

Conocimiento y percepción de la depresión entre la población española

A. Comas^a y E. Álvarez^b

^aDepartamento Médico Solvay Pharma, S.A. ^bServicio de Psiquiatría. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Knowledge and perception about depression in the Spanish population

Resumen

Introducción. El objetivo de este estudio es conocer cómo percibe la población española la depresión. Poner de manifiesto los errores existentes en la consideración de la misma será el primer paso para poderlos corregir y poder contribuir a un mayor bienestar de los pacientes.

Material y métodos. Se realizaron más de 1.000 entrevistas estructuradas por toda la geografía española, con representación segmentada para cada comunidad autónoma.

Resultados. Dos tercios de los entrevistados consideraron que la depresión es una enfermedad; algo más quienes la habían padecido (67%). El 42% opinó que la depresión afecta a más del 25% de la población. La población española cree que en el futuro la incidencia irá en aumento. Los españoles otorgan gran importancia a la depresión, considerándola entre las tres enfermedades de mayor incidencia, superando a las enfermedades coronarias. La mayoría de los encuestados no aceptaría un tratamiento farmacológico de al menos 1 año de duración. El efecto adverso de los antidepresivos mencionado con mayor frecuencia es la dependencia, motivo por el cual los entrevistados son reacios a seguir un tratamiento durante largo tiempo. Sólo un 50% de los tratados por depresión consideró que recibió suficiente apoyo familiar y social. El 18% de los afectados por depresión ocultó su trastorno, fundamentalmente por motivos relacionados con el estigma laboral.

Conclusiones. La población española actual tiene un notable conocimiento de la depresión. Sin embargo, siguen existiendo prejuicios que dificultan tanto el tratamiento y la recuperación del paciente deprimido como su reinserción social. Estas creencias constituyen pequeños estigmas que dificultan la adherencia al tratamiento, sin duda el factor más importante para mejorar el pronóstico de la depresión.

Palabras clave: Depresión. Percepción. Conocimiento. Población española.

Summary

Introduction. The aim of this study is to investigate the Spanish people's perception of depression. Identification of the existing mistakes in depression perception will be the first step to correct them and to contribute to the patients' well being.

Material and methods. More than 1,000 structured surveys were conducted all around Spain with segmented representation for each regional community.

Results. Two out of three interviewed people considered depression to be a disease, in a somewhat higher degree those who had suffered from depression (67%). Forty two percent of people thought depression affects more than 25% of the population. Spanish people think that the incidence of depression will increase in the future. Their opinion of the importance of depression is high, considering it among the three most prevalent diseases, even exceeding that of coronary diseases. Most people interviewed would not accept a pharmacological treatment of at least one year of duration. The most mentioned adverse effect of antidepressants is dependency, and it is the reason why interviewed people are reluctant to maintain long term treatment. Only 50% of people treated for depression thought they had had enough family and social support. Eighteen percent of depressed people hide their diagnosis, basically for fear of stigma at work.

Conclusions. Nowadays, the Spanish population has a good knowledge of depression. However, there are still some prejudices that make more difficult both the treatment and the recovery of depressed people and their social readjustment. These beliefs make up small stigmas that hinder treatment adherence, which is doubtlessly the most important factor to improve the outcome of depression.

Key words: Depression. Perception. Knowledge. Spanish population.

Presentado parcialmente en el IV Congreso Nacional de Psiquiatría. Barcelona. Noviembre de 2002.

Correspondencia:

Enrique Álvarez Martínez
Servicio de Psiquiatría
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Av. Sant Antoni Maria Claret, 167
08025 Barcelona
Correo electrónico: ealvarezm@hsp.santpau.es

INTRODUCCIÓN

La depresión es hoy día uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes y discapacitantes y tiene un impacto en la comunidad mayor que el de muchas enfermedades físicas crónicas. Los pacientes deprimidos pueden experimentar gran deterioro en su funcionamiento habitual, en su bienestar y en su calidad de vida.

Se estima una prevalencia anual de un 2-3% para los hombres y un 8% para las mujeres, situándose la preva-

lencia vida de la depresión en alrededor del 18%¹. Recientemente, Ayuso-Mateos et al.² realizaron el primer estudio epidemiológico de la depresión en población europea y hallaron una prevalencia global del 6,61% para hombres y del 10,05% para mujeres, contrastando con las obtenidas para España: 4,3 y 5,5%, respectivamente. Por otro lado cabe mencionar The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED/MHEDEA 2000)³ que se está llevando a cabo actualmente y con el objetivo de detectar la prevalencia de distintos trastornos mentales (entre ellos la depresión) en una muestra de 22.000 europeos. Los resultados de este estudio muestran una prevalencia de depresión en la población española del 10-12% a lo largo de la vida y de un 4% anual.

El concepto de depresión cambió mucho a lo largo del siglo XX, y, si unas décadas atrás se consideraba una enfermedad aguda, actualmente se reconoce como recurrente e incluso crónica en algunos casos. En la década de 1970 Angst et al.⁴ documentaron la probabilidad de recaída y recurrencia en la depresión mayor. Estos hallazgos fueron confirmados prospectivamente por una serie de estudios promovidos por el National Institute of Mental Health y realizados por Keller y Hanks⁵: al menos el 50% de los individuos que han sufrido un episodio de depresión mayor experimentará un segundo episodio más tardíamente. Tras un segundo episodio, la probabilidad de recurrencia esperada es del 70% y después de un tercero, se estima una tasa de recurrencia del 90%.

Por tanto, asumiendo un riesgo vital del 5% para la depresión mayor⁶, un individuo que se ha recuperado de un episodio de depresión tiene un riesgo 10 veces mayor de tener un nuevo episodio cuando se compara con alguien del mismo sexo y edad similar que nunca ha presentado una depresión clínica.

Por otro lado, la depresión supone un importante impacto en el entorno familiar, social y laboral del afectado, con unos costes anuales cercanos a los 50 billones de dólares en Estados Unidos^{7,8}. Aunque la duración del episodio puede ser limitada, la disfunción familiar es bastante común y puede persistir una vez ha remitido el episodio⁹. Igualmente, el deterioro social y laboral pueden permanecer mucho tiempo después de la resolución del episodio^{10,11}. A pesar de todo ello, sigue siendo común que muchos enfermos de depresión no acudan al médico o bien sean diagnosticados y/o tratados incorrectamente. El estudio DEPRES¹² puso de manifiesto que una tercera parte de los sujetos con depresión mayor no habían consultado a ningún profesional acerca de su depresión. Ello supone una importante carga de enfermedad en la comunidad que, siendo potencialmente tratable, queda sin tratar. En comparación con los no afectados, los sujetos con depresión mayor presentaron entre cuatro y cinco veces más días de baja laboral debida a la enfermedad. El trastorno depresivo mayor se asoció con una media de 13 días de absentismo laboral en los 6 meses previos a la entrevista. Es obvio que la falta de consulta y de tratamiento conllevan importantes costes para la comunidad.

En cuanto al tratamiento y, a pesar de que la eficacia y seguridad de los antidepresivos ha aumentado significa-

tivamente durante los últimos años, muchos pacientes continúan sin cumplir con las recomendaciones terapéuticas, aunque existen evidencias de que el tratamiento continuado con un antidepresivo puede reducir el riesgo de recurrencia durante el seguimiento a largo plazo (entre 18 meses y 5 años), al menos en un 50%. En caso de recurrencia, ésta suele ser menos grave si el tratamiento se ha mantenido. Los estudios publicados hasta la fecha indican que entre un 30 y un 60% de los pacientes no toman su medicación tal como fue prescrita¹³. Los principales motivos para la discontinuación del tratamiento son, por orden, los efectos adversos, la creencia de que no se necesita la medicación, sentirse mejor, creer que el tratamiento no es útil (no sirve, no funciona) y, por último, quedarse sin medicación¹⁴.

Esta situación, sin duda, se ve reforzada por actitudes sociales estigmatizantes que, lejos de facilitar la remisión, dificultan la evolución y empeoran el buen pronóstico a corto plazo que tienen, en general, los trastornos afectivos^{15,16}. Los pacientes deprimidos no sólo se encuentran sometidos al sufrimiento que ocasiona la propia depresión, sino que además están padeciendo la incompreensión de la gente que les rodea y, en ocasiones, los prejuicios y el estigma asociados.

Hasta la fecha, no existe en España ningún estudio que refleje cómo percibe la depresión la población general y cómo ello incide en la evolución y el bienestar de los que la padecen, por lo que el objetivo de este estudio es conocer dicha percepción. Poner de manifiesto los errores existentes en la consideración de la misma será el primer paso para poderlos corregir y poder contribuir, de este modo, a un mayor bienestar de los pacientes; al mejorar la adherencia a las prescripciones facultativas disminuye el riesgo de recurrencia y el riesgo de suicidio y, como consecuencia, mejora el pronóstico y la calidad de vida.

MATERIAL Y MÉTODOS

Con el objetivo de conocer cómo percibe la población española la depresión, se diseñó un estudio de campo que se llevó a cabo del 18 de julio al 8 de agosto de 2001, mediante el soporte de una empresa especializada y con entrevistadores profesionales.

Para la realización de la investigación, se aplicaron dos técnicas consecutivas: la primera de tipo cualitativo y la segunda de tipo cuantitativo. En la fase cualitativa se realizaron tres grupos de discusión en tres ciudades diferentes de España, con representación segmentada según las edades, clase social y nivel de estudios. Las personas reunidas mostraron el perfil del tipo de los componentes del universo objeto del estudio. Se las invitó a discutir sobre temas relacionados con los objetivos a investigar, con el fin de reproducir artificialmente y a escala, el comportamiento del universo del que forma parte el microgrupo. Esta fase permitió, por un lado, precisar y cerrar mejor las preguntas de la fase cuantitativa y, por otra, suministró riqueza en la información y explicación más detallada de muchos aspectos que surgen en el global de la investigación.

En la fase cuantitativa se realizaron aleatoriamente 1.001 entrevistas telefónicas (intervalo de confianza del 95,5% y límite de error en torno al $\pm 3\%$) válidas para toda la geografía española, con representación suficiente en cada comunidad autónoma, de forma que fuera posible obtener conclusiones con significación estadística para la totalidad de la muestra y en cada una de las comunidades. Esta fase permite medir o cuantificar los aspectos que se requieren de acuerdo con el estudio.

Para ello se elaboró un cuestionario específico con el fin de recoger la impresión de los entrevistados sobre la depresión y se aplicó a un total de 1.001 individuos.

El análisis estadístico de los datos se realizó mediante el paquete estadístico STAR.

RESULTADOS

Del total de 1.001 individuos entrevistados, 491 eran hombres y 510 mujeres. Las edades de los participantes oscilaron entre 18 y 85 años, con una media de $44,3 \pm 17,2$ años.

Se observó un mayor número de mujeres (63%) entre los tratados por depresión, así como una edad media superior (49 años). Entre los encuestados, el 18% había sido tratado por depresión y el 46% tenía familiares, amigos o conocidos que también habían padecido el trastorno.

En la tabla 1 se resumen las principales características demográficas de los sujetos incluidos en el estudio. Seis de cada 10 entrevistados estaban casados, un 27% permanecía soltero y 1 de cada 8 estaba separado, divorciado o viudo. Respecto al nivel de estudios de los participantes, un mayor número de personas (45%) habían realizado estudios elementales/primarios. Se observaron diferencias entre quienes habían sido tratados por depresión y quienes no lo habían sido. Así, se registró un mayor porcentaje de individuos sin estudios (12%) o estudios ele-

mentales/primarios (49%) y un menor número de individuos con estudios de grado medio (20%) o estudios universitarios (19%) entre los participantes que habían padecido un trastorno depresivo.

Dos tercios de los entrevistados consideraron que la depresión es una enfermedad, algo más quienes la habían padecido; para el resto es simplemente un estado de ánimo. El hecho de que mayoritariamente se considere una enfermedad contribuye a la desestigmatización del trastorno. Sin embargo, un 46% de los entrevistados que no había sido tratado por depresión consideró que se puede fingir esta enfermedad. Este dato contrasta manifiestamente con el anterior.

El 80% consideró que es una enfermedad de carácter psicológico o mental. Los síntomas que se consideraron más habituales en la depresión fueron: apatía, falta de interés o motivación, tristeza, irritabilidad, ansiedad y estrés. Aunque un 57% de los encuestados opinó que la depresión habitualmente conlleva ideas suicidas, menos del 10% creyó que existiera una correlación causa-efecto entre depresión y suicidio.

De forma unánime, se consideró que la depresión es una enfermedad crónica, es decir, para toda la vida desde el momento en que se manifiesta.

El 42% opinó que la depresión afecta a más del 25% de la población. Pero al segmentar este dato entre tratados y no tratados, la percepción cambia mucho: el 60% de los tratados afirmó que la depresión afectaba a más del 25% de la población, mientras que sólo el 37% de los no tratados opinaba lo mismo.

Respecto a la incidencia futura (fig. 1), la población española se mostró pesimista, creyendo un 75% de los entrevistados que iría en aumento. El 5% de los que pensaban que disminuiría lo atribuyeron a los supuestos avances médicos que puedan producirse durante los próximos años. Los motivos referidos como causantes del aumento fue-

TABLA 1. Características sociodemográficas de la muestra (%)

Número entrevistados	Tratados	No tratados	Total
Sexo (hombre/mujer)	37/63	49/51	100
Edad media	49	43	44
Papel en el hogar			
Padre	28	34	31
Madre	48	37	39
Hijo	13	25	24
Otros	11	4	6
Estudios			
Sin estudios	12	6	7
Elementales/primarios	49	42	45
Bachillerato	20	26	24
Universitarios	19	26	24
Situación laboral			
Cuenta propia	11	12	13
Cuenta ajena	31	47	40
Inactivo	58	41	47

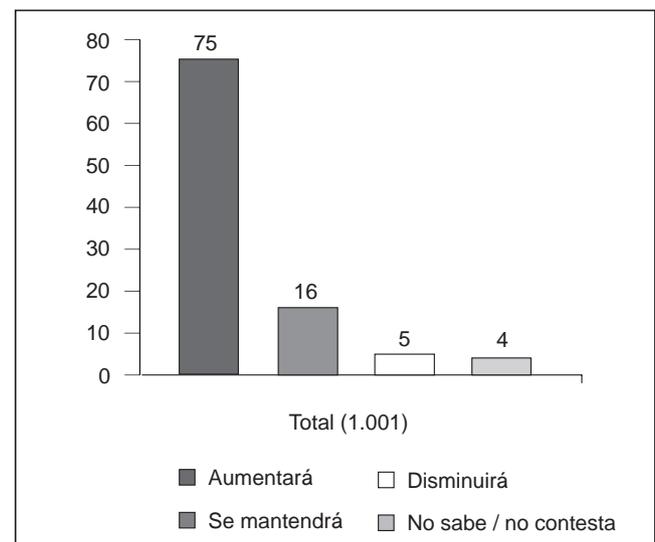


Figura 1. Previsión de la incidencia de la depresión entre la población española (%).

ron, por orden y según el parecer de los encuestados: el ritmo y clase de vida de la sociedad actual, el estrés, problemas y preocupaciones en general, problemas derivados del trabajo, soledad y poca comunicación, competitividad y ambición, problemas económicos y problemas familiares.

La población general española otorga gran importancia a la depresión, considerándola entre las tres enfermedades de mayor incidencia (después de cáncer y sida) y por delante de las enfermedades coronarias (fig. 2). Los que no habían sido tratados por depresión consideraron que la incidencia era menor. Sin duda esto pone de manifiesto el impacto que tienen los medios de comunicación en la percepción de los ciudadanos, que atribuyen una mayor frecuencia a aquellas patologías que disfrutan de una mayor difusión.

Un 80% de los entrevistados manifestó que la depresión es más frecuente en las sociedades desarrolladas; sólo un 4% opinó que se da más en países menos desarrollados. Entre las razones citadas en este caso están el hambre, los problemas económicos y otros problemas en general.

De manera casi unánime, se opinó que la depresión puede afectar a cualquiera; sin embargo, las personas fuertes, optimistas y con carácter y los niños fueron considerados menos vulnerables a padecer una depresión. Cabe señalar que, entre los individuos que habían sido tratados por depresión, un 60% afirmó tener seis o más empleados a su cargo.

Cuando se tratan estos datos diferenciando los sujetos que han sido tratados por depresión y los que no lo han sido, los resultados en general son parecidos en cuanto a tendencia; sin embargo, existen diferencias notorias respecto a algunas cuestiones. Los pacientes que en su día fueron tratados opinan, con una frecuencia significativamente mayor, que la depresión es una enfermedad, que no se puede fingir, que tiene una alta prevalencia en la población general, que no es más frecuente en países desarrollados y que cualquiera puede verse afectado por

TABLA 2. Opinión tratados frente a no tratados

Variable	p	Potencia estadística	Diferencia tratados frente a no tratados
Enfermedad frente a estado de ánimo	0,04	33%	6%
Posibilidad de fingir	0,04	77%	-11%
Prevalencia de la depresión	0,04	100%	19%
Más frecuente en países desarrollados	0,03	86%	-10%
Cualquier persona puede sufrirla	0,02	60%	4%

esta enfermedad (chi cuadrado, diferencia de proporciones que cumplen cada opinión y según los grupos: tratados frente no tratados). Aunque las diferencias son significativas en todos los ítems comentados, el poder estadístico sólo es superior al 85% en la percepción de una alta prevalencia (100%) y en la opinión de que ésta no es mayor en los países desarrollados (86%) (tabla 2).

Como causas del trastorno depresivo se citan problemas laborales, problemas familiares, estrés, problemas económicos, la pérdida de un ser querido y soledad, confundiendo los desencadenantes con las causas reales que provocan depresión.

Los psiquiatras y psicólogos fueron considerados como los especialistas más indicados para tratar la depresión, detectándose una clara confusión entre ambos términos, mientras que el médico de familia fue el que diagnosticó la mayoría de casos (fig. 3). Un 92% de los entrevistados manifestó que el psicólogo era el especialista indicado para tratar el trastorno depresivo. El 77%

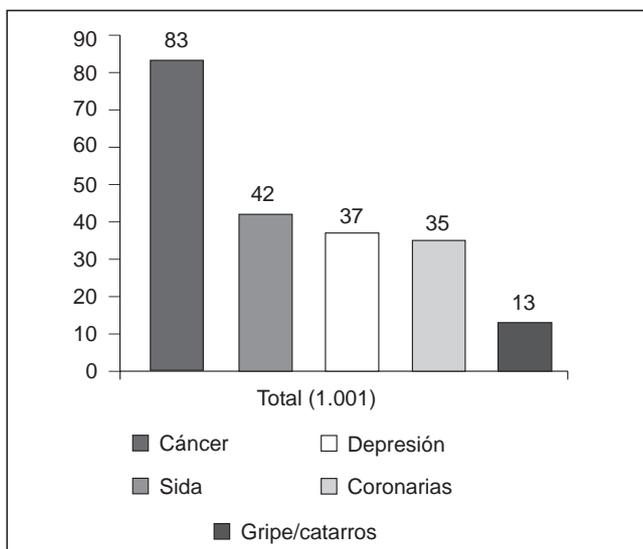


Figura 2. Enfermedades más frecuentes en España (total menciones; en porcentaje).

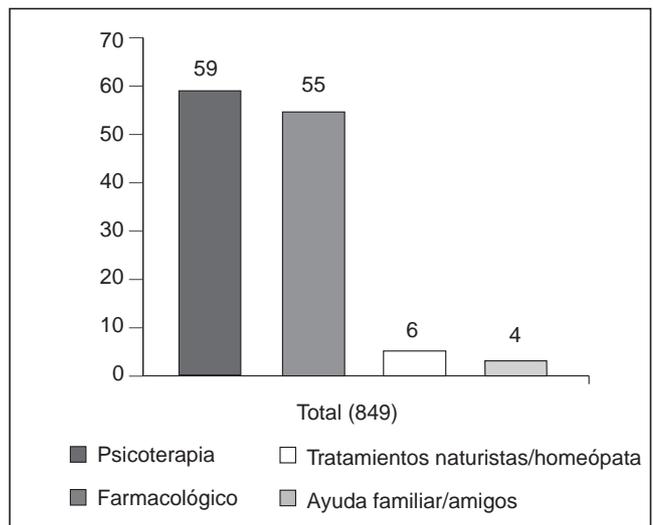


Figura 3. Tratamientos considerados más adecuados para tratar la depresión.

opinó que ir al psiquiatra es «normal». Esta opinión resultó más frecuente entre los jóvenes y las personas de mediana edad. Para un 15% de la población todavía hoy está mal visto ir al psiquiatra y tiene connotaciones negativas, mientras que un 8% cree que está de moda.

Se cree absolutamente necesario tratar la depresión (un 85% manifestó que era necesario frente a un 15% que no lo creyó así), aunque se consideran igual de adecuados el tratamiento farmacológico y la psicoterapia; otros tratamientos alternativos (homeopatía, naturopatía) fueron reconocidos minoritariamente. La mayoría de los encuestados no aceptaría un tratamiento farmacológico de al menos 1 año de duración. El efecto adverso de los antidepresivos más mencionado es la dependencia, motivo por el cual los entrevistados son reacios a seguir un tratamiento durante largo tiempo.

Sólo un 50% de los tratados por depresión considera que recibió suficiente apoyo familiar y social. Las familias y amigos apoyan moralmente al paciente con depresión, pero cuando se encuentran ante esta situación se hallan desorientados y requieren un período de adaptación.

El 18% de las personas afectadas por depresión ocultó su trastorno, fundamentalmente por motivos relacionados con el estigma laboral. El 82% restante lo comunicó y de ellos el 48% lo hizo para recibir algún tipo de ayuda.

Los síntomas o manifestaciones más habituales en las personas con depresión se expresan en la tabla 3.

DISCUSIÓN

Desde el punto de vista clínico, tan importante como efectuar un diagnóstico e indicar un tratamiento es asegurar la adherencia al mismo. La información adecuada al paciente y a su entorno sobre las características de esta enfermedad y del tratamiento implementado son tan importantes en el caso de la depresión como en la mayoría de trastornos psiquiátricos. El valor de la información que nos ofrece este trabajo radica en este sentido.

Sin duda es relevante que dos terceras partes de los encuestados opinen que la depresión es una enferme-

dad. Sin embargo, debe insistirse en este sentido, ya que a la vez subyacen otras creencias adicionales que contribuyen a la estigmatización de la depresión. Los sujetos que no han sido tratados por depresión piensan que ésta se puede fingir y que es un trastorno que se presenta con mayor frecuencia en personas débiles y con poca vitalidad, mientras que los que han sido tratados por depresión tienen una opinión significativamente distinta.

Es importante recordar que en el subgrupo de los tratados por depresión, el 60% tiene más de seis empleados a su cargo, lo cual es más que suficiente para evidenciar una personalidad premórbida y posmórbida, ajustada y normal.

Aunque en una evaluación superficial de los resultados se vislumbra cierto optimismo respecto al estigma social actual de la depresión, si se consideran los resultados detenidamente se constata que las opiniones reflejadas necesitan una aclaración adicional. La relación entre suicidio y depresión no es conocida en la población general. El suicidio se percibe, en general, como una actitud ante problemas insalvables de la vida; no hay un conocimiento sobre el riesgo real de autólisis que conlleva la depresión.

Es discutible que este dato deba difundirse a la población general; sin embargo, debe estar siempre presente en la mente del clínico para investigar el riesgo de suicidio sistemáticamente en todos los pacientes y para comentarlo en el momento oportuno. Igualmente, debe insistirse al paciente y a sus familiares sobre la importancia del tratamiento farmacológico y sobre la eventual necesidad de un ingreso o la indicación de tratamientos más agresivos (terapia electroconvulsiva).

Un aspecto que llama la atención es el hecho de que se percibe la depresión como enfermedad y al mismo tiempo existe confusión respecto a su tratamiento. Aunque mayoritariamente los encuestados piensan que debe tratarse, opinan que indistintamente lo puede hacer un psiquiatra o un psicólogo y mediante fármacos o psicoterapia. Resulta necesaria cierta educación en el sentido de diferenciar la depresión de la tristeza como emoción y la enfermedad depresiva de situaciones adaptativas que se expresan con tristeza. El paciente y su entorno deben saber que la depresión es una enfermedad que requiere indispensablemente un tratamiento farmacológico, que éste ha demostrado científicamente una efectividad más que notable y que los problemas adaptativos de la vida (separaciones afectivas, pérdida del trabajo, etc.) pueden necesitar un abordaje psicoterapéutico adicional, si bien es cierto que una terapia psicológica específica después de la resolución del episodio depresivo puede disminuir el estrés ambiental y reducir, de este modo, el riesgo de recurrencia.

Otro aspecto relevante es la percepción de la depresión como una enfermedad crónica. Es importante que el clínico aclare al paciente y a sus familiares el concepto de cronicidad y el de enfermedad recurrente. La cronicidad es una situación afortunadamente rara en la depresión. La enfermedad depresiva suele remitir y no supone la evolución a la persistencia o el empeoramiento de síntomas residuales, al menos en el 60% de los casos. Ésta es una información extremadamente relevante cuando se aconseja un tratamiento indefinido. El tratamiento «crónico»

TABLA 3. Síntomas o manifestaciones más habituales de la persona con depresión (espontáneo, %)

	Total
Apatía/falta de interés-motivación	59
Tristeza	58
Irritabilidad	14
Ansiedad	14
Estrés	11
Dificultad concentración	11
Miedos/temores	10
Insomnio	8
Ideas suicidas	7
Sentimiento culpabilidad	6
Síntomas físicos	6
Ideas de ruina	2

es de hecho «profiláctico» en la depresión. Cuando se indica un tratamiento indefinido debe quedar claro que tiene como objetivo evitar recurrencias (es decir, la aparición de nuevos episodios) y no el de tratar una sintomatología persistente y, en ocasiones, discapacitante físicamente como ocurre en la diabetes, la hipertensión o cualquier enfermedad reumática. Esta distinción es crucial para que el paciente y sus familiares comprendan la trascendencia que tiene un tratamiento correcto y, sobre todo, su intención: la remisión completa a largo plazo.

Respecto al tratamiento, existen falacias de hondo arraigo popular que contribuyen decisivamente al mal cumplimiento. La creencia de que los antidepresivos producen dependencia en más de los dos tercios de la población encuestada merece una aclaración sistemática por parte del clínico, tanto dirigida al paciente como a su entorno. Es importante explicar lo que implica el término dependencia y la posibilidad ocasional de un síndrome de discontinuación si se retira el fármaco de forma brusca. En cualquier caso, la inexistencia de dependencia física durante el tratamiento antidepresivo debe ser siempre aclarada. Hay que tener en cuenta que la «satanización» de las benzodiazepinas por parte de las distintas administraciones y de especialistas en drogodependencias se ha extendido al resto de psicofármacos de uso común. Ello supone un riesgo de mal cumplimiento inducido desde la propia profesión y su entorno, de consecuencias francamente negativas. Además, ha conllevado indirectamente la aparición de remedios naturales «que no producen dependencia», sin la más mínima utilidad. Es recomendable ser cauto al emitir opiniones sobre la depresión y su entorno; los enfermos depresivos constituyen una población con una mortalidad directa por conducta autolítica que ronda el 15%.

A pesar de la comprensión expresada hacia la enfermedad depresiva y quien la padece, la mitad de los sujetos encuestados que supuestamente habían padecido depresión se habían sentido poco apoyados y comprendidos durante su enfermedad y, de forma mayoritaria, lo ocultaron en su ámbito laboral. Este hecho señala la importancia de la psicoeducación del entorno del paciente para reducir su sufrimiento y quizá disminuir las situaciones de estrés que pueden implicar un mayor riesgo suicida.

En el ámbito social y, en concreto en el medio laboral, debe entenderse la depresión como una enfermedad, en general, totalmente recuperable, con una reincorporación mayoritaria al mercado laboral. Es posible que el 10% de cronificación resulte llamativo en el cómputo global de largas enfermedades, pero este dato debe enmarcarse siempre en el contexto epidemiológico propio de las enfermedades depresivas.

En resumen, existen algunos temas en el tratamiento de la depresión que merecen ser abordados sistemáticamente durante la entrevista que el clínico mantiene con el paciente y sus familiares, e incluso son susceptibles de ser desarrollados en sesiones psicoeducativas:

- La depresión es una enfermedad que implica una disfunción bioquímica.
- Debe ser tratada con fármacos específicos.

- Éstos poseen una alta efectividad (son eficaces y bien tolerados).
- Después de un tercer episodio se requiere un tratamiento indefinido que no implica riesgo de dependencia.
- El apoyo, conocimiento y comprensión de los familiares del paciente sobre la depresión como enfermedad supone una mayor adherencia al tratamiento y una posible disminución de las complicaciones (cronificación, desinserción sociolaboral, autólisis).

AGRADECIMIENTOS

Financiado por Solvay Pharma, S.A., España

BIBLIOGRAFÍA

1. Charney E, Weissman M. Epidemiology of depressive and manic syndromes. En: Georgotas A, Cancro R, editores. *Depression and mania*. Nueva York: Elsevier, 1988.
2. Ayuso-Mateos JL, Vázquez-Barquero JL, Dowrick C, Lehtinen V, Dalgard OS, Casey P, et al. Depressive disorders in Europe. Prevalence figures from the ODIN study. *Br J Psychiatry* 2001;179:308-14.
3. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Romera B, Codony M, Autonell J, et al. La epidemiología de los trastornos mentales en España: métodos y participación en el proyecto ESEMeD-España. *Actas Esp Psiquiatr* 2003;31(4):182-91.
4. Angst J, Baastrup P, Grof P. The course of monopolar depression and bipolar psychoses. *Psychiatr Neurol Neurochir* 1973;76:489-500.
5. Keller MB, Hanks DL. The natural history and heterogeneity of depressive disorders: implications for rational antidepressant therapy. *J Clin Psychiatry* 1994;55(9, Suppl A):25-31.
6. Robins LN, Helzer JE, Weissman MM, Orvaschel H, Gruenberg E, Burke JD, et al. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41:949-58.
7. US Public Health Service. Depression in adults. *Am Fam Physician* 1995;51:1701-4
8. Casciano R, Arikian SR, Tarride JE, Casciano J, Doyle JJ. Antidepressant selection for major depressive disorder: The budgetary impact in managed care. *Behav Health Trends* 2000;6:17.
9. Keitner GI, Miller IW. Family functioning and major depression: an overview. *Am J Psychiatry* 1990;147:1128-37.
10. Bauwens F, Tracy A, Pardo D. Social adjustment of remitted bipolar and unipolar outpatients: a comparison with age- and sex-matched controls. *Br J Psychiatry* 1991; 159:239-44.
11. Perugi G, Maremmani I, McNair, et al. Differential changes in areas of social adjustment from depressive episodes through recovery. *J Affect Disord* 1988;15:39-43.
12. Lepine JP. European perspective on depression. *Primary Care Psychiatry* 1997;3(Suppl. 1):S3-6.
13. Demyttenaere K, Haddad P. Compliance with antidepressant therapy and antidepressant discontinuation symptoms. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2000;403:50-6.
14. Lin EH, Von Korff M, Katon W. The role of the primary care physician in patients' adherence to antidepressant therapy. *Med Care* 1995;33(1):67-74.
15. Goodwin FK, Jamison KR. *Manic-depressive illness*. New York: Oxford University Press, 1990.
16. Thase ME. Relapse and recurrence in unipolar major depression: short-term and long-term approaches. *J Clin Psychiatry* 1990;51(Suppl. 6):51-7.