

**LA DEPRESION:
UN PROBLEMA
DE SALUD PUBLICA**

Jesús de la Gándara
Burgos

¿Qué es lo que hace que una enfermedad se convierta en un problema de salud pública?

- Afectar a muchas personas
- Ser de larga evolución
- Tener un tratamiento costoso
- Suponer consecuencias invalidantes
- Afectar a los grupos más desfavorecidos

Joham Peter Frank (1754-1821)

1ª PARTE
Más allá de la epidemiología

**EL IMPACTO DE LA
DEPRESION EN CIFRAS**

Epidemiología de la depresión

POBLACION GENERAL:

Prevalencia 6 meses:	6 %
Prevalencia puntual:	5-20 %
Riesgo vital:	15-25 %
Incidencia anual:	1-3 %

POBLACION SANITARIA:

Medicina General:	10-20 % consultas
Psiquiatría:	30-50 % consultas

RECONOCIMIENTO DE LA DEPRESIÓN

MOTIVO DE CONSULTA EN CASOS DE DEPRESIÓN

	<u>A. P. PSIQUIATRA</u>	
Es el motivo principal de consulta	25.8	75.3
Se detecta de forma secundaria	72.2	22.3
NS/NC	2.0	2.4

Libro Blanco: La calidad asistencial de la depresión en España, 1997

LA DEPRESION EN CIFRAS

- El 25 % de la población padece al menos una vez en su vida una depresión
- En España hay más de 2 millones de depresivos/as
- Las depresiones se asocian con más frecuencia a otras enfermedades mentales y médicas

DEPRESIÓN ...: GENERO Y EDAD

- La depresión afecta el doble a la mujer que al hombre
- La incidencia más alta de depresión en la mujer se sitúa entre los 30-35 años
- Los varones casados tiene menos depresiones
- La frecuencia de depresión en el varón aumenta con la edad más que en la mujer

DEPRESIÓN...: ASISTENCIA

- El 10-20 % de las personas que van al médico generalista tienen depresión
- El 50 % de los pacientes que ve un psiquiatra son depresivos/as
- El 80 % de los depresivos/as no reciben un tratamiento correcto
- El 20-30 % de las depresiones responden mal a los tratamientos

2ª PARTE

Más allá de las cifras
están las personas

**EL IMPACTO PERSONAL Y
SOCIAL DE LA DEPRESION**

La depresión es: ***¡UNA ENFERMEDAD!***

- No es lo mismo estar triste (¡Con la depre!) que deprimido.
- La tristeza siempre es razonable
- El enfermo, la familia, el entorno sociolaboral entienden mal que se pueda estar “tan triste” sin motivos aparentes
- Muchas veces se valora la tristeza como algo “normal” (ancianos, enfermos, etc.)

Consecuencias de no tenerlo en cuenta

- Negligencia de muchos casos de depresión: sufrimiento innecesario
- Visitas y exploraciones médicas excesivas e inútiles (“doctor shopping”)
- Las “ingratas sorpresas”: crisis laborales o familiares, suicidios inesperados,...
- Las soluciones milagrosas: “Hablar por hablar”, curanderos, fraudes imantados...

La depresión y sus síntomas

- Definición normativa: Es una enfermedad con síntomas psíquicos y físicos...
- Pero también con síntomas “sociales”: afectación de relaciones, actividades y rendimientos

La depresión percibida por los propios pacientes: QUEJAS TÍPICAS que más afectan al entorno social

- 61 % PÉRDIDA DE INTERÉS
- //
- 26 % DISMINUCIÓN DE LA VITALIDAD
- //
- 14 % PÉRDIDA DE CONFIANZA Y DE AUTOESTIMA

Libro Blanco: La calidad asistencial de la depresión en España, 1997

La depresión percibida por los propios pacientes: CAUSAS PRINCIPALES

- 20 % familiares
- 18 % laborales
- 13 % sociales
- 11 % el propio carácter
- 10 % otras enfermedades
- //
- 5 % problemas económicos

Libro Blanco: La calidad asistencial de la depresión en España, 1997

La depresión percibida por los propios pacientes: **IMPACTO PERSONAL**

Tipo afectación	MUCHO	ALGO	POCO
Laboral/prof.	54	33	12
Relac. famil.	41	32	26
Vida social	46	35	19
Salud	54	31	14

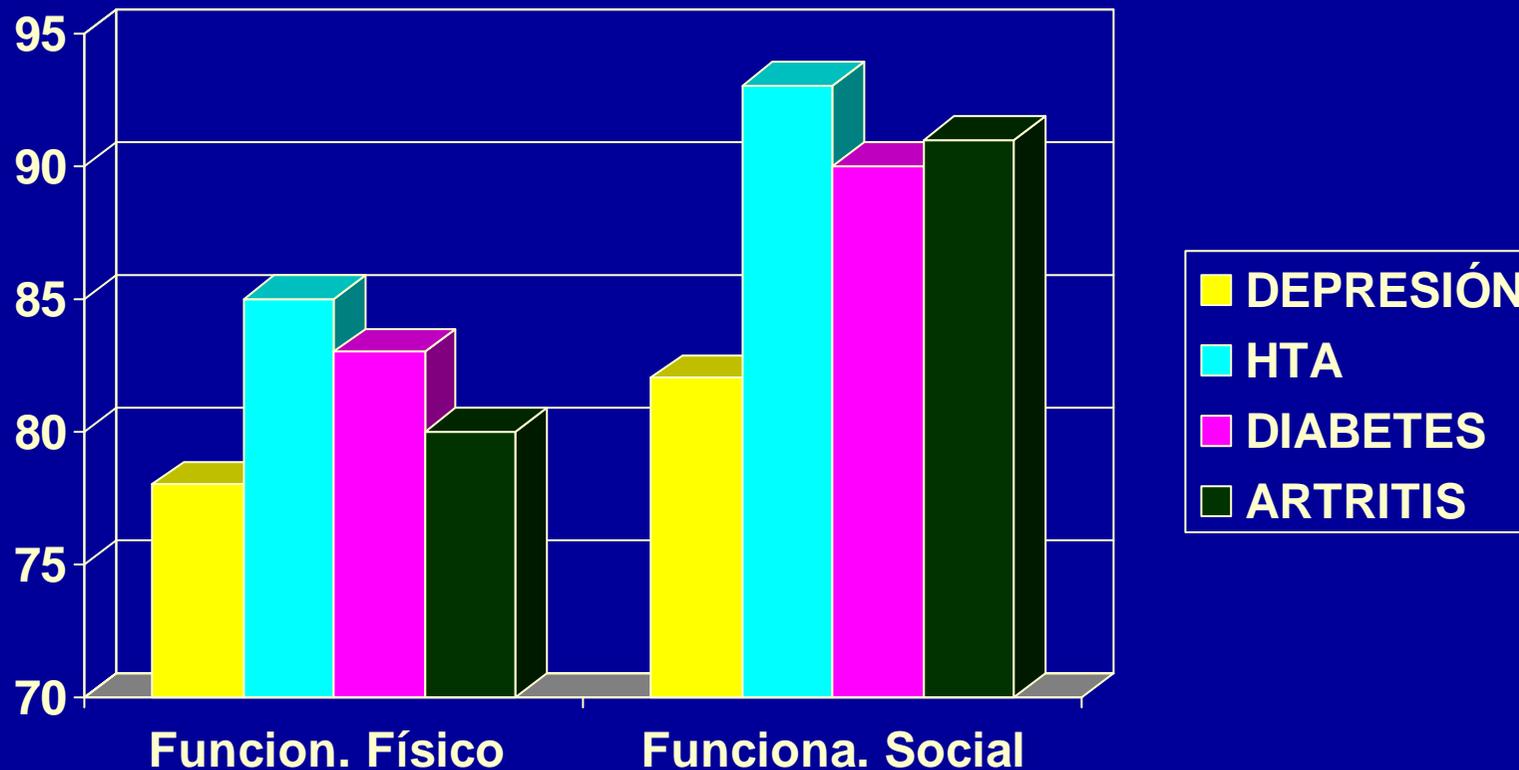
Libro Blanco: La calidad asistencial de la depresión en España, 1997

La depresión percibida por los propios pacientes: IMPACTO LABORAL

- 30 % En ILT de larga duración
- 53 % Más de UN AÑO

Libro Blanco: La calidad asistencial de la depresión en España, 1997

Funcionamiento físico y social en varias enfermedades crónicas



Escala de funcionamiento social: 100 = optimo.

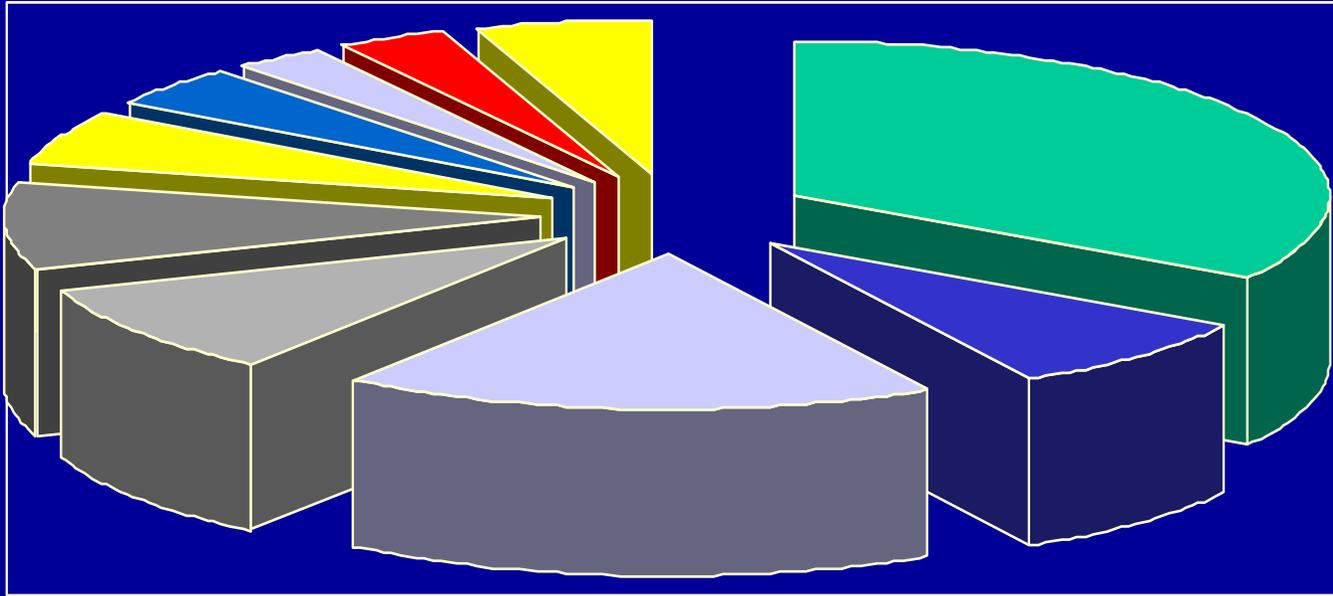
Wells et al. JAMA, 1989

3ª PARTE

Más allá de las cifras
y las personas está la
sociedad y la sanidad

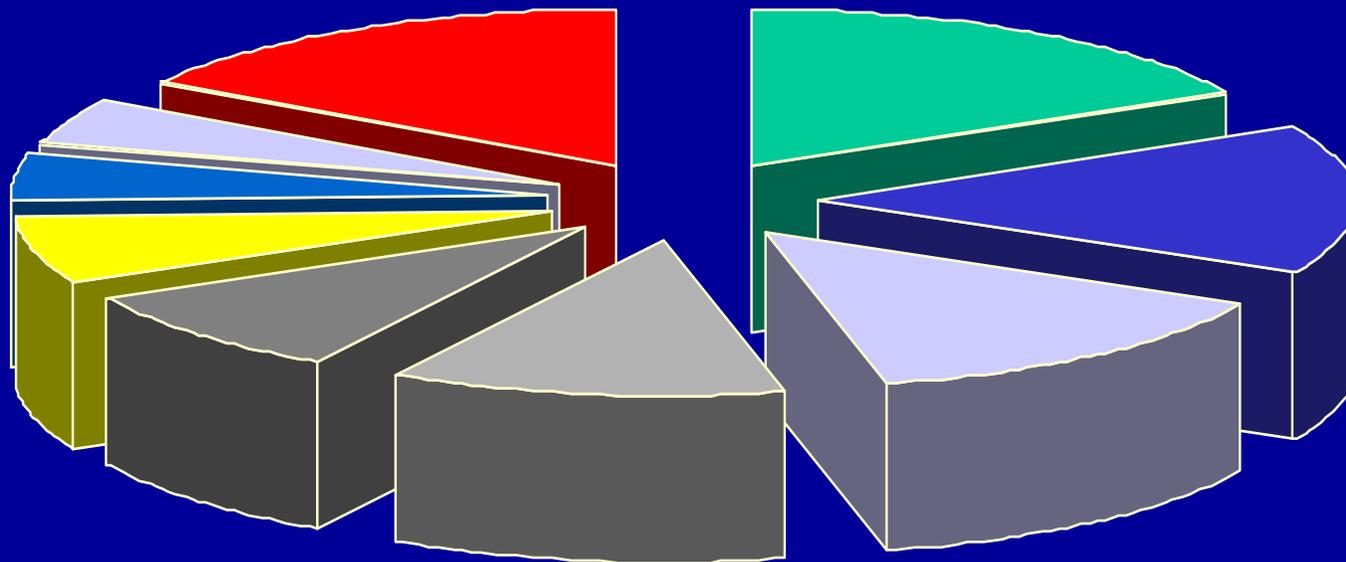
**EL IMPACTO PERSONAL Y SOCIAL
DE LA DEPRESION SE REFLEJA EN
LOS ELEVADOS COSTES Y
CARGAS SANITARIAS**

Distribución global de las cargas de la salud (1990) Desjarlais, WMH, 1997



- | | |
|--|--|
|  Alt. Conducta |  Problemas salud mental |
|  Otras enfermedades |  Embarazo y parto |
|  Respiratorias |  Cancer |
|  Cardíacos |  Malaria |
|  Cerebro-vasculares |  Otras contagiosas |

Discapacidad derivada de problemas mentales (1990) Desjarlais, WMH, 1997



■ Depresión	■ Autolesiones	■ Alzheimer
■ Alcohol	■ Epilepsía	■ Psicosis
■ Drogas	■ Estrés PT	■ Otros

IMPACTO ECONOMICO EN COMPARACIÓN CON OTRAS ENFERMEDADES (EE.UU, MILES DE MILLONES \$ POR AÑO)

• DEPRESION	44
• CARDIOPAT. CORONAR.	43
• CANCER	104
• SIDA	66

Varias fuentes, 1992-1993

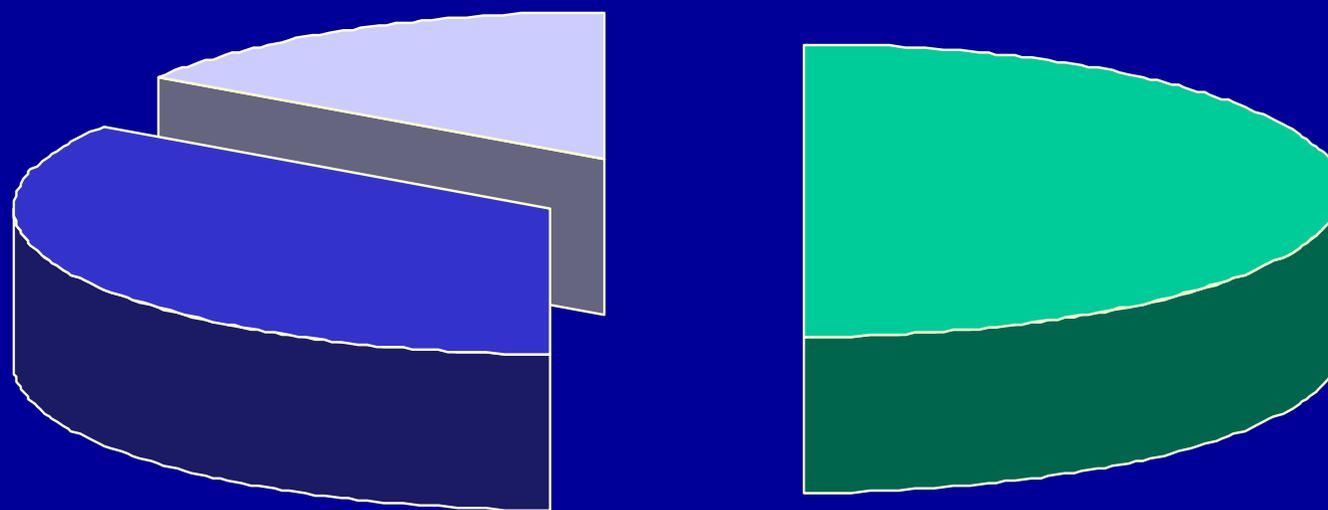
Coste de la depresión en EE.UU. 1990

- Coste total: 43.700 mill. \$ / año
 - 12.400 en costes directos
 - De ellos 1.200 por gasto farmacéutico
 - 7.500 en costes de mortalidad
 - 23.800 en costes morbilidad (laboral...)
- Pérdida de productividad:
 - 583.000 años de trabajo perdidos anualmente

Greenberg PE et al. J.Clin Psychiatry 1993

Costo anual de la depresión en EE.UU

Greenberg et al. 1993



43.700 mill. \$

■ Productividad laboral ■ Tratamientos y cuidados ■ Suicidios

IMPACTO ECONOMICO EN ESPAÑA

Según Montejo et al 1997, incluyendo COSTES DIRECTOS (tratamiento, diagnóstico, hospitalización,...) E INDIRECTOS (absentismo, pérdida productividad...) el COSTE oscila entre:

*175.000 y 250.000 Pts. por paciente,
durante seis meses de seguimiento*

SEGÚN LOS TTOS. EMPLEADOS

DISTRIBUCION DE LOS COSTES

(seis meses de seguimiento)

Montejo y cols. 1997

- **DIRECTOS:**

– Medicación Y Ttos.	70.138	32 %
– Pruebas diagnostico	5.387	2,5 %
– Hospitalización	11.618	5,4 %
– Visitas médicas	46.198	21,6 %

- **INDIRECTOS:**

– Absentismo...	80.093	37 %
-----------------	---------------	-------------

- **TOTAL** **213.511** **100 %**

Costes sociales y económicos

- Sufrimiento personal y familiar
- Aislamiento y estigmatización social
- Absentismo laboral, disminución de productividad, desempleo, incapacidad
- Complicaciones: alcohol, drogas, suicidio
- Costes económicos
- Aumento consumo servicios y gasto sanitario

4ª PARTE

Algunos grupos de personas
tienen más riesgo y más
repercusiones negativas

Personas de edad avanzada

Mujeres

Niños y Adolescentes

Enfermos somáticos

**TRASTORNOS
DEPRESIVOS EN
PERSONAS DE EDAD
AVANZADA**

DEPRESIÓN EN LA EDAD TARDÍA

- Frecuencia de depresión mayor oscila entre el 5 y el 25%, según diversas fuentes
- En residencias de la 3ª edad la prevalencia puede ser hasta del 40%
- Cerca del 40% de los pacientes ancianos hospitalizados por patologías médicas presentan una depresión

DATOS EPIDEMIOLOGICOS

- ✓ La mayoría no presentan un trastorno específico, sino síntomas depresivos aislados
- ✓ Se asocian con mayor riesgo de depresión grave, más enfermedades somáticas, más alteración funcional y más alto gasto sanitario
- Tasas de suicidio más altas que en cualquier otro grupo de edad
- Las enfermedades médicas son un factor desencadenante habitual

FACTORES DE RIESGO DE LA DEPRESION EN EL ANCIANO

Historia personal o familiar de Depresión

Enfermedad somática crónica

Soledad (particularmente viudedad)

Problemas Económicos

Falta de Apoyo Social

Sexo Femenino

Datos del NIH Consensus Development Panel on Depression

CONSECUENCIAS DEL BAJO RECONOCIMIENTO Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN ANCIANOS

- Aumento riesgo de muerte
- Aumento incidencia suicidio
- Mayor sufrimiento y alteraciones en su vida previa (Más ingresos en residencias/asilos)
- Mayor frecuencia de desarrollo de una enfermedad somática

Rotshchild, 1996

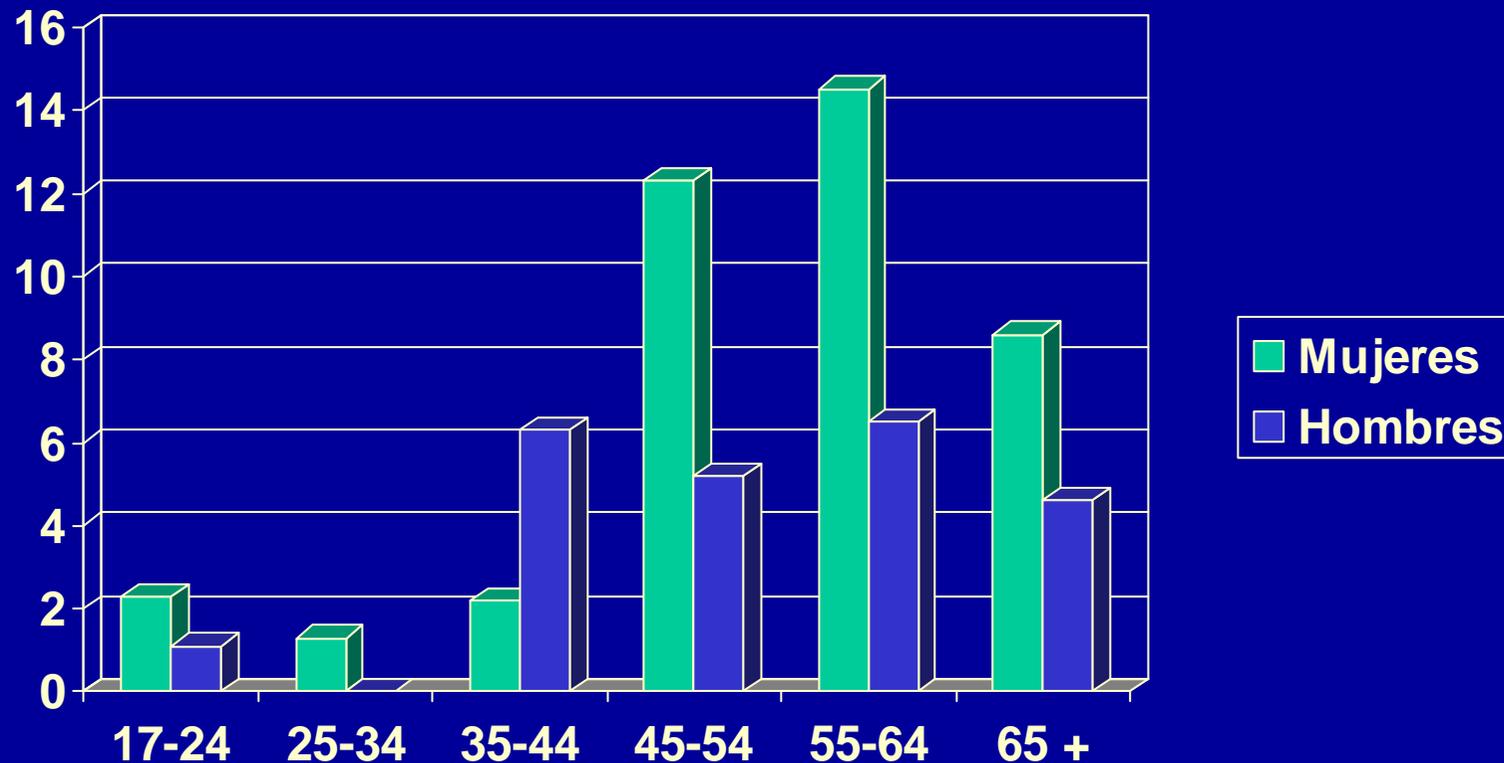
TRASTORNOS DEPRESIVOS EN LA MUJER

Singularidades

Singularidad epidemiológica, clínica y terapéutica

- Mayores tasas globales
- Relación con ciclo reproductivo:
 - Menarquia
 - Menstruación
 - Embarazo y parto
 - Menopausia
- Relación entre hormonas (estrógenos) y antidepresivos

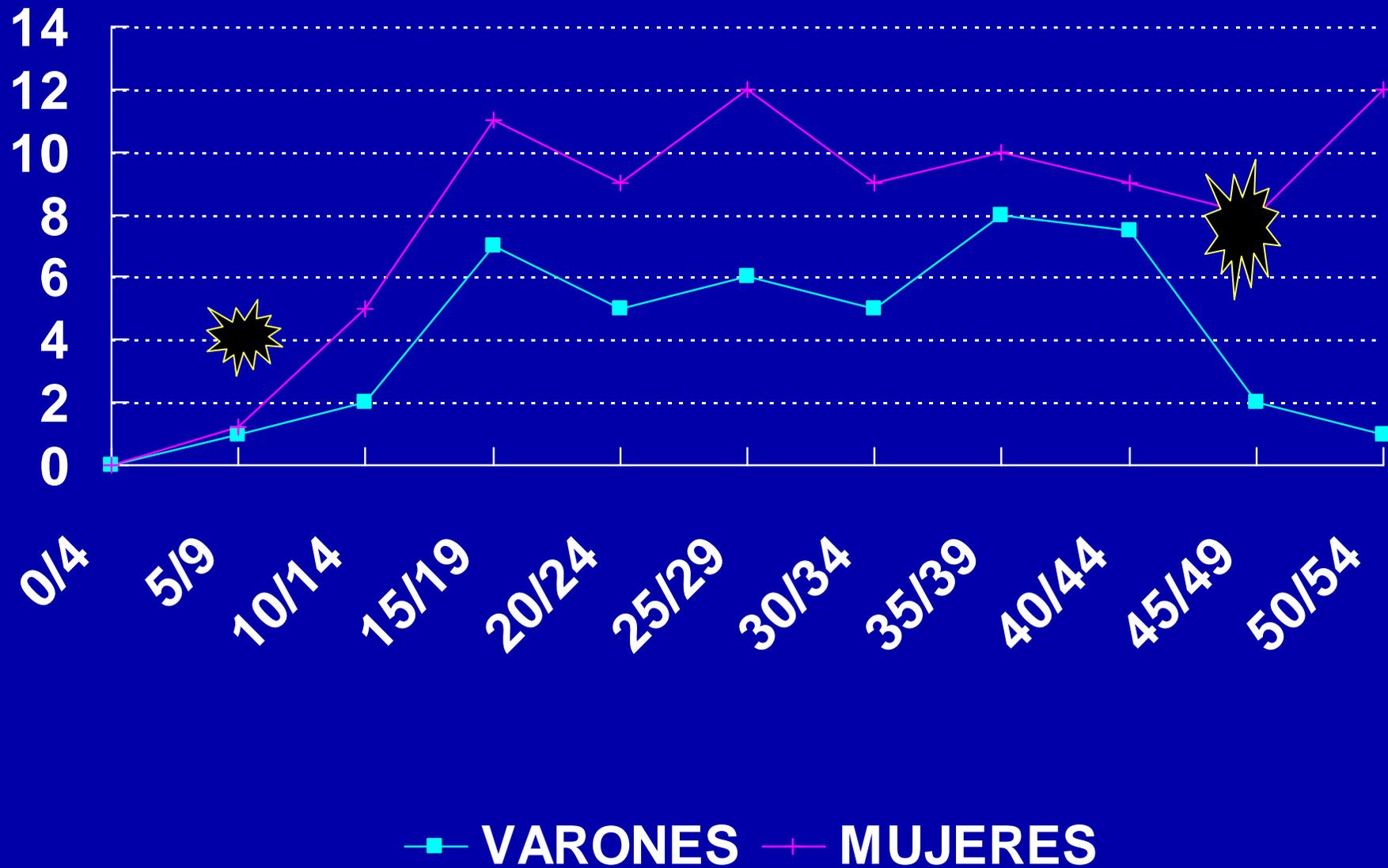
Prevalencia (%) de la depresión según la edad en el estudio de Cantabria



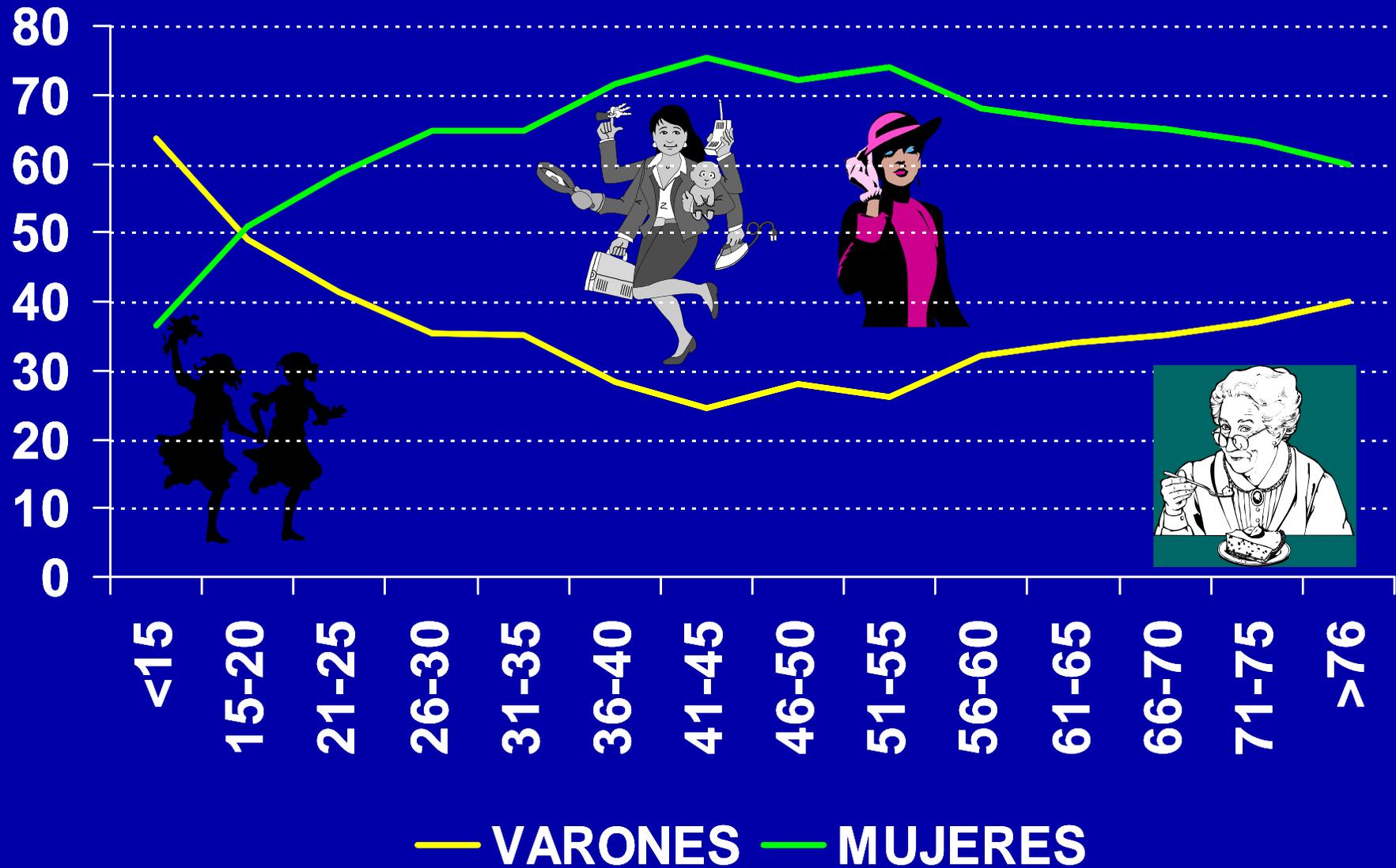
Vazquez-Barquero et al, 1987

DEPRESION MAYOR Y MUJER

Adaptado de Kessler, 1993



PROPORCION DE CONSULTAS POR T. AFECTIVOS EN FUNCION DE EDAD Y SEXO (De la Gándara, 1998)



Síndrome Premenstrual (ó Tr. Disfórico Premenstrual): MITOS y REALIDADES

MITOS:

- No existe, es una conspiración machista
- El diagnóstico es incierto e inestable
- Los criterios de investigación no se ajustan a las quejas reales de las mujeres
- Es una afectación “sólo” endocrina (física, no psíquica).
- Las hormonas son el Tto ideal, aunque cualquiera funciona, incluso el placebo.

REALIDADES (1)

- Lo hay en todas las culturas:
 - 80 % mujeres 1-2 síntomas todos los meses,
 - 3 % incapacitantes, 10-30 % requieren Tto.
- La concordancia y estabilidad del diagnóstico es alta (80 %)
- Los síntomas están claramente ligados a la fase luteínica, desaparecen tras la menopausia, reaparecen con tratamiento hormonal secuencial

REALIDADES (2)

- No hay relación entre síntomas y niveles plasmáticos de hormonas femeninas
- Los ttos. hormonales son útiles, pero son difíciles de usar a largo plazo
- Tto. Recomendable en la actualidad:
 - Pauta intermitente (semana previa a la menstruación)
 - A largo plazo (varios años ó indefinido)

Tr. psiquiátricos y embarazo

- El embarazo: Aumenta el riesgo de recaídas de trastornos previos
- El factor clave es la necesidad de suprimir los fármacos
- La utilización de AD durante el embarazo es posible, pero debe ser cuidadosa y bien informada
- El riesgo de malformaciones y la toxicidad perinatal es mínima o nula

Depresion postparto

- Postpartum : 50 - 75 %
- Depr. Postp.: 5-10 %, igual que en mujeres de edad semejante pero no puerperales.
- Suele seguir al “P.” de forma insidiosa, unas tres semanas después.
- Síntomas típicos: tristeza, ansiedad e inquietud, autoinculpación
- Es fundamental prevenirla en mujeres con antecedentes de depresión

AFECTIVIDAD NORMAL



MENOPAUSIA

Síntomas menopáusicos afectivos
Depresión previa. Síndr. del Nido Vacío



DEPRESION



ANTIDEPR.
T.H.S.



SOLUCIONES



INFORMACION
PSICOTERAPIA

TRASTORNOS DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES

EPIDEMIOLOGIA DE LA DEPRESION EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

- 3 % de los niños (Weber, 1968)
- 13 % de los niños con rasgos psicológicos anómalos (Kuhn, 1963)
- 33 % de escolares adolescentes (Albert y Beck, 1975)
- 6.8 % de chicos de 16-19 años (Levy et al. 1989)

DEPRESION Y SUICIDIO EN ADOLESCENTES

- Es la principal complicación de la depresión en adolescentes
- Elevada prevalencia de los intentos de suicidio y gestos “parasuicidas”
- Una de las principales causas de muerte en jóvenes

SUICIDIO EN ADOLESCENTES

EPIDEMIOLOGIA

- Tasas globales difíciles de estimar
- Pocos estudios sobre evolución a largo plazo
- Aumento global en últimas décadas, posiblemente más en países avanzados
- España: 1-2 x 100.000 (No está claro si ha aumentado realmente)
- Si han aumentado los intentos de suicidio

5ª PARTE

Repercusiones del tratamiento sobre los aspectos personales y sociales de las depresiones

La mejoría de la depresión repercute positivamente sobre:

CALIDAD DE VIDA

IMPACTO PERSONAL

IMPACTO SOCIAL

Evaluación del funcionamiento social (Escala SASS) en pacientes tratados con Reboxetina

