

DOCTOR JULIO MOIZESZOWICS

# Cómo combatir la depresión

*Para el doctor Julio Moizeszowicz "tanto la palabra como la química pueden mejorar una depresión". La tarea principal es averiguar dónde está el conflicto psicológico que nos maltrata y desmejora nuestra calidad de vida. En el área farmacología hoy se dispone de drogas de acción más rápida y que tienen menos efectos colaterales. "Ya no hay que elegir entre gorditas y contentas y flacas y tristes."*

—¿Qué quiere decir depresión para la psiquiatría?

—Depresión es un sentimiento de tristeza que fundamentalmente se acompaña con inhibición y a veces con angustia. La depresión tiene diferentes categorías. Lógicamente un duelo por la muerte de un ser querido, o la pérdida de un trabajo provoca en ciertos individuos un estado de tristeza pasajero, pero en otros una sensación que queda con un cierto rasgo que nosotros llamamos melancólico. Por lo tanto ese duelo se transforma en tristeza, melancolía, y todo esto constituye ya el comienzo de una depresión. Las primeras serían aquellas en las que no hay una causa precipitante, y las segundas las que sí tendrían una causa.

En este sentido existen drogas de primera y de segunda generación. Estos medicamentos de segunda generación son los llamados "inhibidores de la recaptación serotoninérgica". Esto significa que en la sinapsis hay determinados neurotransmisores (que ya no es como antes, que se pensaba que están en más o en menos) que sufren una disregulación. O sea que hay ciertos receptores que no están correctamente sensibilizados frente a neurotransmisores como la noradrenalina y la serotonina, que son los antidepresivos más conocidos. Los inhibidores de la recaptación serotoninérgica tienen la particularidad de presentar menores efectos colaterales ante estos síntomas anticolinérgicos. Y de ahí, por lo tanto, que son más inocuos desde este punto de vista y desde el aspecto cardiológico.

Pero de cualquier manera pensamos en eso, en que no vamos a vivir, y de antemano nos preparamos para ese duelo, porque sabemos que no somos eternos. Entonces, yo diría que la mejoría que presentan los antidepresivos de segunda generación es acortar los sufrimientos. Hoy ya sabemos que a las dos o tres semanas podemos actuar con mejoría sintomatológica lo que, por supuesto no implica curación.

—Es decir que ese paciente, tomando la medicación, se comporta normalmente con la sociedad.

—Eso es correcto, la medicación nos habilita a reintegrarse a la vida social. Muchos pacientes afirman eso porque dicen que los tratamientos los ayudan a limitar ese factor tan introvertido de sus personali-

dades que los lleva a hacerse daño a sí mismos. Con el tratamiento se sienten más socializados, más contentos y consiguen liberarse de ese síntoma que les impedía sentir placer.

—¿Hay personalidades proclives a la depresión?

—Sí, hay personalidades proclives a la depresión, y hoy en día están en boga todas las determinantes químicas, genéticas, familiares y sociales. Si vamos a empezar por las sociales, todos sabemos que la nuestra es una sociedad muy competitiva y exigente, que continuamente nos provoca frustraciones y nos impide concretar deseos, pulsiones o instintos que deben ser reprimidos y que en realidad constituyen un duelo, porque por situaciones sociales, económicas, culturales o de cualquier índole, no podemos hacer ciertas cosas que nos gustarían. Si a eso le sumamos las cuestiones familiares, como por ejemplo, no tener el papá o la mamá que hubiésemos deseado, o las causas personales con las cuales el individuo ya viene biológicamente activado, es decir, con un cuántum químico que no es el ideal (vendría a ser como un motor que de fábrica, viene con menores revoluciones o tiene pequeñas limaduras que, a lo largo de la vida pueden llegar a fundirlo), llegamos a la conclusión de que tomar una causa única de depresión es algo que hoy ningún científico del mundo puede admitir.

Porque hoy sabemos que tanto la palabra como la química, pueden mejorar una depresión. Tomar un solo aspecto sería no analizar correctamente la problemática. Por eso yo le mencioné todos los factores sociales, pero también los farmacológicos que van emparentados con un tratamiento.

Porque podríamos preguntarnos ¿por dónde pasa el límite? Una persona que tiene un duelo normal, que no puede trabajar y ganardinero porque se le murió un ser querido y se pasa el día encerrado en la casa que sufre y que tiene angustia, ¿no debe acaso ser recitado tan sólo porque se trata de un duelo normal? Esto frente al otro caso de la persona que está tirada en una cama, que no quiere levantarse, que sería una depresión mayor o endógena. ¿Esa sí debe ser medicada?



Dr. Julio Moizeszowicz, profesor adjunto de Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UBA.

¿Por dónde pasa la decisión de a quién tratar y a quién no puede trabajar y ganar dinero porque se le murió un que se debe hacer es tratar al enfermo con su sufrimiento y no al título médico de un diagnóstico.

—¿Podríamos decir hoy en día que estamos acercándonos a la perfección del antidepresivo?

—Sí, cada vez existe la posibilidad de ser más específicos y selectivos en los antidepresivos. Lógicamente, dentro de esta nueva serie de inhibidores de la recaptación de la serotonina, como por ejemplo la sertralina, hay un comienzo de acción más rápido (a las dos semanas ya puede encontrarse una mejoría), los efectos colaterales son menores, no provocan este aumento de peso del que habíamos hablado, no actúan tampoco sobre toda la parte anticolinérgica como la sequedad de piel o la retención urinaria y, al no tener tiempos de vida media (el tiempo que la droga está en sangre) tan prolongados permite dosificar con mayor comodidad. En esta serie, la especificidad es sobre el neurotransmisor serotonina, que es el mediador o regulador del humor, y que actuaría sobre otros neurotransmisores como la noradrenalina.