

CONFERENCIA MAGISTRAL

LA DEPRESIÓN Y LA SALUD DE NUESTROS PUEBLOS*

Ricardo F. Muñoz**

SUMMARY

This article proposes that depression has a major influence in the health of our communities. The attributable risk of depression on many public health problems is likely to be substantial. If so, reducing the prevalence of depression would produce a significant benefit on the overall health of our world.

For example, of the nine top causes of preventable deaths in the USA, depression is related to the use of tobacco (number one cause of death), alcohol (third), and illicit drugs (ninth); it is a risk factor for harmful eating patterns and activity levels (second greatest causes of death); 50% of deaths due to firearms (seventh cause of death) are suicides; girls with a history of major depression are more likely to engage in sex as teenagers, to have multiple partners, become teenage mothers, and, therefore, are at greater risk for sexually transmitted diseases (eighth cause of death). Determining the attributable risk of depression for these and other major public health problems will be helpful in reducing their burden.

An example of attributable risk is helpful in clarifying this important epidemiological concept. We know that smoking causes lung cancer. But not all cases of lung cancer are due to smoking. If 85% of lung cancers were due to smoking, and if people stopped smoking altogether, then eventually, we would avoid 85% of deaths due to lung cancer. This percentage would be the risk attributable to smoking. Similarly, if the risk attributable to depression is large, by preventing or treating depression we would eventually reduce the number of deaths from public health problems that have a large attributable risk due to depression.

Depression is a highly prevalent disorder. It has been identified as the leading cause of disability worldwide. Taking into account both disability and mortality, it was ranked fourth in terms of producing the greatest burden of disease worldwide in the year 2000, and will reach second place by the year 2020. Because it is so prevalent, treatment is not enough. Learning to prevent depression will be one of the greatest challenges for the health field in the 21st Century.

The scarce number of professionals will be a major obstacle in the provision of adequate treatment and preventive services to our communities. In order to increase our ability to reach as many people as possible, a framework for expanding mental health services is reviewed. This framework consists of three levels of service (prevention, treatment, and maintenance) and six levels of intervention agents: professionals, paraprofessionals (paid health workers who are not licensed to practice independently), partners (volunteers who implement or support the

implementation of interventions), peers (individuals who provide mutual help to others suffering from the same risk factors or health problems), paraphernalia (electronic media and other gadgets that can be used to teach interventions techniques or support self-change plans), and print. This framework highlights options beyond traditional services (treatment by professionals) such as the development and implementation of services at each level, creation of screening methods for linking users to appropriate services, and comparative evaluation of effectiveness and cost-effectiveness of each cell when compared to other cells in the framework. For example, professionals could be involved in determining whether an Internet-based depression prevention intervention has greater impact than a depression treatment group conducted by professionals: does the prevention intervention reach more people? How many days of depression-related disability are associated with one or the other service delivery method? Are there specific subgroups in the community that respond better to one or the other method?

A table with examples of empirical studies using many of these methods is included in this article.

Evidence is presented regarding the ability to teach methods that will lead to regulate one's mood and their empirically supported efficacy at both prevention and treatment levels. Manuals designed for this purpose are available for download in Spanish and English from: <http://www.medschool.ucsf.edu/latino/>

The approach used in the manuals is based on the idea that people can learn the healthy management of their personal reality by learning to manage their internal (mental) reality with cognitive methods, and their external (physical) reality with behavioral methods (see: http://www.medschool.ucsf.edu/latino/pdf/healthy_management.pdf).

One of the latest manuals developed, is the "Mothers and Babies Course" that was designed to prevent depression during pregnancy and postpartum. It is important that women be explicitly included in depression prevention programs because the prevalence of depression is twice as high in women as in men, and because the transgenerational transmission of depression can be exacerbated if the mother is depressed when taking care of very young children.

A research program focused on the role of depression on smoking cessation is presented. A Spanish-language smoking cessation study conducted via surface mail found encouraging results. This approach ("Taking Control of Your Life") was then adapted to Internet (www.stopsmoking.ucsf.edu). A series of studies conducted in Spanish and English have yielded as high as 26%

*Conferencia dictada en la XIX Reunión de Investigación. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Ciudad de México, 8 de octubre, 2004

**Universidad de California, San Francisco. Hospital General de San Francisco, 1001 Potrero Avenue, Suite 7M, San Francisco, CA 94110 USA.

abstinence rates at six months, which are comparable to those found for smoking cessation groups and the nicotine patch. Moreover, over 34,000 Spanish- and English-speaking people from 89 countries have visited our site, and 12,000 have signed consent and taken part in our clinical trials.

This experience suggests that web-based interventions can be effective for major public health problems, and that they can reach large numbers of people worldwide. Therefore we recommend that a systematic effort be undertaken to develop Internet resource rooms that would eventually become routinary part of public health clinics just as pharmacies, by means of which screening programs for the most common health problems should be made available in as many languages as possible. Individuals who screen positive for these problems should be interviewed by their health care providers, and, if appropriate, be "prescribed" evidence-based Internet interventions addressing their problems (such as smoking cessation, depression, pain, and so on). These interventions should be developed using sound and graphics so that reading ability is not necessary to use the websites.

The development of methods to prevent and treat depression and other health problems at a worldwide scale should be made a high priority by international health organizations. It is time we begin to build the road to a world without depression.

Key words: Depression, smoking, prevention, population health, Internet.

RESUMEN

Este artículo propone que existe un riesgo atribuible a la depresión vinculado con los problemas más importantes de salud pública. Por lo tanto, si pudiéramos reducir la prevalencia de la depresión, podríamos mejorar en formas muy significativas la salud de nuestros pueblos.

Muchas de las causas de muerte que se podrían evitar se deben a la depresión. Por ejemplo, los estados de ánimo negativos tienen relación con el fumar y con el abuso del alcohol; de las muertes causadas por armas de fuego, 58% son suicidios. Las jovencitas que han sufrido un episodio de depresión mayor presentan más altas probabilidades de tener experiencias sexuales en la adolescencia, más compañeros sexuales; consecuentemente sufren más enfermedades venéreas y con frecuencia son madres adolescentes; los síntomas de depresión también elevan el riesgo de obesidad. Si pudiésemos disminuir el nivel de depresión en el mundo, podríamos reducir significativamente estos problemas, y contribuiríamos no solamente a mejorar la salud mental de nuestros pueblos, sino también la salud en general.

¿De qué manera se podría lograr reducir la depresión en nuestros pueblos? ¿Cómo llegar a los que más nos necesitan con intervenciones que han sido evaluadas en forma empírica, por ejemplo, en estudios aleatorios? Cuando existe una epidemia de este tipo, el tratamiento no es suficiente para reducir la prevalencia. Es necesario dedicar una parte sustancial de nuestros recursos a la prevención para disminuir la incidencia, mejor dicho, el número de casos nuevos.

Se presenta un marco que abarca tres niveles de intervención: la prevención, el tratamiento y el mantenimiento; y seis formas de brindar servicios de salud mental: profesionales licenciados, asistentes de profesionales, voluntarios, compañeros de ayuda mutua, avances tecnológicos de comunicación (que incluyen la radio, la televisión y el Internet), y materiales impresos.

Este marco le permite al profesional de salud mental considerar varias formas de contribuir profesionalmente:

1. Diseñar y proveer los servicios a cada nivel.
2. Vincular a los usuarios con los servicios apropiados.
3. Evaluar la efectividad de los distintos tipos de proveedores de servicio y comparar el costo de cada combinación de nivel de intervención y tipo de proveedor.

Se presentan estudios que demuestran que se puede enseñar a las personas cómo mejorar su estado de ánimo, por ejemplo, usando métodos cognitivo-conductuales. Estos métodos tienen efectos a nivel de tratamiento y de prevención de episodios clínicos de depresión. Los métodos nos ayudan a tallar una realidad personal saludable. Los manuales en español e inglés para enseñar estos métodos en forma preventiva o en forma de tratamiento se hallan disponibles en: <http://www.medschool.ucsf.edu/latino/>

Se presenta también un programa de estudios por medio de Internet (www.dejardefumar.ucsf.edu) enfocado en la depresión y el dejar de fumar. Los resultados hasta la fecha han alcanzado 26% de abstinencia a los seis meses, cifra comparable con el porcentaje que deja de fumar acudiendo a grupos reunidos con este propósito o empleando el parche de nicotina.

Se sugiere que se establezcan salas Internet en las clínicas de salud pública, en los pueblos alejados de las ciudades latinoamericanas. Con una conexión satelital, se podría hacer llegar cuestionarios de tamizaje a dichas clínicas para identificar a los pacientes que sufren de los problemas de salud más comunes, como depresión, tabaquismo, abuso del alcohol u otras drogas, etc. A los que sufren de estos problemas, se les podrían brindar las intervenciones Internet más avanzadas y evaluadas en estudios aleatorios.

Ya es hora de iniciar el camino que un día nos llevará hacia un mundo sin depresión.

Palabras clave: Depresión, tabaquismo, prevención, salud pública, Internet.

Este artículo propone lo siguiente: existe un riesgo atribuible a la depresión vinculado a los problemas más importantes de salud pública. Por lo tanto, si pudiéramos reducir su prevalencia, podríamos mejorar en formas muy significativas la salud de nuestros pueblos.

La depresión es uno de los trastornos más comunes y la causa número uno de discapacidad a nivel mundial (35). En términos de la carga o el peso que ocasionan las enfermedades en el mundo, la depresión mayor fue la cuarta causa más perjudicial en el año 1990 y llegará a ser la segunda en el año 2020 (35). Además, muchos de los problemas de salud pública que causan el mayor número de muertes en nuestras comunidades están asociados con la depresión.

Las causas de muerte que se podrían prevenir, es decir, de muertes innecesarias, fueron examinadas en los EU por McGinnis y Foege (21) en 1990, y por Mokdad y cols. (23) en el 2000. En el año 2000, las nueve causas principales responsables de casi 50% de muertes que se pueden evitar (con el número estimado de muertes anuales y el porcentaje debido a cada causa en paréntesis) fueron: uso del tabaco (435,000

muerter, 18% del total), problemas con la dieta y falta de ejercicio (365,000 muerter, 15.2%), uso de alcohol (85,000, 4%), infecciones (75,000, 3%), sustancias tóxicas (55,000, 2%), accidentes automovilísticos (43,000, 2%), armas de fuego (29,000, 1%), comportamiento sexual (20,000, <1%), y uso ilícito de drogas (17,000, <1%).

El riesgo atribuible

Los invito a que hagan conmigo un experimento mental. Las 9 principales causas de muerte que se pueden prevenir en los Estados Unidos de Norteamérica contribuyen a 50% de las muerter que ocurren en ese país. ¿Cuántas de estas causas se deben a la depresión?

El ejemplo siguiente nos ayuda a entender el concepto epidemiológico del “riesgo atribuible”: Sabemos que fumar causa cáncer de pulmón, sabemos asimismo que no todos los casos de cáncer de pulmón se deben al tabaquismo. Se cree que más o menos 85% de los cánceres de pulmón se originan por el cigarrillo. Entonces, si todos aquellos que fuman dejaran de hacerlo, se evitaría 85% de los casos de cáncer de pulmón. Ese sería el riesgo atribuible al cigarro.

En la misma forma, si la depresión contribuye a estas principales causas de muerte, ¿qué porcentaje de las mismas se podría reducir si disminuyéramos la prevalencia de la depresión? ¿Cuántos años de sufrimiento, dolor físico y emocional y cuántos de vida perdidos; años en que la víctima no puede gozar de la vida, es incapaz de expresarles cariño a sus seres queridos, de contribuir con su trabajo al desarrollo y al progreso de su comunidad? No estoy sugiriendo que la depresión sea responsable por todos los casos de tabaquismo o de abuso del alcohol, etc., sino más bien que existe cierto porcentaje de éstos que se puede atribuir a la depresión.

Pero, ¿existe evidencia de que la depresión influye verdaderamente en estas causas de muerter innecesarias? Estudios llevados a cabo en EU demuestran que los estados de ánimo negativos están asociados con el fumar y el abuso del alcohol (42); los fumadores con altos niveles de síntomas depresivos tienen menores probabilidades de dejar de fumar que aquellos fumadores cuyo nivel de depresión está dentro de lo normal (1). Las personas que han sufrido un episodio de depresión mayor tienen una probabilidad más alta de comenzar a fumar y de continuar haciéndolo y una probabilidad más baja de dejar de fumar (12). De las muerter causadas por armas de fuego, 58% son suicidios (23) los cuáles, naturalmente, tienen que ver en gran parte con la depresión. En términos del comportamiento sexual, estudios epidemiológicos previos indican que en EU las jovencitas que han tenido un episodio de depresión mayor presentan más altas pro-

babilidades de tener relaciones sexuales en la adolescencia, más compañeros sexuales, y, naturalmente, de sufrir más enfermedades venéreas y de ser madres adolescentes (15). En términos de dieta y falta de ejercicio, los síntomas de depresión elevan el riesgo de obesidad (44). Estos datos sugieren que si pudiéramos erradicar la epidemia de depresión de nuestros pueblos, podríamos evitar un gran porcentaje de las causas principales de sufrimiento y de muerte que azotan a la humanidad.

Si pudiésemos disminuir el nivel de depresión en el mundo, también podríamos reducir significativamente estos problemas, contribuyendo así no solamente a la salud mental de nuestros pueblos, sino también a mejorar la salud en general y a reducir de forma sustancial algunas de las mayores causas de las enfermedades físicas y de los trastornos psicológicos de la humanidad.

Desconocemos el porcentaje exacto de tales problemas, cifra que podría evitarse en un mundo sin depresión. Sin embargo, valdría la pena conocerlo porque el número de personas afectadas es enorme.

Por ejemplo, como indicamos antes, la causa principal de muerter que se pueden evitar es el fumar. En el año 2000, esta adicción fue responsable de más de 435,000 muerter, o sea casi 1200 muerter diarias en EU. Las estadísticas en todo el mundo indican que las muerter producidas por el uso del tabaco anualmente alcanzaron casi los 5 millones en el año 2000 (10), y alcanzarán los 10 millones en el año 2030 (37). Los fumadores que morirán en 2030 ya están fumando en el año 2005, dado que el proceso entre la enfermedad y la muerte es bastante largo. Y la creencia que “todo con moderación” no es peligroso, no es aplicable al fumar: existen pruebas de que hasta 3 a 5 cigarrillos al día causan problemas de salud (38). Si pudiéramos reducir la depresión, tal vez podríamos reducir el número de los que empiezan a fumar e incrementar el número de los que dejan de hacerlo. Esto podría salvar la vida de cientos de miles o tal vez de millones de personas.

Disminuir la depresión en la población entera

¿De qué manera se podría lograr reducir la depresión en nuestros pueblos? ¿Cómo llegar a los que más nos necesitan con intervenciones que han sido evaluadas en forma empírica, por ejemplo, en estudios aleatorios?

Como psicólogo clínico, lo primero que se me ocurre es poner al alcance de la población más servicios de tratamiento, y dar entrenamiento a mayor número de farmacoterapeutas y psicoterapeutas. Pero esta solución presenta el problema de que el tratamiento tiene muchas limitaciones. Este llega a muy pocos de los que lo necesitan. En EU, sólo 22% de los que padecen depresión mayor y hablan inglés reciben tratamiento.

Entre los que hablamos español, sólo 11% de los que la padecen recibe tratamiento (14).

Aun cuando es eficaz, al terminarse el tratamiento, la probabilidad de recaída de la depresión mayor es de 50% después de un episodio, 70% después de dos, y 90% después de tres (6). Por lo tanto, prevenir el primer episodio es importantísimo (32, 33). Hasta un solo episodio puede perturbar la vida del individuo, de su familia, su trabajo y su reputación.

Cuando existe una epidemia de este tipo, el tratamiento no es suficiente para reducir la prevalencia. Es necesario dedicar una parte sustancial de nuestros recursos a la prevención para disminuir el número de casos nuevos (17). Por lo tanto, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos de Norteamérica, en el informe titulado “Reduciendo Riesgos para Trastornos Mentales” (24), clasificó los servicios de salud mental en tres niveles: *Prevención*: Antes del comienzo del trastorno, para reducir la probabilidad de que ocurra; *Tratamiento*: Cuando el trastorno está presente, para curarlo, o reducir su intensidad, frecuencia o duración; y *Mantenimiento de mejoría*: Una vez que la persona que sufre el trastorno ha respondido al tratamiento, para que éste no vuelva a presentarse.

La mayoría de los servicios de salud se enfocan en el tratamiento. Para evitar nuevos casos y recaídas en los casos que han sido tratados exitosamente, tenemos que desarrollar servicios de prevención y servicios enfocados en el mantenimiento de la mejoría después de un buen tratamiento.

Pero otro obstáculo para reducir la prevalencia de la depresión es que la mayoría de los servicios de salud mental se ofrecen en la actualidad en forma tradicional, por medio de profesionales, pero los profesionales ya no alcanzamos a cubrir la demanda. Debemos considerar la posibilidad de emplear otros recursos en forma sistemática.

Cómo expandir los servicios para nuestras comunidades

El cuadro 1 enmarca una posible estrategia para acelerar la cobertura de los servicios indispensables para nuestras comunidades, dado que la necesidad de tales

servicios es mucho más alta que el número del personal disponible (5). Las columnas representan tres niveles de intervención: la prevención, el tratamiento y el mantenimiento. Las líneas representan seis formas de brindar servicios de salud mental: profesionales licenciados (por ejemplo, psicólogos), y cinco otras fuentes de servicios.

Niveles de intervención

La **prevención** se refiere a los servicios ofrecidos antes de que se presente el problema que uno desea prevenir, por ejemplo, un episodio de depresión mayor, o el comienzo de alguna adicción, por ejemplo al tabaco. El **tratamiento** se refiere a intervenciones enfocadas en reducir o terminar con un problema después de que éste se ha desarrollado. Por ejemplo, aliviar la depresión o acabar con un episodio de depresión mayor, o ayudar al fumador a dejar de fumar. El **mantenimiento** se refiere a mantener la mejoría lograda cuando el tratamiento da resultado, o a evitar una recaída. Por ejemplo, ofrecer apoyo a personas que han sufrido de depresión en el pasado, o que han dejado de fumar, para que no se repita un episodio clínico de depresión, o para que la persona no vuelva a fumar.

Formas de brindar servicios:

Profesionales son personas licenciadas que tienen la formación académica para poder ofrecer tratamiento psicológico o médico: psicólogos, psiquiatras, trabajadoras sociales y enfermeras de salud pública. **Asistentes de profesionales** son personas no licenciadas para ofrecer tratamiento, pero que han aprendido los métodos para enseñar cómo llevar a cabo ciertas estrategias útiles como parte de intervenciones preventivas o de tratamiento. Por ejemplo, personas que pueden enseñar técnicas de relajamiento, estrategias para dejar de fumar, etc. Generalmente, estas personas trabajan bajo la supervisión de un profesional. **Voluntarios** son personas que proveen ayuda informal a personas necesitadas, pero no necesariamente enseñan o conocen métodos formales. Algunas voluntarias hacen esto por su propia cuenta, y son reconocidas en su

CUADRO 1. Estrategias para alcanzar a nuestras comunidades con servicios indispensables

Nivel de intervención: Formas de brindar servicios	Prevención	Tratamiento	Mantenimiento de mejoría
Profesionales	Prevención de la depresión (3, 4, 27, 33, 34)	Tratamiento de la depresión (2, 7-9, 36, 39, 43)	Reducción de las recaídas (2, 9, 13, 43)
Asistentes de profesionales			
Voluntarios			
Compañeros de ayuda mutua		Alcohólicos Anónimos	Alcohólicos Anónimos
Avances tecnológicos	Televisión y la depresión (28) (18, 19, 29, 45)	Dejar de fumar por medio de Internet	
Materiales impresos		Dejar de fumar por medio del correo (30) Biblioterapia de depresión (40, 41)	

Nota: Adaptado de Christensen, Miller, y Muñoz (5). Los ejemplos están incluidos en la lista de referencias

comunidad. Algunas toman parte en campañas organizadas ya sea por grupos comunitarios o por el sistema de salud pública. **Compañeros de ayuda mutua** son personas que se están enfrentando a una misma situación (por ejemplo, madres solteras) o que comparten el mismo problema (sufren de depresión clínica o alcoholismo). Los grupos de Alcohólicos Anónimos son los más conocidos. **Avances tecnológicos** se refieren al uso de aparatos electrónicos, medios de comunicación, cintas de audio o video, CDs, DVDs, computadoras, incluyendo el sistema Internet. **Material impreso** se refiere a libros, periódicos, folletos, volantes e instrucciones escritas, destinados a prevenir o mejorar los problemas de salud general o de salud mental. Los últimos dos medios pueden alcanzar a numerosas personas y deben ser desarrollados y evaluados para servir mejor a la comunidad.

El papel del profesional de salud mental

Este marco le permite al profesional de salud mental considerar varias formas de contribuir profesionalmente:

1. Diseñar y proveer los servicios en cada nivel.
2. Vincular a los usuarios con los servicios apropiados.
3. Evaluar la efectividad de los distintos tipos de proveedores de servicio.

Será importantísimo averiguar cuánto cuesta producir buenos resultados para el mayor número de personas comparando cada combinación de nivel de intervención y tipo de proveedor. Por ejemplo, aunque pensemos que las intervenciones hechas por profesionales serán siempre las más eficaces, es posible que en ciertos grupos de la población y para ciertos problemas, la ayuda de un compañero en un grupo de ayuda mutua sea comparable a la suministrada por un profesional. Sólo un estudio aleatorio puede darnos la respuesta. Al mismo tiempo, aunque nos parezca que los servicios ofrecidos personalmente (por profesionales, asistentes, voluntarios, o compañeros) siempre lograrán mejores resultados, es posible que los materiales impresos o los avances tecnológicos ofrezcan grandes ventajas. Estos se pueden usar en el hogar, alcanzan a más personas y se pueden emplear a la hora que el interesado desee hacerlo. Supongamos que un profesional puede ayudar a 50% de sus pacientes a dejar de fumar y que un sitio Web por Internet puede ayudar sólo a 10% de los usuarios a dejar de hacerlo. Supongamos asimismo que el profesional puede atender a 1000 personas al año, mientras que el sitio Web puede alcanzar a más de 10,000 personas. De esta forma el profesional podría ayudar a 500 personas a dejar de fumar, mientras que el sitio Web podría ayudar al menos a 1,000. Es más: el sitio Web podría prestar servicios a, digamos, 20,000 o a 30,000 personas, mientras que el profesional está limitado al número de personas

que puede atender por hora. Vale la pena hacer estas comparaciones, porque los recursos que tenemos son limitados. Los profesionales que desean ayudar al mayor número posible de personas tienen que tomar estos factores en cuenta.

En el Hospital General de San Francisco, hemos comenzado a desarrollar intervenciones utilizando varios de estos tipos de servicios (31). Por ejemplo, intervenciones enfocadas a la depresión o a dejar de fumar tienen poco alcance cuando las brindamos los psicólogos o los psiquiatras. Pero cuando las ofrecemos por medio de la televisión (28), por correo (30), o por Internet (18, 19, 45), podemos alcanzar a muchas más personas.

Esta expansión de servicios no está enfocada a reemplazar al profesional, sino a crear recursos que, si son bien utilizados y evaluados cuidadosamente, podrían hacer llegar nuestros conocimientos a personas que no cuentan con otros servicios, o que no pueden llegar hasta nuestras oficinas por una u otra razón.

¿Se puede enseñar a los individuos a mejorar el nivel de control sobre la depresión?

Se pueden encontrar pruebas al respecto en una serie de estudios aleatorios publicados en la década de 1980 sobre el tratamiento de la depresión. Estos estudios consistían en un seguimiento de pacientes que habían respondido bien al tratamiento con fármacos o con terapia cognitiva. Se les hacía seguimiento por uno o dos años para ver si continuaban bien.

Los estudios de Simons y colegas (43), Blackburn y colegas (2), y Evans y colegas (9), demuestran que el porcentaje de recaídas después de un exitoso tratamiento breve con farmacoterapia era de 50% a 78%, comparado con de 15% a 20% de recaídas después de administrar terapia cognitiva. Estudios como estos nos han enseñado que existe la necesidad de continuar tomando los antidepresivos por un periodo de 9 a 12 meses después de la mejoría. Más recientemente, Hollon y colegas han demostrado una vez más que la terapia cognitiva reduce las recaídas más que la farmacoterapia (13).

Si aquellas personas que están deprimidas pueden aprender estos métodos de autocontrol, ¿sería posible que lo aprendan antes de deprimirse para prevenir una depresión clínica? Los estudios de Clarke con adolescentes (3, 4) han demostrado que sí es posible prevenir episodios de depresión mayor.

En resumen, las terapias en que el paciente adquiere habilidades para regular su estado de ánimo conscientemente (20) continúan dando resultado después de finalizado el tratamiento, incluso cuando la intervención es por medio de biblioterapia (40, 41). Esto es lo que estamos tratando de enseñarles a aquellas personas que participan en nuestros estudios de prevención

(34) y de tratamiento (36) en el Hospital General de San Francisco.

El manejo saludable de la realidad

La forma en que explicamos cómo trabajan las intervenciones cognitivas-conductuales que utilizamos es la siguiente:

La realidad personal está compuesta de dos partes: La realidad interna es la realidad que existe en nuestras mentes; la externa es la realidad física, que incluye el estado de nuestros cuerpos. Los métodos cognitivos usan nuestros pensamientos para tallar nuestra realidad interna. Los métodos conductuales usan nuestras acciones para tallar nuestra realidad externa. Las emociones son parte de las dos realidades: tienen aspectos que se pueden observar, tales como sonrisas o lágrimas, y aspectos internos que sólo la persona que las siente puede percibir.

Lo que aprenden los participantes en servicios preventivos, o los pacientes que reciben tratamiento cognitivo-conductual es el manejo saludable de la realidad (26). Les enseñamos cómo *tallar* la realidad interna, considerando el mundo dentro de su mente como un medio ambiente que están construyendo constantemente. Les enseñamos que pueden escoger la clase de pensamientos que quieren tener, y que con base en las consecuencias de esos pensamientos pueden establecer recuerdos saludables de día en día. Les enseñamos a tallar la realidad externa, es decir a que aprendan a percatarse de qué forma el medio ambiente físico y social afecta su estado de ánimo y su salud. Lo que enseñamos es la manera en que de momento en momento es posible tallar la propia realidad.

El estado de ánimo puede variar de un nivel deprimido a un nivel saludable. En cada momento, uno puede escoger entre tres alternativas: hacer o pensar en algo que mejora su estado de ánimo, que lo mantiene al mismo nivel, o que lo empeora. Digamos que uno escoge algo que mejora su estado de ánimo en el primer momento. Una vez que uno ha escogido eso, uno llega al siguiente momento. Aquí una vez más tiene tres alternativas: hacer o pensar algo que mejora su estado de ánimo, lo mantiene al mismo nivel, o lo empeora, y así sucesivamente. El efecto es leve de momento en momento, pero paulatinamente, como la gota de agua que horada la piedra, poco a poco durante el día, el interesado va tallando su estado de ánimo.

Hemos preparado varios manuales en español e inglés para enseñar estos métodos en forma preventiva o en forma de tratamiento. Los manuales están disponibles en nuestro sitio web: <http://www.medschool.ucsf.edu/latino/>

El último manual que hemos preparado es el Curso Mamás y Bebés (27), para prevenir episodios de de-

presión mayor durante el embarazo y el posparto, y para indicar a las jóvenes embarazadas cómo pueden enseñarles a sus niños a crear una realidad saludable en sus vidas desde que son bebés. Explicamos cómo los pensamientos, las actividades y las emociones se influyen mutuamente, cómo aumentar las actividades saludables ya sea cuando están solas o en compañía de otros. Les mostramos una película que demuestra cómo las neuronas crecen y establecen contactos sinápticos, que según entendemos, representan la encarnación de lo que llamamos el aprender. Hablamos de cómo es que los niños están observando todo, y aprendiendo todo el tiempo. Como los bebés no pueden hablar o mover su cuerpo, no nos pueden comunicar cuánto están aprendiendo. Experimentos llevados a cabo con niños a los pocos días de nacer demuestran claramente que nos están mirando y aprendiendo de nosotros (22). Imagínense lo que un bebé aprende de una mamá deprimida durante los primeros tres años de su vida.

Estos proyectos han revestido gran interés para llevarlos a cabo. Los manuales han sido estudiados y puestos en práctica en varias partes del mundo (7, 8, 39). Pero la necesidad que existe en nuestros pueblos es tan grande, que es importantísimo poder alcanzar a muchas más personas con nuestros servicios.

El dilema en que nos encontramos es que cuando los fondos para nuestros proyectos se terminan, el servicio generalmente deja de estar disponible; no estamos disponibles las 24 horas al día; sólo podemos atender a las personas en el local en que trabajamos; sólo podemos dar servicios a personas que están dispuestas a acudir a los servicios de salud mental; sólo tenemos manuales en algunos idiomas (y en San Francisco se hablan muchos). Cuando las personas bilingües dejan de trabajar en nuestro equipo, no podemos ofrecer servicios en otros idiomas, ya sean español, o chino, por ejemplo.

Existen varias similitudes entre los medicamentos y las intervenciones psicológicas. Ambos pueden estandarizarse, evaluarse en estudios clínicos, estar disponibles lejos de donde fueron desarrollados, utilizarse en muchas culturas, y servir de ayuda a los que están dispuestos a usarlos.

Si existen métodos de prevenir o tratar la depresión que consisten en adquirir habilidades para regular el estado de ánimo, ¿por qué no podríamos evaluar las intervenciones psicológicas y difundirlas?

El Programa "Tomando Control de su Vida"

Nuestro programa de estudios enfocados en la asociación entre la depresión y el fumar se llama "Tomando Control de su Vida", porque pensamos que muchos fumadores sienten que no pueden dejar de fumar, aunque quieran hacerlo. El primer estudio que

hicimos fue por medio del correo. Anunciamos el proyecto por radio y televisión en español en San Francisco. A los fumadores que llamaron por teléfono se les asignó al azar a una de dos intervenciones: Una Guía para Dejar de Fumar típica, *versus* la Guía más el programa “Tomando Control de su Vida”, en el que enviamos materiales por correo para controlar el estado de ánimo y así liberarse del cigarrillo (30).

Los resultados indicaron que a los 6 meses, enseñar a los fumadores a regular su estado de ánimo incrementó el porcentaje de los que dejaron de fumar de 11% a 23%. Estos resultados son comparables con los del parche de nicotina (22% de abstinencia) (11). Esto nos alegró muchísimo. Pero aun con una intervención tan económica, el número de fumadores al que podíamos ayudar era relativamente pequeño. Cada paquete de materiales cuesta, como cuestan también los sellos de correo. Es más, también sería costoso evaluar el resultado en otros países. ¡Hay millones de fumadores en Latinoamérica! ¿Cómo alcanzar a aquellos que desean dejar de fumar?

Lo que hemos hecho es utilizar la red. Hemos establecido un sitio Internet para llevar a cabo estudios aleatorios en español e inglés (www.dejardefumar.ucsf.edu). La Internet nos permite brindar la intervención a un número casi ilimitado. Una vez que la intervención es desarrollada, podemos ofrecerla a miles de fumadores. Es más, podemos también evaluar las intervenciones recolectando datos directamente via la Red. Más de 34000 personas han visitado nuestro sitio, y 12000 fumadores de 89 países han tomado parte en nuestros estudios: 6500 han usado nuestro sitio en inglés, y 5500 en español. Generalmente nos encuentran por medio de buscadores, tales como Google.

Entre los participantes de habla hispana, la mayoría proviene de España y de Argentina, y en menor número de México, Venezuela, Chile y Perú. Aunque México tiene más usuarios de habla hispana en Internet que cualquier otro país excepto España (<http://www.internetworldstats.com/stats.htm>), los fumadores mexicanos no están utilizando nuestro sitio para dejar de fumar al mismo nivel que los españoles y los argentinos. Será importante averiguar cómo atraer al fumador mexicano para que utilice estos recursos por Internet para dejar de fumar.

Analizando los resultados por medio del convenio de “*Intent-to-Treat*” o sea “Intención de Tratar” (en que consideramos a cualquier participante que no nos da datos de seguimiento como si estuviera fumando) nuestros resultados han llegado a 26% de abstinencia a los seis meses, y son comparables con los del porcentaje que deja de fumar acudiendo a grupos para dejar de fumar (24% a 27%) (16) o empleando el parche de nicotina (22%) (11), con la ventaja de que el fumador

no tiene que comprar nada; ni siquiera salir de su casa u oficina.

Pero, ¿qué tiene esto que ver con la depresión?

A todos los fumadores les preguntamos si han experimentado 5 o más de los 9 síntomas de depresión mayor cuando entran al estudio, ya sea “alguna vez en su vida” (en el pasado) o “en las últimas dos semanas” (en el presente). En las primeras 4 muestras que hemos reclutado, los porcentajes que documentan haber sufrido un episodio mayor de depresión en el pasado son más o menos 20%, y en el presente de 10% a 23% (29). Esto significa que al menos los fumadores que tratan de dejar de fumar por Internet reportan que sufren de síntomas de depresión mayor con gran frecuencia. A los fumadores con un Episodio de Depresión Mayor en el presente les es más difícil dejar de fumar. Pero los que sufrieron de depresión en el pasado, pero que no están deprimidos actualmente, alcanzan un porcentaje más alto de dejar de fumar. Es posible que los fumadores que sufren de depresión mayor usen el cigarrillo para regular su estado de ánimo. Cuando no se hallan a mitad de un episodio depresivo, les es más fácil dejar de fumar, pero cuando lo están sufriendo esto les resulta mucho más difícil. Si fuera así, ofrecer servicios al fumador con problemas de depresión **cuando no está deprimido** aumentaría bastante el porcentaje de los sujetos que dejan de fumar.

Es posible que la depresión tenga efectos similares en otros problemas de salud pública, tal como en el abuso del alcohol, de otras drogas, en la nutrición y el ejercicio, en problemas domésticos, y de trabajo.

El Uso de Internet para la Salud de Nuestros Pueblos

El llegar a miles de fumadores en 89 países me ha sorprendido. Es como si alguien nos estuviera diciendo: “Pongan atención a esto. Aquí hay una gran oportunidad de hacer el bien a muchas personas.”

Una de mis mayores inquietudes es que en Latinoamérica, los usuarios de Internet suelen ser varones, con estudios superiores y profesionales. Los que más nos necesitan tienen menos acceso a la Red. Pero, poco a poco va a ocurrir lo que ha pasado en los Estados Unidos de Norteamérica donde el acceso a Internet está creciendo. Nuestras muestras en inglés tienen niveles de educación más bajas que las muestras en español, lo que significa que en dicho país la Internet está llegando a personas con menos dinero y menos educación.

En los Estados Unidos también estamos llegando a un número mayor de mujeres: 67% en nuestras muestras en inglés. Pero el porcentaje de mujeres en las muestras en español está creciendo poco a poco. En la primera muestra, hace dos años, el porcentaje de mujeres fue 37%; en la segunda, subió a 41% y en la

tercera, ha llegado a 46%. La muestra más reciente consiste de 48% de mujeres. Para lidiar con la depresión, tenemos que llegar a ellas, que son las que más sufren de depresión, y las que pueden enseñar a sus hijos varones y mujeres cómo tallar su realidad personal para reducir el riesgo de sufrirla.

El español es uno de los tres idiomas más usados por Internet. Los datos que he encontrado demuestran que con sólo 3 idiomas, el chino, el inglés y el español, se podría llegar a 27% de la población mundial. El chino eventualmente llegará a 885 millones de usuarios, el inglés a más de 500 millones, y el español a 330 millones (<http://global-reach.biz/globstats/evol.html>). Los que hablamos estos idiomas podemos hacer mucho bien a nuestros pueblos.

Recientemente encontré un magnífico ejemplo de cómo podríamos llegar hasta los pueblos más lejanos. En la provincia de Jauja, en el departamento de Junín, en la sierra peruana, existe un ciudadano quién, después de trabajar en una compañía de informática en EU regresó a su pueblo de 2000 habitantes a organizar un proyecto para educar a los jóvenes del pueblo en el uso de computadoras. Ha construido una escuela de informática y, con el uso de una antena ha logrado conectarse a Internet en forma satelital (<http://www.setinedic.edu.pe/proyectoPuyhuan/modeloplan.htm>).

Al ver este proyecto, se me ocurrió que se podrían establecer cuartos o salas Internet en las clínicas de salud pública en los pueblos alejados de las ciudades latinoamericanas. Con 6 a 12 computadoras y una conexión satelital, se podrían hacer llegar cuestionarios de tamizaje a esas clínicas para identificar a los pacientes que sufren de los problemas de salud más comunes, como depresión, tabaquismo, abuso del alcohol u otras drogas, etc. A los que sufren de estos problemas, se les podrían brindar las intervenciones Internet más avanzadas y evaluadas en estudios aleatorios. También se podrían usar las computadoras para enseñarles a leer, a descubrir información de cómo construir una vida saludable. Lo maravilloso del saber (del conocimiento, de la intervención psicológica), es que al compartirlo quien así lo hace no se queda con menos. Esto se podría compartir sin costo para la persona que lo necesita, aunque ésta no lo pueda pagar. Valdría la pena examinar minuciosamente el efecto que esta clase de iniciativa tendría en la salud de nuestros pueblos.

La depresión es uno de los trastornos más perjudiciales que enfrentamos como seres humanos. Afecta no solamente nuestro estado de ánimo, sino muchos otros aspectos de nuestras vidas y también la salud de nuestros pueblos. No sé si algún día lograremos prevenir la depresión por completo. Me imagino, sin embargo, que los que comenzaron a vacunar contra la

viruela nunca se imaginaron que algún día la erradicarían. Sabemos muy bien que los problemas emocionales y de conducta son los causantes de gran parte del sufrimiento innecesario en la humanidad. Uno de nuestros objetivos debe ser empezar a fomentar grupos en cada país, cuyo propósito sea el de reducir el sufrimiento innecesario causado por la depresión, y el de iniciar el camino que algún día nos lleve hacia un mundo sin depresión (25).

Agradecimientos

Al "UCCLR" (University of California Committee on Latino Research) por el financiamiento del "Latino Mental Health Research Program (LMHRP)" del Hospital General de San Francisco. Al "Tobacco-Related Disease Research Program (TRDRP)" por el financiamiento del proyecto "Internet Health Research Center: Smoking, Latinos, & the Web" (TRDRP 13RT-0050). A los muchos colegas y estudiantes que colaboraron en los estudios mencionados en el artículo, y al personal del LMHRP, especialmente a Carlos Penilla, Sonia Gálvez y Luz Marín.

REFERENCIAS

1. ANDA RF, WILLIAMSON DF, ESCOBEDO LG, MAST EE, GIOVINO GA y cols.: Depression and the dynamics of smoking: A national perspective. *JAMA*, 12:1541-1545, 1990.
2. BLACKBURN I, EUNSON K, BISHOP S: A two-year naturalistic follow-up of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy and a combination of both. *J Affect Disord*, 10:67-75, 1986.
3. CLARKE GH, HAWKINS W, MURPHY M, SHEEBER LB, LEWINSOHN PM, SEELEY JR: Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: A randomized trial of a group cognitive intervention. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34:312-321, 1995.
4. CLARKE GN, HORN BROOK MC, LYNCH FL, POLEN M, GALE J y cols.: A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *Arch Gen Psychiatry*, 58:1127-1134, 2001.
5. CHRISTENSEN, MILLER WR, MUÑOZ RF: Paraprofessionals, partners, peers, paraphernalia, and print: A model for the use of therapeutic adjuncts to prevention, treatment, and maintenance. *Prof Psychology*, 9:249-270, 1978.
6. DEPRESSION GUIDELINE PANEL: *Depression in primary care: Vol. 2. Treatment of Major Depression (Clinical Practice Guideline No.5, AHCPR Publication No. 93-0551)*. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. Rockville, 1999.
7. DOWRICK C, CASEY P, DALGARD O, HOSMAN C, LEHTINEN V y cols.: Outcome of Depression International Network (ODIN): Background, methods, and field trials. *Br J Gen Pract*, 172:359-363, 1998.
8. DOWRICK C, DUNN G, AYUSO-MATEOS JL, DALGARD OS, PAGE H y cols.: Problem solving treatment and group psychoeducation for depression: Multicentre randomized controlled trial. *Br J Gen Pract*, 321:1-6, 2000.
9. EVANS M, HOLLON S, DeRUBEIS R, PIASECKI J, GROVE W y cols.: Differential relapse following cognitive

- therapy and pharmacotherapy for depression. *Arch Gen Psychiatry*, 49:802-808, 1992.
10. EZZATI M, LOPEZ AD: Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet*, 362:847-852, 2003.
11. FIORE MC, SMITH SS, JORENBY DE, BAKER TB: The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation: A meta-analysis. *JAMA*, 271:1940-1947, 1994.
12. GLASSMAN AH, HELZER JE, COVEY LS, COTTLER LB, STETNER F y cols.: Smoking, smoking cessation, and major depression. *JAMA*, 264:1546-1549, 1990.
13. HOLLON SD, DERUBEIS RJ, SHELTON RC, AMSTERDAM JD, SALOMON RM y cols.: Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Arch Gen Psychiatry*, 62:417-22, 2005.
14. HOUGH RL, LANDSVERK JA, KARNØ M, BURNAM MA, TIMBERS DM y cols.: Utilization of health and mental health services by Los Angeles Mexican Americans and non-Hispanic whites. *Arch Gen Psychiatry*, 44:702-9, 1987.
15. KESSLER RC, BERGLUND PA, FOSTER CL, SAUNDERS WB, STANG PE, WALTERS EE: Social consequences of psychiatric disorders, II: Teenage parenthood. *Am J Psychiatry*, 54:1405-1411, 1997.
16. LANDO HA, MCGOVERN PG, BARRIOS FX, ETRINGER BD: Comparative evaluation of American Cancer Society and American Lung Association smoking cessation clinics. *Am J Public Health*, 80:554-559, 1990.
17. LE H-H, MUÑOZ RF, GHOSH-IPPEN C, STODDARD JL: Treatment is not enough: We must prevent major depression in women. *Prevention Treatment*, 6:Article 10, 2003. <http://journals.apa.org/prevention/volume6/pre0060010a.html>
18. LENERT L, MUÑOZ RF, STODDARD J, DELUCCHI K, BANSOD A y cols.: Design and pilot evaluation of an Internet smoking cessation program. *J Am Med Inform Assoc*, 10(1):16-20, 2003.
19. LENERT L, MUÑOZ RF, PEREZ JE, BANSOD A: Automated e-mail messaging as a tool for improving quit rates in an Internet smoking cessation intervention. *J Am Med Inform Assoc*, 11:235-240, 2004.
20. LEWINSON PM, MUÑOZ RF, YOUNGREN MA, ZEISS A: *Control Your Depression*. Fireside Books, Nueva York, 1992.
21. MCGINNIS JM, FOEGE WH: Actual causes of death in the United States. *JAMA*, 270:2207-12, 1993.
22. MELTZOFF AN, MOORE MK: Imitation of facial and manual gestures by human neonates. *Science*, 198:74-8, 1977.
23. MOKDAD AH, MARKS JS, STROUP DF, GERBERDING J: Actual causes of death in the United States, 2000. *JAMA*, 291:1238-1245, 2004.
24. MRAZEK PB, HAGGERTY RJ: *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. National Academy Press. Washington, 1994.
25. MUÑOZ RF: En camino a un mundo sin depresión. *Revista Psiquiatría [Chile]*, 17:19-28, 2000.
26. MUÑOZ RF: The Healthy Management of Reality. UCSF, 2000. http://www.medschool.ucsf.edu/latino/pdf/healthy_management.pdf
27. MUÑOZ RF, GHOSH-IPPEN C, LE H-L, LIEBERMAN AF, DIAZ MA y cols.: El Curso "Mamás y Bebés": *Como Construir una Realidad Saludable* [Cuaderno para Estudiantes]. 2001. <http://www.medschool.ucsf.edu/latino/pdf/manuals.aspx>
28. MUÑOZ RF, GLISH M, SOO-HOO T, ROBERTSON J: The San Francisco Mood Survey Project: Preliminary work toward the prevention of depression. *Am J Community Psychol*, 10:317-329, 1982.
29. MUÑOZ RF, LENERT LL, DELUCCHI K, PEREZ-STABLE EJ, STODDARD J y cols.: Toward evidence-based Internet interventions: A Spanish/English web site for international smoking cessation trials. *Nicotine Tobacco Research* (en prensa).
30. MUÑOZ RF, MARIN BV, POSNER SF, PEREZ-STABLE EJ: Mood management mail intervention increases abstinence rates for Spanish-speaking Latino smokers. *Am J Community Psychol*, 25:325-343, 1997.
31. MUÑOZ RF, MENDELSON T: Toward evidence-based interventions for diverse populations: The San Francisco Hospital Prevention and Treatment Manuals. *J Consult Clin Psychol* (en prensa).
32. MUÑOZ RF, MRAZEK PJ, HAGGERTY RJ: Institute of Medicine Report on Prevention of Mental Disorders - Summary and Commentary. *Am Psychol*, 51:1116-1122, 1996.
33. MUÑOZ RF, YING YW: *The Prevention of Depression: Research and Practice*. Johns Hopkins University Press. Baltimore, 1993.
34. MUÑOZ RF, YING YW, BERNAL G, PEREZ-STABLE EJ, SORENSEN JL y cols.: Prevention of depression with primary care patients: a randomized controlled trial. *Am J Community Psychol*, 23:199-222, 1995.
35. MURRAY CJL, LOPEZ AD: *The Global Burden of Disease. Summary*. Harvard University Press. Boston, 1996.
36. ORGANISTA KC, MUÑOZ RF, GONZALEZ G: Cognitive-behavioral therapy for depression in low-income and minority medical outpatients: Description of a program and exploratory analyses. *Cog Ther and Res*, 18:241-259, 1994.
37. PET R, LOPEZ AD: The future worldwide health effects of current smoking patterns. En: Koop EC, Pearson CE, Schwarz M (eds). *Global Health in the 21st Century*, 154-161, Jossey-Bass, Nueva York, 2000.
38. PRESCOTT E, SCHARLING H, OSLER M, SCHNOHR P: Importance of light smoking and inhalation habits on risk of myocardial infarction and all cause mortality: A 22 year follow up of 12 149 men and women in The Copenhagen City Heart Study. *J Epidemiol Community Health*, 56:702-706, 2002.
39. ROSSELLO J, BERNAL G: The efficacy of cognitive-behavioral and interpersonal treatments for depression in Puerto Rican adolescents. *J Consult Clin Psychol*, 67:734-745, 1999.
40. SCOGIN F, JAMISON D, DAVIS N: Two-year follow-up of bibliotherapy for depression in older adults. *J Consult Clin Psychol*, 58:665-667, 1990.
41. SCOGIN F, JAMISON C, GOCHNEAUR K: Comparative efficacy of cognitive and behavioral bibliotherapy for mildly and moderately depressed older adults. *J Consult Clin Psychol*, 57:403-407, 1989.
42. SCHOENBORN CA, HORM J: *Negative Moods as Correlates of Smoking and Heavier Drinking: Implications for Health Promotion (Advance data from Vital and Health Statistics No. 236)*. National Center for Health Statistics. Hyattsville, 1993.
43. SIMONS AD, MURPHY GE, LEVINE JL, WETZEL RD: Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: Sustained improvement over one year. *J Consult Clin Psychol*, 43:43-48, 1986.
44. STICE E, PRESNELL K, SHAW H, ROHDE P: Psychological and behavioral risk factors for obesity onset in adolescent girls: A prospective study. *J Consult Clin Psychol*, 73:195-202, 2005.
45. STODDARD JL, MUÑOZ RF, DELUCCHI KL, COLLINS NM, PEREZ-STABLE EJ y cols.: Smoking Cessation Research via the Internet: A Feasibility Study. *J Health Communication*, 10:27-41, 2005.