar.

Según estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, 3% de la población general sufre de depresión^{1,2} y 25% de todos los pacientes que consultan al médico necesitan tratamiento antidepresivo³. Los psiquiatras especializados atienden tan sólo algunos de los casos más graves. El resto de las personas deprimidas no reciben la ayuda profesional que necesita. Esta es una situación desafortunada porque las características del cuadro clínico depresivo están suficientemente definidas para que un médico general competente identifique el diagnóstico. Además, el tratamiento antidepresivo correcto produce magníficos resultados en 80-90% de los casos.

El individuo deprimido no está en condiciones de trabajar,

tampoco participa de su familia ni disfruta de la vida en general. La persona deprimida se siente infeliz y hace infelices a los demás. La gente no la comprende y tampoco se comprende a sí misma. Como si lo anterior fuera poco, el deprimido puede atentar seriamente contra su vida.

El síndrome depresivo es tan común que todo médico, independientemente de su especialidad, atiende en su consulta enfermos que sufren de depresión. Su presencia en el consultorio del médico no psiquiatra debería abrir las puertas de su recuperación pero también puede implicar riesgos serios en caso que el diagnóstico no sea oportuno o el manejo sea inadecuado. A continuación se revisan algunos de estos riesgos.

SUICIDIO

El comportamiento suicida se asocia frecuentemente con la depresión severa. Los suicidios consumados muestran tentativas previas de autoeliminación entre 20-60% de los casos. Es más común que el hombre termine su vida por un acto suicida (proporción de 3 a 1), mientras que las tentativas son más frecuentes en la mujer, en similar proporción. El suicida hace casi siempre amenazas directas o indirectas de atentar contra su vida y en la entrevista con el médico se pueden revelar datos agravantes para el riesgo suicida⁴.

- Se trata de un individuo solo (soltero, separado, etc.).
- Hay antecedentes familiares de suicidio.
- Existe historia de hogar desintegrado en la infancia.
- Hay problemas serios de trabajo o económicos.
- Ha habido pérdida reciente de un ser querido.
- Hay angustia e ideas severas de culpa.

* Profesor Titular, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

El suicidio es la complicación más seria de la depresión y se puede presentar cuando el diagnóstico y/o el tratamiento han sido inadecuados. La entrevista es el recurso más eficaz a disposición del médico para la exploración del riesgo suicida. Esta entrevista se debe hacer con franqueza y sin tapujos. El paciente no se ofende si se le pregunta abiertamente sobre ideas suicidas; tampoco es cierto que estas preguntas puedan sembrar en el enfermo el deseo de eliminarse. Si hay sospecha de riesgo de suicidio en una persona, se deben instaurar de inmediato las medidas de protección que sean necesarias, con la colaboración de la familia, mientras se logra la intervención del especialista en psiquiatría.

Varios caminos pueden conducir a incrementar el riesgo de suicidio en un paciente deprimido: el error diagnóstico y el tratamiento inadecuado.

Error diagnóstico. En los últimos años se ha apreciado un número creciente de personas que acuden al médico general en busca de alivio de síntomas físicos para los cuales no se encuentra etiología orgánica. El paciente deprimido no siempre hace aparente su depresión. Puede presentar quejas físicas como cefalea de tipo tensional, dolor lumbar, fatiga fácil o insomnio. Fuera de lo anterior, el paciente puede tener la apariencia de un individuo feliz. Lo importante es tener en cuenta que debajo de este manto de síntomas físicos reposan las manifestaciones psicológicas de la depresión⁵.

A pesar de esfuerzos que se realizan en el campo de la educación médica, el ejercicio de la medicina mantiene la tradicional dicotomía psicosomática. De acuerdo con ella, el paciente tiene un órgano enfermo cuyo agente patógeno se debe identificar para proceder al tratamiento, o se trata de un "caso psiquiátrico". La tendencia a la subespecialización y los avances tecnológicos logrados en el área de los procedimientos diagnósticos son un reflejo y a la vez un refuerzo de esta situación desafortunada que conduce a la deshumanización de la medicina. Un enfermo que recorre varios consultorios en los que encuentra los más avanzados recursos de la tecnología médica, seguramente va a tener un diagnóstico acertado pero no las condiciones humanas más propicias para el manejo y tratamiento de su enfermedad.

El médico no psiquiatra casi siempre desconoce la manera de identificar, interpretar y manejar los aspectos emociona-

les del paciente. A veces lo justifica con un mal entendido respeto por la privacidad del ser humano. A lo anterior se suma la natural dificultad de algunas personas para comentar en forma espontánea asuntos "personales". Si se conjugan todos los elementos antes mencionados, se entiende que el diagnóstico de depresión pase con frecuencia desapercibido debido al énfasis del enfermo en las quejas somáticas y a la inclinación natural del médico en encontrarle explicación orgánica a los síntomas que presenta el paciente. Esta situación conduce a exámenes físicos exhaustivos cuyos resultados ambiguos aumentan la angustia del paciente y el afán organicista del médico. A menudo, el médico concluye que las quejas del paciente son producto de "los nervios", lo insta a que "ponga de su parte", recomienda vacaciones y, peor aún, le formula benzodiazepinas por tiempo indefinido. Esta prescripción no sólo contribuye al empeoramiento de la depresión sino que puede inducir adicción a los tranquilizantes.

Cualquier enfermedad, según el grado de fragilidad psicológica del paciente, genera manifestaciones de angustia y depresión de severidad variable. Toda persona que haya estado enferma, no importa la gravedad, ha experimentado el efecto deprimente del malestar sobre el estado de ánimo. A esto se suman la incertidumbre y la angustia relacionadas con el diagnóstico y pronóstico de la afección. Con mucha frecuencia, la angustia puede ser de tal magnitud que el paciente ve cercano el fin de su vida o el inicio de años interminables de invalidez, con las supuestas repercusiones para él y toda su familia. Esta situación psicológica necesariamente tiene que repercutir en la forma como se manifiesta la enfermedad y en la evolución de la misma. A este respecto, el médico debe tener en cuenta que es tan importante conocer el tipo de paciente que tiene la enfermedad como la clase de enfermedad que tiene el paciente.

El cuerpo y la mente no son entidades separadas sino dos aspectos integrales del organismo humano como un todo. El estudio separado de las partes no puede dar información sobre la totalidad del organismo ya que éste no se puede percibir como una mezcla de partes distintas sino como un todo indivisible e integrado. La enfermedad siempre será tanto somática como psicológica, aunque en proporciones que pueden variar según el individuo y el tipo de dolencia. Un ejemplo de esta integración psicosomática es el hecho comprobado que la depresión produce una baja en la efectividad del sistema inmunológico⁶⁻⁸. Esta reduc-

ción de las defensas del organismo coloca al paciente en condiciones de mayor susceptibilidad frente a cualquier agente o condición patógena.

Con frecuencia el médico no tiene presente lo anterior y se sorprende porque el paciente no mejora de su enfermedad como debería esperarse, no supera la convalecencia de una intervención quirúrgica dentro de ciertos límites razonables de tiempo. El desánimo generalizado, la fatiga, el insomnio y la inapetencia pueden fácilmente sumergirse dentro del cuadro clínico general que el médico ha identificado como puramente somático⁹. Su orientación organicista lo lleva entonces a esperar resolver la totalidad de los síntomas del enfermo mediante medidas carentes de aproximación psicológica. Este estancamiento en el proceso de convalecencia no sólo desconcierta al médico, sino que agrava la depresión del paciente y las complicaciones en su estado físico.

Así como la depresión no diagnosticada puede llevar incluso a intervenciones quirúrgicas innecesarias, es necesario tener en cuenta que la depresión puede ser la manifestación inicial de un trastorno psiquiátrico severo, como en el caso de la esquizofrenia. En efecto, la esquizofrenia en su inicio se puede expresar con un estado de ánimo depresivo que unido al encerrarse el paciente en su mundo propio, puede dar todas las apariencias de una depresión. En estos casos, poco después de iniciado el tratamiento con droga antidepresiva, hace aparición la sintomatología francamente psicótica de la esquizofrenia. De aquí se deduce que en caso de dudas en el diagnóstico por parte del médico no psiquiatra, se debe buscar la opinión del especialista.

Tratamiento inadecuado. Con mucha frecuencia el médico no psiquiatra ha identificado correctamente al enfermo deprimido y procede al tratamiento respectivo. Sin embargo, con facilidad se comete el error de utilizar la droga antidepresiva a una dosis insuficiente. El resultado es aún peor si el médico recomienda tomar la droga cuando el paciente se sienta "más nervioso". La dosis del antidepresivo debe ser suficiente y tomarse todos los días, por un lapso aproximado de 2-4 meses. La duración adecuada del tratamiento es indispensable para mantener el efecto terapéutico; de lo contrario, con facilidad se presentan recaídas.

Otro error usual en el uso de antidepresivos consiste en

no darle a la droga el margen de tiempo necesario para manifestar su eficacia. Todos los medicamentos antidepresivos requieren entre 5 y 10 días para mostrar su efecto terapéutico. A menudo el médico se impacienta por la falta de respuesta inmediata a la droga y procede a cambiarla cada 3-4 días por creerla ineficaz. Este proceder hace que se agoten con rapidez los recursos farmacológicos sin lograr resultados satisfactorios. Mientras tanto, la depresión del paciente se va profundizando y puede desembocar en una tentativa de suicidio¹⁰.

La depresión se acompaña habitualmente de angustia y cuando ésta es muy severa, encubre con facilidad las manifestaciones depresivas. El desasosiego permanente, el temor a la inminencia de algo catastrófico, las palpitaciones y la sensación de ahogo y de opresión precordial son tan insoportables, que el paciente puede omitir durante su relato los síntomas depresivos. Esta circunstancia impulsa al médico a formular medicamentos ansiolíticos del tipo de las benzodiazepinas, intervención que trae consecuencias desafortunadas: se corre el riesgo de inducir adicción a las benzodiazepinas mientras la depresión se profundiza, no sólo por el paso del tiempo sino por efecto directo de los tranquilizantes.

EL PACIENTE TOTAL

La enfermedad, cualquiera que sea, no depende exclusivamente de la acción de un agente patógeno específico sobre determinado órgano o sistema. La enfermedad es el resultado de la conjunción de muchos factores en un momento de la vida del individuo: la relación con su familia y con sus amistades, las vicisitudes en el trabajo, sus ambiciones y deseos, sus temores y frustraciones. La ciencia médica no está en capacidad de eliminar o suavizar todos estos elementos, pero el médico debe tener la aptitud necesaria para identificar su presencia y medir el impacto que puedan tener en cada paciente^{11,12}.

La orientación puramente organicista de la medicina es un intento errado de simplificar el diagnóstico y manejo de la enfermedad. La resultante deshumanización del ejercicio de la profesión trae como consecuencia, entre otras, la incapacidad para descubrir en un paciente la presencia de trastornos psicológicos. El médico debe estar en capacidad de manejar los aspectos emocionales de su enfermo a través de su relación con él, si en verdad espera tratar la totalidad del ser humano. De lo contrario, se está perpe-

tuando la dicotomía psicosomática y se estimula el sufrimiento psicológico del enfermo.

La exploración de los aspectos emocionales de los pacientes se logra mediante una actitud de interés en la totalidad del ser humano. Hacer preguntas "personales" al paciente no es una intromisión indebida o irrespetuosa en su vida privada. Por el contrario, el paciente las recibe como manifestación inequívoca de interés por parte del médico, que le brinda así la oportunidad de "desahogarse" y compartir con alguien lo que lo hace sentir desdichado. Ese compartir no debe limitarse a permitirle al paciente relatar hechos y circunstancias que lo hacen infeliz; se deben explorar los sentimientos y emociones que acompañan necesariamente estos hechos. El médico tiende a rechazar la expresión de lágrimas y rabia por parte del paciente. Esta actitud se basa en el temor a contagiarse de estos sentimientos y a no saber cómo manejarlos.

El médico le presta una ayuda inmensa al paciente si le sirve de catalizador para ventilar sus emociones sin asomo de reproches, a la vez que se busca identificar el impacto de estos sentimientos en la génesis y desarrollo de la enfermedad que ha motivado la consulta.

Los enfermos buscan la ayuda del médico para que se les escuche. Necesitan cerciorarse de su interés genuino en la totalidad de su ser. Desean que el médico piense en ellos y están atentos a escuchar sus palabras, no únicamente a recibir la solicitud de un enjambre de exámenes médicos o el listado extenso de medicamentos prescritos. Lo mejor que puede hacer el médico por su paciente es escucharle con atención y respeto. Después se debe acercarse a ese ser humano sobrecogido por el sufrimiento y la soledad para hablarle de manera clara y considerada. Así se sientan las bases de una relación del médico con el enfermo que permita disipar en éste las sombras de su angustia y

pesimismo con la antorcha del calor humano y de la esperanza.

SUMMARY

The presence of depressed patients at the general doctor's office is a common occurrence. Unfortunately, the correct diagnosis is frequently missed and treatments are inadequately carried out. These two common mistakes automatically increase human suffering both for the patient and his family and even worse, make higher the risk of suicide.

REFERENCIAS

1. Kielholz, P (ed.). *Depressive illness*. Huber, Berne-Stuttgart-Vienna, 1972.
2. Kielholz, P (ed.). *Masked depression*. Huber, Berne-Stuttgart-Vienna, 1972.
3. Kielholz, P (ed.). *Depression in everyday practice*. Huber, Berne-Stuttgart-Vienna, 1972.
4. Climent, CE & Perdomo, R. Riesgo de suicidio. Pp. 75-80. En Climent, CE (ed.): *Lo esencial en psiquiatría*. Editora Feriva, Cali, 1989.
5. Kielholz, P (ed.). *The general practitioner and his depressed patient: a digest of up to date knowledge*. Huber, Berne-Stuttgart-Vienna, 1972.
6. Schleifer, SJ. Suppression of lymphocyte stimulation following bereavement. *JAMA*, 1983, 250: 374-377.
7. Schleifer, SJ. Lymphocyte function in major depressive disorder. *Arch Gen Psychiat*, 1984, 41: 484-486.
8. Schleifer, SJ. Depression and immunity: lymphocyte function in ambulatory depressed, hospitalized schizophrenic and hemiorrhaphy patients. *Arch Gen Psychiat*, 1985, 42: 129-133.
9. Lesse, S. Masked depression and depressive equivalents. *Psychopharmacol Bull*, 1979, 13: 68.
10. Perdomo, S. Depresión enmascarada. *Colombia Med*, 1987, 18: 179-182.
11. Engel, GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiat*, 1980, 137: 535-544.
12. Lipowski, ZJ. Holistic-medical foundations of American psychiatry: A bicentennial. *Am J Psychiat*, 1981, 138: 888-895.