



Graciela Rojas, psiquiatra:

“La depresión no siempre debiese ser atendida por psiquiatras”

Por Constanza León A.

Fue el animador Jean Philippe Cretton quien entregó su testimonio en el lanzamiento y agradeció el libro de los especialistas de psiquiatría y psicología de la Universidad de Chile: «La depresión: ¿Enfermedad o sufrimiento vital?» (Editorial Universitaria, 2023).

“Queremos transmitir a la población distintos aspectos de esta enfermedad tan frecuente, pero también tan compleja y estigmatizada como es la depresión. Es un libro que pretende contribuir a que el camino para llegar al tratamiento efectivo sea expedito”, dijo entonces la editora Graciela Rojas, psiquiatra, académica del Hospital Clínico de la U. de Chile e investi-

La exdirectora del Hospital Clínico de la U. de Chile, que acaba de lanzar un libro sobre la depresión, sostiene que “los médicos generales en los consultorios debieran estar capacitados para tratar farmacológicamente las depresiones leves”.

gadora senior del Núcleo Milenio para Mejorar la Salud Mental de Adolescentes y Jóvenes (Imhay).

“Una de las barreras que existen para que la gente consulte y se trate es la falta de reconocimiento por parte de la persona que sufre y de su entorno familiar, laboral y social, respecto a la sintomatología y a todo lo que significa tener una depresión”.

Según el reciente informe del Termómetro de Salud Mental en Chile ACHS-UC, un 17,5% de las personas encuestadas exhibieron síntomas asociados a salud mental, un aumento de dos puntos comparado al año anterior, principalmente impulsada por un deterioro en mujeres.

—¿La depresión es una enfermedad o un sufrimiento vital?

—Todas las personas sufrimos even-

tos que pueden ser muy catastróficos, como puede llegar a ser la muerte de un hijo, por ejemplo. Es natural que la persona se sienta desanimada, angustiada, pero esos sentimientos debieran ser concordantes con la magnitud del evento y, transitorios, en la medida que pasa el tiempo. Son cifras arbitrarias, pero se espera que una persona se demore un año aproximadamente en elaborar un duelo. Cuando la persona cae enferma, por esa razón o, aparentemente sin razón, hablamos ya de una enfermedad que debe ser diagnosticada y tratada. Se requiere de la presencia de síntomas emocionales, cognitivos, físicos y esta discapacidad que es el no poder seguir con tus actividades habituales.

—El libro habla de la depresión en los distintos ciclos de vida, comenzando por los niños. Hoy resulta fácil observar que los psiquiatras infantoadolescentes están totalmente sobrepasados. Al parecer, cada vez aparecen trastornos severos en niños más pequeños.

—Desde hace unos 30 años se reconoce que los niños también sufren de depresión. Antes de eso, se definía que la depresión debutaba en la adolescencia, por los cambios hormonales. En los niños se da, generalmente, en relación a una dinámica familiar patológica, en la cual puede haber maltrato, violencia, descuido, negligencia, etc. Los niños manifiestan las alertas a través del juego, se retraen, se aíslan; aparece el desánimo, irritabilidad y rabia. Ha habido muchas crisis entre adolescentes y preadolescentes después de la pandemia, con intentos de suicidio, y otras autoagresiones o con episodios depresivos que les impiden llevar una vida normal. Yo creo que la sociedad chilena no estaba preparada para una crisis de esta magnitud. Hemos visto también un nuevo fenómeno relacionado con la violencia entre pares a nivel escolar. Los niños no están viviendo un ambiente sano.

—¿Qué es lo que se puede hacer de manera inmediata?

—La capacidad formadora ha aumentado mucho los últimos años, pero necesitamos más psiquiatras y también una mejor distribución de esos recursos, porque si tú vives en Las Condes, Providencia, Vitacura, vas a tener relativamente fácil acceso a un psiquiatra. Otro problema es cuánto te cuesta. En otros lugares de Santiago, o en regiones, ese acceso no es tal. Hay que resaltar la importancia de la psicoterapia, sobre todo en las depresiones más leves que no necesariamente requieren fármacos. En el caso de los niños, generalmente implica una intervención sistémica a nivel de la familia. En general en Chile, en comparación con Argentina, hemos sido mucho más reacios a ese tipo de intervenciones. Eso ha ido cambiando en los últimos años, pero la población chilena tiende más a los fármacos que a la psicoterapia.

—La gente espera que el médico le recete algo que rápidamente le solucione la pena.

—Claro. Muchas veces yo digo: “Lo

que a usted le pasa no lo vamos a solucionar con una pastilla, a lo más, podrá ayudar, pero usted tiene que estar dispuesta a hacer cambios en su vida. Y esos cambios requieren de intervenciones psicoterapéuticas”.

“Históricamente, la psiquiatría ha sido bastante estigmatizada”

—Según la OMS, la depresión afecta a 300 millones de personas en el mundo (un 4.4% de la población). Y en Chile según Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, 1 de cada 16 personas la padece. ¿Uno supone que estas cifras empeoraron pospandemia?

—Chile se ha caracterizado por tener cifras altas de depresión en comparación con otros países del mismo nivel de desarrollo. No tenemos muy clara la razón de eso, pero pudiese ser que la inequidad social sea un factor importante. La gente tiene expectativas a veces desmesuradas de lo que quisiera tener, porque siempre está pensando en relación a otros. Y tenemos inequidades geográficas y económicas respecto al acceso a la atención, el acceso depende del nivel socioeconómico.

—Usted es ahora directora de la Clínica Psiquiátrica de la U. de Chile trabajó arduamente en la formación de nuevos profesionales, ¿cuál es la causa de la falta de psiquiatras hoy? Según el informe anual de DD.HH., en 2021, figuraban 8.821 casos en lista de espera, pediátrica y adolescencia, que tenían que esperar por atención alrededor de 440 días. En 2022 esa cifra subió.

—Hay varios factores. Efectivamente, Chile tiene menos psiquiatras por habitantes que países como Brasil, por ejemplo. Pero la depresión no siempre debiese ser atendida por servicios especializados, como los psiquiatras. En países muy desarrollados, te puedo poner como ejemplo Alemania o el Reino Unido, el equipo de salud general juega un papel importante en la detección, tratamiento y seguimiento de las personas con depresión. Solo los casos más graves son derivados a los psiquiatras, que son la cúspide de una pirámide en que la gran mayoría de las personas es atendida por el médico general con su asistente social, psicólogo, etc., el equipo de primera línea.

—El equipo primario que debiera funcionar en los CESFAM...

—Debiera. Existe desde el año 2000 un programa nacional de depresión gracias al que se incorporaron masivamente psicólogos a los distintos CESFAM. El tema es que igual se generan listas de espera porque la demanda sigue siendo mayor que la capacidad de satisfacer esa demanda. Los médicos generales en los consultorios debieran estar capacitados para tratar farmacológicamente las depresiones leves y moderadas y solamente derivar los casos más graves o aquellos casos que no respondan a esta primera línea.

—¿Y en el caso de la salud privada?

—La salud privada también tiene co-

mo primera línea de atención a los médicos generales, pero son médicos integrales que están especialmente capacitados para atender este tipo de problemas. En Alemania es el médico de familia el que da las primeras atenciones. Eso parece bastante razonable, porque es la persona que mejor conoce tu historia.

—¿Cómo se puede implementar eso en Chile, se tiene que tratar como política pública para comenzar una capacitación para médicos generales?

—El Programa Nacional dice que la persona consulta en su CESFAM, el primer acceso al sistema de salud para el 80% de las personas, y ahí son atendidos por médicos generales capacitados y psicólogos; solo los casos graves son derivados al hospital o a los COSAM, que son centros comunitarios de salud mental. Lo que no sabemos exactamente es qué es lo que pasa al interior de esos dispositivos, por qué no son capaces de enfrentar la demanda.

—Resultado curioso además que, en estos tiempos, la mayoría de las más importantes clínicas capitalinas no cuentan con servicio de urgencia psiquiátrica.

—Históricamente, la psiquiatría ha sido bastante estigmatizada, ningún hospital quería tener dentro de sus servicios un servicio especializado en “los locos”, como se decía. El primero fue el Hospital Clínico de la U. de Chile en los 50, que tuvo las primeras camas de psiquiatría al interior de un hospital general, y fue un hecho histórico. Se han ido incorporando más servicios de psiquiatría en los hospitales, pero falta el desarrollo de los servicios de urgencia para salud mental. El Hospital Psiquiátrico, que es el servicio de urgencia más grande del país, vive colapsado por lo mismo, porque está abierto 24 horas y tiene una gran demanda.

“Dejamos de ser los locos que hacían cosas raras”

En marzo de 2019, la doctora Rojas fue la primera mujer en asumir la dirección del Hospital Clínico de la U. de Chile, donde estuvo hasta el año pasado. “Es como mi segunda casa, yo me he formado en su servicio de psiquiatría y es un recinto muy importante en la formación de recursos humanos especializados. La pandemia nos significó una tremenda tarea de la que estoy muy orgullosa. Significó toda una transformación del hospital para poder generar mayores camas críticas y enfrentar de mejor manera la necesidad que tenía la población”.

Hoy sigue dedicada a la investigación desde la Clínica Psiquiátrica y es parte también de una “Red para el fortalecimiento y desarrollo de la salud mental digital”, junto a especialistas de Reino Unido, Holanda, Perú, Alemania y de distintas universidades chilenas.

“Desde hace 15 años atrás trabajamos en ir incorporando tecnología en las intervenciones de salud mental, como las intervenciones remotas en zonas rurales. La pandemia, desde ese punto de vista, fue

un regalo para nosotros que dejamos de ser los locos que hacían cosas raras”, dice riendo. “Curiosamente, Chile tiene un acceso inequitativo a los servicios especializados, pero todo el mundo tiene celular y relativamente fácil acceso a internet, entonces se puede acceder hoy a teleconsultas que podrían apoyar los médicos generales en salud mental”.

Además, participa de la Red MIDAP, “centro de investigación de excelencia que estudia la depresión y la personalidad de las personas”.

—Según los estudios que ustedes están haciendo en Imhay, el 20% de los estudiantes universitarios están en riesgo suicida.

—El movimiento estudiantil, hace unos años atrás, empezó a exigir el acceso a programas de salud mental, de atención y prevención al interior de las aulas. Y, efectivamente, Imhay participa de una red internacional que está abordando aquellos problemas que aborda también el fomento del deporte, alimentación sana, el buen dormir, un curriculum con exigencias acorde al tiempo disponible. Es decir, toda una política al interior del aula de generar ambientes saludables.

—El Plan Nacional de Salud Mental para 2025, establece objetivos como “promover la salud mental, prevenir la aparición y promover la detección temprana y aumentar la educación brindando información de calidad”. ¿Qué cosas le parecen a usted clave?

—Hay que reforzar la capacitación en todos los servicios de salud general. Esto no podrá ser abordado solo con aumento de los especialistas, sino también con consolidar lo que se ha desarrollado en servicios digitales, esta capacitación tiene que ser continua. En los CESFAM la rotación es muy alta, los profesionales son capacitados y a los seis meses ya no están. Lo otro es la evaluación de los servicios que estamos entregando: ¿podríamos transformar la atención individual en atenciones grupales?, porque se generan redes entre las personas. Es muy importante el cómo sacar la salud del sector salud, porque la enfermedad depresiva es bien compleja y tiene factores determinantes sociales importantes.

—Usted escribió una columna en 2019, donde hablaba de la depresión en los jóvenes cuando todavía no se hablaba mucho de esto. ¿La crisis de salud mental sigue siendo una bomba de tiempo?

—El país está viviendo una situación compleja. Hoy hay una incertidumbre política muy grande y está el tema seguridad en el tapete. Estamos viviendo un contexto bastante desfavorable para la salud mental, en la población en general. Vivimos en un ambiente poco sano, estamos todos asustados, con un grado de desconianza tremendo de la persona que pasa por el lado tuyo en la calle. Vivimos con miedo. En la medida en que vayamos cerrando esos temas, la gente va a poder tener mayor certeza en su vida cotidiana.



La población chilena tiende más a los fármacos que a la psicoterapia”.



El Hospital Psiquiátrico, que es el servicio de urgencia más grande del país, vive colapsado porque está abierto 24 horas y tiene una gran demanda”