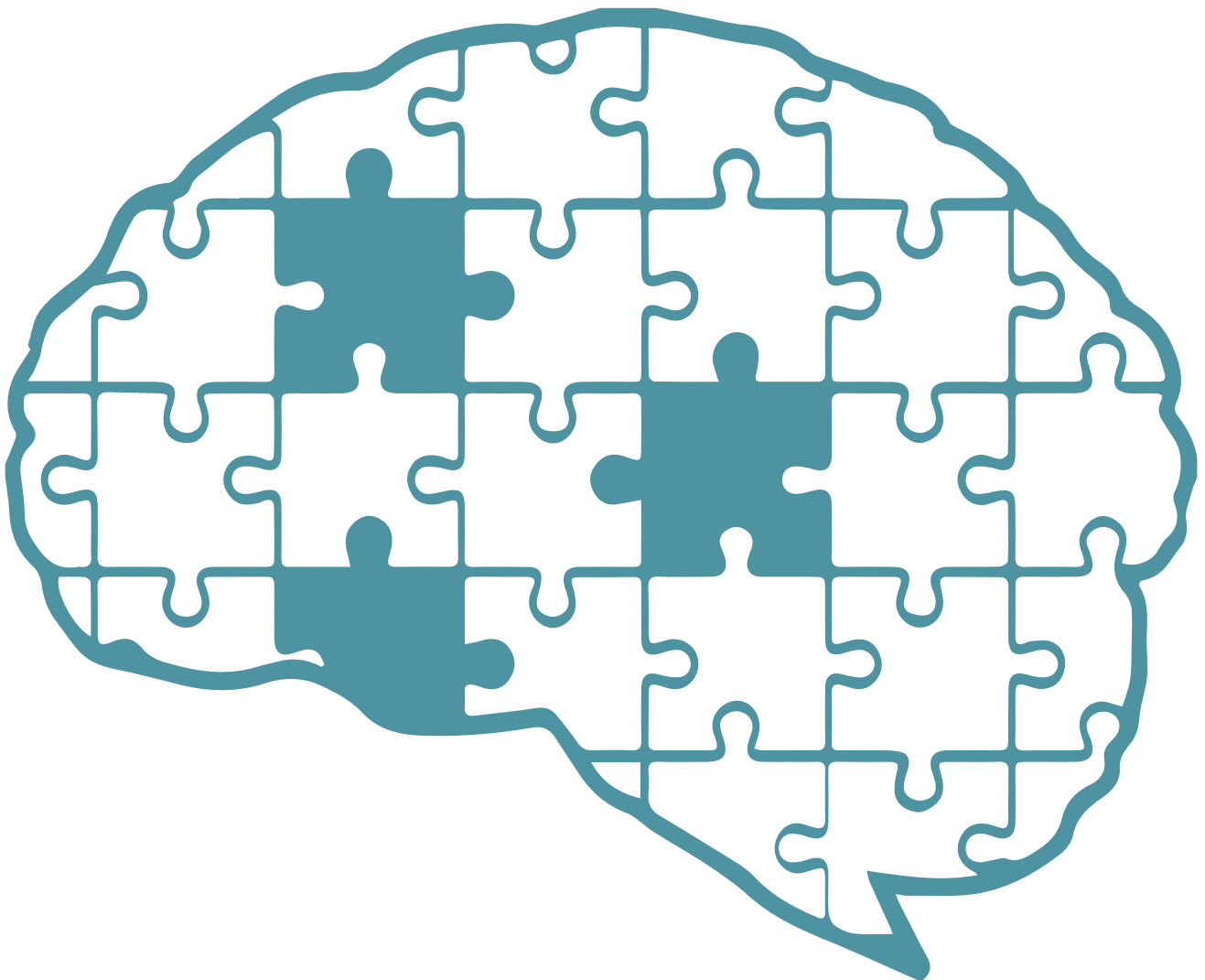


LAS 10 PREGUNTAS CLAVE SOBRE LA DEPRESIÓN

Información para pacientes y familiares



*“En lo más profundo del invierno, finalmente aprendí
que dentro de mí se encuentra un invencible verano”*

Albert Camus, El Verano (1954).



¿QUÉ ES LA DEPRESIÓN?

La depresión es un **trastorno del estado de ánimo** en el que el paciente se siente desproporcionadamente **triste, decaído, sin fuerzas ni ganas de realizar actividades, inseguro y con frecuentes pensamientos negativos sobre sí mismo, el pasado y el futuro**. El sujeto se siente **atrapado en la desesperanza** y con una escasa consideración de sí mismo, con intensos **sentimientos de culpa e inutilidad**. Puede considerar que es una carga para los demás, alguien sin remedio ni opciones para avanzar o mejorar. **Experimenta con peregrinidad que su mente no funciona con la agilidad y precisión previas**, nota bloqueos, despistes, dificultad para tomar decisiones o planificar tareas.

En general, su vida instintiva -aquello que normalmente le hace sentirse vivo- decae. En la gran mayoría de casos, **pierde apetito** (aunque en ocasiones puede incrementar la ingesta por la ansiedad asociada), **pierde deseo sexual**, nota escaso disfrute con las actividades sociales o de ocio que antes sí le motivaban. La persona, aunque cansada y con poca energía, nota paradójicamente **dificultades para dormir**: dificultad para conciliar o mantener el sueño que le llevan a deambular por la noche, o a pernoctar con los ojos abiertos, esperando con inquietud y zozobra la llegada del nuevo día.

El paciente depresivo **rehúye el contacto social**, porque cualquier intercambio le resulta fatigoso y estéril. Cualquier tarea o responsabilidad se convierte en inmensa y definitivamente excesiva para los recursos que la persona cree tener en ese momento. Desde esa inseguridad básica, el mundo se vuelve amenazante, hostil, intratable, evitable a ser posible.

Estos **síntomas de la depresión** se pueden clasificar en: **afectivos** (tristeza, ansiedad, irritabilidad, bajo estado de ánimo, desesperanza...), **cognitivos** (dificultades de atención y concentración, de memoria, de toma de decisiones y planificación, etc.) y **somáticos** (fatiga, cambios en el apetito y peso, alteraciones del sueño, dolor de cabeza, problemas estomacales...).

Muy importante: estos síntomas están presentes **durante prácticamente todo el día e interfieren claramente en su vida cotidiana**.

La depresión, por tanto, es una enfermedad mental **compleja, multidimensional y heterogénea**. Esto quiere decir que se manifiesta en varias esferas de la vida de la persona, con una expresión afectiva nuclear, pero también en el cuerpo y la percepción del dolor, en la conducta social y no social, en el funcionamiento cognitivo, etc. Es heterogénea porque el cuadro tipo (que estamos describiendo) raramente se da, y en cambio son frecuentes los **cuadros mixtos**, con componentes ansiosos y obsesivos asociados, **o atípicos**, es decir, con particularidades en los síntomas. En pacientes adolescentes o ancianos, por ejemplo, la depresión puede manifestarse con mayor componente de irritabilidad, malestar físico, cambio brusco del rendimiento, agitación o un consumo de tóxicos que enmascara el cuadro.

Casi más importante que saber **qué es la depresión** es saber **qué no lo es**. La **banalización del término** es habitual (ej. "tengo una *depre* de caballo", "mi hijo está *deprimido* porque le ha dejado la novia") y poco ayuda al auténtico enfermo depresivo. También en el ámbito clínico se abusa del concepto de depresión y de reacción adaptativa depresiva, para catalogar reacciones emocionales de intensa tristeza, frustración o rabia, ante situaciones adversas como un divorcio o una mala situación laboral. Remarcamos, **depresión no es sinónimo de tristeza, ni de debilidad personal, fragilidad de carácter o falta de voluntad. Tampoco la reacción emocional negativa ante situaciones adversas vitales**,



como un duelo por una pérdida significativa, fracasos amorosos, pérdida del empleo..., que pueden ocasionar tristeza, preocupación, rabia, frustración. En esas ocasiones es normal sentirse triste eufórico o irritable. De hecho, es *conveniente*, dado que estas emociones facilitan la adaptación al cambio. Sin embargo, en la depresión, estas emociones negativas se vuelven omnipresentes, tienen una intensidad elevada e impiden que el sujeto lleve a cabo su vida habitual (familiar, social, laboral, escolar, deportiva...). El paciente, decimos, no se *pone* triste, sino que está triste. La tristeza lo invade y, o bien no sabe por qué, o la reacción emocional resulta desproporcionada. Su organismo, prendido de esa oscuridad, funciona anómalamente, deficientemente, no siendo capaz de encontrar sentido y vitalidad al discurrir del tiempo.

Se trata del **trastorno mental más frecuente en España y Europa** y, sin embargo, aún cuenta con elevadas tasas de infradiagnóstico. Afecta a personas de todas las edades, clases sociales, razas y grupos étnicos. Aunque puede ocurrir a cualquier edad, es más frecuente su **inicio entre los 15 y 45 años**. Aunque las cifras del número de casos varían dependiendo de los estudios, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en el mundo **más de 350 millones de personas** padecen depresión. En general, se suelen recoger cifras de **prevalencia entre un 9 y un 20 %** de la población mundial. En España, la prevalencia de la depresión se sitúa entre el 5 y el 10 % de la población, aunque algunos expertos estiman que podría ser mayor, afirmando que una gran proporción de casos no están diagnosticados. La mayor parte de los estudios muestran que es **casi el doble de frecuente en la mujer que en el hombre**, lo cual podría explicarse por factores hormonales, etapas vitales de mayor vulnerabilidad (menstruación, embarazo, post-parto, menopausia) y factores socio-culturales.

La depresión se asocia a un **importante sufrimiento en la persona que la padece**, que puede llevar al suicidio hasta en el 15 % de los casos. Según la OMS, la depresión mayor es la **11ª causa mundial de discapacidad** y supone un elevado coste relacionado, por ejemplo, con pérdidas en la productividad y percepción de pensiones por discapacidad. Asimismo, no hay que olvidar la enorme sobrecarga que supone **para los cuidadores y familiares** de las personas afectadas.



La **depresión** es el **trastorno mental más frecuente** en España y Europa y, sin embargo, aún cuenta con elevadas tasas de infradiagnóstico.



La **depresión** no es sinónimo de tristeza ni de debilidad personal, es una **enfermedad mental compleja, multidimensional y heterogénea**.



Los **síntomas** de la depresión son de tipo **afectivo, cognitivo y somático**. Están presentes durante prácticamente todo el día e interfieren claramente en su vida cotidiana.



Según la OMS, la **depresión mayor** es la **11ª causa mundial de discapacidad**.

2

¿POR QUÉ SE PRODUCE LA DEPRESIÓN?

Esta es una pregunta que se hace a menudo la persona con depresión y sus familiares: **¿por qué?** y **¿por qué a mí?** En situaciones difíciles se buscan explicaciones sencillas que den sentido y explicación a la confusión. A menudo el paciente cree que la depresión le viene directamente por ese jefe tan hostil que ha aguantado durante años o por no haberse adaptado a la jubilación. Otras personas buscan una explicación 100 % médica, es decir, la depresión como un simple aumento o descenso de una determinada sustancia: la serotonina, por ejemplo. El caso es que la explicación de por qué se produce la depresión no es tan sencilla y, como en la mayoría de trastornos mentales, tenemos **modelos explicativos multifactoriales**, es decir, **que incluyen componentes biológicos, psicológicos y sociales**.

Un tipo concreto de depresión es **puramente médica** y asimilable a cualquier otra enfermedad. Se trata de la depresión causada **por determinados fármacos**, como los corticoides o los beta-bloqueantes, **o los tóxicos**, como el alcohol, el cannabis o la cocaína. También llama mucho la atención la coincidencia de la depresión **con otras enfermedades crónicas**, como la *diabetes mellitus*, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, el *ictus* cerebral, la enfermedad de Parkinson o el Alzheimer.

Otra depresión clásicamente descrita es la **melancólica**, también llamada **endógena o biológica**. Se presenta en **sujetos con personalidad obsesiva** (inseguros, perfeccionistas, exigentes consigo mismos) y cursa con intensa tristeza e inhibición, falta de apetito, empeoramiento por la mañana, marcada falta de energía y, característicamente, ausencia de un factor estresor que "explique", al menos, el estado anímico. Este cuadro, pese a su intensidad en la fase aguda, responde más favorablemente a los fármacos y se atiende más a un modelo médico o biológico.

Por el contrario, hay depresiones **con componentes ambientales muy relevantes**: factores estresores crónicos, dinámicas familiares disfuncionales, acontecimientos traumáticos o adversos. En estos cuadros, más aún si intervienen **rasgos marcados de personalidad**, es precisa una visión más global, que incorpore la perspectiva social y familiar. Ya decíamos antes que la depresión es compleja y heterogénea.

El modelo más útil para adentrarnos en esta complejidad es el de **la vulnerabilidad**. Algunas personas presentan, por herencia genética, un mayor riesgo de padecer depresión. Los estudios realizados con familiares, gemelos y niños adoptados han demostrado el **factor hereditario** de todos los trastornos del humor. Los familiares de primer grado presentan hasta **tres veces más probabilidades** de padecer un cuadro depresivo que la población general. Pero sin duda esta herencia no *determina* de ninguna forma la expresión de la enfermedad, sino que es **la interacción entre genes y ambiente** la que la modela.

Así pues, **¿qué personas tienen más riesgo de tener depresión?** Primero, aquellas con antecedentes familiares del trastorno. Luego, personas con infancias difíciles, antecedentes de acontecimientos traumáticos (p.ej. abusos físicos o sexuales), aislamiento social, dolor o enfermedades crónicas asociadas, mujeres en etapas concretas de la vida (ej. postparto, menopausia) o personas con otros trastornos mentales. También hay personas sin ninguno de estos factores de riesgo que se deprimen, sin embargo.

El resultado de esta interacción gen-ambiente es la **configuración anómala de conexiones en las áreas del cerebro encargadas de regular el ánimo**. En concreto, algunas de las **vías de neurotransmisores** (sustancias que actúan en el cerebro, favoreciendo la comunicación entre neuronas) pueden estar deterioradas. Así, la actividad de la **seroto-**

2

serotonina, la noradrenalina o la dopamina pueden estar reducidas en el cerebro del paciente deprimido. Esto se ha comprobado a través de la menor cantidad de estas sustancias, o sus metabolitos o productos resultantes, en líquido cefalorraquídeo, orina o heces. Otro argumento a favor es que los fármacos antidepresivos que consiguen aumentar los niveles de estas sustancias en el cerebro, consiguen la mejoría clínica.

En la depresión también pueden estar implicados **factores endocrinos** u hormonales, como una secreción excesiva de cortisol o alteraciones tiroideas. Por ello es fundamental, por lo menos en la evaluación inicial, tener en consideración estos aspectos y **siempre descartar antes algún trastorno médico que sea causante o muy decisivo** en el trastorno depresivo.

Recientemente se está proponiendo que la depresión se asocia a una **respuesta inflamatoria crónica de bajo grado**, aumento del estrés oxidativo y aparición de respuestas autoinmunes, que contribuyen a la progresión de la depresión. Las citoquinas, sustancias pro-inflamatorias, están elevadas en la depresión, lo que parece apoyar esta hipótesis. Otro apoyo es la frecuente asociación de síntomas depresivos **con enfermedades autoinmunes o inflamatorias**, tales como el asma, enfermedad cardiovascular, diabetes, artritis reumatoide, enfermedad celíaca o esclerosis múltiple.

Pero, junto a estos factores biológicos, están presentes **factores psicológicos y ambientales**, tal como han señalado distintas orientaciones teóricas. Por ejemplo, la consideración del **entorno psicosocial**, el **tipo de apego** desarrollado con sus figuras de cuidado o los **episodios vividos durante la infancia** resultan decisivos en el desarrollo posterior de depresión. Por ejemplo, algunas personas que han perdido precozmente a su madre desarrollan una mayor desconfianza en el futuro y más riesgo de depresión ante la adversidad. Según la escuela cognitiva, la depresión se caracteriza por un **procesamiento negativamente distorsionado de la realidad**, con una visión ensombrecida del yo, del mundo y del futuro.

Los **factores ambientales** pueden intervenir como **desencadenantes o perpetuantes** del cuadro. Así, situaciones de abuso físico, psicológico o sexual, enfermedades médicas que cursan con dolor crónico o situaciones vitales estresantes (pérdida de empleo, divorcio, emigración...) contribuyen a la aparición e intensidad de la depresión.



La depresión es **multifactorial**, es decir, que incluye componentes **biológicos, psicológicos y sociales**.



Algunas personas presentan, por herencia genética, un **mayor riesgo de padecer depresión**. La herencia no determina la expresión, pero la **interacción entre genes y ambiente** la modela.



Los **factores psicológicos y ambientales** resultan decisivos en el desarrollo posterior de depresión.

3

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA LA DEPRESIÓN?

Antes de diagnosticar una depresión **es imprescindible descartar un problema médico subyacente** (ej. anemia, hipotiroidismo...) **o el consumo de tóxicos**. Por eso el diagnóstico debe realizarlo un médico general, **un psiquiatra u otro especialista**.

Una vez descartado, el profesional sanitario llega al diagnóstico de depresión a través de **la entrevista clínica**, es decir, escuchando y analizando con atención los síntomas y signos que el paciente refiere. En esta entrevista es fundamental que el médico muestre **empatía y habilidades de escucha activa** para que el paciente pueda expresar su experiencia. De esta forma, se llega al diagnóstico si el paciente presenta, durante **al menos 2 semanas** y durante la mayor parte del día, **5 o más de los siguientes síntomas**:

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día
2. Marcada disminución del interés o placer en casi todas las actividades
3. Pérdida o ganancia de peso y apetito
4. Insomnio o exceso de sueño casi todos los días
5. Agitación o enlentecimiento psicomotriz
6. Fatiga o pérdida de energía
7. Sentimientos de inutilidad o culpa
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión
9. Disminución de la capacidad de pensar o concentrarse
10. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida o tentativa de suicidio

Para constituir una depresión, estos síntomas deben **provocar malestar y sufrimiento**, y **afectar negativamente a las actividades habituales** del paciente.

A veces, el médico o psiquiatra especifica el **grado de intensidad de los síntomas** (leve, moderado, grave) o, si ya se ha iniciado el tratamiento, el **grado de respuesta** que se ha obtenido. Así, **respuesta** al tratamiento significa que se ha reducido sustancialmente la sintomatología, aunque persiste el cuadro. **Remisión** quiere decir desaparición de los síntomas. Y **remisión funcional** significa que la vida del paciente vuelve a ser como era antes.

En relación al diagnóstico, es importante también conocer los **síntomas incipientes** con los que el cuadro se manifiesta, con el fin de realizar una detección precoz. Es decir, ¿cómo podemos detectar rápidamente que una persona está iniciando una depresión?: cuando aparece un **cambio de ánimo marcado**, con tendencia al llanto y un malestar no justificado por las circunstancias; cuando surge una **pérdida de interés** por ciertas actividades que antes le generaban ilusión y disfrute; ante **alteraciones del sueño**, tanto dificultad para dormir como sueño excesivo; y por último, alto nivel de **ansiedad**, de activación, de **aprensión**, ante todo tipo de acontecimientos. Ante estos síntomas, es preciso ser evaluado por un profesional médico para descartar depresión. En algunos casos no se corroborará el diagnóstico, pero en otros esta derivación precoz será vital para **instaurar rápidamente el tratamiento**. Esto es especialmente importante en personas con **depresión recurrente**, es decir, con numerosos episodios.

3

Una pregunta que el paciente o la familia puede hacerse es: **¿y no me piden ninguna prueba** (un análisis de sangre o una radiografía) **para confirmar el diagnóstico?** La respuesta es que, a día de hoy, el diagnóstico de la depresión se basa exclusivamente en **la entrevista clínica**. La petición de pruebas complementarias sirve sólo **para descartar otras enfermedades** que puedan parecerse a la depresión o que coexisten con la depresión, pero no tienen un valor confirmatorio. Así, ante un paciente anciano que empieza un cuadro depresivo por primera vez, el médico debe solicitar un **TAC** (Tomografía Axial Computarizada), para descartar que no sea el inicio de una demencia. O, como ya se ha dicho, el médico pedirá un **análisis de sangre** ante un paciente que se siente fatigado y enlentecido, para descartar por ejemplo un hipotiroidismo. Aunque la depresión tiene una importante carga hereditaria, a día de hoy **no tenemos disponibles tests genéticos** que nos informen acerca del riesgo de padecer el trastorno. Las pruebas sofisticadas de **neuroimagen** (resonancia magnética funcional, tomografía con emisión de positrones, etc.) se utilizan en casos muy especiales de duda entre trastornos, o con fines de investigación. Pero no se utilizan en la práctica clínica diaria.



El diagnóstico debe realizarlo **un médico general, un psiquiatra u otro especialista**.



El diagnóstico de la depresión se lleva a cabo a través de la **entrevista clínica**, escuchando y analizando con atención los **síntomas y signos** que el paciente refiere.



Para que se considere depresión, los síntomas deben **provocar malestar y sufrimiento**, y **afectar negativamente a las actividades habituales del paciente**.

4

¿QUÉ TIPOS DE DEPRESIÓN EXISTEN?

Un 25-30 % de pacientes cursan con una **depresión melancólica** o **endógena**, caracterizada por la gran **inhibición motora**, es decir, que la persona está muy apagada, lenta, pasiva, casi no habla, se mueve poco, le cuesta hasta hacer las actividades diarias más simples. El paciente melancólico parece llevar una pesada losa sobre su espalda, como en el mito de Sísifo. El paciente melancólico siente una tristeza vital para la que no existen motivos, una sensación de vacío, de incapacidad para formar parte del mundo animado. Este cuadro puede conllevar intensos **sentimientos de culpa y minusvalía**, e incluso pueden presentarse **delirios**, es decir, ideas totalmente irracionales y defendidas con total convicción. Los delirios típicos de la depresión son los de ruina (sentirse injustificadamente al borde de la **ruina** o el deshauicio) o de **negación** (la convicción de estar muerto o de carecer de órganos vitales). Pese a lo dramático del cuadro, la depresión melancólica responde favorablemente al tratamiento, y el paciente corrige rápidamente estos pensamientos.

Es más frecuente la **depresión ansiosa**, caracterizada por combinar los síntomas depresivos con un estado de gran activación, miedos inespecíficos hacia cualquier cosa, ataques de pánico, actitud aprensiva, con la sensación de que inminentemente van a ocurrir desastres. Hasta el 60 % de pacientes con depresión cursa con estos síntomas ansiosos, que a menudo requieren complementar el tratamiento con ansiolíticos y/o psicoterapia.

La **depresión atípica** cursa con **hipersomnia** (es decir, exceso de sueño, lo contrario al insomnio), **hiperfagia** (es decir, aumento de la ingesta de comida) y **aumento de la reactividad emocional**, con reacciones desproporcionadas al rechazo o el conflicto. Se da más en mujeres que padecen otros trastornos, como la obesidad, el abuso de sustancias o los trastornos de personalidad.

Se denomina **depresión psicótica** a aquella depresión grave que cursa con **delirios, alucinaciones y/o desorganización de pensamiento**. Mientras el paciente tiene estos síntomas psicóticos, pierde el juicio de realidad. Esto significa que considera que el contenido de su idea delirante (p.ej. que va a ser encarcelado por una culpa cometida hace muchos años, o que ya ha fallecido) es real y no producto de ningún trastorno. Este cuadro a menudo requiere ingreso hospitalario y se trata con antidepresivos y antipsicóticos.

La **depresión estacional** se inicia, recurrentemente, en una estación particular (otoño-invierno) y remite en otra (primavera-verano). Se da en personas especialmente sensibles a los cambios térmicos y de luz ocasionados por las estaciones, por lo que algunos pacientes se benefician de la fototerapia (terapia a través de la luz).

La **depresión posparto** se diagnostica si una mujer que ha dado a luz recientemente sufre un episodio de depresión grave **dentro del primer mes después del parto**. Se calcula que del **10 al 15 por ciento** de las mujeres que dan a luz padecen depresión posparto, aunque no hay que confundirlo con la reacción emocional intensa (llamada **blues posparto**) que se tiene en las 24-48 horas siguientes al parto. En esta reacción influyen en gran medida los súbitos cambios hormonales, el agotamiento tras el trabajo de parto y la adaptación al bebé. El *blues* posparto no es patológico ni requiere tratamiento, a diferencia de la grave depresión posparto.

4

La **depresión con síntomas mixtos** es aquella que cursa con ánimo bajo, tristeza, insomnio y el resto de síntomas típicos de la depresión, asociados a síntomas propios del polo afectivo opuesto, es decir, **de la manía o hipomanía**. Estos síntomas son: ánimo elevado, con euforia y grandiosidad, irritabilidad, aumento de la actividad, locuacidad. El paciente está triste y desesperanzado, al mismo tiempo que inquieto, hablador e irritable. Esta coexistencia entre síntomas aparentemente opuestos obliga a descartar un **trastorno bipolar**.

La **distimia** es un trastorno depresivo **persistente**, que dura **al menos 2 años**. Clásicamente se la ha considerado una depresión algo más leve pero crónica, que responde peor a los fármacos antidepresivos. Pueden no llegar a incapacitar a la persona, pero sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien. Las personas con distimia también pueden padecer uno o más episodios de depresión a lo largo de sus vidas, denominándose a esta situación **depresión doble**.



La más frecuente es la **depresión ansiosa**, caracterizada por combinar los síntomas depresivos con un estado de gran activación.



Hay un tipo de depresión, denominada **estacional**, que se inicia, recurrentemente, en una estación particular (otoño-invierno) y remite en otra (primavera-verano).



Las depresiones **con síntomas mixtos**, es decir, de polos afectivos opuestos, obligan a realizar estudios para descartar el **trastorno bipolar**.

5

¿LA DEPRESIÓN SE CURA?

En la gran mayoría de casos, la depresión **responde al tratamiento**, y en muchos se consigue la **desaparición de síntomas**. Con un correcto tratamiento, los episodios depresivos mayores desaparecen en su totalidad **en al menos 2/3 de los casos**. Sin embargo, una depresión sin tratar dura como promedio, de 6 a 9 meses, y algunas pueden ser crónicas y durar muchos años. Por tanto, **los beneficios de tratar la depresión** (con fármacos o psicoterapia, o con ambas) **son indiscutibles**.

Ahora bien, la depresión tiene altas tasas de **cronificación y recurrencia**. Tras un episodio depresivo, el 50-60 % de pacientes tiene un segundo episodio; tras dos episodios, el 70 % tiene un tercero; y **tras tres episodios, el 90 % recae**. Por tanto, la depresión no puede ser contemplada como un hecho aislado, sino como una **enfermedad crónica y recurrente**.

Alcanzar la remisión y minimizar los efectos adversos -y, en consecuencia, reducir las recaídas- sigue representando un reto en el tratamiento de la depresión. Sin embargo, conviene recordar que se trata de una patología para la que **existe tratamiento, que puede evolucionar de forma favorable y, en muchos casos, curarse**.

El **pronóstico** de la enfermedad dependerá **de varios factores**, entre los que se encuentran la edad de inicio, el subtipo clínico, la frecuencia de episodios, el acceso y la respuesta al tratamiento, el apoyo social, la coexistencia de otros trastornos mentales o somáticos, o el abuso de sustancias. Así, el retrato del paciente depresivo de **buen pronóstico** sería una persona que ha tenido el primer episodio en la edad media de la vida (30-40 años), de corta duración, con respuesta precoz al tratamiento, buen apoyo social, recuperación completa en todas las esferas de su vida, y sin complicaciones médicas ni consumo de tóxicos. En cambio, tiene **mal pronóstico** un paciente que empezó en la infancia-adolescencia, que ha padecido ya múltiples episodios, de larga evolución, que responde parcial y lentamente a los tratamientos, con factores ambientales implicados y rasgos de personalidad, consumo de tóxicos y baja adherencia al tratamiento.

En general, el objetivo terapéutico del tratamiento antidepresivo, en la actualidad, persigue **que el paciente recupere la funcionalidad**, de modo que pueda desempeñar las tareas de su día a día como lo hacía antes de la enfermedad. Por ello, hay que prestar atención a la **presencia de síntomas residuales**, que son aquellos que *permanecen tras la mejoría*, y que siguen limitando la actividad habitual del paciente.

Los síntomas residuales suelen manifestarse como **dificultades cognitivas** (falta de atención o de memoria), **síntomas somáticos, insomnio o pérdida de apetito sexual**. No son tan manifiestos como la tristeza, la desesperanza o la culpa, pero impiden que el paciente vuelva a su vida normal, de ahí la necesidad de detectarlos y tratarlos.

5

En torno al 20 % de depresiones presentan una **remisión incompleta o parcial** al cabo de un año, cifra que aumenta si se considera a pacientes que no se curaron totalmente de episodios previos. Hay algunas condiciones que favorecen la aparición de **síntomas residuales o persistentes**: tardanza en el inicio del tratamiento, mayor gravedad de los síntomas, más ansiedad, existencia de otras enfermedades psiquiátricas (como trastorno de personalidad) o haber sido víctima de trauma.

Si el paciente considera que, desde que tuvo la depresión, “ya nunca volvió a ser el/la mismo/a”, o nota estos síntomas menores pero incapacitantes, debe acudir a su médico o psiquiatra y **reconsiderar el tratamiento**.



En la gran mayoría de casos, la depresión **responde al tratamiento**, y en muchos se consigue la **desaparición de síntomas**.



La depresión tiene altas tasas de **cronificación y recurrencia**, por tanto no puede ser contemplada como un hecho aislado.



El objetivo del tratamiento antidepresivo persigue **que el paciente recupere la funcionalidad**, de modo que pueda desempeñar las tareas de su día a día como lo hacía antes de la enfermedad.

6

¿CUÁL ES EL MEJOR TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN?

El mejor tratamiento de la depresión es el **individualizado, integral y de acuerdo a las guías internacionales de práctica clínica**. Por un lado, se adapta a las particularidades únicas del paciente (es lo que se denomina medicina *personalizada*), pero por otro se basa en intervenciones con una eficacia probada científicamente. Otro elemento esencial del tratamiento es la **implicación del paciente**, en la medida de lo posible, en las decisiones clínicas. O sea, que el médico consiga acordar y compartir con el paciente las tareas a realizar, convirtiéndolo en un agente activo del tratamiento.

Los tres componentes fundamentales son: **tratamiento farmacológico, psicoterapia y psicoeducación**. Antes de nada, una **buena relación terapéutica** y una **alta adherencia al tratamiento** (es decir, que el paciente se adhiera o esté de acuerdo con las recomendaciones del médico) aumentarán las probabilidades de éxito. También hay que resaltar la importancia de un **buen diagnóstico**, dado que muchas depresiones van mal porque no son depresiones, o no sólo son depresiones. El diagnóstico y tratamiento **de la comorbilidad**, es decir, de la existencia de enfermedades asociadas, también es fundamental.

Tras esta introducción, expondremos los **elementos básicos del tratamiento antidepresivo**:

a) **Psicoterapia**: consiste en un diálogo con el terapeuta que favorece el autoconocimiento y el replanteamiento de la visión actual de la situación. Hay varias intervenciones psicológicas (individuales o grupales) que han demostrado eficacia:

a. **Terapia cognitivo-conductual**: trata de identificar y corregir ciertas distorsiones cognitivas, es decir, formas erróneas de interpretar la realidad, que conducen a la depresión. Por ejemplo, el pensamiento "si algo sale mal, es la prueba de que hago todo mal". Además, a través de un sistema de registros, el paciente identifica la relación entre pensamientos, emociones y conductas.

b. **Terapia interpersonal**: identifica los problemas interpersonales actuales que tiene el paciente con su familia, amigos, compañeros de trabajo, etc.

c. **Activación conductual**: trata de reducir la tendencia del paciente depresivo a rehuir o evitar el contacto social o la exposición a situaciones habituales de la vida. Parte del hecho de que un cambio en la conducta producirá, secundariamente, un cambio en las emociones.

d. **Terapia de resolución de problemas**: se basa en el análisis racional de los problemas, proponiendo estrategias eficaces de afrontamiento.

e. **Mindfulness**: incorporada recientemente a la terapia antidepresiva, es una intervención basada en técnicas orientales de meditación, que entrena al paciente en la atención plena y la capacidad de no enjuiciar, sino aceptar, la realidad.

b) **Psicoeducación**: consiste en la información, rigurosa y accesible, acerca del trastorno, el tratamiento y todos los problemas asociados. Favorece que el paciente entienda su enfermedad y tome las decisiones adecuadas para su manejo. Puede administrarse a través de sesiones individuales o grupales, o por medio de material educativo.

En casos de depresiones especialmente graves, se puede recurrir a la **terapia electroconvulsiva** (TEC o, antiguamente, electro-shock). Es útil en pacientes cuya depresión es

6

severa o pone su vida en peligro y para los pacientes que no pueden tomar antidepresivos. Es preciso aclarar que en los últimos años la TEC se ha perfeccionado mucho. Antes de administrar el tratamiento, que se hace **bajo anestesia**, se administra un relajante muscular. Se colocan electrodos en sitios precisos de la cabeza, para enviar los impulsos eléctricos. La duración suele ser de 30 segundos y para obtener el máximo beneficio terapéutico se requieren varias sesiones, normalmente programadas con un promedio de tres por semana. Ello hace que sea un procedimiento limpio y seguro, lejos de la leyenda negra que la acompaña.

-
- 1 — El mejor tratamiento de la depresión es el **individualizado, integral y de acuerdo a las guías internacionales de práctica clínica**, con tres componentes fundamentales: **tratamiento farmacológico, psicoterapia y psicoeducación**
 - 2 —
 - 3 —



La elección del **tratamiento antidepresivo** siempre debe ser **evaluada por un médico**.

7

¿QUÉ DEBO SABER SOBRE EL TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO?

Al iniciar el tratamiento, el paciente (o la familia) puede estar preocupado sobre los potenciales efectos negativos de la medicación. Por ello, es importante considerar los siguientes aspectos:

- Los antidepresivos **no son adictivos** y no crean hábito.
- Los antidepresivos **no son drogas de abuso** y no producen euforia en personas sanas.
- Al igual que otros medicamentos, **tienen efectos secundarios**. La mayoría son **benignos y transitorios**, desapareciendo al cabo de 1-2 semanas. Cada antidepresivo tiene un perfil concreto de efectos secundarios, pero en general los más frecuentes son: molestias digestivas (náuseas, vómito, ardor de estómago, diarrea, dificultad para la digestión, estreñimiento), somnolencia o insomnio, mareo, dolor de cabeza, inquietud, nerviosismo, disfunción sexual y aumento o pérdida de apetito.
- Los **efectos secundarios graves** pueden existir, aunque son **raros**. En todo caso, si le preocupan, conviene consultar a su médico o psiquiatra. Es importante notificar qué otras medicaciones está tomando y qué enfermedades médicas tiene además de la depresión.
- Existen **interacciones** entre algunos antidepresivos y otros medicamentos. Entre los antidepresivos más utilizados (de la familia ISRS), hay más interacciones con parotexina, fluvoxamina y fluoxetina.
- La toma simultánea de **antidepresivos y alcohol** puede ser **perjudicial**, especialmente si es en cantidades altas.
- **No retire bruscamente y por su cuenta** el antidepresivo, porque puede aparecer el llamado **síndrome de retirada**. Dura 24-72 horas y cursa con síntomas digestivos, inquietud, malestar general, mareo, irritabilidad, insomnio y ansiedad.
- En el caso de que una **mujer embarazada** tenga una depresión, se debe **valorar de manera individualizada el riesgo – beneficio** de tratar y de no tratar. Aunque el principio general es evitar los fármacos en el embarazo -y especialmente en el primer trimestre-, hay que sopesar los riesgos, para la madre y el feto, de mantener altos niveles de síntomas durante la gestación. En caso de iniciar el tratamiento, siempre debe ser conociendo los riesgos y los beneficios, y preguntando al médico cualquier duda al respecto.
- Es habitual que el primer antidepresivo utilizado no responda como sería deseable. Por ello, acuda a su médico para que él decida cual es la **mejor opción** a seguir.
- La **duración del tratamiento** antidepresivo depende en gran medida de la evolución del cuadro y siempre debe consultarse con el médico responsable.

7



Los antidepresivos **no son adictivos** y no crean hábito.



Los antidepresivos, igual que otros medicamentos, pueden presentar **efectos secundarios**. La mayoría son **benignos y transitorios**, desapareciendo al cabo de 1-2 semanas.



La toma simultánea de **antidepresivos y alcohol** puede ser **perjudicial**, especialmente si es en cantidades altas.



La **duración del tratamiento** antidepresivo depende en gran medida de la evolución del cuadro y siempre debe consultarse con el médico responsable.

8

¿QUÉ CONSEJOS RESULTAN ÚTILES AL PACIENTE CON DEPRESIÓN?

A menudo los familiares y amigos de pacientes con depresión se preguntan: ¿qué puedo decirle, qué consejo puedo darle, que le sea útil y le ayude? Son frecuentes los sentimientos de impotencia ante la dificultad de ayudar a estas personas. En general, más que consejos, el paciente necesita **apoyo, escucha y comprensión**. Pero a continuación, exponemos unos **consejos generales**, que por supuesto hay que individualizar en cada caso:

1. Transmitir al paciente **que no está solo**, que sus familiares y amigos están implicados y que, con su apoyo, saldrá adelante. Transmitirle también que la depresión **es un trastorno tratable y del que puede recuperarse**.
2. Es imprescindible **acudir al médico de familia o al psiquiatra**, para que puedan llevar a cabo un adecuado diagnóstico y plan de tratamiento.
3. Establecer con el paciente una **relación de apoyo y confianza**. Así, favorecer que pueda verbalizar sus sentimientos y, si las hubiera, ideas de muerte o suicidio. Transmitir que el paciente **no es culpable** de tener una depresión y que no es signo de debilidad ni falta de carácter, sino **una enfermedad médica**.
4. Acordar con el paciente una mínima **planificación del día**, tratando de encontrar, al menos, una actividad que le reporte placer o bienestar. Mantener cierta regularidad en los horarios de comidas y sueño.
5. **Favorecer, aunque no forzar**, las actividades personales, sociales o de ocio que le puedan satisfacer.
6. Acceder a **información de calidad sobre la depresión**.
7. Fomentar que el paciente haga **ejercicio físico** (mejor si es al aire libre) **y se alimente adecuadamente**. Mantener **normas básicas de sueño**: no dormir siestas prolongadas, no tomar excitantes como café o té, no hacer ejercicio antes de dormir, tener la habitación limpia y confortable.
8. Transmitirle que **evite cualquier consumo de tóxicos**, como el **alcohol** u otras drogas.
9. En general, **no tomar grandes decisiones vitales** (cambio de trabajo, divorcio, cambio de lugar de residencia, etc.) **mientras dura el cuadro depresivo**. La depresión **sesga negativamente** el análisis de la situación y hace que el paciente lo vea todo negativo. Es preferible esperar a la remisión de los síntomas para afrontar los problemas vitales que puedan existir.
10. **Subrayar los cambios positivos** o la leve mejoría, si existiese, para que el paciente vea posible la recuperación.

8



Transmitir al paciente apoyo por parte de sus familiares, así como que la depresión **es un trastorno tratable y del que puede recuperarse**.



Acudir al **médico de familia o al psiquiatra**, para que puedan llevar a cabo un adecuado diagnóstico y plan de tratamiento.



Fomentar el **ejercicio físico**, una **alimentación adecuada** y mantener unas normas básicas de sueño.

9

¿CUÁL ES LA MAYOR COMPLICACIÓN DE LA DEPRESIÓN?

La principal y más grave complicación de la enfermedad es **el suicidio**. El **riesgo** de suicidio es **20 veces superior** en los pacientes con depresión frente a la población general. Un elevado porcentaje de los casos de suicidio están relacionados con la existencia de trastornos psiquiátricos, siendo la depresión la principal patología. Algunos estudios muestran **que la depresión está presente en el 50 % de los suicidios consumados**, es decir, aquellos que acaban con el fallecimiento de la persona.

Se han identificado los siguientes **factores de riesgo de suicidio**:

- Sexo masculino
- Edad joven (menos de 30 años) o anciana (más de 65)
- Vivir solo
- Tener antecedentes de intentos de suicidio en el pasado
- Tener antecedentes familiares de suicidio
- Consumo de tóxicos, especialmente de alcohol
- Síntomas graves de desesperanza
- Fácil acceso a armas de fuego u otros métodos letales
- Presencia de una enfermedad física incapacitante y permanente

En caso de que el paciente depresivo tenga **ideas de muerte** (pensar que vivir no es mejor que estar muerto) o **de suicidio** (pensar, aunque sea ocasionalmente, en quitarse la vida), **debe consultar inmediatamente con su médico o psiquiatra**. Ningún comentario sobre el suicidio debe ser banalizado o ridiculizado. Tampoco es recomendable convertir el tema en un tabú, en un tema prohibido, dado que la expresión de la idea suicida -y del sufrimiento subyacente- puede aliviar el riesgo y permitir una mejor ayuda.

Por otro lado, la depresión se asocia con un incremento de la mortalidad por cualquier causa y con un mayor riesgo de desarrollar enfermedades, tanto de salud mental como física.

9



La principal y más grave complicación de la enfermedad es **el suicidio**. El **riesgo** de suicidio es **20 veces superior** en los pacientes con depresión frente a la población general.



El **suicidio** ha sido asociado a determinados **factores de riesgo**.



En caso de que el paciente depresivo tenga **ideas de muerte** o **de suicidio**, debe consultar inmediatamente con su **médico o psiquiatra**.

10

¿QUÉ ES EL ESTIGMA DE LA DEPRESIÓN?

El estigma de la depresión consiste en la **"etiqueta" o atributo que la sociedad vincula a la enfermedad** y que es profundamente **devaluadora y degradante**, separando como *distintos*, indeseables y, en cierta manera, *culpables* a las personas que la padecen. El fenómeno del estigma ha sido ampliamente estudiado en otros grupos de población como minorías raciales, grupos con distinta orientación sexual a la mayoritaria o enfermedades médicas como el VIH. Pese a la gran variedad de grupos estigmatizados, en último término siempre se trata de diferenciar el "ellos" del "nosotros", amplificando desmesuradamente las diferencias y omitiendo las similitudes.

En la depresión, el estigma consiste en considerar el trastorno un signo de **debilidad, pereza, falta de carácter e incapacidad** para asumir la "dureza de la vida". Se dice: "pero ¿cómo puede deprimirse, con lo bien que le va la vida?", o "no ha aguantado el ritmo, se ha deprimido, el pobre". Una variante de este estigma es la duda sobre **la existencia de la enfermedad, su banalización, o la sospecha** sobre una posible simulación del paciente ("ésa es que no quiere trabajar"). La falta de pruebas objetivas que demuestren la depresión favorece esta, a veces cruel, sospecha.

Hay tres conceptos que explican bien la dinámica generadora de estigma:

- El **estereotipo** es la creencia aprendida que tiene la mayoría de la sociedad acerca del grupo minoritario. Son ideas muy simples, basadas en sobre-generalizaciones de experiencias puntuales o en mitos con arraigo cultural. El estereotipo del paciente con depresión, por ejemplo, es que es alguien incapaz, débil y en cierta forma **responsable** de su malestar.
- El **prejuicio** implica interiorizar el estereotipo y generar emociones negativas hacia ese grupo minoritario. Por ejemplo: "dado que los pacientes depresivos son así, me generan incomodidad, incomprensión y rechazo". En el ámbito laboral, por ejemplo, puede existir un prejuicio hacia un trabajador que haya padecido depresión ("conflictivo", "depresivo", etc).
- La **discriminación** es la conducta resultante de los elementos anteriores. Ej. "dado que estos pacientes me generan estas emociones negativas, haré lo posible para evitarlos, los rechazaré". Obviamente, esta discriminación coloca al grupo estigmatizado en una situación de aislamiento y desventaja social.

Pero en la depresión, el mayor problema se llama **auto-estigma**. El auto-estigma es la interiorización, por parte del propio paciente, de esta etiqueta degradante, cargada de vergüenza, ocultación y miedo. Los pensamientos negativos y la profunda tristeza favorecen esta *vivencia secreta de la desolación*. Obviamente, esto puede conducir fácilmente a retrasos en la petición de ayuda e inicio de tratamiento.

El peso del estigma social y del estigma del propio paciente (auto-estigma) sigue presente en la depresión -como lo está en el resto de trastornos mentales-, y afectan tanto al diagnóstico de la enfermedad como a la recuperación del paciente.

10

¿Cómo afrontar el problema del estigma? El tratamiento de la depresión debe encararse **con esperanza**, porque cada vez sabemos más de los mecanismos cerebrales subyacentes, contamos con tratamientos seguros y eficaces, y nuevas líneas de investigación científica en desarrollo; también **con sinceridad y valentía**, rompiendo el tabú de la depresión que alimenta las ideas erróneas sobre el trastorno; y frente a la irracionalidad del estigma, debemos aportar **conocimiento científico que desculpabilice al paciente y dignifique su esfuerzo para alcanzar la recuperación**.



El estigma de la depresión consiste en la **"etiqueta" o atributo que la sociedad vincula a la enfermedad** y que es profundamente **devaluadora y degradante**.



Los tres conceptos que explican la dinámica generadora del estigma son: **el estereotipo, el prejuicio y la discriminación**.



Para afrontar el problema del estigma, la depresión debe encararse **con esperanza**, porque cada vez sabemos más de sus **mecanismos cerebrales** y contamos con **tratamientos seguros y eficaces**.
