

Sintomatología depresiva leve y enfermedad depresiva

Guillermina Natera, Catalina González-Forteza

Editorial

El impacto de la depresión en México y en el mundo en términos de salud pública reclama un número especial en la revista SALUD MENTAL orientado a ampliar el conocimiento de cómo impacta la sintomatología depresiva leve en diferentes poblaciones pues a diferencia de la enfermedad depresiva presenta una gravedad y una duración menos incapacitantes, pero requiere de atención oportuna porque afecta la vida cotidiana. Dado que es un proceso y no un estado puede llevar a la persona que la padece a una problemática depresiva mayor.

El eje metodológico de los trabajos incluidos es el uso de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en distintas regiones de México y en diversas poblaciones, como una manera de presentar un amplio panorama de los alcances y retos de esta escala. Existen diferentes críticas relacionadas con la medición y el desarrollo de instrumentos que enfatizan que las medidas subjetivas pueden aparecer como las más sensibles para la detección de deterioros relacionados con la salud mental y su relación con el contexto porque son vividas por el paciente mismo. Más aún, parece ser que estas medidas son las mejores para la planeación de la atención y la predicción de la sobrevivencia. Sin embargo, el uso de la CES-D como herramienta metodológica de tamizaje puede orientar al clínico de una manera rápida, como se verá en el transcurso de la lectura de este número, y de ninguna manera pretende eliminar la riqueza de la mirada de la persona que padece.

Este número especial alberga 10 artículos en los que 34 investigadores de 15 instituciones nacionales e internacionales suman esfuerzos a fin de describir las dimensiones y características de la depresión y su sintomatología. La heterogeneidad de las poblaciones que se estudian por medio de la aplicación de este instrumento (CES-D), así como la procedencia de las mismas, brindan una visión amplia y original. Adolescentes, jóvenes, adultos, ancianos, poblaciones rurales, indígenas, urbanas, de los Estados y de la Ciudad de México, nos dan cuenta de la magnitud y la especificidad de la problemática y, por otro lado, de los retos a los que se debe enfrentar el sistema de salud mexicano para atender la sintomatología depresiva, sobre todo cuando sabemos, como señala Medina-Mora, que los servicios de salud mental están concentrados en la Ciudad de México y distribuidos de manera muy limitada en el resto del país. Por otra parte, México tiene una de las tasas más bajas de distribución de psiquiatras por habitante (una media entre 1 y 5 por 100 000

habitantes que es una tasa ligeramente arriba de los países más pobres en el mundo en África, Sur de Asia o Bolivia, en Latinoamérica) (Medina-Mora, 2005).

Los padecimientos como los estados emocionales o de sintomatología depresiva que evalúa el CES-D se refieren a malestares que no necesariamente requerirían de una atención especializada *pero sí de una atención por parte del clínico que deberá no sólo preguntar ¿dónde le duele?, sino, con una mirada más holística, «¿qué tiene o siente usted?»* superando esa fragmentación del cuerpo que menciona Foucault.

En otros lugares del mundo han dejado a los clínicos del primer nivel de atención el cuidado de los trastornos depresivos y de ansiedad dentro de los espacios de la práctica médica general, lo que ha permitido crear la conciencia de la asociación entre la depresión y las condiciones físicas (Scott et al., 2007). Esto permite evitar trastornos psiquiátricos mayores comórbidos que salen más costosos a todos, principalmente a la persona que los padece, a su ambiente familiar y social y, desde luego, al sector salud.

Si bien cada vez más la evidencia científica que brinda la epidemiología ha hecho visibles estos malestares emocionales -al menos más que hace 10 años- aún falta mucho para que los servicios de atención a la salud mental se popularicen y favorezcan a todos los sectores de la población que aún no se atreven a verbalizar este tipo de problemática, en parte por ignorancia o información errónea, pero también por el estigma que impregna al ambiente social y familiar del enfermo, incluso en los servicios de salud (Mora, 2008.) En este sentido, puede incluso decirse que la enfermedad es un grado de inconsciencia: si no somos conscientes no solicitamos ayuda o bien consideramos enfermedad a cualquier desequilibrio emocional.

No se trata de medicalizar el problema, sino de tener servicios de atención primaria y redes especializadas que a través de intervenciones breves e idóneas a cada población favorezcan la conciencia de los estados emocionales y que contemplen los factores sociales desencadenantes. Se trata de tener disponibilidad de programas de atención en donde se considere que la salud mental de los hombres y de las mujeres es diferente, que existen expresiones diferenciadas dependiendo de los ciclos de la vida: niños, adolescentes, adultos, viejos, y que lo que es normal en una cultura no lo es necesariamente en otra.

Si bien los fármacos pueden aliviar una depresión de causa biológica, no hay que soslayar que muchas personas

presentan «estados comunes como la tristeza, el abatimiento, el duelo, el estrés, e incluso el cansancio, que no debieran ser tratados con ellos. Si esto ocurre es en parte por los intereses y requerimientos de la industria farmacéutica, por la organización burocrática de los sistemas de salud (de llevar a cabo muchas consultas en poco tiempo) y por las necesidades construidas por las expectativas culturales de la modernidad y de la sociedad de consumo» (Martínez-Hernández, 2006).

Desde luego, es necesaria la investigación sobre la eficacia de las intervenciones pero también es esencial explorar la necesidad de unir los servicios de salud mental y de salud física, lo cual, aunque parece fácil, requiere de grandes recursos, de modificación de mentalidades y, desde luego, de educación y formación de los clínicos. La depresión en México está muy lejos de ser tratada dentro de la práctica de la medicina general, algunos intentos se hacen hoy en la clínica privada pero no todavía en la pública.

Hablamos de las intervenciones breves como de algo que ha probado ser efectivo y en un mundo con tantas carencias (hasta de tiempo) se requieren mecanismos que operen a bajo costo para ayudar al paciente a su reincorporación social, a tener mayor confianza en sí mismo, en sus relaciones con los demás, a formar redes. Sobre todo cuando la depresión se ha asociado en la adolescencia con el consumo de substancias psicoactivas, con un trastorno mental grave en la vida adulta, o con el intento de suicidio.

Los artículos de este número nos hablan más bien de la tristeza, resultado de la vida cotidiana, que invade al ser humano ordinario, y que genera un dolor emocional caracterizado por sentimientos de desventaja, pérdida, desesperación, desesperanza, enojo, miedo, disgusto, incertidumbre y rabia. Las personas estudiadas se quejan de experimentar menos energía, llorar, de una mayor sensibilidad emocional. Mientras que la depresión intensa está caracterizada por la persistencia de un cuadro emocional que les impide funcionar en la vida cotidiana, los aspectos aquí estudiados corresponden a una esfera del proceso salud-enfermedad que bien atendidos pueden ser superados con relativa facilidad (Natera et al. 2011).

La OMS nos informa que los trastornos afectivos, incluida la depresión en todas sus formas, son unas de las principales cargas de enfermedad a nivel mundial. Ocupa un lugar preponderante entre las causas de discapacidad, sufrimiento y utilización de servicios de salud. Pero, ¿qué hacen los organismos internacionales que tienen que ver con el bienestar humano? solamente los afrontan desde las necesidades de atención clínica. Aunque esto es relevante, no es muy claro que se orienten a las principales causas

que ya se han identificado como generadoras, como los determinantes sociales de la pobreza, la carencia de educación y de empleo. Además hay ahora un uso exagerado de la tecnología que enajena el contacto humano. Existe también la exclusión social de los migrantes, los refugiados, los indígenas, los marginados en general. Esta situación los conduce a una exclusión individual que los hace propensos al suicidio. ¿Por qué se puede predecir una patología mental con tal precisión y no se hace nada para contrarrestarla?

Los trabajos incluidos en el presente número ofrecen elementos valiosos para la acción y destacan la necesidad de llamar la atención de investigadores, personal de los servicios de salud y diseñadores de políticas, con el fin de nivelar los esfuerzos hasta lograr paridad con las necesidades tanto de atención como de generación de mejores condiciones materiales de vida.

Sirvan los anteriores comentarios para invitarlos a la lectura de este número dedicado a evaluar la sintomatología depresiva en diferentes poblaciones como una forma de conocer cómo viven con ella, qué tan frecuente es en las diferentes poblaciones mexicanas y cómo cursa por diferentes etapas del ciclo vital. Por medio de un instrumento altamente probado podemos acceder de manera fácil a conocer por dónde va el sufrimiento de la gente, a identificar sus necesidades, y sobre todo a brindar al político argumentos para distribuir los escasos recursos orientados a la salud mental, para dotar a la población que padece esta sintomatología de estrategias para disminuir estos estados y otorgar apoyo a las personas para enfrentar con mejores mecanismos situaciones adversas.

BLIBIOGRAFÍA

- Scott KM, Bruffaerts R, Tsang A, Ormel J, Alonso J et al. Depression-anxiety relationships with chronic physical conditions: Results from the World Mental Health surveys. *J Affective Disorders* 2007;103:113-120.
- Medina-Mora ME, Borges G, Benjet C et al. Psychiatric disorders in México: lifetime prevalence in a nationally representative sample. *British J Psychiatry* 2007; 190:521-528.
- Mora-Ríos J, Medina-Mora ME, Ito Sugiyama E, Natera G. The meanings of emotional ailments in a marginalized community in México City. *Qualitative Health Research* 2008;18 (6): 830-842.
- Martínez Hernández A. La mercantilización de los estados de ánimo. El consumo de antidepresivos y las nuevas biopolíticas de las aflicciones. The commodity modification of the moods. The antidepressant consumption and the new biopolitics of the afflictions. *Política Sociedad* 2006; 43(3) 43-56.
- Foucault M. *Naissance de la clinique*. París: Presses Universitaires de France; 1972.
- Natera G; Medina P, Callejas F, Juárez F et al. Efectos de una intervención a familiares de consumidores de alcohol en una región indígena en México. *Salud Mental* 2011;34(3):195-201.