

Depresión

-impacto económico y pronóstico para los próximos años-

Dr. Víctor Adorno Quevedo

Especialista en Psiquiatría Clínica, Facultad de Ciencias Médicas, U.N.A
 Director Médico, Hospital Psiquiátrico,
 Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.
 Profesor Asistente. Cátedra de Farmacología,
 Facultad de Ciencias Médicas, U.N.A. Asunción-Paraguay.



Resumen: La depresión es un importante problema de salud por su alta prevalencia, su repercusión sobre la calidad de vida del paciente y sobre la estructura social. Es también uno de los principales factores de riesgo de suicidio.

En el presente artículo se analizan los criterios diagnósticos, los modelos de atención y las pautas generales de manejo del paciente con depresión.

Abstract: Depression is an important health problem due to its high prevalence, its impact on the patient's quality of life and social structure. It is also one of the major risk factors for suicide.

This article analyzes the diagnostic criteria, care models and general management guidelines for patients with depression.

Palabras clave: depresión, suicidio, modelo de atención en depresión.
Key words: depression, suicide, depression care model.

Datos y cifras

La depresión es la principal causa de problemas de salud y discapacidad en todo el mundo. Según las últimas estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 300 millones de personas viven con depresión, un incremento de más del 18% entre 2005 y 2015.

En las Américas, cerca de 50 millones de personas vivían con depresión en 2015, alrededor del 5% de la población.

Además, debido a su inicio temprano, a su impacto funcional y a que tiende a la cronicidad y a la recurrencia, actualmente la depresión es una de las principales causas de discapacidad y representa un 4,3% de la carga global de enfermedad^(1,2). La prevalencia de este trastorno es variable según el país estudiado y así, el National Comorbidity Survey Replication de Estados Unidos observó que un 16,2% de las personas presentaron depresión mayor en algún momento de su vida (prevalencia-vida) y un 6,6% en los últimos 12 meses (prevalencia-año)⁽³⁾.

Las personas con depresión presentan tasas elevadas de comorbilidad y mortalidad. La asociación entre depresión y enfermedades físicas y mentales, así como con el abuso de sustancias y conducta suicida es considerable. La relación de estas patologías y la depresión es compleja, ya que la depresión predispone a su padecimiento y al mismo tiempo la presencia de las mismas incrementa la probabilidad de tener depresión⁽²⁾.

En el peor de los casos la depresión puede llevar al suicidio. El suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años.

No menos importante es el impacto funcional y en la productividad vinculado a la depresión que se ha estimado que podría representar parte importante de los costes asociados^(4,5).

¿Qué es la depresión?

La depresión se presenta como un conjunto de **síntomas de predominio afectivo** (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado,

E-mail: vickadorno@gmail.com

también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una **afectación global psíquica y física**, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva^(6,7).

La posibilidad diagnóstica de un trastorno depresivo se suele plantear a partir de datos observacionales poco específicos, como el deterioro en la apariencia y en el aspecto personal, enlentecimiento psicomotriz, tono de voz bajo, facies triste, llanto fácil o espontáneo, disminución de la atención, verbalización de ideas pesimistas (*culpa, hipocondría, ruina*) alteraciones del sueño y quejas somáticas inespecíficas. La base para distinguir estos cambios patológicos de los ordinarios, viene dada por la **persistencia** de la clínica, su **gravedad**, y el grado de **deterioro funcional y social**.

Muchos casos de depresión son claramente apreciables en la práctica clínica, aunque resulte difícil establecer su autonomía diagnóstica respecto a otras entidades psicopatológicas. Así, por ejemplo, frecuentemente se percibe el trastorno depresivo asociado a **ansiedad** con diversas combinaciones sintomáticas en sus manifestaciones. La depresión también puede concurrir con el **abuso de alcohol y otras sustancias**, y con algunas enfermedades orgánicas cerebrales y sistémicas⁽¹⁾.

También es frecuente su asociación con trastornos de la conducta alimentaria y algunos trastornos de la personalidad⁽⁸⁾. Además, es más común entre personas con enfermedad física crónica y la relación entre ambas es recíproca, ya que los problemas físicos pueden exacerbar la depresión y a su vez la depresión puede afectar negativamente al curso de la patología física. La depresión también es un factor de riesgo para algunas patologías físicas, como es el caso de las enfermedades cardiovasculares⁽⁹⁾.

La depresión se puede iniciar a cualquier edad, aunque su mayor prevalencia se produce entre los 15 y 45 años, por lo que tiene un gran impacto en la educación, la productividad, el funcionamiento y las relaciones personales^(10,11).

La sintomatología del trastorno puede ser distinta con la edad: los jóvenes muestran síntomas fundamentalmente comportamentales, mientras que los adultos mayores tienen con mayor frecuencia síntomas somáticos^(12,13).

Factores de riesgo

La depresión es un proceso multifactorial y complejo cuya probabilidad de desarrollo depende de un amplio grupo de factores de riesgo, sin que hasta el momento haya sido posible establecer su totalidad ni las múltiples interacciones existentes entre ellos. Se desconoce el

peso de cada uno de ellos en relación a las circunstancias y al momento de la vida en que se desarrolla⁽¹⁴⁾.

Las variables que incrementan el riesgo de depresión se pueden clasificar en factores:

- personales,
- sociales,
- cognitivos,
- familiares y
- genéticos.

Factores personales y sociales

La prevalencia e incidencia de los trastornos depresivos es mayor en **mujeres** que en hombres, comenzando en la adolescencia y manteniéndose en la edad adulta⁽¹⁵⁾. Además, aunque la depresión es una importante causa de discapacidad tanto en hombres como en mujeres, se ha estimado que la carga de la depresión es 50% más alta en las mujeres que en los hombres⁽¹¹⁾. Las **enfermedades crónicas**, tanto físicas como mentales⁽⁶⁾ y la posible asociación con el consumo de **alcohol y tabaco**^(16,17) también son factores de riesgo importantes.

Dentro del papel atribuido a las circunstancias sociales se ha destacado el **bajo nivel de recursos económicos** y las **circunstancias laborales**⁽⁶⁾. Las personas en **desempleo** y baja laboral presentan depresiones con mayor frecuencia.

El estado civil (**soltero, divorciado o viudo**) y **el estrés crónico** parecen relacionarse con una mayor probabilidad de desarrollar depresión⁽⁶⁾, y también se observa que la exposición a **adversidades** a lo largo de la vida está implicada en el comienzo de trastornos depresivos y ansiosos⁽¹⁸⁾.

Factores cognitivos

La investigación sobre el papel de los factores cognitivos en la depresión se ha guiado predominantemente por el modelo de Beck, en el que los **esquemas negativos**, pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias disfuncionales tienen un papel fundamental en el procesamiento de la información⁽¹⁹⁾. Estos y otros factores como la reactividad cognitiva hacia los eventos negativos, el estilo rumiativo de respuesta y los sesgos atencionales se consideran claves en el desarrollo y mantenimiento de la depresión⁽²⁰⁾.

Factores familiares y genéticos

Los descendientes de pacientes con depresión constituyen un grupo de riesgo tanto para enfermedades somáticas como para trastornos mentales⁽²¹⁾. Así, los **familiares de primer grado** de pacientes con trastor-

Síntomas de la Depresión

Emocionales	Conductuales	Cognitivas	Físicas
<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza • Ansiedad • Culpa • Ira • Fluctuaciones emocionales • Sentimientos de impotencia y desesperación • Irritabilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Llanto • Aislamiento social • Descuidar responsabilidades • Cambios en la apariencia personal • Enlentecimiento psicomotor • Agitación o sensación de intranquilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Autocrítica frecuente • Deterioro de la memoria y la concentración • Indecisión • Confusión • Pensamientos de muerte y suicidio 	<ul style="list-style-type: none"> • Fatiga crónica • Falta de energía • Insomnio o hipersomnia • Aumento o pérdida de peso • Falta de motivación • Abuso de alcohol o sustancias • Dolores y molestias sin explicación

Fuente: *Mental Health First Aid*

Tabla 1

no depresivo mayor tienen el doble de posibilidades de presentar depresión que la población general⁽²²⁾, proporción también importante en los de segundo grado⁽²³⁾.

El patrón de presentación del cuadro también puede ser diferente, encontrando como señal más temprana un trastorno de ansiedad⁽²⁴⁾. No obstante, estos estudios familiares por sí mismos no pueden establecer qué cantidad de riesgo proviene de los factores genéticos y qué cantidad del ambiente familiar compartido.

Riesgo de suicidio

La depresión es uno de los factores más asociados a la conducta suicida^(25,26). Se ha estimado que el riesgo de suicidio es cuatro veces mayor en las personas con depresión en comparación con la población general, y 20 veces mayor en el caso de la depresión grave⁽²⁶⁾. Debido a ello diferentes guías clínicas en atención primaria recogen la importancia de la evaluación del riesgo de suicidio ante un paciente depresivo^(6,10).

La conducta suicida es la consecuencia de distintas situaciones y factores que se combinan entre sí para generar un abanico. En la actualidad se considera que el suicidio se mueve a lo largo de un continuum de diferente naturaleza y gravedad, que va desde la ideación (*idea de la muerte como descanso, deseos de muerte e ideación suicida*) hasta la gradación conductual creciente (*amenazas, gestos, tentativas y suicidio*)⁽²⁶⁾.

Los síntomas de la depresión

Los síntomas nucleares de la depresión son la tristeza patológica, la pérdida de interés o placer en casi todas las cosas y una disminución de la vitalidad.

Además, pueden aparecer otros síntomas, como los sentimientos de culpa o de incapacidad, la irritabilidad, el pesimismo ante el futuro, las ideas de muerte o de suicidio, la pérdida de confianza en uno mismo o en los demás, la disminución de la concentración y la memoria, la intranquilidad, los trastornos del sueño y la disminución del apetito y de la libido, entre otros (*Ver Tabla 1*).

Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según CIE-10

A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
<p>C. Síndrome somático: alguno de los síntomas depresivos pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Habitualmente, el síndrome somático se considera presente cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras • Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta • Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual • Empeoramiento matutino del humor depresivo • Presencia de enlentecimiento motor o agitación • Pérdida marcada del apetito • Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes • Notable disminución del interés sexual

Fuente: *Adaptado de OMS (28)*

Tabla 2

Criterios diagnósticos de trastorno de depresión mayor según DSM-5

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer.**
- (1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.
 - (2) Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (*como se desprende de la información subjetiva o de la observación*).
 - (3) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución del apetito casi todos los días.
 - (4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 - (5) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
 - (6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 - (7) Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (*que puede ser delirante*) casi todos los días (*no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo*).
 - (8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (*a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas*).
 - (9) Pensamientos de muerte recurrentes (*no solo miedo a morir*), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.**
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.**
- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.**
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.**

Fuente: Adaptado de American Psychiatric Association. DSM-5⁽²⁹⁾

Tabla 3

Los síntomas cognitivos como los problemas de concentración, falta de atención, dificultad para encontrar las palabras, enlentecimiento mental y dificultad en la toma de decisiones son algunos de los síntomas persistentes más comúnmente referidos en la depresión, incluso en pacientes con criterios de respuesta al tratamiento o remisión. Además, los síntomas cognitivos se asocian a una peor evolución del paciente y a un aumento de la carga clínica y económica.

Conviene recordar que tristeza o melancolía no son sinónimos de depresión. Los períodos de tristeza o melancolía son inherentes a la experiencia humana. La tristeza es un sentimiento normal, pero puede llegar a ser patológica en función de su duración, intensidad y grado de interferencia en la conducta y la vida cotidiana de la persona.

Diagnóstico

Criterios diagnósticos

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, tanto en la clínica como en la investigación, son los de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) (Ver Ta-

bla 2) y los de la clasificación de la American Psychiatric Association (DSM)⁽²⁷⁾ (Ver Tabla 3).

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial del episodio depresivo debe orientarse a constatar si la etiología es idiopática o puede estar relacionada con otra patología médica, trastorno mental, consumo de drogas o alguna medicación prescrita.

En la Tabla 4 se presentan las principales enfermedades que pueden manifestarse con sintomatología depresiva. Es importante tener en cuenta su posible presencia con el fin de realizar las pruebas pertinentes que orienten a estas patologías.

Consecuencias de la depresión

Entre las consecuencias derivadas de la depresión se encuentran el incremento en la morbilidad y mortalidad; el riesgo de suicidio; la discapacidad prolongada y el deterioro funcional y social; y la carga económica.

Los pacientes con depresión tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares (*accidente cerebrovascular e infarto agudo de miocardio*), diabetes,

Diagnóstico diferencial de la depresión	
Patologías Médicas	Trastornos Mentales
Endocrino/Metabólicas: Patología tiroidea (hipo e hipertiroidismo), diabetes, anemia severa, enfermedad de Cushing, enfermedad de Adisson, Porfiria.	Trastorno angustia/ansiedad
Infeciosas: Tuberculosis, infección por virus del Epstein-barr, VIH, sífilis terciarias.	Trastorno obsesivo compulsivo
Neurológicas: Enfermedad de Alzheimer, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, ictus, epilepsia.	Trastorno bipolar
Neoplasias: Carcinomatosis, cáncer páncreas.	Distimia
Otros: lúes, dolor crónico.	Trastornos adaptativos
	Síntomas negativos de la esquizofrenia
	Consumo de tóxicos

Fuente: Elaboración propia

Tabla 4

otros trastornos psiquiátricos y ser consumidores de drogas.

Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) 2011-2012, el 68,4% del total de enfermos con depresión y/o ansiedad percibe su estado de salud entre regular y muy malo (33,7% en el resto de enfermos crónicos, y 28,1% de la población total española). De hecho, la morbi-mortalidad por otras causas (especialmente oncológicas y cardiovasculares) es superior a la de la población general⁽³⁰⁾.

El suicidio se relaciona con una gran variedad de trastornos mentales graves y, en el caso de la depresión, el riesgo es 21 veces superior a la población general.

En el Paraguay las tasas de suicidio se sitúan entre las más bajas a nivel mundial.

La tasa de prevalencia del suicidio en Paraguay están alrededor del 5 - 6 por 100.000 habitantes. Esto significa aproximadamente 1 muerte por suicidio cada día⁽³¹⁾.

La proporción de suicidios hombre/mujer es de 3:1. Teniendo en cuenta el porcentaje acumulado de suicidios por sexo, el 75,31% de los suicidios son llevados a cabo por los hombres y el 24,68% por las mujeres⁽³¹⁾.

Cada año aproximadamente 400 personas cometen suicidio. En cuanto a la edad de suicidio, el 40% de los casos se observan entre las edades de 18 a 29 años, y más del 50% de los suicidios se realizan entre las edades de 14 a 29 años. En cuanto al método suicida más utilizado, el 70% se deben a ahorcamiento seguido por arma de fuego en un 20%⁽³¹⁾.

La depresión está asociada a un nivel significativo de discapacidad, con implicaciones sustanciales en la calidad de vida de estos pacientes y en su entorno familiar, laboral y social. Las tasas de discapacidad asociadas con la depresión son aún mayores que las producidas

por otras enfermedades crónicas como la hipertensión, diabetes, artritis y el dolor de espalda.

Según la OMS, en el grupo de edad de 15 a 44 años, la depresión es la primera causa de discapacidad en el mundo, medida en Años de Vida vividos con Discapacidad (AVD).

Modelos de atención a la depresión y principios generales de manejo

En las últimas dos décadas ha aumentado el interés por desarrollar diferentes modelos de atención a la depresión. Entre los factores más importantes que han impulsado la investigación en este ámbito están el reconocimiento de la depresión como una enfermedad crónica y discapacitante y la necesidad de promover enfoques asistenciales compartidos entre atención primaria y especializada^(6,32).

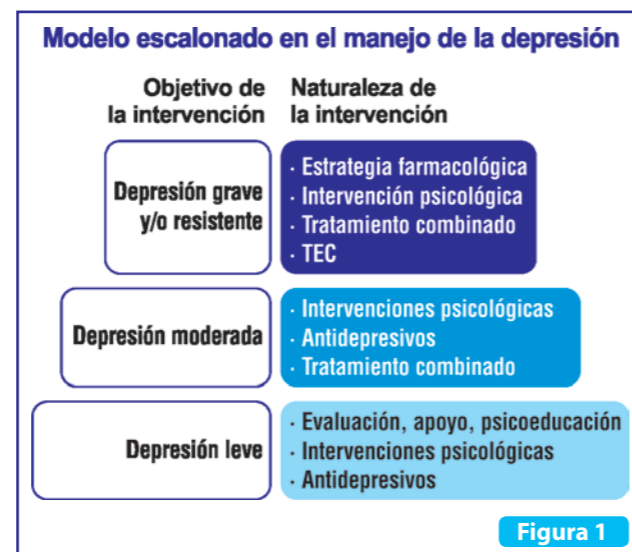


Figura 1

Aunque existen diversidad de modelos e intervenciones diseñadas, los modelos escalonados y los de atención colaborativa son quizás los más prometedores y por ello son los que se recogen en este apartado (Ver Figura 1)^(6,32).

El modelo escalonado

Los modelos escalonados de tratamiento se han desarrollado con el objetivo de maximizar la eficiencia mediante la promoción de las intervenciones menos intensivas según el estado y evolución del paciente. A pesar de que el escalonamiento de las intervenciones según la complejidad y gravedad de las patologías está implícito en general en la atención sanitaria, los sistemas escalonados son un intento de formalizar un continuo en la atención prestada y mejorar la eficiencia⁽⁶⁾.

Se ha propuesto que este modelo es el adecuado para el manejo de la depresión por diferentes razones. Entre las más importantes se han destacado la evidencia de equivalencia de resultados entre intervenciones de diferente intensidad, la promoción del uso eficiente de los recursos y la aceptabilidad de la intensificación de intervenciones según la gravedad tanto por parte de los profesionales como de los pacientes⁽³³⁾.

La atención colaborativa

Los modelos de atención colaborativa, basados en el Chronic Care Model, han sido aplicados para mejorar el manejo de la depresión en atención primaria, observándose su efectividad a la hora de mejorar el proceso asistencial y los resultados clínicos⁽³⁴⁾. Este modelo de atención potencia la intervención de las care-manager (cuidadores), que generalmente son enfermeras, cuya función principal es mejorar el bienestar y la calidad de vida de las personas con depresión, planificando cuidados de enfermería en función de sus necesidades y realizar funciones de integración y coordinación de las intervenciones de los diferentes profesionales (médicos de familia, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y otros profesionales de la salud) para vertebrar una mejor asistencia sanitaria y calidad de cuidados al paciente.

Pronóstico para los próximos años

La estimación de la carga global de enfermedad con Años de Vida Ajustado por Discapacidad (AVAD) muestra que los trastornos mentales y neurológicos son las condiciones más importantes contribuyentes; por ejemplo, en 1999 representaron el 11% de los AVAD perdidos debido a todas las enfermedades y lesiones. El número

La Revista Médica para TODOS los Profesionales de la Salud



- Actualización médica continua
- Todas las especialidades médicas y quirúrgicas
- Escrita por destacados profesionales

Secciones

- Puestas al día
- Opinión de experto
- Estudios clínicos
- Encares terapéuticos
- Actualizaciones diagnósticas
- Actualidad terapéutica

Contáctenos: www.farmanuario.com
tendencias@farmanuario.com

de personas con problemas mentales y neurológicos crecerán, aumentando a 15% de los AVAD perdidos para el año 2020. Para el 2030 la depresión será la principal causa de discapacidad en el mundo⁽³⁵⁾.

El AVAD expresa años de vida perdidos por muerte prematura, y años vividos con una discapacidad de severidad y duración especificadas. Un AVAD es, por tanto, un año de vida saludable perdido.

Entre todos los trastornos mentales y neurológicos, la depresión representa la mayor proporción de la carga. Casi en todas partes, la prevalencia de la depresión es dos veces más alta en mujeres que entre los hombres. Otros cuatro trastornos mentales figura entre las 10 principales causas de discapacidad Mundo, es decir abuso de alcohol, trastorno bipolar, Esquizofrenia y trastorno obsesivo-compulsivo.

Impacto económico de la depresión

Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), las enfermedades mentales, como la depresión, cuestan a los países miembros hasta un 4% del PIB.

El coste de los Trastornos del estado de ánimo en la Unión Europea se ha estimado en más de 113.405 millones de euros en 2010 (Ver Tabla 5)⁽³⁶⁾.

De acuerdo al estudio "Cost of brain disorders in Europe 2010" realizada con un total de 30 países europeos y analizando 19 grupos de categorías diagnósticas, uno de cada tres europeos sufrió al menos alguna de estas dolencias mentales a lo largo del 2010.

En conjunto, estos trastornos supusieron un coste económico para el total de la Unión Europea de 798.000 millones de euros, de los cuales el 37% se debieron a costes directos en servicios sanitarios, el 23% a costes no sanitarios (cuidados informales) y el 40% a costes indirectos (pérdida de productividad laboral, discapacidad crónica, etc.). El análisis pone de manifiesto que, a la hora de evaluar el impacto asociado a los trastornos mentales y las enfermedades neurológicas, es igual o mucho más importante tener en cuenta el coste derivado de las pérdidas en productividad laboral, asociadas a su vez a la falta de estrategias eficaces para prevenir y tratar a tiempo estos problemas⁽³⁶⁾.

En los Estados Unidos, la depresión es una de las principales causas de discapacidad para las personas de 15 a 44 años, lo que da como resultado casi 400 millones de días de discapacidad al año, sustancialmente más que la mayoría de las otras condiciones físicas y mentales⁽³⁷⁾.

Según el estudio "The Economic Burden of Adults With Major Depressive Disorder in the United States (2005 and

Trastorno	Coste en millones de euros
Trastornos del estado de ánimo	113.405
Demencias	105.200
Trastornos psicóticos	93.900
Trastornos de ansiedad	74.400
Adicciones	65.700
Infarto cerebral	64.100
Dolor de cabeza	43.500
Discapacidad mental	43.300
Trastornos del sueño	35.400
Lesión cerebral adquirida	33.000
Trastornos de personalidad	27.300
Trastornos de la infancia y adolescencia	21.300
Trastornos somatoformes	21.200
Esclerosis múltiple	14.600
Enfermedad de Parkinson	13.900
Epilepsia	13.800
Trastornos neuromusculares	7.700
Tumores cerebrales	5.200
Trastornos de la alimentación	800

Fuente: "Cost of brain disorders in Europe 2010"⁽³⁶⁾

2010)" los costos anuales relacionados con el trastorno depresivo mayor se elevó a 210,5 billones de dólares en 2010. Eso representa un aumento del 21 por ciento sobre los 173,3 billones de dólares en pérdidas económicas anuales asociadas a la depresión a partir de 2005⁽³⁸⁾.

El estudio destaca tres áreas que contribuyen a los 210,5 billones de dólares: costos en el lugar de trabajo, costos directos y costos relacionados con el suicidio.

Los costos en el lugar de trabajo (48 - 50%), que incluyeron días perdidos (ausentismo) y productividad reducida (presentismo), fueron responsables de la mitad de todos los costos relacionados con los pacientes con depresión.

Costos directos (45 - 47%), que incluyeron los costos médicos y los costos farmacéuticos.

Costos relacionados al suicidio (5%) que incluyen la pérdida de ingresos.

Sólo una minoría de los costos económicos de los pacientes con depresión identificados por el estudio,

un 38 por ciento se debieron a la depresión mayor en sí.

La mayor parte de los costos asociados con esas personas provenían de las llamadas comorbilidades, o condiciones que estaban ocurriendo para ellos al mismo tiempo que su depresión, como ansiedad y trastorno de estrés postraumático, y dolencias físicas como dolor de espalda, trastornos del sueño y migrañas.

Importancia económica de tratar la depresión

Cada dólar invertido en tratamientos contra la depresión y la ansiedad vería su rendimiento multiplicado por cuatro ya que mejorarían no solo la salud mental del enfermo sino que provocaría un mayor rendimiento laboral, según el último estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽³⁹⁾.

Esta es la primera vez que un estudio de la OMS y publicado en "The Lancet" establece de manera inequívoca una relación entre la salud mental y los beneficios económicos que pueden conseguirse invirtiendo en tratamientos contra la depresión y la ansiedad que, de acuerdo con la agencia sanitaria de la ONU, son desórdenes mentales que afectan anualmente a un mayor número de personas en todo el mundo⁽⁴⁰⁾.

De acuerdo con las cifras de la OMS, actualmente un 10% de la población mundial está afectada por estos problemas de salud. Porcentaje que no cesa de aumentar desde que, en el periodo 1990 a 2013, estas cifras dieran un gran salto al pasar de 416 a 615 millones el número de personas afectadas por estas patologías, un aumento de un 50%.

Actualmente estas enfermedades, que no son mortales, representan el 30% de los gastos del presupuesto total de los sistemas de salud aunque, debido al creciente número de conflictos armados y de emergencias humanitarias, se ha disparado el número de afectados por las mismas en los últimos años ya que, en estas situaciones, se calcula que una de cada cinco personas sufre una enfermedad mental o ansiedad.

La OMS realizó una simulación del coste de los tratamientos antidepresivos o ansiolíticos en treinta y seis países, con ingresos medianos o elevados, durante los próximos quince años –de 2016 a 2030- estimando que mejorar los tratamientos existentes, basados principalmente en terapias psicológicas y medicación antidepresiva, costarían unos 147 billones de dólares.

Sin embargo, esta inversión de 147 billones de dólares se vería con creces rentabilizada ya que con sólo una pequeña mejora de la productividad, un 5%, se conseguiría un incremento en la producción de 399 billones

Bibliografía

- World Health Organization. Depression. Geneva: World Health Organization; 2013 [citado 10 dic 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/en/>
- World Health Organization. Mental health action plan 2013 - 2020. Geneva: WHO; 2012 [citado 10 dic 2013]. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/index.html.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). JAMA. 2003;289(23):3095-105.
- Curran C, Knapp M, McDaid D, Tomasson K, The MHEEN Group. Mental health and employment: An overview of patterns and policies across Western Europe. Journal of Mental Health. 2007;16(2):195-209.
- Sobocki P, Jönsson B, Angst J, Rehnberg C. Cost of depression in Europe. J Ment Health Policy Econ. 2006;9(2):87-98.
- National Collaborating Centre for Mental Health. Depression. The treatment and management of depression in adults. London: The British Psychological Society; 2009. Informe No.: 90.
- Marcus M, Yasamy MT, Ommeren Mv, Chisholm D, Saxena S, WHO Department of Mental Health and Substance Abuse. Depression. A Global Public Health Concern. Geneva: WHO.
- Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005;62(6):617.
- Egede LE. Major depression in individuals with chronic medical disorders: prevalence, correlates and association with health resource utilization, lost productivity and functional disability. General Hospital Psychiatry. 2007;29:409-16.
- Patten SB, Kennedy SH, Lam RW, O'Donovan C, Filteau MJ, Parikh SV, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Clinical Guidelines for the Management of Major Depressive Disorder in Adults. I. Classification, Burden and Principles of Management. J Affect Disord. 2009;117 Suppl 1:S5-14.
- Marcus M, Yasamy MT, Ommeren Mv, Chisholm D, Saxena S, WHO Department of Mental Health and Substance Abuse. Depression. A Global Public Health Concern. Geneva: WHO.
- Serby M, Yu M. Overview: depression in the elderly. Mt Sinai J Med. 2003;70(1):977-86.
- Hegeman JM, Kok RM, van der Mast RC, Giltay EJ. Phenomenology of depression in older compared with younger adults: meta-analysis. Br J Psychiatry. 2012;200(4):275-81.
- Butler R, Carney S, Cipriani A, Geddes J, Hatcher S, Price J, et al. Depressive disorders. Am Fam Physician. 2006;73(11):1999-2004.
- Bellón JA, Moreno-Küstner B, Torres-González F, Montón-Franco C, GildeGómez-Barragán MJ, Sánchez-Celaya M, et al. Predicting the onset and persistence of episodes of depression in primary health care. The predictD-Spain study: methodology. BMC Public Health. 2008;8:256.
- Hamalainen J, Kaprio J, Isometsa E, Heikkinen M, Poikolainen K, Lindeman S, et al. Cigarette smoking, alcohol intoxication and major depressive episode in a representative population sample. J Epidemiol Community Health. 2001;55(8):573-6.
- Boden JM, Fergusson DM. Alcohol and depression. Addiction. 2011;106(5):906-14.
- Turner RJ, Lloyd DA. Stress burden and the lifetime incidence of psychiatric disorder in young adults: racial and ethnic contrasts. Arch Gen Psychiatry. 2004;61(5):481-8.
- Beck AT. The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. Am J Psychiatry. 2008;165(8):969-77.
- De Raedt R, Koster EH. Understanding vulnerability for depression from a cognitive neuroscience perspective: A reappraisal of attentional factors and a new conceptual framework. Cogn Affect Behav Neurosci. 2010;10(1):50-70.
- Weissman MM, Wickramaratne P, Nomura Y, Warner V, Pilowsky D, Verdelli H. Offspring of depressed parents: 20 years later. Am J Psychiatry. 2006;163(6):1001-8.

de dólares, a los que se sumarían unos 310 billones de dólares más de beneficios suplementarios derivados de una mejora en la salud, señaló la OMS⁽⁴⁰⁾.

Por el momento las inversiones en tratamientos de este tipo son escasas ya que según las cifras publicadas en la última edición del «Atlas de la Salud Mental de la OMS», fechado en 2014, los gobiernos gastan un promedio de un 3% de los presupuestos de salud en la salud mental, uno por ciento en los países en desarrollo y 5% en los industrializados.

Datos del Paraguay

Según las estadísticas en los últimos 5 años se quintuplicó el número de consultas, de 25 a 30 mil consultas por año estas subieron a 160mil consultas en el año 2015.

Los casos que más consultas generan son los cuadros depresivos (30 a 35%) y los trastornos de ansiedad (20 a 25%) como el estrés agudo, post traumático, trastorno de ansiedad generalizada, fobia, obsesivo compulsivo y últimamente se acrecentaron los pacientes atendidos por casos de abuso intrafamiliar⁽⁴¹⁾.

En 2016 hubo 13% más de consultas por salud mental en consultorios del Ministerio de Salud. El 35% de todas esas atenciones fueron por depresión⁽⁴²⁾.

En el Hospital Psiquiátrico según estadísticas del Departamento de Consultorio Externo, las consultas por cuadros depresivos se han incrementado en los últimos 3 años. De un 18,30% de 11730 consultas en el año 2014 a 28,50% de 14.860 consultas en el año 2016.

Conclusiones

La depresión supone un importante problema de salud debido a su prevalencia, a su repercusión sobre la calidad de vida del paciente y sobre la estructura familiar y social y a su papel como uno de los principales factores de riesgo de suicidio. Por todo ello, la depresión se considera de gran importancia no solo para el sistema sanitario, sino también para la sociedad.

Los costos directos, indirectos y por el suicidio pueden ascender a varios millones a billones de dólares en días de discapacidad al año. Según la OMS, por cada dólar invertido en el tratamiento de la depresión y la ansiedad se genera un retorno de cuatro dólares en mejoras relacionadas con la salud y la capacidad laboral.

Recibido: 02/05/2017
Aprobado: 00/00/2017

Bibliografía

- Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2000;157(10):1552-62.
- Weissman MM, Wickramaratne P, Nomura Y, Warner V, Verdelli H, Pilowsky DJ, et al. Families at high and low risk for depression: a 3-generation study. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(1):29-36.
- Lieb RIB, Ho er M, P ster H, Wittchen H. Parenteral major depression and the risk of depression and other mental disorders in offspring: a prospective-longitudinal community study. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59:365-74.
- Hawton K, Saunders K, Topiwala A, Haw C. Psychiatric disorders in patients presenting to hospital following self-harm: a systematic review. *J Affect Disord*. 2013;151(3):821-30.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Santiago de Compostela: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t); 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalía-t No 2010/02.
- Reed GM, J. M-C, Esparza P, Saxena S, Maj M. The WPA-WHO Global Survey of Psychiatrists' Attitudes Towards Mental Disorders Classification. *World Psychiatry*. 2011;10(2):118-31.
- Organización Mundial de la Salud. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor; 1992.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5. Arlington (VA): American Psychiatric Association; 2013.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud (ENSE) 2011/12. 2013- Disponible en <http://www.ine.es/prensa/np770.pdf>.
- Adorno V, Adorno C. Evaluación y manejo del paciente con conducta suicida en el Servicio de Urgencia. *Tendencias en Medicina*. 2016; Año XI N° 11: 125-134.
- Calderón C, Mosquera I, Balagué L, Retolaza A, Bacigalupe A, Belaunzarán J, et al. Modelos e intervenciones de colaboración entre Atención Primaria y Salud Mental en la atención a los pacientes diagnosticados de depresión: resultados de una meta-revisión. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud, Gobierno Vasco; 2013. Informe N.º: D-13-13.
- Bower P, Gilbody S. Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency: narrative literature review. *Br J Psychiatry*. 2005;186:11-7.
- Gilbody S, Bower P, Fletcher J, Richards D, Sutton AJ. Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Arch Intern Med*. 2006;166:2314-21.
- Organización Mundial de la Salud. The Global Burden of Disease. 2004 update. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf?ua=1.
- Gustavsson A, Svensson M, Jacobi F, et al. Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*. 2011. 21, 718-779.
- Merikangas KR, Ames M, Cui L, et al. The impact of comorbidity of mental and physical conditions on role disability in the US adult household population. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(10):1180-1188.
- Greenberg P, Fournier A, et al. The Economic Burden of Adults With Major Depressive Disorder in the United States (2005 and 2010). *J Clin Psychiatry* 2015;76(2):155-162.
- World Health Organization. La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es>.
- Chisholm D, Sweeny K, Sheehan P, et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *Lancet Psychiatry* 2016; 3: 415-24.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Salud Mental: el 35% de las consultas son por cuadros depresivos. 2016. Disponible en: <http://www.mspbs.gov.py/salud-mental-el-35-de-las-consultas-son-por-cuadros-depresivos>.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. #RESUMEN2016: Aumentaron las consultas por salud mental. 2016. Disponible en: <http://www.mspbs.gov.py/resumen2016-aumentaron-las-consultas-por-salud-mental>.