

ESLLY00055

GUÍA de BUENA PRÁCTICA CLÍNICA en Psicoeducación en pacientes con depresión

GUÍA de BUENA PRÁCTICA CLÍNICA en

Psicoeducación en pacientes con depresión

Patrocinado por

Respuestas que importan.


OMC
ORGANIZACIÓN
MÉDICA
COLEGIAL
DE ESPAÑA

ff OMC
FUNDACIÓN PARA
LA FORMACIÓN

 GOBIERNO
DE ESPAÑA
MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

Guía de Buena Práctica Clínica en

Psicoeducación en pacientes con depresión

Coordinación Dr. José María Rodríguez Vicente
Consejo General de Colegios de Médicos de España

Dra. Inmaculada Gilaberte Asín
Especialista en Psiquiatría.

Dra. Irene Romera Fernández
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Autores Dr. Enric Aragonès Benaiges
*Doctor en Medicina. Médico de Familia
Centro de Atención Primaria de Constantí, Tarragona.
Institut Català de la Salut.
Grupo de Trabajo en Salud Mental de la semFYC*

Dr. Narcís Cardoner Álvarez
*Psiquiatra. Servicio Psiquiatría. Hospital Universitari de
Bellvitge. Universitat de Barcelona.
IDIBELL-CIBERSAM*

Dr. Francesc Colom Victoriano
*Unidad de Psicoeducación y Área de Tratamiento Psicológico.
Unidad de Trastorno Bipolar. Hospital Clínic de Barcelona.
IDIBAPS-CIBERSAM*

D. Germán López Cortacans
*Enfermero especialista en Salud Mental
Máster en Ciencias de la Enfermería
Centro de Salud Salou, Tarragona*



Alberto Alcocer, 13, 1.º D
28036 Madrid
Tel.: 91 353 33 70. Fax: 91 353 33 73
www.imc-sa.es • imc@imc-sa.es

Ni el propietario del copyright, ni los patrocinadores, ni las entidades que avalan esta obra, pueden ser considerados legalmente responsables de la aparición de información inexacta, errónea o difamatoria, siendo los autores los responsables de la misma.

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin permiso escrito del titular del copyright.

ISBN:
Depósito Legal:

ÍNDICE

● Prólogos	5-7
● Introducción	9
● Depresión, ¿qué es? Información sobre el trastorno depresivo	15
● Depresión, ¿cómo se trata?	35
● Depresión, ¿qué puedo hacer? Autocuidado	61
● Depresión, ¿cómo puedo ayudarte? El papel de la familia	71
● Bibliografía recomendada	91

PRÓLOGO

La formación continuada de los profesionales sanitarios es hoy una actividad ineludible y absolutamente necesaria si se quiere realizar un ejercicio profesional acorde con la calidad exigida. En el caso del ejercicio médico, una forma de mantener ese alto grado de calidad y responder a las exigencias de la Medicina Basada en la Evidencia es el establecimiento de unas normas de actuación acordes con el conocimiento científico.

Ello es lo que pretenden las «Guías de Buena Práctica Clínica» en los distintos cuadros médicos. Han sido elaboradas por médicos pertenecientes al ámbito de la Atención Primaria, que vierten en ellas la experiencia de su trabajo y larga dedicación profesional y se dirigen a médicos que ejercen en ese mismo medio; por tanto, su contenido es eminentemente práctico y traduce lo que el profesional conoce de primera mano, ayudándole a la toma de la decisión más eficiente.

Dr. Alfonso Moreno González
Presidente del Consejo Nacional de Especialidades Médicas

PRÓLOGO

En los países de nuestro entorno, la profesión médica se halla inmersa en una compleja situación, como consecuencia del nuevo entorno social extraordinariamente cambiante que no ofrece tiempo para la reflexión y el análisis. Pero ¿cuándo no ha sido esto así?

La profesión médica, a través de sus organizaciones profesionales, ha sabido dar prioridad a la formación constante de todos sus miembros y son muchos los ejemplos de esto, como así lo atestigua el éxito de las «Guías de Buena Práctica Clínica» (GBPC). La Organización Médica Colegial (OMC) inició su edición en el año 2004 y desde entonces ha venido poniendo a disposición de todos los médicos estas herramientas de actualización acordes con el conocimiento científico.

Esperamos que estas Guías, de carácter eminentemente práctico, ayuden al profesional a la toma de decisiones, proporcionándole para ello, de manera precisa y esquemática, opciones de actitudes diagnósticas y terapéuticas, basadas en la evidencia científica y en criterios exclusivamente profesionales.

La calidad de sus contenidos viene avalada por los autores de las mismas, todos ellos expertos en la correspondiente materia, además de contar con la colaboración y el sello del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Dr. Juan José Rodríguez Sendín
Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos

INTRODUCCIÓN

La educación en enfermedades crónicas tiene como objetivo potenciar el papel del enfermo como responsable del cuidado de su enfermedad y proporcionarle el conocimiento y las habilidades necesarias para manejar los síntomas de su enfermedad y adquirir un compromiso en la colaboración con el profesional sanitario en su tratamiento. Estos programas educativos que se desarrollan de forma habitual cada vez en más enfermedades crónicas resultan útiles para facilitar el control de la enfermedad, reducir sus complicaciones, disminuir los ingresos hospitalarios y el uso de dispositivos sanitarios de forma arbitraria y, por tanto, ayudan a la sostenibilidad del sistema sanitario.

La educación en depresión es una intervención de eficacia probada en esta enfermedad. Es una herramienta que ayuda a las personas que sufren esta enfermedad a aprender sobre la misma, responsabilizarse de su tratamiento y a adquirir un papel activo en el proceso terapéutico. También resulta esencial para sus familiares, ya que les ayuda a entender cómo afecta la depresión a ese ser querido y les habilita para tratar al familiar enfermo de la forma más óptima. Por eso, ya muchas guías terapéuticas recomiendan la psicoeducación como parte del tratamiento de la depresión.

LA PSICOEDUCACIÓN ES PARTE DEL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

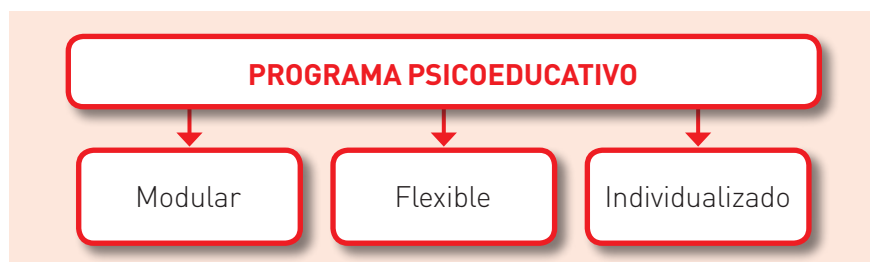
La psicoeducación es reconocida como una parte del tratamiento de los pacientes con depresión, ya que ha probado su eficacia en la disminución de las recaídas depresivas, en la mejor evolución de los episodios y en la reducción de costes sanitarios de esta enfermedad. Sin embargo, todavía no se lleva a cabo con la gran mayoría de los pacientes que se podrían beneficiar de ella.

Con el fin de colaborar a extender la psicoeducación en los pacientes que sufren depresión, hemos elaborado esta *Guía de Buena Práctica en Psicoeducación*, que está dividida en cuatro módulos centrados en los aspectos clave de la psicoeducación en depresión: enfermedad, tratamiento, autocuidado y familia.

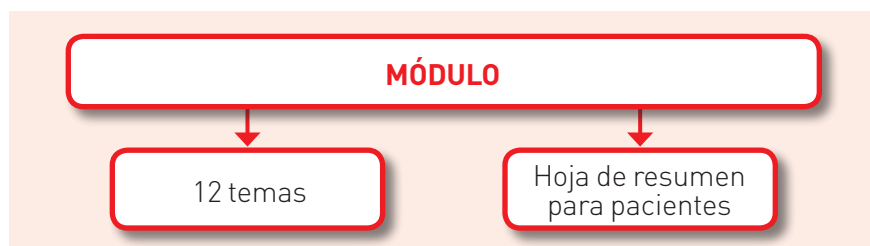


La psicoeducación persigue la adaptación del enfermo a su enfermedad, incorpora sencillas intervenciones conductuales y tareas adaptadas a su etapa de la enfermedad para ayudarle en la recuperación y a evitar las recaídas. Nuestro objetivo al escribir esta guía es proporcionar un mapa que sirva de ayuda a las personas y a sus familiares para convivir con la enfermedad, y a la vez que oriente y dé seguridad en los momentos más complicados; también que ofrezca esperanza y confianza para recorrer el camino hacia la mejoría.

A través de esta guía queremos acercar a los profesionales de la salud a la psicoeducación en depresión. Por eso, se ha diseñado para poder ser utilizada con la mayor flexibilidad posible: en programas individuales o grupales, sesiones que puedan ser llevadas a cabo por los distintos profesionales sanitarios involucrados en el cuidado de los pacientes (médicos, psicólogos o enfermeros). Pero también es una herramienta que puede utilizarse en la consulta individual con el fin de facilitar la comunicación y la respuesta a las preguntas que realizan los pacientes que sufren depresión y sus familias, para mejorar su comprensión de la enfermedad y la responsabilidad que ellos tienen sobre el tratamiento.



Hemos intentado que la guía se pueda adaptar a las distintas circunstancias de los ámbitos en los que se trata la depresión en nuestro país. Con este fin creemos que podemos hacer llegar esta educación a un mayor número de pacientes que padecen depresión para que se puedan beneficiar del conocimiento de su enfermedad y de una mejor evolución de la misma. Este programa psicoeducativo es flexible para que cada profesional decida la mejor manera de utilizarlo en los enfermos que lo precisan.



Cada uno de los cuatro módulos que componen esta guía está estructurado en doce temas. Dichos temas contienen la información más relevante

que el paciente debería conocer. Nos centramos no solo en el conocimiento de la enfermedad sino también en desmontar muchas creencias erróneas que son comunes en esta enfermedad y que pueden afectar a la percepción que tienen los pacientes de lo que les ocurre. Se utiliza para ello un tono divulgativo que le ayude al profesional sanitario a establecer una comunicación sencilla y accesible con los pacientes.

El material docente para los profesionales sanitarios va acompañado de cuatro materiales para los pacientes, que se corresponden con cada uno de los módulos que estructuran la guía: enfermedad, tratamiento, autocuidado y familia. Estos materiales tienen una orientación didáctica fácilmente entendible por la gran mayoría de las personas que padecen una depresión.

PSICOEDUCACIÓN GRUPAL O INDIVIDUAL

Para aquellos profesionales que utilicen la guía en un programa de psicoeducación grupal, se recomienda que se realicen cuatro sesiones, cada una de las cuales se centrará en un módulo. Los módulos pueden ser abordados en sesiones de aproximadamente 1 hora, pero se aconseja dejar tiempo para la discusión de los temas expuestos por parte de los asistentes, con lo que probablemente las sesiones psicoeducativas deberían ser programadas para ser realizadas en 2 horas. Estos módulos están pensados para ser utilizados a lo largo de 2 meses, para dar tiempo al paciente no solo a ir asimilando la información sino además para originar cambios positivos en sus pensamientos y acciones.

Para aquellos profesionales que utilicen la guía para realizar sesiones individuales, se hacen las mismas recomendaciones, aunque probablemente el tiempo empleado en las sesiones sea significativamente más corto.

Existe la posibilidad también de utilizar la información de los módulos en las consultas de diagnóstico y seguimiento de un paciente depresivo. En estos casos, los médicos pueden elegir la forma más conveniente de utilizar la guía, o los temas que consideren más relevantes de forma individual para sus pacientes de forma individual.

Los módulos aparecen en la guía en el orden en que sería conveniente que fueran utilizados en la psicoeducación. Se recomienda que se utilice toda la información que contienen los módulos, ya que toda es significativa, aunque, si no es posible, el profesional puede elegir los temas más relevantes de cada uno de los módulos de acuerdo a su criterio.

● MÓDULO DE PSICOEDUCACIÓN EN ENFERMEDAD _____

Este módulo se centra en familiarizar al paciente con su enfermedad. Es fundamental establecer que la depresión no es un signo de debilidad personal, sino una enfermedad cerebral. Enseñarle al paciente el origen

y las consecuencias de la misma le va a ayudar a convivir con ella y a neutralizar el estigma que conlleva este diagnóstico.

El reconocimiento de los síntomas también alivia al que los padece. Entender que la depresión no es solo tristeza y que los diversos síntomas que se presentan se deben a alteraciones en los circuitos cerebrales resulta un conocimiento que ayudará a los enfermos a poder superarlos. Percatarse de cómo evolucionan sus síntomas o cómo afectan al funcionamiento les ayudará a tolerar la frustración que les produce haber abandonado sus actividades habituales.

● **MÓDULO DE EDUCACIÓN EN EL TRATAMIENTO** _____

Este módulo persigue responsabilizar al enfermo de su tratamiento a lo largo de todo el proceso de recuperación. El prolongado recorrido desde la enfermedad hasta la normalidad depende en gran medida de que los enfermos sigan las pautas de tratamiento impuestas por su médico.

Uno de los objetivos clave en cualquier programa de educación es responsabilizar al enfermo del tratamiento de su enfermedad. Los pacientes con depresión tienen que tomar fármacos durante meses, una vez desaparecidos los síntomas es difícil entender por qué se debe seguir tomando las pastillas. Educar al paciente en los efectos positivos y en los efectos adversos que los fármacos que toma pueden conllevar es el primer paso para facilitar la aceptación del tratamiento por parte de los enfermos. Después, educar en la importancia de la medicación para evitar recaídas, ayudarles a superar la frustración y la desconfianza que en un momento u otro del tratamiento pueden aparecer, son aspectos que pueden resultar fundamentales para un buen cumplimiento del tratamiento y mejorar los resultados del mismo y la recuperación.

● **MÓDULO DE AUTOCUIDADO** _____

En este módulo se descubrirán algunas sencillas pautas psicológicas que pueden enseñar a los pacientes a modificar algunos hábitos de su conducta útiles en el camino de vuelta hacia la normalidad, para recuperar la confianza en sí mismos, y para no abandonarse a la negatividad que conlleva la depresión. Así mismo, busca la colaboración del enfermo en ejercicios simples que le ayuden a superar algunas conductas teñidas de depresión que se han incorporado a su rutina.

El estrés es siempre un factor de riesgo para la depresión; enseñar al paciente estrategias que lo protejan del estrés, técnicas de resolución de problemas y normas fáciles de seguir que le ayuden a relajarse, pueden actuar como un muro protector para no experimentar recaídas.

El aprendizaje de estas pautas y el ensayo de nuevos hábitos no solo ayudarán a estos enfermos en la vuelta a la normalidad sino que, una vez

incorporados a su vida cotidiana, les harán más inmunes a futuros episodios depresivos.

● MÓDULO DE EDUCACIÓN FAMILIAR

Este módulo pretende ayudar a la familia a participar en el proceso de recuperación del enfermo. La depresión causa incertidumbre y desconcierto en el núcleo familiar, pero la familia no solo se ve afectada por la depresión de uno de sus miembros sino que además es un agente altamente influyente en la recuperación del enfermo. Por eso su colaboración resulta fundamental en el progreso del tratamiento.

La educación de la familia en los síntomas de la depresión, en la etiopatogenia de la enfermedad, es el primer paso para ayudar a los familiares del enfermo a reconocer los síntomas como parte de una patología. A partir de ahí, los familiares quieren saber cómo poder ayudar a su ser querido, para ello es posible enseñarles pautas sencillas de comportamiento y de ayuda activa para su familiar. Y hacerles ver la influencia positiva que ellos pueden ejercer en la evolución del paciente, así como enseñarles las conductas nocivas que deben evitar con ellos.

Los pacientes son unos alumnos particulares heterogéneos con distinta motivación, interés y capacidad de aceptación.

Los enfermos que padecen una depresión son unos alumnos particulares, heterogéneos y complejos, con dificultades en algunas de las áreas implicadas en el aprendizaje, con barreras en el proceso de comprensión y aceptación de lo que les ocurre. La educación en su enfermedad no es tarea fácil y no se pueden utilizar los modelos tradicionales de transmisión de conocimiento. Esta guía pretende facilitar este proceso al profesional sanitario y ayudarle a que la transmisión de conocimiento al paciente se pueda incorporar a su práctica terapéutica habitual.

Los enfermos no solo deben escuchar lo que les ocurre sino tener la oportunidad de discutirlo y trabajar en ello activamente, mediante el desarrollo de actitudes y conductas que hagan de este aprendizaje una adquisición personal y duradera de habilidades que les sirvan para superar esta enfermedad.

La guía describe, en la experiencia de cuatro profesionales sanitarios expertos en psicoeducación, la forma en que se puede orientar a las personas que sufren esta enfermedad sobre la misma y hacerles partícipes de que la depresión es un trastorno cerebral para el cual es imprescindible un tratamiento farmacológico; pretende involucrar a los pacientes en el proceso de curación, especialmente en el cumplimiento del tratamiento. También persigue el refuerzo de habilidades y actitudes del paciente que puedan ayudarle a sentirse mejor en su enfermedad y favorecer una evolución positiva de la misma; por último, tiene por objetivo ayudar a la familia

a entender la enfermedad y a comprender y tratar a la persona enferma de la manera más óptima.

En síntesis, esta guía intenta dar una herramienta más a los profesionales sanitarios que tratan enfermos con depresión, y de esta forma contribuir a mejorar el pronóstico de sus pacientes. Aunque sabemos que es un objetivo ambicioso, hemos puesto todo nuestro empeño en conseguirlo.

Dra. Inmaculada Gilaberte Asín

Especialista en Psiquiatría

Profesora colaboradora, Universidad San Pablo-CEU, Madrid



Depresión, ¿qué es?

Información sobre el trastorno depresivo

Dr. Enric Aragonès Benaiges

Doctor en Medicina. Médico de Familia.

Centro de Atención Primaria de Constantí, Tarragona. Institut Català de la Salut.

Grupo de Trabajo en Salud Mental de la semFYC

En este capítulo se ofrece información clara, adecuada y preparada sobre la enfermedad depresiva para que el profesional sanitario –el médico de familia, la enfermera, el psiquiatra, el psicólogo– la pueda transmitir al paciente deprimido, personalizando y adaptando a cada paciente y a sus necesidades tanto los propios contenidos educativos como la profundidad con que se desee tratar el tema.

Los objetivos principales son orientar al paciente sobre el propio concepto del trastorno depresivo, enfatizando qué es (una enfermedad) y qué no es la depresión (una debilidad personal) para neutralizar los prejuicios y el estigma asociado a la depresión, que tan negativamente pueden influir en la autoestima del paciente, en el propio manejo terapéutico y en la evolución del trastorno depresivo. Enfatizar sobre cuán frecuente es la depresión en la población general, hacer saber al paciente que lo que le ocurre no es inaudito, le ayudará a no sentirse tan «raro».

Ofreceremos una información clara sobre los principales síntomas de la depresión, en muchos de los cuales el paciente seguramente se va a sentir identificado.

Hablaremos con el paciente sobre la previsible evolución del episodio depresivo: un trastorno tratable, pero con una mejora no siempre fácil y rápida, para situar las expectativas del paciente en un ámbito realista.

Aunque es un tema delicado, no obviaremos hablar sobre los deseos de morir o las ideas de suicidio, relativamente frecuentes en los pacientes con depresión y que pueden generar una gran angustia y sentimientos de culpabilidad. El hecho de reconocer en estos pensamientos un síntoma más –y bastante común– del cuadro depresivo ayuda a reducir el desasosiego.



¿QUÉ ES Y QUÉ NO ES LA DEPRESIÓN?

El término «depresión» se ha difundido y popularizado y puede aparecer en cualquier conversación, en la prensa, etc. Se habla mucho de la depresión, pero a menudo se hace de forma inapropiada o confusa.

Los conceptos erróneos sobre la depresión pueden estar presentes también en el propio paciente, al que le puede costar entender y admitir que lo que le está pasando es una situación patológica. Y también puede existir esta incompreensión en su entorno más cercano, lo que puede suponer un obstáculo importante para apoyar y animar

al paciente deprimido a buscar ayuda y tratamiento profesional, y para favorecer una adecuada adherencia al tratamiento y a las recomendaciones médicas.

Por otra parte, también existe la tendencia a considerar que la medicina puede –y debe– ofrecer respuesta y solución a cualquier tipo de malestar, incluyendo la tristeza, la preocupación, la infelicidad..., y esto hace que muchos pacientes con malestares no estrictamente patológicos demanden atención y tratamiento médico.

Desafortunadamente también entre los propios profesionales sanitarios pueden existir prejuicios y creencias inexactas acerca de la naturaleza y la relevancia clínica de la depresión.

Es cierto que en ocasiones la depresión es difícil de diagnosticar incluso por un profesional experimentado, y en algunos pacientes puede ser complicado diferenciar la depresión clínica de un estado de tristeza o de abatimiento no patológico. En estos casos, una indagación más profunda de los síntomas y del impacto funcional y una observación de su evolución pueden dar la clave para establecer un diagnóstico correcto. En ningún caso es aceptable banalizar o menospreciar el malestar del paciente o, por el contrario, responder con una medicalización inadecuada a circunstancias que no son patológicas.



Información para el paciente

- ▶ *La depresión es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una serie de síntomas psicológicos, conductuales y somáticos –los más característicos son la tristeza profunda y la pérdida de interés por todo– que tienen repercusiones importantes en la vida diaria del paciente que la sufre y en su entorno. Como veremos más adelante, la depresión es una enfermedad relativamente frecuente, bien documentada y caracterizada en la clínica psiquiátrica, con unos mecanismos fisiopatológicos –genéticos, neurobiológicos, ambientales– conocidos, y para la que se dispone de diversas opciones de tratamiento específicas y eficaces.*
- ▶ *La depresión no es una debilidad personal, no es una exageración o una simulación del malestar, y no es una maquinación para obtener atenciones de los demás. Estas afirmaciones son importantes porque existe la idea de que las personas que sufren depresión es porque son débiles, no saben enfrentarse a las dificultades, exageran o están «cargadas de manías».*
- ▶ *La depresión tampoco es un trastorno propio del estilo de vida actual, o propio de estos tiempos de crisis económica o política. Aunque las circunstancias «externas», como el estrés, las preocupaciones, las dificultades económicas..., pueden influir en la aparición de la depresión, en muchas ocasiones este trastorno también puede aparecer sin ningún desencadenante claro.*
- ▶ *Además, cabe señalar que esta enfermedad ha existido siempre –existen descripciones de la depresión desde Hipócrates en el s. IV a.C., o Aristóteles en el siglo III a.C., pasando por Santo Tomás en la Edad Media (s. XIII)–, y se da en todos los*

ámbitos: desde los países más pobres hasta los países más ricos y desarrollados, y sea cual sea el estilo de vida o la clase social.

- *Por otra parte, cabe recordar que podemos encontrarnos ante situaciones vitales normales, como un duelo por una pérdida significativa, un infortunio..., que pueden ocasionar tristeza, preocupación, abatimiento. Esto no es una depresión clínica.*

PUNTOS CLAVE

- La depresión es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una serie de síntomas psicológicos, conductuales y somáticos; los más característicos son la tristeza profunda y la pérdida de interés.
- La depresión no es una debilidad personal, una exageración o una simulación del malestar.
- La tristeza o las preocupaciones ante situaciones adversas o complicadas pueden formar parte de la normalidad, y su presencia no siempre constituye un trastorno depresivo.

¿POR QUÉ APARECE LA DEPRESIÓN?

La etiopatogenia de la depresión es compleja porque en su inicio y desarrollo intervienen múltiples factores y condicionantes, probablemente con diferente peso específico en cada caso de depresión, y porque queda mucho por saber sobre cómo estos diversos factores interactúan entre sí.

Los pacientes con depresión tienden a sentirse «culpables» de su trastorno y tienden a asumir los prejuicios y estigmas sociales que equiparan la depresión a una debilidad personal. Una explicación clara y comprensible sobre lo que se sabe de la etiología y de los mecanismos fisiopatológicos de la depresión, subrayando el carácter «patológico» de las alteraciones subyacentes a la depresión, puede ayudar al paciente a desculpabilizarse de lo que le está sucediendo; por ejemplo, de la misma forma que una persona con hipotiroidismo no se siente «culpable» por no producir suficiente hormona tiroidea, una persona con depresión no debería asumir el «pecado» de una disfunción en sus neurotransmisores.



Información para el paciente

- *Cuando sobreviene una depresión en un paciente determinado intervienen múltiples factores de tipo biológico, genético y psicosocial, factores que, además, despliegan complejas interacciones entre sí.*
- *Los diferentes factores no intervienen en la misma medida en todos los pacientes ni todas las depresiones son iguales. Existe un tipo de depresiones «endógenas», donde los factores biológicos tendrían un mayor papel, mientras que en las depresiones neuróticas o reactivas tendrían mayor influencia los factores ambientales y psicosociales.*

FACTORES NEUROBIOLÓGICOS

Se ha avanzado mucho en el conocimiento de la neurobiología de la depresión y se sabe que existen alteraciones en el funcionamiento de los neurotransmisores (sustancias químicas que transmiten información de una neurona a otra), de las citoquinas (proteínas que regulan funciones celulares y comunicaciones entre las células) y de algunas hormonas (por ejemplo, cortisol).

Los mecanismos fisiopatológicos de la depresión conocidos tienen que ver con una alteración de la función de los neurotransmisores serotonina, noradrenalina y dopamina. El mecanismo de acción de los antidepresivos actuales incide en la regulación de estos neurotransmisores.

Desde el punto de vista biológico, la depresión también se relaciona con alteraciones hormonales, concretamente con estados de hiperactividad del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal, que da lugar a una mayor producción de la hormona cortisol. Este mecanismo se relaciona con algunas de las complicaciones orgánicas asociadas a la depresión a largo plazo, como la enfermedad cardiovascular o la diabetes tipo 2, más frecuentes con la depresión y relacionadas con un aumento de cortisol en el organismo.

Con técnicas de neuroimagen [resonancia magnética nuclear (RMN), tomografía por emisión de positrones (PET)] se han observado cambios anatómicos y funcionales en algunas estructuras cerebrales (por ejemplo, hiperfunción en el sistema límbico –donde se regulan las emociones–, atrofia del hipocampo o hipofunción en la corteza cerebral prefrontal –donde se regula el procesamiento de la información–), si bien aún se desconocen muchas cosas sobre los mecanismos concretos y el significado clínico de estos cambios.

FACTORES FAMILIARES Y GENÉTICOS

Existe un mayor riesgo de padecer depresión cuando hay antecedentes familiares de depresión. Esto no significa que todos los pacientes con depresión tienen antecedentes familiares, ni que todos los individuos con historia familiar van a desarrollar una depresión.

También se sabe que determinados genes se asocian a ciertas alteraciones en la función de los neurotransmisores, que, a su vez, darían lugar a una peor resistencia ante los acontecimientos estresantes y a una mayor propensión a la depresión.

Globalmente, la predisposición genética supondría un peso específico del 30-40% en el riesgo de desarrollar depresión y el 60-70% restante vendría dado por otras causas.

FACTORES PSICOSOCIALES

Situaciones o estados prolongados de estrés y acontecimientos vitales estresantes traumáticos recientes aumentan el riesgo de padecer una depresión. También son relevantes los acontecimientos traumáticos sufridos en la infancia.

Influyen en la aparición de la depresión el nivel socioeconómico bajo, los problemas económicos y laborales, la falta de apoyo social, los problemas conyugales o en las relaciones interpersonales, la presencia de enfermedades físicas discapacitantes y el dolor crónico.

PUNTOS CLAVE

- La depresión es un fenómeno complejo en cuyo origen y desarrollo intervienen múltiples factores de tipo genético, biológico y psicosocial.
- Desde el punto de vista biológico, la etiopatogenia de la depresión se relaciona con: alteraciones en los neurotransmisores (serotonina, noradrenalina, dopamina), alteraciones neuroendocrinas (cortisol) y con afectaciones estructurales y funcionales de diversas zonas del cerebro.
- Desde el punto de vista genético, puede heredarse cierta predisposición biológica a padecer depresión.
- Los factores psicosociales que implican un estrés continuo y los acontecimientos vitales traumáticos tienen un papel importante en la aparición de la depresión.

¿CUÁN FRECUENTE ES LA DEPRESIÓN?

El paciente deprimido se siente muy solo, tiende a sentirse como un «bicho raro», a él mismo le cuesta entender lo que le pasa y piensa que los demás aun le van a entender menos. Dar información veraz sobre cuán frecuente es la depresión puede ayudar al paciente a mitigar esta sensación de que «nadie puede ser tan desgraciado» y que lo que le está pasando es tan extraño que nadie puede entenderlo.



Información para el paciente

- *La depresión es un trastorno mental relativamente frecuente. Según el estudio epidemiológico ESEMED, se estima que un 4% de la población española sufre un episodio depresivo en un momento dado: extrapolando estos datos a la población española adulta podemos afirmar que hoy en España hay un millón y medio de personas que sufren depresión.*
- *El mismo estudio refiere que cuando investigan no solo los individuos que sufren depresión en el momento actual sino en cualquier momento de su vida, la proporción se eleva al 10,5%. La depresión se puede presentar en cualquier edad: puede presentarse desde la niñez o la adolescencia hasta las edades más avanzadas. Hombres y mujeres pueden sufrir depresión, aunque los informes epidemiológicos muestran que este trastorno es más frecuente en mujeres, con una relación 2:1 respecto a los varones.*
- *Al menos la mitad de las personas que padecen depresión experimenta más de un episodio a lo largo de su vida y cuantos más episodios se padezcan más fácil es*

sufrir otro episodio más adelante. La tendencia a la recurrencia y a la cronicidad es mayor cuando los episodios no se tratan adecuadamente.

- *Estos datos significan que casi cualquier persona debe haber tenido contacto con la depresión, bien sea en primera persona bien sea porque la sufren o la han sufrido personas de su entorno más cercano: mire a su alrededor para comprobarlo. El trastorno depresivo no es por tanto una extravagancia de algunas personas «que no saben hacer frente a las dificultades de la vida» sino que es un trastorno real, importante y frecuente.*

PUNTOS CLAVE

- La depresión es un trastorno mental muy frecuente en la población general, con una prevalencia actual del 4%, y del 11% a lo largo de la vida. Es más frecuente en la mujer que en el varón.
- Al menos la mitad de las personas que padecen depresión experimenta más de un episodio a lo largo de su vida.

LOS SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN

Hablar con el paciente de los síntomas del síndrome depresivo tiene la utilidad de que el paciente puede reconocer en ellos –en algunos o en todos ellos– algo parecido a lo que le está sucediendo, y esto puede ayudarle a entender mejor y a interpretar lo que siente y lo que le pasa en el contexto de un cuadro clínico: no es que él sea hosco, irritable, antipático, perezoso, «pasota»..., sino que son los síntomas de la depresión que padece.



Información para el paciente

- *Los síntomas de la depresión son emociones, pensamientos, conductas que también pueden formar parte de la normalidad, como reacciones «normales» a situaciones o circunstancias de la vida, o como oscilaciones «normales» del estado de ánimo o del estado general del individuo: uno puede estar triste cuando ha sucedido algo desagradable, enfadado ante una frustración, o incluso, sin motivo aparente, uno puede tener días en que se siente con menos vitalidad, más apagado.*
- *Lo que distingue el carácter patológico, anómalo, del síntoma es que no se corresponde con una respuesta proporcionada y adecuada a las circunstancias desencadenantes, es intenso, es persistente y duradero y lo impregna todo (los síntomas de la depresión invaden todos los momentos del día y todos los ámbitos de la vida del paciente deprimido).*
- *A continuación comentaremos los síntomas más característicos del síndrome depresivo. Probablemente en algunos de ellos usted reconozca lo que le está sucediendo, pero tenga en cuenta que no todos los pacientes tienen todos los síntomas y en la misma medida o, incluso, un mismo paciente puede presentar síntomas diferentes según el momento de su evolución.*

Estado de ánimo deprimido: el síntoma más propio de la depresión es el estado de ánimo triste, deprimido, decaído. La tristeza de la depresión se distingue de la tristeza normal por su hondura y su persistencia. Los pacientes muchas veces la sienten como más visceral, más corporal: «como un nudo en el estómago», «como un peso en el pecho», «como una losa sobre las espaldas».

La tristeza de la depresión puede manifestarse en el llanto, un llanto a veces espontáneo y descontrolado y que, contrariamente a lo que ocurre en otras situaciones, ni consuela ni alivia. Otros pacientes se quejan de que no pueden llorar.

Anhedonia: el paciente deprimido pierde la capacidad de disfrutar de las cosas, nada le satisface, nada le agrada. Cosas que antes podían interesarle: aficiones, relaciones personales, el sexo, la familia, el trabajo..., ahora que está enfermo no le dicen nada. De hecho el paciente con depresión pierde la ilusión y el interés por cualquier cosa.

Problemas con el sueño: el insomnio es frecuente y a veces preocupa y angustia mucho al paciente. Puede costar conciliar el sueño o en otros casos uno se despierta a mitad de la noche o de madrugada y ya no consigue volver a dormir.

En la llamada «depresión atípica», en vez de insomnio hay hipersomnia: un sueño y unas ganas de dormir excesivas.

Pérdida de apetito: el paciente con depresión, que no tiene ganas de nada, también pierde el apetito, come menos y puede llegar a perder peso de forma evidente, aunque en algunos pacientes con «depresión atípica» o con ansiedad importante aumenta la ingesta de alimentos, por aumento del apetito o de forma compulsiva y descontrolada; a veces el consumo de alimentos se puede interpretar como un intento de obtener una mínima satisfacción en un estado tan desdichado como es la depresión.

Falta de energía: el paciente se siente cansado, «sin pilas». Y aquí no nos referimos solo a fatiga «mental» sino que hablamos de fatiga física: pesan los brazos, cuesta andar, «cualquier tarea física requiere un esfuerzo extraordinario y después quedo agotado».

Sentimientos de inutilidad, culpa: el paciente deprimido se desprecia a sí mismo, se considera indigno, débil, incapaz de enfrentarse a la vida... y culpable. Se siente culpable de su enfermedad, de lo que está haciendo sufrir a los que le rodean, de los trastornos que ocasiona en su familia o en su trabajo, etc. Hasta cierto punto puede interpretarse como normal que un paciente esté preocupado o sienta cierta responsabilidad por los trastornos que ocasiona su enfermedad en su entorno, pero el síntoma se caracteriza porque estos pensamientos son claramente desproporcionados y excesivos.

Inhibición psicomotriz (o agitación): muchos pacientes presentan inhibición psicomotriz que se manifiesta en una actitud pasiva, en no querer levantarse de la cama, en estar sentado sin siquiera cambiar de postura ni mover un músculo durante horas, en una cara inexpresiva, en un tono de voz monótono y sin fuerza...

Contrariamente también puede manifestarse agitación psicomotriz: una inquietud interna hace que el paciente no pueda permanecer quieto, deba moverse, hacer algo, sin estar bien en ningún lugar.

Alteraciones del pensamiento: el pensamiento del paciente con depresión se enlentece, los contenidos negativos y tristes ocupan la mayor parte del pensamiento y se pierde la capacidad de concentrarse o de pensar claramente: cuesta memorizar, leer, o simplemente seguir el hilo de una conversación. Tomar decisiones, aun sobre aspectos nimios, puede generar una gran angustia, porque el paciente con depresión «sabe» que va a equivocarse.

Ideas de muerte o ideación suicida: perder la ilusión por todo, tener una opinión nefasta de uno mismo, no tener ninguna esperanza en que esto pueda mejorar pueden llevar al paciente a pensar que «la vida no vale la pena» o que «para vivir así...», o incluso a pensar en la posibilidad de quitarse la vida como única salida. Más adelante hablaremos con más profundidad sobre este tema.

Síntomas físicos: la depresión es un trastorno psicológico, pero suele manifestarse también con síntomas de tipo físico. Es frecuente que los pacientes deprimidos tengan una peor tolerancia al dolor y experimenten síntomas de tipo doloroso: dolor osteoarticular, dolor abdominal, cefalea...

De hecho, hay pacientes deprimidos que acuden a su médico por dolor de espalda, dolor de cabeza, problemas digestivos, mareos y un amplio catálogo de otros síntomas físicos. Son molestias que el médico después de una valoración clínica adecuada no puede atribuir a ninguna causa orgánica clara –o, si hay causa, los síntomas son desproporcionados o incongruentes– y que en realidad son la manifestación –a veces la única manifestación explícita– de una depresión «oculta». Es lo que se llama la «depresión somatizada» o la «depresión enmascarada».

Síntomas de ansiedad: conceptualmente depresión y ansiedad son dos trastornos diferentes, pero en realidad muchas veces aparecen imbricados en los mismos pacientes. Un paciente con depresión a menudo puede experimentar síntomas de ansiedad: preocupación, temor, crisis de pánico, etc., o incluso ser diagnosticado de un trastorno de ansiedad concomitante a su depresión.

PUNTOS CLAVE

- La depresión es un síndrome de presentación clínica muy diversa, cuyos síntomas más característicos son el humor depresivo o estado de ánimo bajo y la reducción del interés y/o la capacidad de disfrutar de las cosas (anhedonia).
- Otros síntomas de la depresión son los trastornos del sueño, del apetito, las dificultades para concentrarse o para tomar decisiones, la inhibición psicomotriz –a veces la agitación–, el cansancio y la pérdida de energía.
- La ansiedad y las quejas somáticas acompañan a los síntomas depresivos con bastante frecuencia.
- Las ideas de suicidio a menudo pueden formar parte del cuadro clínico de la depresión.

Tabla 1. Principales síntomas que aparecen en un trastorno depresivo mayor

• Estado de ánimo triste, deprimido
• Pérdida del interés por las cosas o de la capacidad de disfrutarlas
• Problemas con el apetito: pérdida del apetito, o a veces aumento de las ganas de comer
• Problemas con el sueño: insomnio, ocasionalmente hipersomnia
• Dificultades para pensar claramente, para concentrarse
• Indecisión
• Fatiga, cansancio, pérdida de energía
• Inhibición psicomotriz: tendencia a la inmovilidad o a moverse muy lentamente
• O, por el contrario, inquietud psicomotriz
• Sentimientos de inutilidad, de culpa, baja autoestima
• Ganas de desaparecer, de morirse, ideas de suicidio
• Síntomas físicos: dolor, mareos, problemas digestivos...
• Síntomas ansiosos: ansiedad, preocupaciones, miedo, irritabilidad...

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA LA DEPRESIÓN?

El diagnóstico de la depresión se basa en la adecuada valoración clínica de los síntomas que presenta el paciente. Es elemental que el paciente y sus familiares conozcan la importancia de que el médico disponga de toda la información relevante sobre la clínica y la evolución del paciente para que pueda emitir un diagnóstico adecuado a partir del cual se trazará el plan terapéutico pertinente.



Información para el paciente

- ▶ *No existe ningún test de laboratorio ni ninguna prueba de imagen para diagnosticar la depresión. Quizá su médico le ha pedido alguna exploración complementaria, pero el motivo es más para descartar otros trastornos que podrían simular una depresión que para diagnosticarla positivamente.*
- ▶ *El diagnóstico de la depresión se basa en la adecuada valoración clínica de los síntomas que usted experimenta. El médico debe conocer lo que le está pasando y valorará el significado de cada síntoma en función del tiempo que hace que apareció, de que realmente esté presente todo o casi todo el tiempo, de su intensidad, de cómo interfiere en su funcionamiento personal... La información que usted –o sus familiares– den al médico es de vital importancia para un correcto diagnóstico.*

- ▶ *Para diagnosticar depresión mayor, los sistemas de clasificación actuales exigen que se compruebe la existencia de cinco síntomas depresivos o más, y al menos debe estar presente uno de los dos síntomas más característicos de la depresión: el estado de ánimo depresivo o la pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de las cosas. Para estar seguros de que no se trata de un estado transitorio, los síntomas deben persistir durante un periodo mínimo de 15 días, aunque en realidad, cuando se diagnostica una depresión, el paciente suele llevar semanas o meses de evolución.*
- ▶ *Dentro de los trastornos de tipo depresivo quizá usted ha oído hablar de la distimia. Se trata de un trastorno frecuente y más leve que la depresión mayor: suele haber menos síntomas, menos intensos y, aunque están presentes la mayor parte del tiempo, quizá no están presentes «todo» el tiempo. Sin embargo, la evolución de la distimia es crónica: como mínimo se exigen 2 años de evolución para hacer el diagnóstico, pero en realidad los pacientes con distimia pueden revelar historias de 10, 15, 25 años de evolución de su trastorno. Ocasionalmente puede haber periodos de empeoramiento y cumplir los criterios de depresión mayor.*

PUNTOS CLAVE

- El diagnóstico de la depresión es exclusivamente clínico, basado en la entrevista con el paciente y sus familiares.
- Para poder hacer el diagnóstico de la depresión deben estar presentes un número mínimo de cinco síntomas durante la mayor parte del tiempo en un periodo mínimo de 2 semanas.
- La distimia es un trastorno depresivo más leve, pero con una evolución crónica a lo largo de años.

LA EVOLUCIÓN DE LA DEPRESIÓN

Cuando se diagnostica una depresión, y sobre todo cuando este diagnóstico se establece por primera vez en un paciente, este hecho puede despertar dudas y preocupaciones en el paciente y en sus allegados sobre cuál va a ser la evolución del trastorno, sobre si el proceso va a ser más o menos largo, sobre qué puede esperarse del tratamiento, etc. En general, el paciente deprimido –desesperanzado, pesimista, desmotivado– rumiará las expectativas más sombrías respecto a las posibilidades de mejorar. Nuestro objetivo como profesionales debe ser ofrecer al paciente y a su familia información veraz sobre las posibilidades de evolución del episodio depresivo –sin intentar prever la evolución del paciente concreto– para situar sus expectativas en un plano realista y para que sepan que en todo momento el tratamiento deberá adecuarse al momento evolutivo del cuadro depresivo.



Información para el paciente

- ▶ *El inicio de la depresión suele ser insidioso, los cambios son lentos y progresivos: mal humor, tristeza, fatiga, ansiedad, inapetencia sexual, síntomas físicos... y, a*

menudo, el propio paciente es incapaz de reconocerse enfermo. Busca una explicación a lo que le ocurre y atribuye lo que le pasa a tensión en el trabajo, a problemas conjugales, a la menopausia, etc., y no a un trastorno depresivo. Frecuentemente son los familiares o allegados quienes detectan que lo que sucede no es normal y quienes animan al paciente a acudir al médico. Una vez establecido el diagnóstico de depresión, el paciente mira hacia atrás y se da cuenta de que la depresión ya estaba ahí desde antes de lo que pensaba.

- ▶ En otras ocasiones, el inicio puede ser brusco y repentino, con la aparición de diversos síntomas severos que se establecen en pocos días.
- ▶ El curso de la depresión es variable. En casos de depresión leve, incluso puede esperarse una mejora espontánea sin necesidad de intervenir demasiado, aunque no siempre es así. En casos de depresión moderada o severa, si no se trata, la tendencia de los síntomas es a arraigarse y a persistir durante un tiempo indeterminado.
- ▶ Si la depresión recibe tratamiento y la respuesta es adecuada, puede esperarse una mejoría progresiva a lo largo de varias semanas o meses. El proceso de mejoría no siempre es lineal: pueden ser necesarios cambios o ajustes en el tratamiento si este no es eficaz, puede haber semanas en que la mejoría inicial se estanque o incluso parezca que se vuelve atrás, etc., pero si el tratamiento es eficaz y la evolución adecuada, se llega a la «remisión» del cuadro depresivo (de las particularidades del tratamiento antidepresivo hablaremos más adelante).
- ▶ La remisión se define como la desaparición total o casi total de los síntomas depresivos y el retorno al nivel de bienestar y de funcionamiento personal previos al episodio depresivo. La remisión no significa que ya se pueda dar todo por superado, porque existe una posibilidad importante de tener recaídas, y por este motivo –para consolidar la mejoría– es recomendable seguir con el tratamiento antidepresivo por un tiempo más.
- ▶ Aunque este sea el objetivo, no siempre es posible alcanzar una mejoría total y en algunos pacientes pueden persistir síntomas depresivos residuales, limitaciones funcionales o, incluso, un cuadro depresivo cronicado. Cuando esto sucede, el objetivo terapéutico puede ser minimizar el malestar y conseguir que el paciente pueda desarrollar sus capacidades personales en la mayor medida posible.

PUNTOS CLAVE

- El inicio de la depresión suele ser insidioso y progresivo, y a menudo al propio paciente le cuesta reconocerse enfermo. Otras veces el inicio de la depresión puede ser repentino.
- El curso de la depresión es variable, pero en casos de depresión moderada o severa, si no se trata, la tendencia de los síntomas es a permanecer.
- Si la respuesta al tratamiento antidepresivo es adecuada, puede esperarse una mejoría progresiva a lo largo de varias semanas o meses.

- Con una evolución correcta puede esperarse llegar a la «remisión» del cuadro depresivo, aunque no siempre es posible alcanzar una mejoría total.

LAS RECAÍDAS

Las recaídas y las recurrencias de la depresión son habituales. El paciente debe estar informado sobre ello para que comprenda el sentido y la finalidad de una vigilancia médica prolongada, de seguir con el tratamiento una vez se encuentre bien y para que sepa, eventualmente, reconocer y comunicar los síntomas de una ocasional reaparición de la depresión. Por otra parte, cabe tener en cuenta que los pacientes o familiares que viven con el temor de una recurrencia pueden tender a interpretar como patológicos y síntomas de recurrencia oscilaciones del estado de ánimo que en realidad forman parte de la normalidad.

Información para el paciente

- ▶ *La depresión es un trastorno con una acentuada tendencia a las recaídas y recurrencias. Los profesionales distinguimos entre los conceptos de «recaída» y «recurrencia».*
- ▶ *En otras ocasiones, el inicio puede ser brusco y repentino, con la aparición de diversos síntomas severos que se establecen en pocos días.*
- ▶ *Consideramos recaída un empeoramiento del estado de ánimo y una reaparición de síntomas depresivos en un paciente que había mejorado de su depresión, pero que aún no habíamos dado por superada. La recaída suele suceder a los pocos meses de una respuesta inicial al tratamiento y se considera que forma parte del mismo episodio depresivo.*
- ▶ *La recurrencia es la aparición de un nuevo episodio de depresión en un paciente que previamente ha sufrido un episodio depresivo pero que había alcanzado la remisión completa de los síntomas, es decir, el episodio previo se consideraba totalmente superado. Las recurrencias pueden suceder pronto –al cabo de unos meses–, o tarde –al cabo de unos años–. Cada nuevo episodio depresivo que sucede aumenta el riesgo de que ocurran nuevas recurrencias de la depresión y que el periodo entre episodios sea menor. También hay mayor riesgo cuando los episodios han sido graves y recientes. De hecho, en los pacientes que han sufrido múltiples episodios depresivos (por ejemplo, más de tres o cuatro), a menudo es difícil alcanzar la recuperación completa de los síntomas y puede permanecer de forma crónica un estado depresivo más o menos intenso. Sin embargo, estas son apreciaciones generales, y en un paciente concreto es difícil pronosticar si va a haber una recurrencia o no.*
- ▶ *Hay varias cosas que usted puede hacer para prevenir las recaídas y recurrencias: desde cambios en el estilo de vida (evitar el estrés, tener actitudes positivas, etc.) hasta tomarse adecuadamente el tratamiento antidepresivo «de mantenimiento»*

prescrito por su médico (de esto hablaremos más detalladamente en los próximos capítulos).

- *En cualquier caso, si la depresión vuelve, es importante detectar y comunicar precozmente los primeros síntomas que aparezcan: una actuación terapéutica precoz puede mejorar el pronóstico. Y ahí juega un papel el propio paciente, pero también, los familiares o allegados, que muchas veces son capaces de percibir –incluso antes que el propio paciente o el médico– alteraciones en el estado de ánimo o cambios en la conducta, etc., que pueden ser los pródromos (malestares que preceden a una enfermedad) de una recurrencia. Ahora bien, las oscilaciones en el humor, las preocupaciones, la ansiedad, también forman parte de la «normalidad» y no siempre hay que interpretar cualquier síntoma de este tipo como un presagio de recurrencia.*

PUNTOS CLAVE

- La depresión es un trastorno con una acentuada tendencia a las recaídas y recurrencias.
- Cada nuevo episodio de recurrencia aumenta el riesgo de que ocurran nuevos episodios de depresión y que estos sean más frecuentes. También hay mayor riesgo cuando los episodios han sido graves y recientes.
- Para prevenir recaídas y recurrencias se debe continuar el tratamiento durante periodos de tiempo largos, aun cuando el paciente ya está bien.
- Si la depresión reaparece, es importante detectar y comunicar precozmente los primeros síntomas: un tratamiento precoz puede mejorar el pronóstico.

LA COMORBILIDAD

Frecuentemente la depresión no es el único problema de salud presente en un mismo paciente. Especialmente en Atención Primaria es habitual que la depresión coexista con enfermedades físicas crónicas u otros trastornos mentales, especialmente los trastornos de ansiedad.



Información para el paciente

- *Quizá usted, además de una depresión, padece alguna enfermedad física crónica, como diabetes, hipertensión, enfermedades del corazón, artrosis u otras. Existen influencias recíprocas muy relevantes entre las diversas enfermedades de un mismo paciente en cuanto al pronóstico y al tratamiento. La presencia de depresión complica la evolución y disminuye la efectividad del tratamiento de la diabetes, de las enfermedades cardiovasculares, del dolor crónico, etc. Por otra parte, la presencia de enfermedades crónicas es un factor de riesgo para la aparición de depresión.*

- ▶ *El paciente con depresión suele estar poco interesado en cuidar de sí mismo y además suele tener problemas para concentrarse y para acordarse de las cosas. Manejarse con las actividades, a veces sencillas, de la vida diaria puede ser problemático. Esto representa un inconveniente importante para un correcto manejo de las enfermedades crónicas que exigen una participación y una implicación importante del propio paciente no solo en el cumplimiento del tratamiento –a veces complejo en pacientes con polimedicación–, sino también en mantener estilos de vida saludables (alimentación, ejercicio, etc.) o en evitar hábitos tóxicos, como el tabaco u otros.*

- ▶ *Además del papel que juega la depresión entorpeciendo el cumplimiento del tratamiento y la adopción de estilos de vida saludables, también influye en la evolución de muchas enfermedades por mecanismos fisiopatológicos: por ejemplo, la presencia de depresión disminuye el umbral de tolerancia al dolor y complica el tratamiento de cuadros de dolor crónico, o el aumento de cortisol (la hormona del estrés) que se da en pacientes deprimidos favorece la obesidad abdominal, la diabetes y los trastornos lipídicos.*

- ▶ *La depresión también puede coexistir con otros trastornos psicológicos. La presencia de trastornos de ansiedad, especialmente de larga evolución, puede agotar la resistencia psicológica del paciente, y a menudo un cuadro primario de ansiedad se complica con la aparición de un cuadro depresivo concomitante. Por otra parte, en pacientes con depresión primaria es frecuente que coexistan síntomas o trastornos de ansiedad.*

- ▶ *Los profesionales sanitarios deben tener en cuenta que es importante considerar al paciente en su globalidad –los médicos de familia siempre decimos que debemos tratar enfermos, no enfermedades– y planear el manejo terapéutico teniendo en cuenta todos los problemas y determinantes de salud.*

- ▶ *El propio paciente y sus allegados también deben tener en cuenta la importancia de considerar la salud como un todo y que el hecho de tener depresión no debería relegar el cuidado de otros problemas de salud del paciente.*

PUNTOS CLAVE

- La depresión complica la evolución y el tratamiento de las enfermedades físicas crónicas y, por otra parte, la presencia de enfermedades crónicas facilita la aparición de depresión.
- La depresión puede coexistir con otros trastornos psicológicos, especialmente trastornos de ansiedad.
- El paciente debe tener en cuenta la importancia de considerar la salud como un todo y que el hecho de tener depresión no debería relegar el cuidado de otros problemas de salud.

EL SUICIDIO

Del mismo modo que se recomienda explorar activamente la eventual presencia de ideas de suicidio y evaluar cuidadosamente el riesgo suicida ante todo paciente deprimido, en este programa psicoeducativo la recomendación es no eludir el tema y hablar con el paciente sobre ello: respetuosamente, con delicadeza y con tacto, pero al mismo tiempo con naturalidad y abiertamente. La ideación suicida es frecuente en el paciente deprimido y es un síntoma más del cuadro clínico de la depresión, y en este contexto hay que interpretarlo y hablarlo con el paciente.

Puede existir en el profesional sanitario el temor a que hablar sobre este tema pueda dar ideas al paciente e incrementar el riesgo de suicidio. Esto no es así, pues el paciente ya suele tener estos pensamientos, a menudo reprimidos y no verbalizados, y el hecho de poder hablar o recibir información normalizadora sobre ello más bien va a tener efectos beneficiosos al reducir la angustia y el sentimiento de culpa.



Información para el paciente

- ▶ *Para el paciente con depresión el día a día es una carga insoportable y el futuro es peor porque no ve salida a su situación. Además se siente culpable de todo ello. Muchos pacientes con depresión piensan en la muerte, en la desaparición como única manera de acabar con el sufrimiento. A menudo existe la idea de muerte como deseo o como una virtual escapatoria de la situación, pero sin pensar particularmente en un acto suicida («me gustaría no despertarme una mañana y acabar con todo»), o incluso simplemente la idea de «desaparecer» o de «no existir» sin siquiera pensar específicamente en morir: «ojalá no hubiese nacido», «desearía desaparecer».*
- ▶ *En otros pacientes la muerte constituye un pensamiento persistente y existen ideas más o menos elaboradas de suicidio. Pueden existir desde conductas autodestructivas que encubren las ganas de morir: abuso de alcohol, conducción imprudente, abandono del tratamiento de la propia depresión o de otras enfermedades concomitantes (por ejemplo, en pacientes con diabetes, enfermedades del corazón, etc.), a ideas para consumir un suicidio o, incluso, tentativas de suicidio previas.*
- ▶ *Cabe tener en cuenta que en muchas ocasiones el suicidio no sucede cuando el paciente está en un estado depresivo intenso sino justamente cuando empieza la mejoría por efecto del tratamiento: la falta de energía e iniciativa del paciente con una depresión profunda inhiben la posibilidad de una acción suicida, pero cuando mejora la inhibición y persiste la desesperanza puede producirse la tentativa o el acto suicida.*
- ▶ *Un comentario habitual –y falso– es que «quien dice que se suicidará no lo acaba haciendo». De hecho, la mayor parte de las personas que se suicidan habían hablado antes sobre ello, en su entorno o incluso con los profesionales sanitarios.*
- ▶ *Hay pacientes que han tenido intentos suicidas previos, a veces numerosos, y sobre ellos pesa el veredicto –de su entorno y, demasiado a menudo, de los propios*

profesionales– de que «en realidad no quiere morir, solo quiere llamar la atención», «está exagerando, es teatro». Al sufrimiento de estos paciente se suma la incompreensión, la crítica y el rechazo de los demás. De hecho, es posible que en una tentativa suicida exista una demanda de atención o una demanda desesperada de ayuda, o que exista una indecisión sobre morir o vivir. En cualquier caso, esto no obvia el riesgo para la vida ni desmiente el sufrimiento genuino del paciente.

- ▶ *En los pacientes en los que se sospeche o se detecten ideas de suicidio, hay que hablar sobre ello con el paciente y animarlo a verbalizar su angustia y a buscar ayuda. Por otra parte, el profesional sanitario deberá tomar las medidas pertinentes para un manejo eficaz de este riesgo (vigilancia estrecha, instrucciones a los familiares, derivación a otro nivel asistencial, ingreso, etc.).*
 - ▶ *Si piensa en el suicidio no debería pretender arreglárselas a solas. Es importante buscar ayuda y hablar con alguien. Hablar con la familia o con algún allegado puede aliviar la angustia y el dolor. No sentirse solo y percibir que te apoyan aumenta la capacidad para afrontar las cosas. También es conveniente consultar lo más rápidamente posible a un médico.*
 - ▶ *Por otra parte, piense que el tiempo es un factor muy importante. Espere antes de actuar. Cuando uno está deprimido no tiene una visión objetiva de las cosas. Al cabo de unos días su percepción de las cosas puede haber cambiado mucho.*
-

PUNTOS CLAVE

- Muchos pacientes con depresión piensan en la muerte, en la desaparición como única manera de acabar con el sufrimiento. A menudo existe la idea de muerte como deseo, sin pensar particularmente en un acto suicida, pero algunos pacientes pueden tener ideas más o menos elaboradas de suicidio.
- Si piensa en el suicidio, no debería querer arreglárselas a solas. Es importante buscar ayuda y hablar con alguien, y es conveniente consultar urgentemente a su médico.
- Si tiene ideas de suicidio, piense que el tiempo es un factor muy importante. Espere antes de actuar. Al cabo de unos días su percepción de las cosas puede haber cambiado mucho

¿CÓMO AFECTA LA DEPRESIÓN AL FUNCIONAMIENTO DEL PACIENTE?

Los síntomas de la depresión afectan profundamente al funcionamiento del paciente en todos los ámbitos de su actividad habitual. Haremos ver al paciente la estrecha relación entre la depresión que está sufriendo y los menoscabos y dificultades en su vida diaria, con el objetivo de enlazar del mismo modo la esperada mejora sintomática con la mejora funcional.

La depresión es una enfermedad cuyo impacto habitualmente sobrepasa al propio paciente y se extiende a su entorno más cercano: el apoyo psicoeducativo, por tanto, se orientará no solo al paciente sino también a sus familiares y allegados, como veremos más adelante.



Información para el paciente

- ▶ *Usted tiene una depresión y posiblemente le está resultando muy difícil –o imposible– funcionar como funcionaba antes de estar deprimido.*
- ▶ *La falta de energía, las dificultades para concentrarse, la pérdida del interés, pueden hacer difícil responder a las demandas de su trabajo, pueden afectar a su rendimiento o, incluso, puede que se sienta incapaz de ir a trabajar.*
- ▶ *La falta de interés y de la capacidad de disfrutar de las cosas, las pocas ganas de ver a nadie..., quizá han ocasionado que usted abandone sus actividades de ocio, antes tan gratificantes.*
- ▶ *La depresión afecta también al funcionamiento en el seno de la familia. Al paciente deprimido le cuesta relacionarse con los demás, especialmente los más cercanos. La irritabilidad puede generar respuestas irritadas en nuestro entorno. La apatía puede generar frustración en quienes intentan ayudarnos.*
- ▶ *Así que no puede esperarse que un paciente deprimido mantenga el nivel de actividad o de funcionamiento que tenía cuando no estaba deprimido: ni los demás se lo pueden pedir ni uno mismo puede exigírselo. Sin embargo, a pesar de las dificultades, intente llegar hasta donde sea capaz, realice aquellas actividades en casa o en el trabajo que se sienta capaz de hacer –aunque le cueste más– y sea indulgente consigo mismo si no sale todo lo bien que hubiera querido.*
- ▶ *Un tratamiento adecuado producirá una mejoría progresiva de los síntomas de depresión y paralelamente puede esperarse una mejora en el funcionamiento familiar, social y laboral.*

PUNTOS CLAVE

- La depresión puede afectar profundamente al funcionamiento del paciente en el ámbito familiar, social, laboral.
- Cuando la depresión evoluciona adecuadamente, la mejoría en la funcionalidad es paralela a la mejoría sintomática.
- Al paciente deprimido no se le puede exigir lo que no es capaz de hacer, pero debe animársele a llegar hasta donde pueda llegar.

LA DEPRESIÓN EN EL ANCIANO

La depresión es relativamente frecuente en los ancianos, aunque, según datos epidemiológicos, es más frecuente la presencia de síntomas depresivos sin llegar a dibujar un trastorno depresivo completo. La depresión geriátrica puede ser difícil de identificar, por el hecho de que coexista con enfermedades crónicas o con discapacidades físicas, porque se confunda a menudo con la demencia o porque pase socialmente desapercibida como una circunstancia propia de la tercera edad, cuando, en realidad, no forma parte del proceso normal de envejecimiento.

Los profesionales deberemos estar atentos para diferenciar las depresiones verdaderas de otros estados de abatimiento y a manejar adecuadamente los trastornos depresivos diagnosticados. Demasiadas depresiones de la tercera edad no se diagnostican ni se tratan.



Información para el paciente

- ▶ *En primer lugar, debe quedar claro que deprimirse no forma parte del programa normal del envejecimiento. El ánimo depresivo, los trastornos del sueño, la pérdida de energía, la pérdida del interés por las cosas, la tendencia al aislamiento social no deben interpretarse como características propias del envejecimiento.*
- ▶ *Es cierto que en el envejecimiento se acumulan enfermedades y achaques, menoscabos en las capacidades, duelos por pérdidas de personas queridas y, a veces, la soledad, los problemas económicos..., y esto puede generar preocupación o tristeza, y es normal que sea así. Pero la depresión va mucho más allá de un estado de queja o de tristeza naturales, y todo esto no significa que deprimirse sea «normal». Si usted, paciente entrado en años, ha sido diagnosticado de una depresión es que tiene un trastorno clínico que debe ser manejado y tratado con criterio profesional.*
- ▶ *Los síntomas de la depresión en el anciano son, en general, los mismos que los que se manifiestan en otras edades de la vida, aunque puede haber algunos matices. A veces no es tan claro el estado de ánimo deprimido y es más aparente la pérdida de interés o la apatía. La incapacidad de reír es más preocupante que la facilidad con que se llora. Sensaciones de culpabilidad, vacío vital, dolores inconcretos, ideas de suicidio, cansancio y variaciones en el peso desacostumbradas indican la posibilidad de una depresión. Algunos medicamentos ordinariamente usados en enfermedades crónicas (algunos antihipertensivos, corticoides, analgésicos, antiparkinsonianos...) pueden facilitar la aparición de un trastorno depresivo.*
- ▶ *De cara a quienes conviven con pacientes ancianos, cabe prestar mucha atención a cambios en las rutinas del anciano: aseo, aspecto personal, relaciones sociales (por ejemplo, si evitan contactos con otros familiares o amigos) y, más que un estado de ánimo manifiestamente triste o deprimido, se puede detectar la imposibilidad del gozo ante un paseo, una visita, una afición, un recuerdo.*

PUNTOS CLAVE

- Deprimirse no forma parte natural ni es una característica propia del envejecimiento.
- Al envejecer se acumulan enfermedades, problemas y pérdidas, y esto puede generar preocupación o tristeza, y es normal que sea así. Pero la depresión va mucho más allá de una queja o una tristeza reactivas.
- Los síntomas de la depresión en el anciano son, en general, los mismos que los que se manifiestan en otras edades de la vida, aunque en algunos casos pueden ser más difíciles de detectar y valorar.

Depresión, ¿cómo se trata?

Dr. Narcís Cardoner Álvarez

*Psiquiatra. Servicio Psiquiatría. Hospital Universitari de Bellvitge.
Universitat de Barcelona.
IDIBELL-CIBERSAM*

En este capítulo se recogen diferentes aspectos sobre el tratamiento de la depresión con el objetivo de que el profesional sanitario pueda proporcionar al paciente con depresión una información personalizada, la cual pueda ser transmitida de acuerdo a las características de cada paciente, sus necesidades o las dudas que pueda expresar a este respecto. La información se ha elaborado para ser expuesta de forma individualizada, adaptando tanto los propios contenidos como la profundidad con que se desee tratar el tema en cada caso.

Se han abordado diferentes aspectos que tratan tanto de forma general como más especificada diferentes puntos relevantes sobre el tratamiento de la depresión. El objetivo es incidir sobre la necesidad de tratar la depresión y sobre la eficacia y seguridad de las actuales estrategias terapéuticas de que disponemos. Hemos querido exponer las características principales de los tratamientos y argumentar de una manera concisa su papel en el tratamiento de la depresión. También se aporta información que creemos que es necesaria trasladar al paciente y que puede favorecer la adhesión y cumplimiento del tratamiento (por ejemplo, aspectos como los efectos secundarios potenciales, el tiempo de latencia o las fases y duración del tratamiento). Con el mismo objetivo, se han abordado diferentes dudas y temores que muy frecuentemente expresan los pacientes con depresión en relación al tratamiento, los fármacos que se utilizan y sus potenciales riesgos o efectos.

¿ES NECESARIO TRATAR UNA DEPRESIÓN?

La depresión es una enfermedad médica y como tal puede y es necesario tratarla. La idea de que las enfermedades mentales en general, y la depresión en particular, no tienen tratamiento, este no es efectivo, o que los cuadros depresivos pueden resolverse espontáneamente, o gracias al esfuerzo o la «fuerza de voluntad» son opiniones erróneas que, aun hoy en día, son aceptadas comúnmente por un número importante de personas en nuestra sociedad. Es muy relevante aclarar este punto, ya que es frecuente que el propio paciente o sus familiares y amigos compartan esta creencia. El aportar información apropiada y clarificadora sobre la importancia y eficacia del tratamiento de la depresión es determinante y puede reducir el malestar, disminuir los sentimientos de desesperanza, de autorreproche o culpa que pueda presentar el paciente, además de reforzar la decisión del paciente de iniciar el proceso terapéutico y favorecer su posterior adhesión y cumplimiento del mismo.

En la actualidad disponemos de un amplio número de opciones terapéuticas que han mostrado ser eficaces en la mejoría de los síntomas que sufren los pacientes

con depresión. Es importante destacar que, al contrario de lo que muchas personas piensan, la evolución natural de la depresión no es solucionarse de forma espontánea. En algunas ocasiones, especialmente en las depresiones de intensidad leve o moderada, la sintomatología depresiva podría tender a desaparecer sin tratamiento, pero los síntomas se prolongarán durante más tiempo y el paciente sufrirá de forma innecesaria. Sin un tratamiento correcto, la depresión tiende a seguir su curso natural, y en muchos casos depresiones que no eran particularmente graves pueden complicarse, o se convierten en estados en donde persisten parte de los síntomas sin llegar a resolverse; en estas situaciones, a pesar de que la intensidad o el número de los síntomas de la depresión se ha reducido, la enfermedad persiste de forma mitigada y hace que la persona no llegue a encontrarse bien, o no consiga sentirse tal como era antes de padecer la depresión. Es decir, debemos explicar al paciente que el riesgo de que una depresión evolucione negativamente se incrementa de forma muy marcada cuando no recibe un tratamiento o este tratamiento no es el adecuado. También debemos aclarar que cuando hablamos de una evolución negativa nos estamos refiriendo a que la depresión persista y se haga crónica, lo que conduce a una mayor interferencia en la vida familiar, social y laboral del paciente, además de repercutir negativamente en otros aspectos de la salud. También cabe la posibilidad de que la depresión se haga más grave, pueda complicarse, se incremente el riesgo de suicidio o requiera una hospitalización.

PUNTOS CLAVE

- La depresión es una enfermedad médica y como tal puede y es necesario tratarla.
- En la actualidad disponemos de un amplio número de estrategias terapéuticas eficaces en el tratamiento de la depresión.
- El riesgo de que una depresión evolucione negativamente se incrementa de forma muy marcada cuando no recibe tratamiento o este tratamiento no es adecuado.
- El tratamiento reduce el riesgo de una evolución negativa, es decir, que la depresión persista y se haga crónica o más grave.

¿POR QUÉ UN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO?

En la actualidad se entiende a la depresión como una enfermedad compleja en cuyo origen intervienen diferentes factores, los cuales mantienen múltiples interacciones entre sí. No todos los factores influyen en la misma medida en cada paciente con depresión, pero podemos distinguir de forma muy global entre un amplio grupo de factores que provienen del entorno o ambientales y otros biológicos relacionados con la base genética de cada individuo. Es importante señalar que la depresión surge fruto de la interacción de estos factores, y se considera que en cada individuo la importancia de cada uno de estos factores puede ser distinta. Es decir, en unos casos la influencia de los factores ambientales será más determinante, mientras que en otros lo serán los factores biológicos. De ello se deriva que el tratamiento de

la depresión podrá incidir sobre ambos aspectos, dándoles un mayor o menor peso según cada caso, pero siempre considerándolos en conjunto.

Entre los factores ambientales incluimos diferentes situaciones o acontecimientos que pueden comportar una mayor o menor intensidad de estrés, y que incluirían circunstancias como la muerte o la enfermedad de una persona próxima, los problemas familiares, laborales o económicos. Estos factores frecuentemente incluidos dentro de los factores psicosociales producirán diferentes grados de malestar y sufrimiento a cada persona de acuerdo a su gravedad, persistencia y diferentes determinantes psicológicos, que incluirían factores como la personalidad o las creencias de cada individuo. En muchos casos la depresión asociada a este tipo de factores puede beneficiarse de tratamientos que incluyan abordajes psicológicos y sociales.

Dentro de los factores biológicos, incluimos los aspectos genéticos, que determinan nuestra vulnerabilidad a la depresión y que se expresan en una serie de cambios fisiológicos, los cuales se traducen en alteraciones de la respuesta hormonal (hormonas como, por ejemplo, el cortisol), del sistema inmunológico (sustancias como las citoquinas, que regulan la comunicación entre las células y participan en la respuesta de defensa o inmune) y del funcionamiento de los neurotransmisores (mensajeros químicos que transmiten la información entre las distintas células nerviosas). En su conjunto, todos estos cambios repercuten en el funcionamiento global de nuestro organismo y especialmente en el funcionamiento cerebral, que puede traducirse en la mayoría de los síntomas que caracterizan a la depresión. Es decir, es importante que el paciente comprenda que estos cambios fisiológicos dan lugar a las manifestaciones clínicas de la depresión, provocando los síntomas de tipo emocional, como la tristeza o la ansiedad, o las alteraciones cognitivas, como las dificultades en la atención, concentración o memoria, o los síntomas físicos o somáticos, como el dolor, la falta de apetito o el insomnio.

En la actualidad, disponemos de fármacos que nos permiten actuar sobre parte de estos cambios biológicos que acompañan a la depresión con el objetivo de revertirlos y, por tanto, aliviar los síntomas que caracterizan a los cuadros depresivos hasta conseguir la recuperación del paciente. Por tanto, es importante aclarar al paciente que la principal razón que justifica utilizar fármacos en el tratamiento de la depresión es, precisamente, incidir sobre todos estos cambios biológicos e intentarlos compensar o normalizar.

PUNTOS CLAVE

- La depresión es una enfermedad compleja en cuyo origen intervienen diferentes factores biológicos y ambientales que interaccionan entre sí.
- Las alteraciones biológicas dan lugar a gran parte de las manifestaciones clínicas de la depresión.
- Los fármacos en el tratamiento de la depresión inciden sobre estos cambios biológicos para compensarlos o normalizarlos.

¿QUÉ SON Y QUÉ NO SON LOS ANTIDEPRESIVOS?

Para que el paciente con depresión pueda entender qué son los antidepresivos y por qué pueden ser útiles en el tratamiento de la depresión, es necesario que tenga un conocimiento general de cómo las células nerviosas se comunican entre sí. Dentro del cerebro hay gran número de células nerviosas, las llamadas neuronas. La información pasa de una neurona a otra mediante unos mensajeros químicos llamados neurotransmisores. La información transmitida puede estar relacionada con las emociones, la motivación, el apetito, el dolor, la temperatura corporal u otras muchas funciones de relevancia para el organismo. El tipo de información enviada dependerá de qué grupo de neuronas se activa y en qué parte del cerebro lo hacen.

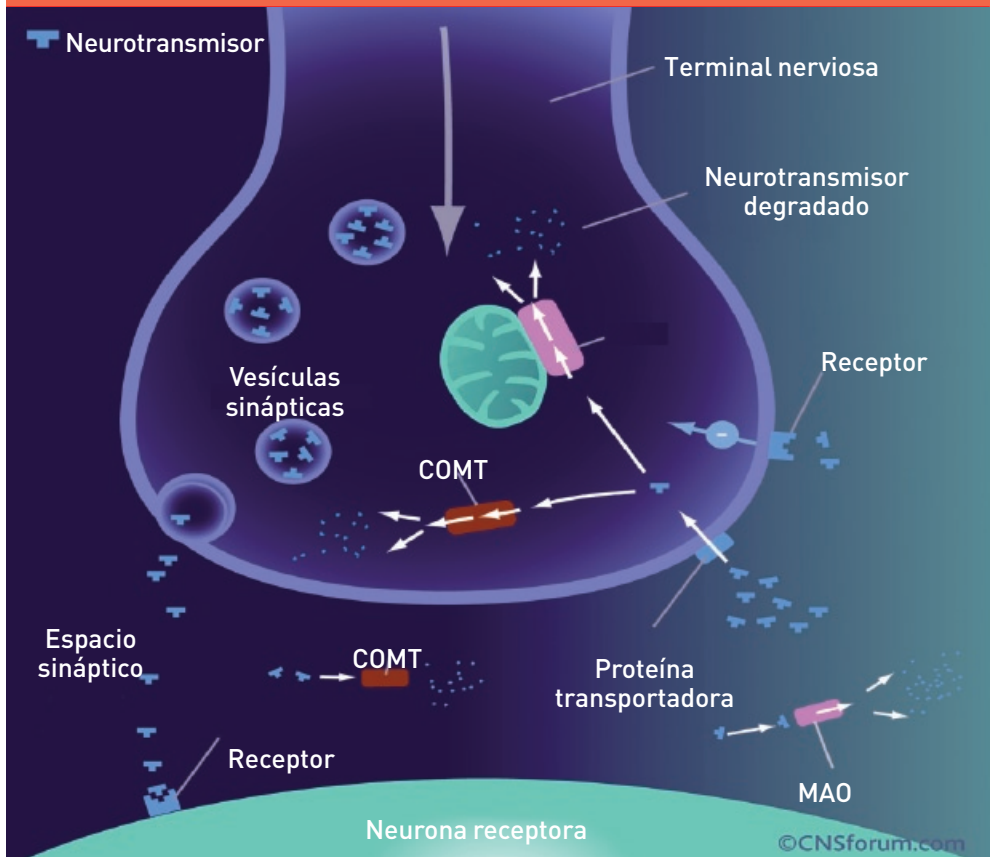
El mensaje pasa desde la neurona que lo envía a la neurona receptora gracias al neurotransmisor. Los neurotransmisores salen del interior de las neuronas y entran en un espacio de contacto entre neuronas llamado espacio sináptico o sinapsis (figura 1). Los neurotransmisores se unen a continuación a una proteína receptora o receptor situado en la neurona receptora para transmitir la información. Una vez que los neurotransmisores han enviado su información, pueden ser reabsorbidos por la neurona mediante unas proteínas que se encargan de captarlos (proteínas transportadoras) en un proceso llamado recaptación. La recaptación permite que los neurotransmisores puedan ser reutilizados, almacenados o eliminados.

Desde los años 50 del siglo pasado se utilizan fármacos para el tratamiento de la depresión cuyo mecanismo de acción se basa en la modificación de la actividad de un tipo concreto de neurotransmisores muy importantes en la regulación de la conducta emocional, las denominadas «monoaminas», que constituyen el grupo principal de neurotransmisores del sistema nervioso e incluyen neurotransmisores como la serotonina, la noradrenalina o la dopamina. Los bajos niveles de las monoaminas en la sinapsis se han asociado con síntomas propios de la depresión como la tristeza, la ansiedad o la falta de motivación. Los medicamentos utilizados para tratar la depresión actúan aumentando la cantidad de neurotransmisores disponibles, principalmente impidiendo su recaptación por la propia célula nerviosa o bien impidiendo que actúen sobre determinadas proteínas receptoras o receptores (figura 2). Es importante saber que el efecto del neurotransmisor varía según sobre el tipo de receptor en el que actúe: mientras que en algunos provoca efectos favorables que utilizamos para tratar los síntomas de la depresión, por el contrario, la activación de otros receptores producen efectos opuestos o inducen efectos secundarios no deseados. Por ello, muchos antidepresivos tienen un efecto beneficioso sobre la depresión al bloquear la acción del neurotransmisor sobre un receptor asociado con efectos no deseables (figura 3). Por otro lado, otros receptores actúan disminuyendo la liberación de distintos neurotransmisores, su bloqueo por determinados antidepresivos favorecerá su liberación (figura 3).

Desde los primeros fármacos utilizados en el tratamiento de la depresión, como los antidepresivos tricíclicos o los inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO), que eran antidepresivos efectivos pero asociados a efectos secundarios y de un uso relativamente complejo, la investigación continuada ha permitido el desarrollo de nuevos antidepresivos de utilización más sencilla, conservando una eficacia elevada y con

efectos secundarios cada vez más escasos. Los antidepresivos actuales tienen las siguientes características: son fármacos eficaces, su forma de administración es cómoda, son seguros, es decir, los efectos secundarios que presentan son escasos y de poca intensidad, además se asocian a muy pocas interacciones, es decir, se pueden tomar en combinación con prácticamente cualquier otro medicamento. Podemos agrupar los antidepresivos en diferentes tipos en función de sobre qué neurotransmisor actúan y cómo lo hacen. En la tabla 1 quedan reflejados los principales tipos de antidepresivos y su mecanismo de acción.

Figura 1

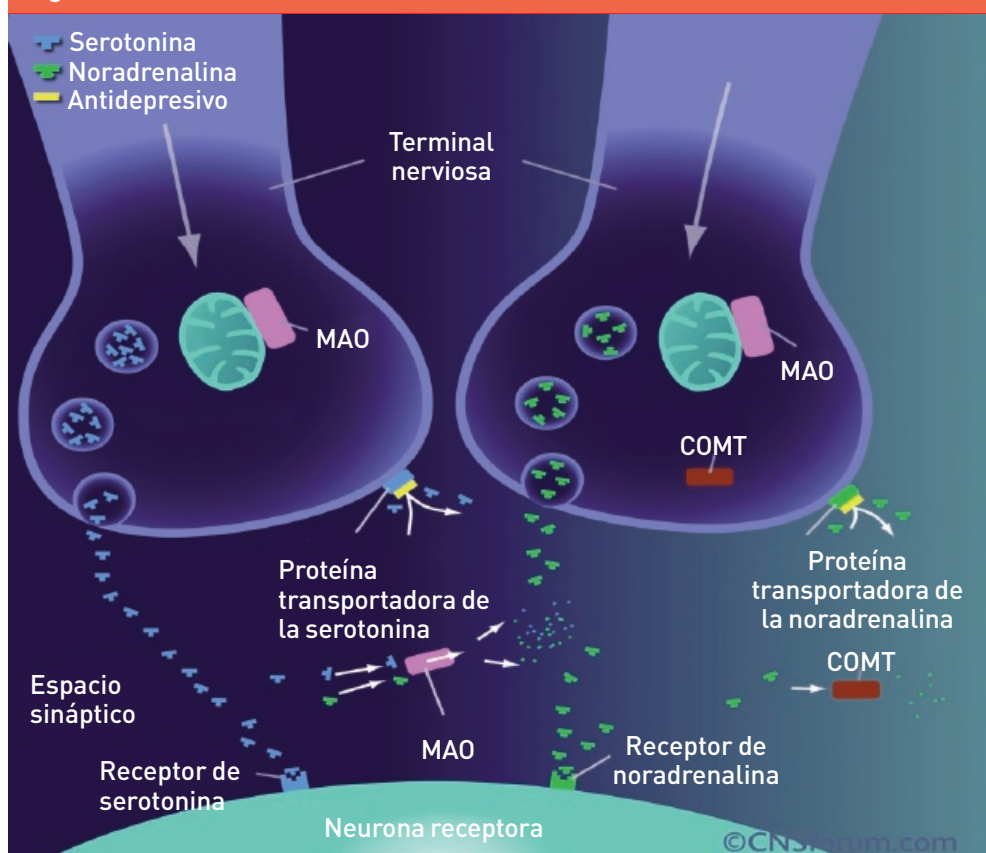


Cuando el mensaje (impulso nervioso) llega a una terminación nerviosa, el neurotransmisor se libera de las vesículas sinápticas en el espacio sináptico. Los neurotransmisores se unen a sus receptores en la neurona receptora, el impulso nervioso presentará un efecto u otro, en función de los receptores específicos a los que se una. El neurotransmisor es llevado de vuelta en la terminación nerviosa a través de las proteínas transportadoras. Después este neurotransmisor puede ser reutilizado, almacenado o degradado por enzimas como la MAO (Monoaminoxidasa) o la COMT.

Además de los antidepresivos, es posible utilizar otros psicofármacos en el tratamiento de los pacientes con depresión. En muchos casos es posible añadir fármacos que completan la acción del fármaco antidepresivo, al actuar sobre síntomas concretos que no han quedado resueltos con el fármaco inicial, como el insomnio o la ansiedad. Para esta finalidad es frecuente utilizar fármacos como las benzodiazepinas (por ejemplo, diazepam o alprazolam), que tienen un efecto sobre la ansiedad (ansiolítico) o mejoran el sueño (hipnótico), pero que no presentan acción antidepresiva.

En otras ocasiones, especialmente en los casos en los que la depresión no mejora con un determinado antidepresivo, pueden añadirse fármacos que, a pesar que de forma aislada no presentan acción sobre la depresión o esta es débil, al combinarlos con un fármaco antidepresivo pueden incrementar el efecto de este sobre la depresión. La combinación de fármacos o de antidepresivos constituye una estrategia en

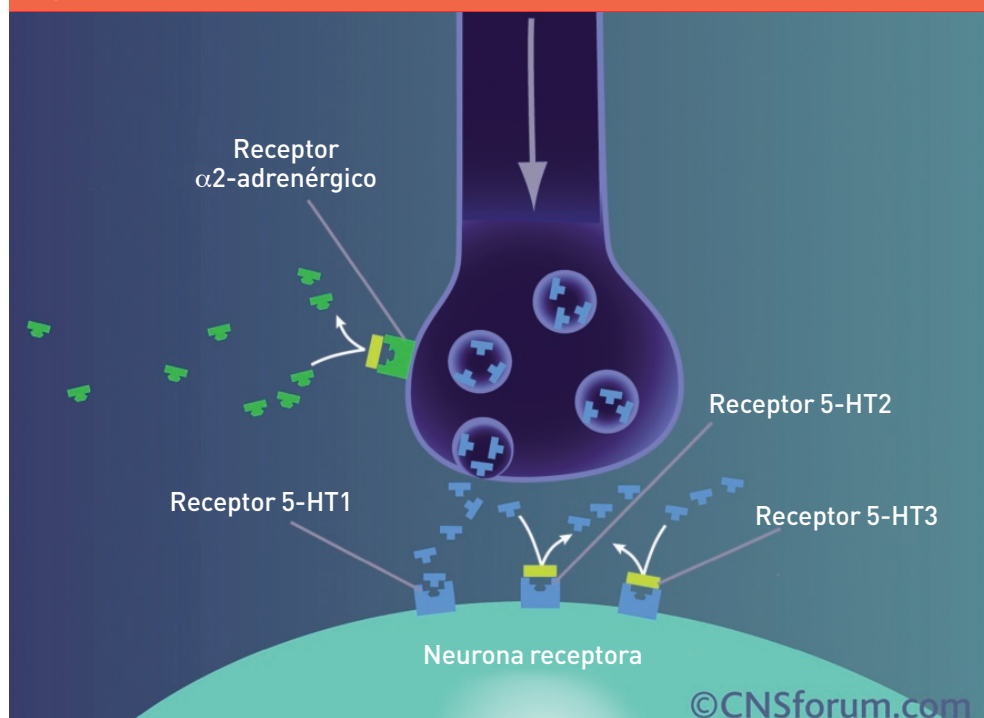
Figura 2



Los medicamentos utilizados para tratar la depresión actúan aumentando la cantidad de neurotransmisores disponibles, principalmente impidiendo su recaptación mediante **proteínas transportadoras** por la propia célula nerviosa.

el tratamiento para muchos pacientes depresivos que no han respondido a una primera opción terapéutica. Esta estrategia busca ampliar o completar el mecanismo de acción, así como incidir sobre síntomas específicos no cubiertos por el fármaco inicial. Por último, cancelar posibles efectos secundarios inducidos por el tratamiento antidepresivo inicial puede fomentar que el paciente se adhiera mejor y no muestre dudas sobre la idoneidad del mismo. En este caso es frecuente asociar fármacos como el carbonato de litio o fármacos como la quetiapina, según las características de cada paciente y la experiencia del profesional.

Figura 3



El efecto del neurotransmisor varía según en el tipo de receptor sobre el cual el neurotransmisor actúe. En algunos provoca efectos favorables que utilizamos para tratar los síntomas de la depresión, por el contrario, la activación de otros receptores (por ejemplo el receptor 5-HT1, de la serotonina) producen efectos opuestos o inducen efectos secundarios no deseados. Por ello, muchos antidepresivos tienen un efecto beneficioso sobre la depresión al bloquear la acción del neurotransmisor sobre un receptor asociado con efectos no deseables, por ejemplo, bloqueando los receptores de serotonina denominados 5-HT2, que se han asociado al incremento de la ansiedad o a la disfunción sexual. También los antidepresivos actúan sobre otros receptores que disminuyen la liberación de distintos neurotransmisores (por ejemplo, los receptores $\alpha 2$ -adrenérgicos); al bloquearlos se incrementará la disponibilidad del neurotransmisor.

Tabla 1. Tipo de fármacos utilizados en el tratamiento de la depresión y mecanismo de acción

Fármaco	Mecanismo de acción
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).	Aumentan los niveles del neurotransmisor serotonina, bloqueando o inhibiendo su recaptación e incrementando de ese modo el nivel de serotonina disponible.
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN).	Aumentan los niveles de los neurotransmisores serotonina y noradrenalina, bloqueando o inhibiendo su recaptación e incrementando de ese modo el nivel de serotonina y noradrenalina disponibles.
Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (ISRN).	Aumentan los niveles del neurotransmisor noradrenalina, bloqueando o inhibiendo su recaptación e incrementando de ese modo el nivel de noradrenalina disponible.
Inhibidores de la recaptación de dopamina y noradrenalina.	Aumentan los niveles de los neurotransmisores dopamina y noradrenalina, bloqueando o inhibiendo su recaptación e incrementando de ese modo sus niveles disponibles. Además inducen liberación de dopamina y noradrenalina.
Antidepresivos específicos serotoninérgicos y noradrenérgicos (NaSSA).	Aumentan los niveles de los neurotransmisores serotonina y noradrenalina, bloqueando los receptores α_2 -adrenérgicos y los receptores de serotonina (5-HT ₂ y 5-HT ₃).
Antagonistas e inhibidores de la recaptación de serotonina (AIRS).	Aumentan los niveles del neurotransmisor serotonina y la neurotransmisión serotoninérgica mediante el bloqueo del transportador y el bloqueo del receptor de serotonina 5-HT ₂ .
Antidepresivos heterocíclicos (tricíclicos y tetracíclicos) (ATC).	Aumentan los niveles de los neurotransmisores serotonina y noradrenalina, bloqueando o inhibiendo su recaptación e incrementando de ese modo el nivel de serotonina y noradrenalina disponibles. También bloquean receptores de serotonina (5-HT ₂), receptores α_2 -adrenérgicos. También son potentes antihistamínicos y anticolinérgicos (efectos secundarios).
Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO).	La monoaminoxidasa (MAO) es una enzima natural que descompone las monoaminas (neurotransmisores). Los IMAO bloquean la acción de la enzima MAO de forma permanente. De esta manera, se produce un aumento en la cantidad de neurotransmisores en la sinapsis.
Inhibidores reversibles de la monoaminoxidasa (RIMA).	La monoaminoxidasa (MAO) es una enzima natural que descompone las monoaminas (neurotransmisores). Los IMAO bloquean la acción de la enzima MAO de forma reversible. De esta manera, se produce un aumento en la cantidad de neurotransmisores en la sinapsis.
Fármacos que actúan sobre los sistemas noradrenérgico, serotoninérgico y dopaminérgico.	Bloqueo de los receptores de la serotonina y dopamina, específicamente los D ₂ de la dopamina, receptores α_2 -adrenérgicos y los receptores de la serotonina 5-HT ₂ .
Moduladores del sistema serotoninérgico y del melatoninérgico.	Actúan activando los receptores de la melatonina (MT ₁ y MT ₂) y bloqueando los receptores 5-HT ₂ .

PUNTOS CLAVE

- Los antidepresivos son fármacos para el tratamiento de la depresión que actúan sobre distintos neurotransmisores.
- Los antidepresivos se agrupan en diferentes subtipos según su mecanismo de acción y los neurotransmisores sobre los que actúan.
- Los nuevos antidepresivos son fármacos eficaces y seguros, además se asocian a muy pocas interacciones, por lo que pueden tomarse en combinación con prácticamente cualquier otro medicamento.
- Pueden utilizarse psicofármacos no antidepresivos en la depresión, con la finalidad de mejorar síntomas específicos o aumentar el efecto del antidepresivo.

EXPECTATIVAS Y OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

En la actualidad, el objetivo principal del tratamiento de la depresión es conseguir que el paciente se libre completamente de los síntomas que padece. Es decir, conseguir la remisión completa de la clínica, teniendo en cuenta que la remisión se refiere a la ausencia de signos o síntomas de la enfermedad. El tratamiento debería conseguir reducir progresivamente los síntomas depresivos hasta que el paciente recupere su estado habitual, esto es, el estado previo al desarrollo de la enfermedad. Por tanto, debemos transmitir con claridad que el objetivo del tratamiento sería volver a ser como antes del inicio del cuadro depresivo; al lograr la remisión, no debería distinguirse al paciente que estuvo deprimido del que nunca lo ha estado.

No obstante, a pesar de que se considera que la remisión es el objetivo estándar de tratamiento para la depresión, algunos de los pacientes no logran este objetivo. El grado de mejoría que se obtiene tras el tratamiento antidepresivo puede clasificarse en cuatro niveles, de menor a mayor mejoría. En un primer nivel podemos incluir algunos casos en los que el paciente no experimentará ningún grado de mejoría; en un segundo nivel detectamos que hay una ligera mejoría pero esta es escasa; en un tercer nivel incluiríamos a los pacientes que presentan una respuesta favorable al tratamiento antidepresivo pero todavía existen síntomas, es decir, el tratamiento ha sido útil o eficaz, aunque no completamente, en este caso consideramos que los pacientes han mostrado una «respuesta» al tratamiento; por último, un cuarto nivel que se referiría al objetivo ideal del tratamiento, en el que los pacientes obtienen una mejoría completa o remisión de la depresión.

Se considera que después de un primer tratamiento con un fármaco antidepresivo, entre un 60 y un 70% de los pacientes presenta respuesta al tratamiento, tras unas 6 a 8 semanas sucesivas de tomar este fármaco. Si consideramos el número de pacientes que obtienen remisión, el porcentaje se reduce al 30 o 40%, en el mismo periodo de tiempo. No obstante, si se prolonga el tratamiento antidepresivo, optimizando el tratamiento actual o utilizando nuevos tratamientos, se ha demostrado que hasta un 70% de los pacientes alcanzará finalmente la remisión. Este hecho demuestra la importancia que tiene para el paciente seguir con el tratamiento y ensayar nuevas opciones terapéuticas, a pesar de que inicialmente no se haya obtenido una mejoría

suficiente de la clínica. Transmitir esta idea es importante, dado que evita que muchos pacientes se sientan desmoralizados por la falta de mejoría y reduce el riesgo del abandono del tratamiento por este motivo.

Otro aspecto muy importante a tener en cuenta es el grado de funcionamiento que alcanza el paciente tras el tratamiento. La situación ideal sería conseguir que el paciente recupere por completo su rendimiento en todas las esferas de su vida, incluyendo su funcionamiento familiar, social y laboral. Puede darse en ocasiones la situación de que a pesar de que los síntomas depresivos hayan desaparecido por completo, la persona no tenga el mismo rendimiento que presentaba antes de la depresión. En muchas ocasiones esta situación debe tenerse en cuenta y plantear en qué medida el tratamiento puede optimizarse, en otras muchas ocasiones debe tenerse en cuenta que otros aspectos relativos al entorno pueden estar interfiriendo y generando sentimientos de malestar e insatisfacción que el paciente puede identificar con los síntomas depresivos. Por ejemplo, es frecuente que puedan existir o mantenerse situaciones de conflicto o problemas familiares, económicos o laborales que generan malestar y descontento al paciente, sentimientos que pueden confundirse con la clínica depresiva. En estos casos, la ayuda psicoterapéutica o social puede mejorar, en parte, esta vivencia. Es importante, por tanto, ayudar a distinguir al paciente que las alteraciones en su funcionamiento pueden ser susceptibles de ser abordadas médicamente o bien responder a otro tipo de estrategias.

PUNTOS CLAVE

- El objetivo principal del tratamiento de la depresión es conseguir que el paciente consiga la remisión, es decir, se libre completamente de los síntomas que padece.
- También el tratamiento debe conseguir la recuperación de su funcionamiento en diferentes ámbitos: familiar, social y laboral.
- No todos los pacientes mejoran tras un primer tratamiento antidepressivo; no obstante, mantener el tratamiento y ensayar nuevas opciones permite recuperarse a la gran mayoría de pacientes.

SEGUIMIENTO

Tras iniciar el tratamiento es importante que se realice un seguimiento regular de cada caso. Un tratamiento adecuado de la depresión comporta diferentes elementos que un seguimiento clínico adecuado puede garantizar. En primer lugar, las visitas sucesivas de seguimiento pueden permitir el control evolutivo de la enfermedad, es decir, profundizar más en el conocimiento de la enfermedad del paciente y detectar la presencia de cambios clínicos o la ausencia de los mismos con la finalidad de realizar las modificaciones adecuadas en el tratamiento. Es común que deban ajustarse las dosis de los fármacos de acuerdo al nivel de respuesta; los fármacos utilizados en el tratamiento de la depresión realizan su efecto en un rango de dosis determinado (tabla 2) y muchas veces es necesario modificar la dosis para obtener el efecto terapéutico adecuado. En otras ocasiones, si la evolución de la depresión

lo hace necesario se deberán ensayar nuevas estrategias; en este punto se pueden utilizar diferentes opciones además del incremento de la dosis, como la sustitución del antidepresivo por un fármaco diferente, con un perfil de acción distinto, o la combinación de diferentes fármacos para ampliar el mecanismo de acción y obtener una respuesta más óptima. Del mismo modo, los cambios clínicos evolutivos detectados durante el seguimiento pueden justificar la indicación de tratamiento psicológico.

En otras ocasiones, el seguimiento permite detectar nuevos síntomas que pueden surgir, y que deben ser valorados por el médico, quien podrá evaluar su naturaleza; en muchas ocasiones pueden ser síntomas secundarios al curso de la propia depresión o bien ser sugestivos de la evolución hacia otro trastorno, este es el caso de los episodios de excesiva euforia que pueden aparecer tras un episodio depresivo, los denominados episodios maniacos o hipomaniacos, y que son sugestivos de trastorno bipolar, el cual requiere un tratamiento específico.

También es necesario vigilar la aparición de efectos secundarios a los fármacos utilizados para el tratamiento de la depresión. En este caso deberá también valorarse la necesidad de realizar cambios terapéuticos adecuados a cada caso, que podrán incluir la sustitución del fármaco, la combinación de fármacos o la modificación de las dosis.

Por último, las visitas de seguimiento también serán útiles para establecer la duración del tratamiento de mantenimiento y establecer un adecuado control de las potenciales recaídas.

PUNTOS CLAVE

- El seguimiento permite el control evolutivo de la enfermedad.
- El seguimiento posibilita realizar las modificaciones adecuadas del tratamiento y determinar la duración del tratamiento de acuerdo al curso de la enfermedad.
- El seguimiento favorece detectar la presencia de efectos adversos y variaciones en el curso de la enfermedad.

PERIODO DE LATENCIA

Es importante informar al paciente de que los fármacos antidepresivos no ejercen su efecto terapéutico de manera inmediata. Los antidepresivos se caracterizan por presentar un periodo de tiempo entre que se inicia su toma y comienza su efecto antidepresivo que se denomina periodo de latencia de respuesta, y que puede variar entre 2 y 4 semanas. En este periodo es frecuente que el paciente, además de no notar una mejoría de la clínica que ha motivado el inicio del tratamiento, pueda sufrir los efectos secundarios asociados al fármaco, los cuales, a diferencia del efecto terapéutico, pueden aparecer en las primeras horas tras la toma del fármaco. Este hecho puede fomentar que el paciente muestre desconfianza hacia la eficacia del tratamiento y es frecuente que pueda abandonar de forma precoz el fármaco prescrito. Es por tanto necesario advertir e informar al paciente de este hecho; avisar al paciente de que el efecto antidepresivo puede demorarse evitará los sentimientos

de frustración y la desconfianza hacia el fármaco y promoverá el cumplimiento y adhesión al tratamiento. Teniendo en cuenta el periodo de latencia, se suele evaluar la respuesta al tratamiento entre 4 y 6 semanas, si tras este periodo no se observa una mejoría de la sintomatología es conveniente realizar modificaciones en el tratamiento con el fin de obtener la mejoría.

Tabla 2. Fármacos utilizados en el tratamiento de la depresión y rango de dosis

Fármaco	Nombre genérico	Rango de dosis (mg/día)
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).	Citalopram	20-60
	Escitalopram	10-20
	Fluoxetina	20-60
	Fluvoxamina	100-300
	Paroxetina	20-60
	Sertralina	50-200
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN).	Duloxetina	60-120
	Venlafaxina	75-375
Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (ISRN).	Reboxetina	4-12
Inhibidores de la recaptación de dopamina y noradrenalina.	Bupropion	150-300
Antidepresivos específicos serotoninérgicos y noradrenérgicos (NaSSA).	Mirtazapina	15-45
	Mianserina	30-90
Antagonistas e inhibidores de la recaptación de serotonina (AIRS).	Trazodona	150-300
Antidepresivos heterocíclicos (tricíclicos y tetracíclicos) (ATC).	Amitriptilina	75-200
	Clomipramina	75-250
	Doxepina	75-300
	Dosulepina	75-225
	Imipramina	75-300
	Maprotilina	75-150
	Nortriptilina	25-150
	Trimipramina	50-300
Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO).	Tranilcipromina	10-30
Inhibidores reversibles de la monoaminoxidasa (RIMA).	Moclobemida	150-600
Fármacos que actúan sobre los sistemas noradrenérgico, serotoninérgico y dopaminérgico.	Quetiapina *	150-300
Moduladores del sistema serotoninérgico y del melatoninérgico.	Agomelatina	25-50

* Este fármaco tiene como indicación el tratamiento de la depresión resistente al tratamiento en combinación con otro fármaco antidepresivo.

PUNTOS CLAVE

- El periodo de latencia de respuesta es el periodo de tiempo entre que se inicia la toma del antidepresivo y comienza su efecto.
- Los antidepresivos presentan un periodo de latencia que oscila entre 2 y 4 semanas.

DOSIS UTILIZADAS

Los distintos fármacos antidepresivos son efectivos en distintos rangos de dosis. Es frecuente que el tratamiento se inicie a las dosis mínimas efectivas y según la evolución que siga la enfermedad estas dosis puedan incrementarse de acuerdo a la respuesta clínica y al rango de dosis recomendado de cada antidepresivo o rango de dosis terapéuticas (tabla 2). Es importante subrayar al paciente que el rango establece las dosis en las cuales los fármacos han demostrado ser efectivos y seguros. Es importante señalar que la utilización de dosis por debajo de la dosis mínima terapéutica, es decir, las denominadas dosis subterapéuticas, a pesar de que en algunas ocasiones pueden ser útiles en el tratamiento de determinados pacientes, en general pueden propiciar que el tratamiento sea insuficiente e incrementan el riesgo de que la evolución del cuadro depresivo sea negativa, aumentando el riesgo de recaída y de generar cuadros crónicos. Por otro lado, en algunos casos, puede ser necesario utilizar dosis superiores a las del rango terapéutico; esta circunstancia se da especialmente en pacientes con respuesta parcial al tratamiento. En ambos casos la dosificación es una decisión que debe tomar el médico evaluando el equilibrio entre beneficio y riesgo en cada caso.

PUNTOS CLAVE

- El rango de dosis terapéuticas son las dosis en las cuales los fármacos han demostrado ser efectivos y seguros.
- De forma individualizada y bajo supervisión médica pueden utilizarse dosis por encima o debajo de este rango.

FASES/DURACIÓN DEL TRATAMIENTO DE UN EPISODIO DEPRESIVO

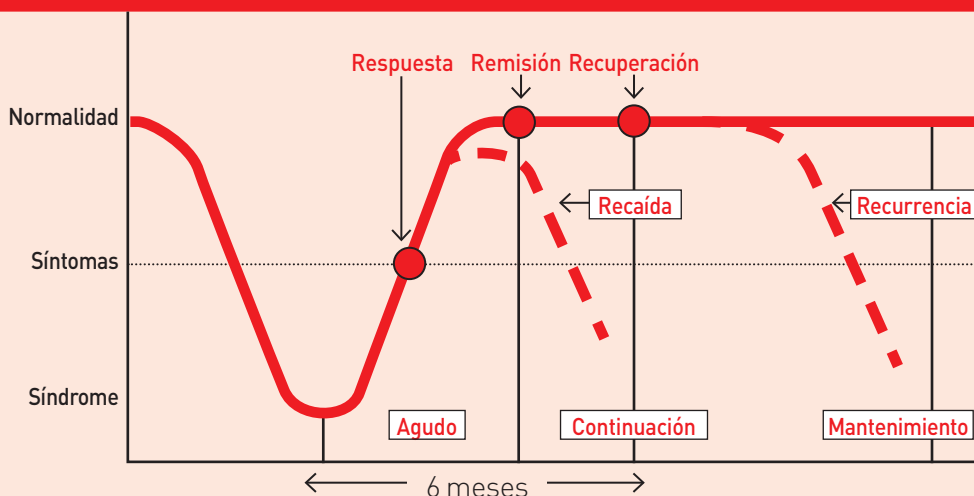
Distinguimos distintas fases en el tratamiento de un episodio depresivo. La primera fase tiene como objetivo el tratamiento de los síntomas agudos de la depresión, **fase de tratamiento agudo**, y su objetivo principal es conseguir que el paciente esté completamente libre de los síntomas que padece.

En segundo lugar, el tratamiento a largo plazo debe garantizar una estabilización de esta remisión que reduzca el riesgo de recaídas y recurrencias. Por convenio, esta segunda fase la podemos dividir en el **tratamiento de continuación**, que sería el

orientado a impedir o reducir el riesgo de una recaída depresiva, que se referiría a la reaparición de la sintomatología depresiva a lo largo de los 6 meses posteriores a la resolución de la clínica aguda, y hablamos de **tratamiento de mantenimiento**, como aquel que reduce el riesgo de recurrencias, es decir, nuevos episodios depresivos más allá de los 6 meses de la resolución de la clínica aguda. En la figura 4 se ilustra el curso típico de la depresión y se definen las diferentes fases por las que pasa la enfermedad y el papel del tratamiento.

La depresión es una enfermedad de curso recurrente, esto quiere decir que tras sufrir un episodio depresivo hay bastantes probabilidades de que la enfermedad reaparezca de nuevo. A pesar de que este hecho puede generar cierto malestar o preocupación en algunos pacientes, debe ser explicado adaptando la información a cada caso y sobre todo enfatizando que con esta información pretendemos que conozca mejor su enfermedad y, por tanto, aumentemos las posibilidades de con-

Figura 4



Esta gráfica ilustra las fases de tratamiento y el posible curso de un episodio depresivo (Kupfer, 1991). El paciente, inicialmente sin síntomas, comienza a desarrollar síntomas que en última instancia (en días, semanas o meses) presenta una depresión o síndrome depresivo. El tratamiento produce una mejoría que puede ser parcial respuesta o bien completa remisión, cuando la remisión se mantiene 6 meses hablamos de una recuperación. Por el contrario, si reaparece la clínica depresiva en los 6 meses posteriores a la remisión, hablamos de recaída, mientras que si esta clínica aparece tras la recuperación, hablamos de una recurrencia. La fase de tratamiento agudo tiene como objetivo la remisión, mientras que el tratamiento de continuación conducirá a la recuperación (prevención de recaídas) y el de mantenimiento tendrá como objetivo la prevención de recurrencias.

Fuente: Kupfer y Frank, 1991.

seguir un tratamiento exitoso. Se ha determinado que tras 2 años de haber padecido un episodio depresivo el riesgo de sufrir una nueva depresión oscila entre un 30 y un 50%; se ha establecido que este porcentaje se incrementa hasta un 60% tras 5 años, y hasta un 80% tras 10 años. También sabemos que el riesgo de un nuevo episodio se incrementa con cada episodio que el paciente sufre: la mitad de los pacientes con un primer episodio de depresión volverán a padecer un nuevo cuadro depresivo; se ha calculado que cada nuevo episodio incrementa aproximadamente en un 20% el riesgo de una nueva recaída. Es decir, tras un primer episodio de depresión existe un 50% de posibilidades de padecer un segundo episodio depresivo; tras dos episodios depresivos, un 70% de padecer un tercero, y tras tres episodios depresivos más de un 90% de padecer un nuevo episodio. A pesar de que estos datos son muy generales y difíciles de aplicar a cada caso individual, lo que sí demuestran es que la probabilidad de volver a padecer depresión es alta. Otro hecho que ha quedado demostrado en diferentes estudios es que las recaídas de la depresión son más frecuentes en los pacientes que no han seguido tomando medicación tras haberse recuperado, es decir, suspender el tratamiento tan pronto la persona se ha recuperado de la depresión incrementa el riesgo de que recaiga y de que esta recaída sea en menos tiempo.

Estos hechos son los que justifican la necesidad de mantener el tratamiento de forma prolongada a pesar de que el paciente se encuentre bien. De acuerdo con estos datos, las recomendaciones que seguimos son que, tras un primer episodio, el tratamiento se continúe durante un periodo de 6 a 12 meses. Si la persona ha sufrido dos episodios depresivos se aconseja mantener el tratamiento durante una media de 2 años. Por último, si la persona ha sufrido tres o más episodios depresivos se recomienda mantener el tratamiento de manera indefinida, puesto que el riesgo de presentar una nueva depresión se presenta con altísima probabilidad. Además de la duración o tiempo del tratamiento de continuación y mantenimiento, otro punto importante es la dosis que debe usarse. Se considera de forma general que el tratamiento que ha sido útil durante la fase de tratamiento agudo debería utilizarse a la misma dosis en la fase de continuación y mantenimiento; la reducción precipitada de dosis también se ha asociado a un mayor riesgo de recaída o de presentar un nuevo episodio de depresión.

PUNTOS CLAVE

- Distinguimos diferentes fases en el tratamiento de la depresión:
 - Fase de tratamiento agudo, cuyo objetivo es conseguir que el paciente esté completamente libre de los síntomas que padece.
 - Fases de continuación y mantenimiento, cuyo fin es garantizar una estabilización, la remisión y reducir el riesgo de nuevos episodios depresivos (recaídas y recurrencias).
- La depresión es una enfermedad recurrente, es decir, que tras sufrir un episodio depresivo hay bastantes probabilidades de que la enfermedad reaparezca de nuevo, este hecho condiciona que el tratamiento se prolongue más allá de la desaparición de los síntomas.

- A mayor número de episodios depresivos existe mayor riesgo de padecer una nueva depresión, por lo que es necesario mantener más tiempo el tratamiento.
 - Un episodio depresivo: tratamiento 6 a 12 meses.
 - Dos episodios depresivos: 2 años.
 - Tres o más episodios depresivos: tratamiento indefinido.
- La dosis de antidepresivo que ha sido útil durante la fase de tratamiento agudo debería utilizarse en la fase de continuación y mantenimiento.

EFFECTOS ADVERSOS

En su mayoría, los efectos adversos relacionados con el tratamiento antidepresivo son leves y transitorios, generalmente aparecen a corto plazo y desaparecen también en poco tiempo. Suelen iniciarse desde el primer día de tratamiento y a lo sumo desaparecer alrededor de la primera semana. Son síntomas como sensación nauseosa, malestar gástrico, mareos o cefalea. En la tabla 3 se recogen estos síntomas. Es importante informar al paciente de esta posibilidad, ya que es muy común que muchos pacientes puedan abandonar el tratamiento motivados por la aparición de los mismos. La información detallada de sus características y de naturaleza leve y transitoria reduce el riesgo de abandono del fármaco y también disminuye el grado de preocupación y malestar que puede sufrir el paciente cuando los experimenta.

Existe también otro conjunto de síntomas de aparición menos frecuente, en muchas ocasiones de aparición más a largo plazo. Entre estos síntomas, recogidos en la tabla, debemos destacar los efectos secundarios sexuales, el aumento de peso (que son efectos más a largo plazo y persistentes) o una complicación grave, aunque infrecuente, como la potencial aparición de ideación de suicidio.

Aunque la depresión por sí sola podría explicar muchos de los síntomas de disfunción sexual que aparecen en los pacientes depresivos, es importante que alertemos que el tratamiento con fármacos antidepresivos puede favorecer su desarrollo o la persistencia de estos síntomas. Es frecuente que muchos pacientes detecten un empeoramiento de su función sexual que relacionan de forma muy clara con el inicio del tratamiento antidepresivo y que puede persistir a pesar de la mejoría del resto de la sintomatología depresiva. Los antidepresivos se han asociado a diferentes alteraciones de la función sexual, son frecuentes la disminución del deseo y la excitación sexual y problemas en el orgasmo. De hecho, los efectos adversos sobre la función sexual pueden considerarse como unos de los efectos secundarios asociados con más frecuencia a los antidepresivos y pueden originar un marcado malestar en el paciente y en la relación de pareja. Debemos tener en cuenta que la presencia de este tipo de efectos adversos constituye uno de los principales motivos de abandono o de no adhesión al tratamiento antidepresivo. Cuando nos hallamos ante un paciente con trastorno depresivo es importante realizar una correcta valoración de la función sexual. Es necesario determinar los niveles de actividad sexual previa y evaluar la repercusión de la enfermedad depresiva en la actividad sexual del paciente; esta valoración nos permitirá valorar el papel del tratamiento antidepresivo. Cuando los síntomas de disfunción sexual

son muy relevantes, es importante abordarlos, informando al paciente de que son alteraciones reversibles y que pueden mitigarse en el transcurso del tratamiento o cuando se pueda retirar el tratamiento. Cuando no es recomendable la retirada del tratamiento si la interferencia de la disfunción sexual es muy relevante, podemos informar sobre distintas posibilidades para abordar este problema.

Existe la posibilidad, en algunos casos, de sustituir el fármaco por otro con menor incidencia de efectos secundarios sexuales; debemos informar de que, aunque esta posibilidad puede ser efectiva, está asociada al riesgo de recaída, dado que no se puede garantizar que el nuevo antidepresivo sea igual de efectivo que el previo. Podemos informar al paciente sobre otras posibilidades o alternativas, como la asociación de otros fármacos o la supresión o reducción transitoria (por ejemplo, durante el fin de semana) del fármaco antidepresivo. Todas estas alternativas deben discutirse con el paciente y valorar los riesgos y beneficios en cada paciente, de acuerdo a su situación clínica.

En la mayoría de prospectos de medicamentos antidepresivos aparece como advertencia la posibilidad de la aparición de ideas o conductas de tipo suicida en relación al tratamiento con el fármaco antidepresivo; esta advertencia presenta una especial relevancia en niños y adolescentes. El hecho de que aparezca en muchos de los prospectos puede generar preocupación y reticencias hacia el tratamiento en muchos pacientes. Esta alarma se basa en el análisis de algunos estudios sobre el

Tabla 3
Efectos secundarios relativamente menores que generalmente desaparecen en poco tiempo

Náuseas

Malestar gástrico

Mareo

La boca seca

Los dolores de cabeza

Diarrea

Sudor

Temblores

Efectos secundarios más persistentes o graves

Disfunción sexual: pérdida de la libido, dificultades para lograr erecciones, incapacidad de alcanzar el orgasmo

El aumento de peso

Somnolencia o insomnio

El nerviosismo o inquietud

Pensamientos de suicidio

uso de antidepresivos en niños y adolescentes, que sugerían que los niños o adolescentes tratados con antidepresivos presentaban un riesgo ligeramente mayor que los tratados con placebo (medicamento con aspecto similar al antidepresivo pero sin efecto) de presentar ideas y conductas suicidas. Es importante saber que a pesar de que no hubo casos de suicidios consumados, el porcentaje de ideas y conductas de tipo suicida era mayor en los pacientes tratados con antidepresivos, un 4%, respecto a los tratados con placebo, un 2%. En realidad se trata de un riesgo bajo, solo ligeramente superior en los pacientes tratados con antidepresivos.

Es importante transmitir que la opinión general de los clínicos es que los beneficios asociados al tratamiento antidepresivo siempre superan a los riesgos. De hecho, otros estudios han demostrado que desde que se prescriben antidepresivos han disminuido drásticamente las tasas de suicidios consumados. No obstante, se sugiere que el riesgo de ideas o conductas de tipo suicida, si aparecen, ocurren al principio del tratamiento (primeros días o semanas), y parecen asociarse con el aumento de la activación o la inquietud del paciente. La opción más adecuada es tratar de detectar estos cambios en el comportamiento, especialmente en el inicio del tratamiento, y consultar con su médico.

Otro aspecto que preocupa a muchos pacientes es el potencial efecto de los antidepresivos sobre el peso. Durante el tratamiento antidepresivo puede producirse aumento de peso, que puede explicarse por diferentes factores. En primer lugar, debemos destacar que el propio estado depresivo puede favorecer el aumento del peso debido a la inactividad y el retraimiento que frecuentemente presentan los pacientes depresivos. En segundo lugar, es frecuente que el paciente recupere el peso perdido durante la depresión, es decir, la mejoría de la clínica comporta una normalización del peso y el apetito. En tercer lugar, se ha descrito que algunos antidepresivos presentan un efecto directo sobre el metabolismo y los depósitos de grasas, y que también pueden incrementar el apetito por un bloqueo de receptores específicos, como la histamina. Los tratamientos con antidepresivos, al ser tratamientos largos, se puede ir aumentando de peso, lenta pero progresivamente. Sin embargo, esta tendencia es reversible y desaparece cuando se interrumpe el tratamiento. No obstante, una dieta equilibrada y una actividad o ejercicio físico regular son hábitos que, además de presentar un efecto favorable sobre el estado de salud, pueden ser eficaces en el control y reducción del peso.

PUNTOS CLAVE

- En su mayoría, los efectos adversos relacionados con el tratamiento antidepresivo son leves y transitorios.
- Existen otros efectos adversos más persistentes o graves que son menos frecuentes y que requieren supervisión médica para su abordaje y tratamiento. Destacamos los efectos sobre la función sexual, el aumento de peso y la aparición de ideas y conductas de tipo suicida.
- Informar de estos síntomas es positivo, dado que reduce el riesgo de abandono del tratamiento y facilita su abordaje.

RETIRADA DE LA MEDICACIÓN

La retirada o suspensión del tratamiento antidepresivo no es recomendable realizarla de forma brusca. Cuando la evolución del cuadro justifique la retirada del fármaco, lo adecuado es realizar la reducción progresiva de la dosis. El tiempo en que debe reducirse es variable y dependerá de la situación clínica de cada paciente y del motivo por el cual se haya decidido la supresión del fármaco. En general se aconseja que sea gradual, en periodos que oscilan desde 2 semanas hasta varios meses.

Una situación que ocurre con relativa frecuencia en el transcurso del tratamiento antidepresivo, ya que puede afectar aproximadamente a un 20% de las personas cuando dejan de tomar un antidepresivo, especialmente si lo hacen de forma brusca, es el denominado síndrome de discontinuación. Este conjunto de síntomas incluye dolor de cabeza, mareo, sofocaciones, náuseas, inquietud, sensación de acorchamiento en alguna extremidad (hormigueos, como cuando se nos queda dormida una pierna) o diarrea. Es importante que alertemos al paciente de esta posibilidad, ante la probabilidad del olvido de la toma del fármaco o ante abandonos del tratamiento, pero también especialmente cuando esté previsto retirar el fármaco. Por regla general, estos síntomas suelen ser leves y de inicio rápido tras la supresión brusca del fármaco. La aparición de los síntomas suele producirse ya en el primer o segundo día tras haber dejado de tomar el fármaco. Normalmente, desaparece por sí solo en 3 o 4 días, aunque en algunos pacientes puede prolongarse durante 1 o 2 semanas. Una idea muy importante que debemos transmitir es que el síndrome de discontinuación no tiene nada que ver con una recaída de la depresión. En primer lugar, los síntomas propios de la recaídas son distintos al del síndrome de discontinuación; además, el efecto del antidepresivo se prolonga un tiempo mínimo de 3 a 4 semanas, es decir, si se produce una recaída, esta es esperable que aparezca al menos 1 mes tras suspender el tratamiento. El síndrome de discontinuación puede aparecer tras la retirada de prácticamente cualquier antidepresivo, aunque es más frecuente en los fármacos con vida media corta (fármacos que se eliminan rápidamente del organismo). A pesar de que normalmente no requiere de ningún tratamiento específico, si es muy intenso, una posible solución es introducir nuevamente el tratamiento y, en 1 o 2 semanas, volverlo a retirar, pero de una forma mucho más progresiva. En definitiva, lo más importante es intentar prevenirlo y recomendar al paciente una retirada progresiva del fármaco. Por ejemplo, reducir la dosis a la mitad durante 1 o 2 semanas y posteriormente retirarlo completamente.

PUNTOS CLAVE

- La retirada o suspensión del fármaco debe realizarse de forma progresiva.
- La retirada brusca del fármaco se asocia al síndrome de discontinuación, conjunto de síntomas caracterizado por dolor de cabeza, mareo, sofocaciones, náuseas, inquietud, sensación de acorchamiento en alguna extremidad o diarrea.
- Debemos alertar al paciente sobre esta posibilidad ante la supresión de la medicación y distinguirla claramente de la recaída.

LA IMPORTANCIA DE CUMPLIR EL TRATAMIENTO

Es importante transmitir al paciente la importancia de realizar un buen cumplimiento del tratamiento. El hecho de que el paciente no cumpla con el tratamiento prescrito o lo abandone de forma precipitada es un hecho muy frecuente durante el tratamiento de la depresión. Un hecho muy ilustrativo es que las tasas de abandono son cercanas al 30% durante el primer mes de tratamiento de la depresión, cifras que ascienden hasta el 50% a los 3 meses. Debemos transmitir al paciente que el abandono y el no cumplimiento del tratamiento, ya sea dejar de tomar por completo o reducir la dosis prescrita, favorece que la depresión pueda hacerse crónica, o bien persistan síntomas que interfieren en la calidad de vida del paciente y que puedan incrementar la posibilidad de nuevos episodios. También insistir en que el abandono precoz del tratamiento en los pacientes que se hayan recuperado se asocia a un mayor riesgo de recaídas.

PUNTOS CLAVE

- Transmitir al paciente la importancia de realizar un buen cumplimiento del tratamiento.
- El no cumplimiento del tratamiento se asocia a la evolución desfavorable de la depresión, riesgo de evolución crónica, incremento de la severidad y riesgo de nuevos episodios.

PSICOTERAPIA

La psicoterapia es una técnica terapéutica efectiva que se utiliza para el tratamiento de la depresión. La psicoterapia comparte objetivos con el tratamiento farmacológico, en el sentido de obtener una mejoría de los síntomas depresivos o reducir el riesgo de potenciales recaídas. También, los diferentes tratamientos psicológicos pueden incidir sobre otros aspectos específicos, como formas de actuar o pensar, rasgos de personalidad, disfunciones sociales o patrones de relaciones personales, que se han asociado a un mayor riesgo de depresión o al mantenimiento de los síntomas depresivos.

Es importante tener en cuenta que ambos tratamientos, psicoterapia y tratamiento farmacológico, no son excluyentes, es decir, seguir un tratamiento no impide combinarlo con otro. Tampoco debemos pensar que ambos tratamientos sean equivalentes, ya que en muchos casos el tratamiento preferente será el farmacológico y en otros casos el tratamiento más recomendable será el psicológico. La valoración de cada caso deberá permitir seleccionar el abordaje terapéutico más adecuado.

Los tipos de psicoterapia más evaluados en el tratamiento de la depresión son la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal.

La **terapia cognitivo-conductual** es un tratamiento psicológico que ha mostrado una contrastada efectividad para el abordaje de la depresión. La principal idea en la que se basa la terapia cognitivo-conductual es que el estado de ánimo de una persona

está directamente relacionado con los patrones de su pensamiento. Se parte de que cuando predomina una forma de pensamiento negativa y disfuncional, esta puede afectar al estado de ánimo de una persona, su comportamiento e incluso puede influir sobre su estado físico. El objetivo de la terapia cognitivo-conductual es ayudar a la persona a aprender a reconocer estos patrones negativos de pensamiento, valorar en qué medidas son válidos y aprender a reemplazarlos por pensamientos más saludables o funcionales. Al mismo tiempo, también se ayuda a cambiar las conductas derivadas de estos pensamientos negativos. En su conjunto, pensamientos y comportamientos negativos son los que predisponen al individuo a padecer depresión; cuando logramos modificar estos patrones de pensamiento y comportamiento derivados, se normaliza el estado de ánimo y el paciente se recuperará del episodio depresivo.

La **terapia interpersonal** es un tipo de tratamiento para los pacientes que sufren depresión que se centra en la importancia de las alteraciones en las relaciones sociales y las interacciones entre las personas como factores que pueden determinar el inicio o el mantenimiento de los síntomas depresivos. Durante el tratamiento, el terapeuta generalmente escoge problemas en la vida actual del paciente para centrar el tratamiento. Se centra en cuatro áreas potencialmente importantes: reacciones de duelo o pérdidas interpersonales, conflictos en las relaciones interpersonales, cambios de rol o papel social (jubilación, desempleo, divorcio). Este tipo de tratamiento puede ser útil para el tratamiento de depresiones en las que existan conflictos sociales latentes o recientes, como las dificultades de pareja o problemas en el ámbito laboral.

PUNTOS CLAVE

- La psicoterapia es una técnica terapéutica efectiva que se utiliza para el tratamiento de la depresión.
- La psicoterapia comparte objetivos con el tratamiento farmacológico, en el sentido de obtener una mejoría de los síntomas depresivos o reducir el riesgo de potenciales recaídas.
- El tratamiento puede incidir sobre otros aspectos específicos, como formas de actuar o pensar, rasgos de personalidad, disfunciones sociales o familiares.
- Es importante tener en cuenta que psicoterapia y tratamiento farmacológico pueden combinarse.

CREENCIAS NEGATIVAS RESPECTO A LOS FÁRMACOS ANTIDEPRESIVOS

La posibilidad de que el tratamiento con psicofármacos en general y entre ellos los antidepresivos comporte consecuencias negativas constituye un temor habitual entre la población. La idea de que los antidepresivos pueden provocar efectos secundarios irreversibles sobre nuestra salud, que pueden cambiar nuestra personalidad o, sobre todo, el hecho de que su uso pueda conducir a una dependencia constituyen las creencias erróneas más frecuentes que expresan muchos pacientes con depresión o

personas próximas a los mismos. Es importantes tratar adecuadamente estos puntos y aportar argumentos que los clarifiquen. Estas creencias negativas no solo pueden impedir o demorar el acceso de los pacientes a un tratamiento eficaz y seguro, sino que incrementan el riesgo de que el paciente depresivo abandone prematuramente el tratamiento.

Como ya se ha mencionado, los fármacos utilizados para el tratamiento de la depresión pueden tener efectos secundarios o adversos. Estos efectos eran especialmente frecuentes con los primeros antidepresivos, los llamados antidepresivos tricíclicos o los IMAO, sin embargo, en los antidepresivos desarrollados más recientemente estos efectos son menos habituales y de menor intensidad. Los efectos adversos relacionados con los antidepresivos suelen presentarse en el inicio del tratamiento y desaparecer en las primeras semanas del mismo; es importante clarificar que los efectos adversos a largo plazo no son frecuentes y, por lo general, de escasa relevancia clínica. Una idea que se debe comunicar es que la seguridad de los antidepresivos se ha evaluado en el tratamiento a largo plazo mediante ensayos rigurosos; además, los profesionales disponemos de una cada vez mayor experiencia en su uso clínico que confirma esta apreciación. No obstante, como se recomienda durante el tratamiento con cualquier fármaco a largo o medio plazo, en el tratamiento antidepresivo es también recomendable una supervisión médica adecuada durante su uso; este control, si cabe, reduce aún más el riesgo de cualquier complicación médica. El médico que realice el control podrá indicar si son necesarios estudios específicos, como los análisis clínicos, o de alertar sobre posibles contraindicaciones con otros tratamientos, o la influencia de enfermedades que pudieran desarrollarse paralelamente.

Un temor que expresan algunos pacientes es que el tratamiento antidepresivo pueda cambiar su personalidad. Es importante puntualizar que cuando hablamos de personalidad, nos referimos a la forma de ser de cada uno, es decir, una serie de rasgos persistentes que determinan la forma de relacionarse con los demás y de percibir el entorno y a uno mismo. Los tratamientos utilizados en la depresión no modifican la personalidad o nuestra forma de ser, sino que en realidad lo que favorecen es su restitución, es decir, permiten que el paciente recupere su forma de ser previa al episodio depresivo. La depresión puede modificar la forma que una persona tiene de percibir su entorno o de relacionarse a causa de la influencia de los propios síntomas depresivos. Durante el periodo en el que el paciente está deprimido puede aparecer una visión negativa de uno mismo o del entorno, que puede cambiar el modo en el que este se relacione con los demás y favorecer el retraimiento. Es necesario recalcar al paciente que este estado no constituye su forma de ser, no es su personalidad, sino un estado fruto de la enfermedad. Esta distinción puede ser más difícil de realizar cuando la situación se ha prolongado durante mucho tiempo y cuesta distinguir entre cómo se era antes de la enfermedad y el estado consecuencia de la depresión. Cuando el tratamiento es efectivo, lo que suele suceder es que la persona vuelve a recuperar su forma de ser, su manera de relacionarse y percibir el mundo previa a la enfermedad. Es decir, el tratamiento antidepresivo no altera o modifica la personalidad del paciente sino que la restablece.

Otro temor erróneo que debe matizarse es la preocupación sobre la posibilidad de que los fármacos antidepresivos puedan crear una dependencia. Es importante diferenciar los fármacos que utilizamos para el tratamiento de la depresión de las drogas de abuso; el hecho de que los antidepresivos no cumplan las características de las sustancias adictivas puede ser un argumento sólido para aclarar este hecho a los pacientes. Las drogas de abuso tienen como características distintivas los efectos de tolerancia y de abstinencia, y su efecto perjudicial sobre la salud del individuo. A este respecto, ya se ha comentado la escasa repercusión sobre la salud de los fármacos antidepresivos; respecto a la abstinencia que caracteriza a las sustancias adictivas, se define como cambio de comportamiento, con efectos fisiológicos y psicológicos marcados, que se produce cuando se reduce en la sangre o los tejidos las concentraciones de una sustancia que un individuo había usado de forma excesiva y prolongada y que conduce a reiniciar el consumo para aliviar o evitar estos síntomas desagradables. Por su parte, la tolerancia se refiere a la necesidad de consumir cantidades mayores de una sustancia para obtener el efecto deseado o la reducción del efecto con el consumo continuado de la misma cantidad de sustancia. Ninguna de estas características corresponde a los antidepresivos, no se han definido cuadros de abstinencia ni de tolerancia; además, otra particularidad que distingue a las sustancias adictivas es que su efecto se establece en poco tiempo tras su administración, hecho que contrasta con el periodo de latencia que caracteriza a los fármacos antidepresivos. Estos hechos permiten descartar el considerar a los antidepresivos como sustancias de abuso, ni fármacos peligrosos o perjudiciales, y sí como medicamentos seguros que constituyen una excelente ayuda para los pacientes con depresión.

PUNTOS CLAVE

- Los efectos adversos de los antidepresivos sobre la salud son en general leves y transitorios.
- Los antidepresivos no cambian la personalidad.
- Los antidepresivos no son fármacos que produzcan adicción o dependencia.

TRATAMIENTOS «NATURALES»

Es frecuente que los pacientes con depresión y las personas de su entorno consideren a las hierbas medicinales, o los remedios naturales, como potenciales tratamientos de la depresión, y por el hecho de ser «naturales» son considerados por tanto inofensivos. Es importante tener en cuenta que muchos pacientes no son conscientes del potencial riesgo de efectos secundarios o interacción con otros fármacos que se asocian a estos tratamientos. Es importante que informemos sobre este respecto, ya que es común que muchos pacientes pueden hacer uso de estos preparados sin informar al médico o profesional sanitario sobre su utilización. Otro punto principal que tenemos que clarificar es que hasta el momento existe muy poca información y escasamente contrastada sobre la utilidad de estos preparados en el tratamiento de la depresión. Además, es importante señalar que la mayoría de las presentaciones que pueden adquirirse en nuestro medio no tienen ningún tipo de control ni licencia.

Debemos enfatizar que siempre es mejor consultar al médico sobre cualquier remedio de hierbas o natural que se está utilizando o está pensando utilizar.

Quizá el preparado del que exista algo más de información es sobre la hierba de San Juan o *Hypericum*; los escasos estudios de los que disponemos sugieren que la hierba de San Juan puede ser eficaz en el tratamiento de la depresión leve y a lo sumo moderada, pero no conocemos suficientemente sobre la dosis o cantidad que se debe tomar o cuáles son los efectos secundarios. Es importante destacar que no tenemos ninguna prueba de que este remedio sea beneficioso en la depresión más grave, y debe evitarse en ella. Es necesario que informemos que en nuestro medio la mayoría de las preparaciones de hierba de San Juan no tienen licencia, ni han pasado por todos los controles que pasan los fármacos antidepresivos «convencionales». Es preciso que aconsejemos al paciente que su uso se debe realizar siempre bajo supervisión y consejo médico; la hierba de San Juan puede interactuar con otros medicamentos, y producir efectos secundarios graves. Por ejemplo, algunos medicamentos importantes pueden ser eliminados más rápidamente y, por lo tanto, perder su eficacia con consecuencias graves (por ejemplo, la interacción con fármacos para el tratamiento de la infección por HIV puede producir un aumento de la carga viral, también la ineficacia de los anticonceptivos orales o reducir el efecto anticoagulante del Sintrom®, que conduce a la trombosis).

PUNTOS CLAVE

- Existen pocas pruebas sobre la eficacia de los tratamientos «naturales» en el tratamiento de la depresión.
- Estos preparados se asocian a efectos adversos y al riesgo de interacciones medicamentosas.

RIESGOS DE LA AUTOMEDICACIÓN

Es frecuente que los pacientes con depresión puedan recurrir a la automedicación.

La automedicación comporta diferentes riesgos. En primer lugar, puede conducir a un tratamiento erróneo o inadecuado. Se pueden utilizar fármacos que alivian de forma parcial la sintomatología pero que no tratan el cuadro depresivo de forma completa. Esta situación comporta un mayor riesgo de una evolución desfavorable del cuadro depresivo, fundamentalmente hacia formas más graves o crónicas de depresión. Es frecuente el uso de fármacos con efectos ansiolíticos o sedantes que pueden mitigar síntomas frecuentes en los cuadros depresivos, como los síntomas de ansiedad o el insomnio, pero que no tratan la depresión de forma integral. En este contexto debemos alertar sobre otro punto: muchos de estos fármacos con efectos sedantes o ansiolíticos, en especial las benzodiazepinas, se asocian a un riesgo no despreciable de dependencia, es decir, a pesar de que inicialmente pueden mejorar síntomas, de forma paulatina el paciente puede requerir dosis cada vez más elevadas

para conseguir un mínimo alivio de los síntomas y entrar en una dinámica de abuso o dependencia.

Es también habitual que este alivio sintomático también puede buscarse en otras sustancias como el alcohol o diferentes drogas no legales. La utilización de alcohol u otros tóxicos, de la misma forma que el uso de benzodiazepinas, puede considerarse como una forma de automedicación, y está asociada a un riesgo incrementado de desarrollar un trastorno por dependencia en el contexto del cuadro depresivo. Es muy importante evitar la utilización de estas sustancias con la finalidad de sentirse mejor cuando se sufre una depresión: al riesgo de que se agrave la depresión, se le suma la posibilidad de desarrollar un cuadro de dependencia o abuso a estas sustancias tóxicas.

Otro importante riesgo vinculado a la automedicación es el de que surjan efectos adversos graves, intoxicaciones o interacciones entre distintos medicamentos. Evidentemente este riesgo es mucho más relevante en pacientes que además del cuadro depresivo padezcan otro proceso médico o reciban tratamiento farmacológico.

Es importante también incidir, como ya hemos mencionado, sobre el riesgo que se asocia a la utilización de los denominados fármacos naturales, o algunos remedios tradicionales como la *Hypericum* o hierba de San Juan. Es necesario hacer hincapié en que, a pesar de su origen vegetal, estos no dejan de ser fármacos sujetos a interacciones con otros medicamentos, y en especial con fármacos utilizados en psiquiatría.

PUNTOS CLAVE

- La automedicación se vincula al infratratamiento o tratamiento inadecuado de la depresión.
- La automedicación se asocia a riesgo de desarrollar cuadros de abuso o dependencia.
- La automedicación se asocia a riesgo de efectos adversos graves o interacciones entre fármacos.

HOSPITALIZACIONES

En la mayoría de los casos, la depresión puede tratarse de manera ambulatoria; no obstante, en algunas ocasiones determinadas es preferible realizar un ingreso hospitalario. Principalmente, el ingreso se realiza en pacientes graves que presentan características clínicas que hacen conveniente que el tratamiento se instaure con el paciente ingresado. Estas características las cumplirían los pacientes depresivos con alto riesgo de suicidio, sin embargo, es importante clarificar que, a pesar de que existan ideas de suicidio e incluso en pacientes que hayan realizado algún tipo de conducta suicida, no es siempre necesario realizar el ingreso; si existe un buen soporte y contención por parte de la familia o el entorno del paciente, incluso en casos con ideas intensas de suicidio, el tratamiento puede realizarse de forma ambulatorio.

ria. Otros casos en los que se puede requerir un ingreso son con los pacientes con síntomas psicóticos, o en aquellos con un compromiso físico importante, por ejemplo en pacientes que hayan reducido la ingesta de alimentos o líquidos, también en aquellos muy resistentes al tratamiento y que requieran tratamiento como la terapia electroconvulsiva (TEC). Respecto a la TEC, hay que decir que se trata de un tratamiento muy seguro que se ha utilizado durante más de 70 años para el tratamiento de la depresión y otros trastornos psiquiátricos. Consiste en realizar la estimulación eléctrica del cerebro al paciente anestesiado con el objetivo de provocar de forma controlada convulsiones generalizadas. Este tratamiento está especialmente indicado en pacientes que no han respondido a otros tratamientos, o en pacientes en que otras alternativas de tratamiento son mal toleradas o poco seguras. También se indica cuando las condiciones físicas o la severidad del cuadro depresivo hacen que sea necesaria una recuperación rápida, como, por ejemplo, los pacientes que se niegan a comer o beber o los que presentan conductas suicidas graves.

PUNTOS CLAVE

- En la mayoría de los casos, la depresión puede tratarse de manera ambulatoria; no obstante, en algunas ocasiones determinadas es preferible realizar un ingreso hospitalario.
- Son criterio de ingreso los pacientes depresivos con alto riesgo de suicidio, pacientes con síntomas psicóticos, o en aquellos con un compromiso físico importante.
- Otro criterio de ingreso es la depresión resistente al tratamiento y que requiera tratamiento con terapia electroconvulsiva (TEC).

Depresión, ¿qué puedo hacer?

Autocuidado

Dr. Francesc Colom Victoriano

Unidad de Psicoeducación y Área de Tratamiento Psicológico.

Unidad de Trastorno Bipolar. Hospital Clínic de Barcelona.

IDIBAPS-CIBERSAM

Enseñarle al paciente unos puntos básicos para manejar mejor su enfermedad es tan importante en el caso de la depresión como lo sería, por ejemplo, en el caso de la diabetes. Por ello, no está de más dedicar un par de sesiones con el paciente, en las que le vamos a dar una serie de «trucos» y consejos para convivir mejor con su enfermedad o para acelerar la mejora de sus síntomas. Debido a su brevedad, los siguientes consejos no deben entenderse nunca como una psicoterapia. Recomendamos que, en caso de que el profesional identifique alguna área de especial dificultad en un paciente determinado, lo derive al psicólogo especialista para iniciar una psicoterapia.

PAUTAS PSICOLÓGICAS BÁSICAS

1. EL CONTROL DE LAS EMOCIONES

La mayoría de personas tiene problemas para identificar sus emociones. Una prueba rápida y fácil de ello consiste en preguntarle a su paciente (o, para el caso, nos sirve también un amigo o conocido) «¿cómo te sientes?». La mayoría de personas se limitará a contestar con un simple e inespecífico «bien» o «mal». Raras son las ocasiones en las que un individuo no entrenado conteste espontáneamente «triste», «alegre», «rabioso», «frustrado» o «miedoso», que son algunas de las emociones más conocidas. Ello es debido a que la mayoría de personas vivimos de algún modo de espaldas a nuestras emociones, que acabamos sintiendo únicamente cuando son muy extremas, e incluso entonces nos cuesta concretar cuáles son. Por ello, no es de sorprender que si una persona no sabe identificar correctamente una emoción, tampoco sepa cómo manejarla. Las emociones, como la tristeza o la alegría, no son, en absoluto, patológicas en sí mismas –igual que no lo son las conductas o los pensamientos– pero una tristeza exacerbada suele ser un síntoma presente en la mayoría de depresiones. Lo primero que debemos recomendar a nuestro paciente es que sea consciente de sus emociones y no las niegue. Debemos tratar de poder nombrar lo que estamos sintiendo. Esta habilidad puede resultar compleja, ya que en muchas culturas se incentiva ocultar las emociones. Una vez hecho esto, si identificamos que esas emociones nos resultan dolorosas, podemos intentar alguna conducta o pensamientos que nos sirvan para alterar esas emociones. En efecto, emociones, conductas y pensamientos se interrelacionan entre sí; al cambiar nuestra conducta



cambiará nuestro pensamiento, y esto puede contribuir a alterar nuestras emociones. Esta cadena funciona en todas las direcciones posibles. Hay, por lo tanto, conductas y pensamientos que nos pueden ayudar a variar nuestras emociones cuando estas sean negativas. Algunos pacientes encuentran útil intentar describir minuciosamente y por escrito cómo se sienten, ya que eso les transmite una idea de control. Otros, por el contrario, eligen conductas aparentemente incompatibles con la emoción que quieren controlar: correr o hacer una complicada operación aritmética puede ayudar a algunas personas a tomar distancia de alguna emoción que les resulte dolorosa. Un enfoque distinto, pero que también puede resultar práctico, es demorar la respuesta conductual a una emoción.

PUNTOS CLAVE

- Identificar las emociones suele ser complejo.
- Debemos tratar de nombrar lo que estamos sintiendo.
- Al cambiar nuestra conducta cambiará nuestro pensamiento, y esto puede contribuir a alterar nuestras emociones.

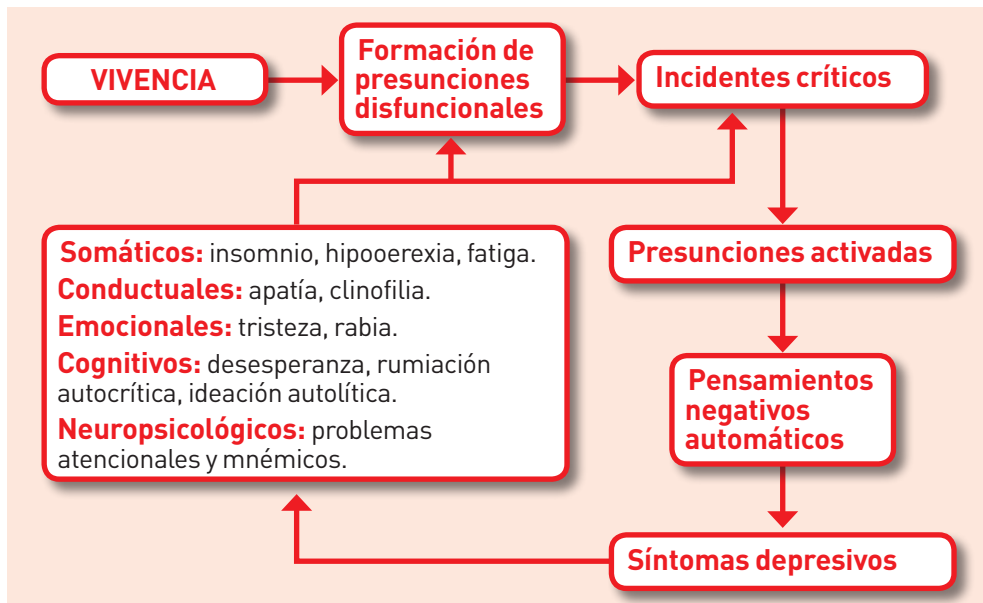
2. CONTENCIÓN DE LOS PENSAMIENTOS NEGATIVOS

Según dice Epícteto en el *Enchiridion*, en el siglo I: «No son las cosas mismas las que nos perturban, sino las opiniones que tenemos de las cosas». Esta frase resume en sí misma el enunciado de la teoría cognitiva de la depresión: los pensa-

mientos juegan un papel fundamental en el mantenimiento del síndrome depresivo. De hecho, los cognitivistas más radicales postulan incluso que las cogniciones son fundamentales en la etiología de la depresión, pero hay evidencias suficientes de que esto no es así y que la etiología de la depresión es algo más «biológica» que «psicológica». Sin olvidar, claro está, que todo lo psicológico es también biológico. Aun así, la mayoría de personas deprimidas presentan pensamientos negativos automáticos, irracionales y repetitivos. Los pensamientos automáticos aparecen en el fluir del pensamiento normal y condicionan su dirección o curso; se les atribuye una certeza absoluta, por eso no son cuestionados, y condicionan la conducta y el afecto. En general son breves y telegramáticos –«no valgo nada», «todo lo malo me pasa a mí», «soy un desastre»– e intrusivos, ya que aparecen incluso cuando el sujeto trata de evitarlo. Pueden ser verbales o aparecer en forma de imágenes. Los pensamientos negativos automáticos pueden dar lugar a rumiaciones inacabables, aumentar la ansiedad, reducir la reactividad del ánimo y aislar al paciente de su entorno. Por ello, es fundamental incidir en los pensamientos negativos para acelerar la mejoría del síndrome depresivo. Un buen modelo para enfrentar estos pensamientos negativos es el de la terapia cognitivo-conductual (TCC).

Según el enfoque cognitivo, la depresión hace que los pacientes presenten una alteración de su pensamiento consistente en tener una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro, lo que se conoce como «tríada cognitiva». Como ya hemos comentado, durante la depresión, el que la sufre se ve a sí mismo incapaz e inútil, tiende a aumentar sus defectos o errores y a despreciar sus virtudes y aciertos. El deprimido interpreta toda la realidad en su contra, lo que conlleva que interprete negativamente cualquier acontecimiento y sea especialmente pesimista respecto a su futuro, augurando fracasos y catástrofes sin base alguna. Este pesimismo, desesperanza y negatividad provocan muchas veces un sentimiento de indefensión en el que la persona deprimida ve su entorno y su futuro como imposible de modificar, apareciendo la desesperación. La terapia cognitivo-conductual tiene por objetivo que la persona recupere la objetividad de su juicio y aprenda a pensar de un modo no depresivo. Durante el tratamiento, el paciente consigue volver a estructurar sus pensamientos en forma positiva a partir de ciertos ejercicios cognitivos, a la vez que se incorpora un cambio en algunas conductas características del depresivo que están impidiendo su mejoría. Es muy frecuente que mis pacientes deprimidos no sientan deseos de realizar cualquier actividad, por sencilla que sea o por placentera que les resultara cuando no estaban deprimidos. Durante la terapia pautamos la forma de recuperar el nivel de actividad óptimo, programando las actividades de forma gradual y reforzando las acciones logradas, por pequeñas que sean. También llevamos a cabo un «entrenamiento en resolución de problemas», ya que muchos pacientes pierden, durante la depresión, su capacidad para tomar decisiones o enfrentarse a situaciones conflictivas. Enseñar a nuestros pacientes a manejar el estrés es otro trabajo que suele ser imprescindible, ya que es frecuente que los deprimidos tengan una gran percepción del estrés. Según avanza la terapia, el paciente recupera la confianza en sí mismo y cambia su actitud negativa y su pensamiento deprimido por un pensamiento más realista, ya que progresivamente se ve capaz –gracias a los constantes ejercicios y ensayos– de «enfrentarse» a la vida (el deprimido no vive la

vida, «se enfrenta» a la vida). Poco a poco recuperará su nivel de actividad previo a la depresión. Al cabo de unas semanas, la mayoría de síntomas depresivos empezarán a desaparecer paulatinamente.



PUNTOS CLAVE

- La mayoría de personas deprimidas presentan pensamientos negativos automáticos, irracionales y repetitivos.
- Los pensamientos negativos automáticos pueden aumentar la ansiedad, reducir la reactividad del ánimo y aislar al paciente de su entorno.
- La terapia cognitiva es eficaz para hacer frente a estos pensamientos.

3. PAUTAS PARA MANEJARSE EN EL DÍA A DÍA.

Es muy importante que todos los profesionales de la salud entendamos que la depresión no es un «problema de la voluntad», sino una enfermedad. Aun así, incidir en cambios en los hábitos diarios del paciente puede ser decisivo para mejorar la depresión, del mismo modo que cambiar determinados hábitos será decisivo en el tratamiento profiláctico de alguien que padezca una cardiopatía. El problema añadido en el caso de la depresión es que, aunque esta no sea un «problema de la voluntad», sus síntomas sí que deterioran la voluntad de quien los padece, lo que convierte en realmente compleja la tarea del cambio de hábitos o la observación de unas pautas. Por ello, el profesional debe marcar en cada visita objetivos muy realistas y asequibles, aunque parezcan muy nimios. Es inútil pedirle a un paciente deprimido –con hipersomnia, apatía, fatiga, anhedonia, problemas atencionales y desesperanza– que se levante a las 8 de la mañana, se vaya 1 hora al gimnasio, dedique otra hora a leer y

luego se vaya a comer con un amigo. Probablemente, nuestro paciente no conseguirá realizar ninguna de estas actividades, aumentando con ello su culpabilidad, malestar y empeorando más si cabe su baja autoestima («No soy capaz de nada, soy un inútil»). Por otra parte, ¡si el paciente pudiera hacer todas estas cosas, no estaría deprimido! Con el paciente deprimido no sirve aquello de pedir diez para conseguir cinco. No es una negociación de mercado persa: debemos plantearle al paciente cambios muy sutiles, progresivos, asequibles y realistas. Es realista, por ejemplo, pedirle a alguien que se levanta a las 12 que trate de hacerlo media hora antes. O pedirle a nuestro paciente apático y fatigado que se marque como objetivo ir a comprar el pan o el periódico. O pedirle a nuestro paciente con problemas atencionales que trate de ver algo sencillo en televisión. A la familia de nuestro paciente le pueden parecer objetivos demasiado modestos –y por ello será básico que nos comuniquemos con ellos–, pero a nuestro paciente le parecerán objetivos «difíciles pero asequibles», con el añadido de la satisfacción que sentirá al cumplirlos.

Dicho esto, queda claro que hay pautas mejores que otras para superar la depresión. Ahí van algunas:

A) Debemos pactar con el paciente una hora límite para levantarse de la cama. Aunque lo aconsejable sea dormir un máximo de 9 horas al día, este objetivo puede resultar inalcanzable para alguien que esté durmiendo 12. Es recomendable pedirle al paciente que se levante media hora o 1 hora antes, no más.

B) Es recomendable que el paciente se asee a diario y se vista. Recordemos que alguien que viste como un enfermo (p. ej.: con pijama durante todo el día) está «más enfermo». Nos podemos conformar, al principio, con que el paciente se vista, incluso si la ducha le parece un objetivo inalcanzable durante la primera semana.

C) Es muy importante que el paciente salga a la calle a diario, aunque solo sea a comprar el pan o dar una vuelta a la manzana. En muchas ocasiones, deberemos pedir a un familiar que se responsabilice de acompañarlo en esta tarea, ya que salir a la calle solo puede resultar muy ansiógeno para algún paciente deprimido.

D) Es importante que el paciente realice al menos tres comidas (desayuno, almuerzo y cena) al día. A menudo la depresión cursa con reducción del apetito, pero aun así conviene no olvidar que las comidas no solo cumplen un papel nutritivo, sino que nos ayudan a estructurar el día, socializarnos –generalmente no comemos solos– y «normalizar» nuestra actividad. No es tan importante cuánto come el paciente como que realice el protocolo social de sentarse en la mesa. En el caso en que, en vez de presentarse reducción del apetito, la depresión curse con aumento del mismo o con atracones, es igualmente importante que el paciente regularice sus hábitos al sentarse en la mesa.

E) Idealmente, el paciente deprimido no debe hacer la siesta porque esta suele alargarse innecesariamente durante horas y luego puede incidir en la inversión de ritmos circadianos propia de la depresión (el paciente se siente algo mejor por la noche y tiende cada vez a irse a dormir más tarde). En el caso de que el paciente haga la siesta, debemos limitar esta a una «siesta de sofá» (nunca en la cama), sentado mejor que tumbado y de una duración no superior a 30 minutos.

PUNTOS CLAVE

- La depresión no es un «problema de la voluntad», sino una enfermedad.
- Aun así, la apatía y la abulia son síntomas frecuentes en la depresión.
- Es muy importante que, durante la depresión, no se abandonen todas las actividades.

4. APRENDIENDO DE LA ENFERMEDAD

Parecería casi cínico afirmar que una enfermedad tan grave y que provoca tanto sufrimiento y disfunción como la depresión puede tener también su lado positivo. Pero lo tiene; cualquier persona que haya superado una enfermedad grave –un tumor o un infarto, por ejemplo–, nos puede contar «lo bueno de lo malo», esto es, lo que ha aprendido tras una experiencia tan intensa. Y la depresión no es una excepción a esta regla. Hay un factor que, inequívocamente, es citado por la mayoría de las personas que han padecido una depresión como algo que aprendieron de la enfermedad: aprendieron a «mirar hacia dentro». Esto es, a estar en contacto con sus emociones. La mayoría de personas ignoramos nuestras emociones, excepto en el caso de que estas sean dolorosas –de la misma forma que no tenemos «presentes» nuestras lumbares hasta que nos duelen–. Este aspecto, que en el caso de las lumbares se debe únicamente a una cierta economía propioceptiva, produce un cierto «fenómeno telediarario» –todas las noticias son malas y lo bueno nunca es noticia– en el que solo estamos en contacto con nuestras emociones cuando estas son negativas. Por contra, aquel que ha sufrido una depresión toma, naturalmente, contacto con sus emociones y, en la mayoría de los casos, será capaz de seguir con esa capacidad de insight emocional incluso cuando está bien. Esto le permite apreciar las pequeñas cosas del día a día, que en el fondo son las que nos permiten ser felices. No es extraño que pacientes que han sufrido un episodio depresivo nos digan, al cabo de un tiempo, «ahora disfruto mucho con cosas que antes me parecían «normales»... llevar a mi hijo al parque, o ver una película con mi esposa; supongo que cuando pierdes algo es cuando aprendes a valorarlo». Es importante que los profesionales de la salud seamos capaces de poner este aspecto de «lo bueno de lo malo» sobre la mesa. Evidentemente, no lo haremos cuando el paciente está profundamente deprimido, pero sí cuando se ha iniciado una cierta recuperación.

PUNTOS CLAVE

- La mayoría de personas ignoramos nuestras emociones, excepto en el caso de que estas sean dolorosas.
- La depresión nos puede permitir «mirar hacia dentro» y valorar las pequeñas cosas de la vida.

PAUTAS DE CONDUCTA Y HÁBITOS

1. ALIMENTACIÓN

La depresión suele verse acompañada de alteraciones en la conducta alimentaria de las personas que la padecen. Estas alteraciones pueden ser por exceso

(aumento del apetito) o por defecto (disminución del apetito, a veces hasta llegar a no ingerir alimentos durante varios días). En ambos casos, suelen acompañarse de cambios importantes en el peso de los pacientes, pudiendo facilitar la aparición de complicaciones médicas debidas al sobrepeso o a una nutrición inadecuada. Por ello es importante que los profesionales monitoricemos siempre este aspecto, incluso cuando el paciente no lo formula como una demanda. Suele ser útil pedirle al paciente registros de su conducta alimentaria: que nos anote qué come, a qué horas y en qué cantidades, lo que nos permitirá detectar, por ejemplo, si existe un problema de «atracones» –generalmente de dulces y carbohidratos– relacionado generalmente con una alta ansiedad, cuán desestructurados están los horarios de comida del paciente, etc. A su vez, un registro suele actuar como un buen método de autorregulación, sea porque el paciente cobra conciencia de su problema al anotarlo y lo va corrigiendo progresivamente, o bien sea porque el paciente vincula esta conducta a su buena alianza terapéutica.

Otro tema que no es menor en relación con la alimentación es el mito, facilitado en muchas ocasiones por la nefasta acción de algunos medios de comunicación, de la «dieta antidepresiva». En ocasiones, determinados profesionales que se presentan como «dietistas» o «expertos en nutrición» –muchas veces sin siquiera tener ninguna titulación al respecto– aconsejan determinadas dietas, o «complementos dietéticos», presentándolas como «antidepresivas», con cierta parafernalia pseudocientífica (datos sobre qué alimentos «contienen» serotonina, triptófano, etc.) Los profesionales debemos dejar bien claro que no existe tal cosa, y que no hay ninguna dieta que sea «antidepresiva». De lo contrario, el paciente generará falsas esperanzas y puede incluso dejar los tratamientos médicos que sí funcionan.

PUNTOS CLAVE

- La depresión suele verse acompañada de alteraciones en la conducta alimentaria.
- Es importante que los profesionales monitoricemos la alimentación del paciente deprimido.
- En ocasiones, con solo pedirle al paciente que anote lo que come le podemos ayudar a autorregularse.

2. TÓXICOS

Algunas personas, cuando se deprimen, tienden a buscar refugio en sustancias altamente adictivas, que toman en muchas ocasiones como «automedicación» para lidiar mejor con algunos síntomas. No es extraño que haya pacientes que beban alcohol o consuman cannabis para calmar su ansiedad, su miedo a estar con gente o para conciliar el sueño. Otros pacientes abusarán del café con la esperanza de que esto les ayude a mantenerse despiertos o activos. Algunos tomarán cocaína con el mismo propósito. La mayoría de pacientes fumadores van a fumar más cigarrillos cuando estén deprimidos. En realidad, la práctica totalidad de estas sustancias acaban por empeorar el pronóstico de la depresión y pueden desencadenar cuadros de dependencia que constituirán un problema añadido a tratar. El alcohol, por ejemplo, aunque

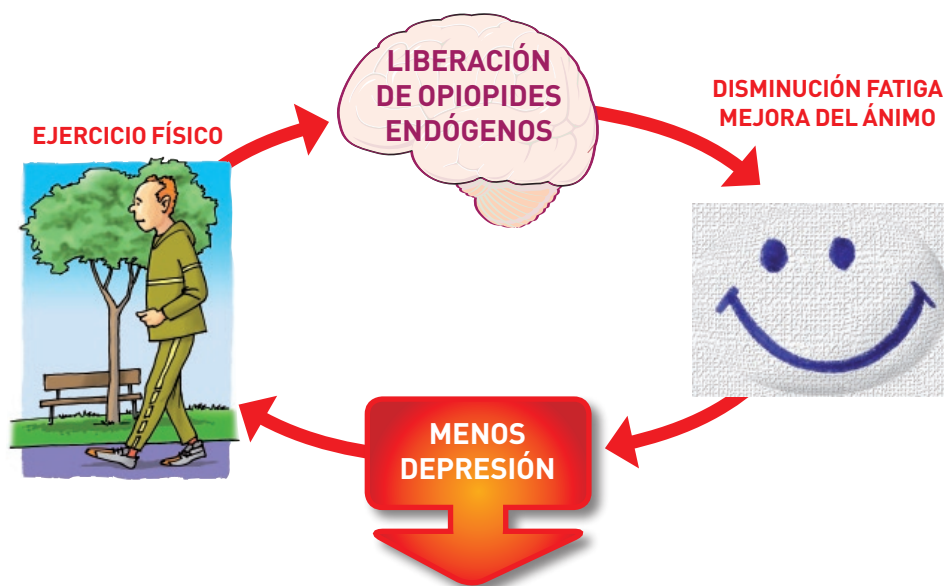
puede –a corto plazo– provocar una cierta sensación de desinhibición, o bienestar, es a medio plazo un potente depresógeno, esto es, empeora el estado de ánimo. El cannabis, a corto-medio plazo, provoca un repunte de la ansiedad, desestructura el sueño, provoca el llamado «síndrome amotivacional» (consistente, como su nombre indica, en una pérdida de interés por las cosas y aumento de la apatía-abulia) y puede facilitar la aparición de síntomas psicóticos. El uso de cocaína se asocia a graves riesgos sobre la salud, aumento de la ansiedad, síntomas psicóticos, disforia y un largo etcétera de problemas añadidos. Es del todo recomendable que advirtamos a nuestros pacientes sobre estos riesgos.

PUNTOS CLAVE

- Algunas personas, cuando se deprimen, tienden a buscar refugio en los tóxicos.
- Los tóxicos empeoran el pronóstico de la depresión.

3. EJERCICIO FÍSICO

Practicar ejercicio físico mejora los síntomas depresivos, según indican varios estudios. Cuando hacemos ejercicio, nuestro cuerpo segrega endorfinas y encefalinas, que funcionan de un modo muy parecido a un fármaco antidepresivo. Por tanto, si hacemos deporte, estamos fabricando nuestros propios «antidepresivos naturales». No hace falta correr una maratón o subir el Tourmalet para obtener estos beneficios del ejercicio físico. Generalmente basta con un paseo de media hora o 20-30 minutos de natación para empezar a sentirse mejor al cabo de 1 semana. Aún así, es mucho mejor realizar el ejercicio físico por la mañana o a primera hora de la tarde, ya que, de realizarlo por la noche, este puede resultar demasiado estimulante e impedir una buena calidad del sueño.



PUNTOS CLAVE

- Practicar ejercicio físico mejora los síntomas depresivos.
- Basta con un paseo de media hora o 20-30 minutos de natación para empezar a sentirse mejor al cabo de 1 semana.

4. HÁBITOS DE SUEÑO

En la depresión puede haber dos tipos de problemas con el sueño: la dificultad para conciliar o mantenerlo (insomnio de primera y segunda fase, respectivamente, o insomnio de tercera fase en los pacientes que presentan despertar precoz), o exceso de necesidad de sueño (hipersomnía). Ambos síntomas –insomnio e hipersomnía– hacen que el paciente entre en sendos círculos viciosos de empeoramiento de toda su clínica. En el caso del insomnio, es común que el paciente con insomnio se «disforice» (esté más irritable, menos tolerante, más ansioso, etc.) y tienda a dormir durante el día «para recuperar las horas», lo que acabará por impedir del todo la rehabilitación de una vida normal. En el caso de la hipersomnía, el paciente se siente más cansado y más triste cuanto más duerme. Será esencial que limitemos el tiempo de sueño de estos pacientes.

PUNTOS CLAVE

- En la depresión puede haber insomnio o hipersomnía.
- En el caso de la hipersomnía, el paciente se siente más cansado y más triste cuanto más duerme.
- Debemos limitar el tiempo de sueño de estos pacientes.

5. CULPABILIDAD VS. RESPONSABILIDAD

El modelo biológico de la enfermedad mental resulta muy útil para que el paciente comprenda lo que le sucede y, sobre todo, que él no es culpable de estar deprimido. Este no es un tema menor, ya que la propia sociedad suele generar mensajes tremendamente estigmatizantes y culpabilizantes en esta dirección («la depresión es algo que les ocurre a los débiles», «es uno mismo quien tiene que resolverse sus problemas», «las personas ocupadas no tenemos tiempo para deprimirnos»). Sin embargo, uno de los riesgos potenciales de esta exención de culpabilidad es que el paciente la convierta erróneamente en una exención de responsabilidad. Es decir, que pase casi sin darse cuenta del «yo no soy culpable de mi depresión» (planteamiento correcto) a «yo no soy responsable de mi depresión» (planteamiento incorrecto). Para que el paciente entienda bien este aspecto, suele ser útil usar una comparación con otras enfermedades no psiquiátricas, por ejemplo: «una persona no tiene la culpa de padecer diabetes, pero sí es responsable de cuidar su enfermedad, tomando los fármacos, monitorizando su glicemia, haciendo ejercicio físico u observando las pautas dietéticas adecuadas». Del mismo modo, aunque uno no tenga la culpa de

estar deprimido, sí es responsable de cuidar esta enfermedad no solo tomando los fármacos, sino también cumpliendo con determinadas pautas conductuales.

PUNTOS CLAVE

- Quien está deprimido no es culpable de su depresión, pero sí responsable.
- Responsabilizarse de la depresión implica hacer todo aquello que esté en sus manos para superarla: tomar los fármacos, hacer ejercicio, no consumir tóxicos o dormir un número mínimo o máximo de horas.

6. AUTOESTIMA VS. AUTOESTIGMA

La depresión tiñe de negro las ideas de quien la sufre y condiciona absolutamente su manera de pensar. No «cambia el carácter» de quien la sufre, pero sí distorsiona por completo su modo de ver el mundo, el futuro y a sí mismo. Así las cosas, podemos decir que el cerebro de la persona deprimida «le hace trampa», al interpretar erróneamente la realidad: le hace ver la vida en negativo, con absoluto pesimismo. Esta visión pesimista de la vida alcanza a todas las áreas: familiar, social, laboral... Por ello es muy común que la persona que padece una depresión tienda a pensar que está decepcionando a la gente a la que quiere (son típicos pensamientos como «soy un mal padre», «soy una mala esposa», «le he fallado a mi familia»). La percepción distorsionada de sí mismo deriva, invariablemente, en un franco descenso de la autoestima durante las fases depresivas, en las que el paciente suele sentirse inútil, incapaz, indeseable o indigno. El paciente deprimido puede llegar a sentirse culpable de cosas que, objetivamente, nunca pueden ser su culpa.

A menudo, el mundo exterior, al que la misma persona se adaptaba incluso exitosamente antes de deprimirse, se percibe como exigente, hostil y lleno de barreras infranqueables. Debido a la apatía, la fatiga y la falta de energía, la persona deprimida puede encontrar tremendamente difícil llevar a cabo pequeñas tareas que en otro momento no le representarían dificultad alguna (realizar un trámite administrativo, coger un autobús, hacer la compra diaria o, sencillamente, salir a la calle). No ser capaz de realizar estas actividades llevará al paciente deprimido a sentirse peor, aumentará su culpa y sus ganas de «esconderse» y pasar tiempo en la cama y, por lo tanto, realimentará su propia depresión. A su vez, la propia percepción del «fracaso» actual (debida en parte a la lectura negativa de la realidad y en parte al descenso en el rendimiento asociado con las propias fases depresivas) le llevará a anticipar —erróneamente, por supuesto— el «fracaso» futuro, entrando en la visión catastrofista depresiva, en la que «todo va mal y todo irá aún peor». La propia depresión lleva al paciente a pensar que nunca conseguirá alcanzar sus objetivos en la vida. Es común, por lo tanto, que la persona deprimida esté convencida de que su depresión no se va a curar nunca y va a durar toda la vida. Algunas personas ni siquiera son capaces de recordar que han estado bien alguna vez en la vida y afirman con rotundidad frases tan contundentes como «siempre he estado deprimido», «es mi carácter» o «no se puede hacer nada, así he sido siempre y nadie ni ningún medicamento va a cambiarme». Así es como la depresión invade no solo la totalidad del tiempo presente de quien la padece, sino también su pasado y su futuro, convirtiéndose, por eterna, en una

vivencia aún más dolorosa si cabe, con lo que el paciente acaba por verse del todo distinto al mundo que le rodea, generando un «autoestigma» en el que los síntomas depresivos son atribuidos, inevitablemente, a la propia voluntad.

Llegados a este punto, será necesario restablecer la confianza en uno mismo a partir de «pequeñas acciones exitosas» (p. ej.: «he logrado levantarme a las 10 y salir a comprar el pan» o «he conseguido participar de la conversación familiar durante el almuerzo»), que deberán ser adecuadamente valoradas por el paciente y su entorno. En este punto, suele ser de gran ayuda el inicio de una psicoterapia cognitivo-conductual.

PUNTOS CLAVE

- La depresión no cambia el carácter de quien la padece, pero distorsiona su modo de ver la vida.
- Es muy común que la persona que padece una depresión tienda a pensar que está decepcionando a la gente a la que quiere.
- La persona deprimida puede estar convencida de que su depresión no se va a curar nunca.

7. CÓMO OBTENER AYUDA DE LOS DEMÁS

Algunos síntomas de la depresión, como la inhibición, la baja autoestima o la apatía, pueden condicionar tremendamente la capacidad del paciente deprimido para hacer una llamada de auxilio o buscar ayuda en los demás. A su vez, en muchas ocasiones el entorno del paciente tampoco sabe cómo intentar ayudarlo porque nadie le enseñó (hablaremos de este punto en el siguiente módulo). Ello puede provocar que el paciente, casi paradójicamente, a la vez que se aísla se queje de sentirse desatendido. Por eso es fundamental trazar un plan de ayuda de forma conjunta entre el paciente, el terapeuta y la familia. Idealmente, este plan de ayuda debería consensuarse a priori, cuando el paciente aún está bien (en el caso de los pacientes recurrentes que tendrán varios episodios a lo largo de su vida), pero, para la mayoría de los pacientes, esto resulta del todo imposible.

PUNTOS CLAVE

- Algunos síntomas, como la inhibición, la baja autoestima o la apatía, pueden condicionar la capacidad para buscar ayuda en los demás.
- Es fundamental trazar un plan de ayuda de forma conjunta entre el paciente, el terapeuta y la familia.

8. RELACIONES SOCIALES

Es sabido que la depresión puede conducir a quien la sufre a una situación de aislamiento social. Este aislamiento no hace sino empeorar toda la sintomatología depresiva. De hecho, varios enfoques terapéuticos inciden en la importancia de las



relaciones interpersonales en la mejora de la depresión: aunque la depresión no es una enfermedad causada por aspectos psicosociales, sí que afecta de un modo claro a cómo nos relacionamos con otras personas. No solo en la cantidad, sino también en la calidad: qué rol ocupamos en la relación, qué transmitimos con nuestra conducta no verbal, etc. En este sentido, la terapia interpersonal es una de las terapias breves que se han mostrado eficaces en el tratamiento de la depresión, generalmente en combinación con antidepresivos. La terapia interpersonal suele durar unas 20 sesiones (generalmente una sesión de una 1 hora cada semana) y se centra en los aspectos interpersonales –disputas de rol, conflictos– que suelen jugar un papel importante en el mantenimiento de la clínica depresiva.

PUNTOS CLAVE

- El aislamiento empeora la sintomatología depresiva.

Depresión, ¿cómo puedo ayudarte?

El papel de la familia

D. Germán López Cortacans

Enfermero especialista en Salud Mental. Centro de Salud Salou, Tarragona

¿QUÉ ES LA DEPRESIÓN?

Normalmente, todas las personas a lo largo de la vida experimentan momentos de tristeza y desinterés, acompañados de sentimientos de fracasos o pérdidas. Se puede afirmar que todas las personas, en algunos momentos de su vida, han experimentado estos sentimientos y, por lo tanto, se pueden enmarcar dentro de las experiencias vitales del vivir diario. Pero cuando esta tristeza es excesiva en intensidad y duración, e impide a la persona realizar las actividades cotidianas, impregnándola de sentimientos de inutilidad y culpabilidad, estamos ante un caso de depresión mayor. Las personas que padecen depresión perciben y sienten su vida cotidiana con una actitud negativa y son incapaces de imaginar que cualquier problema o situación se puede resolver de un modo positivo.

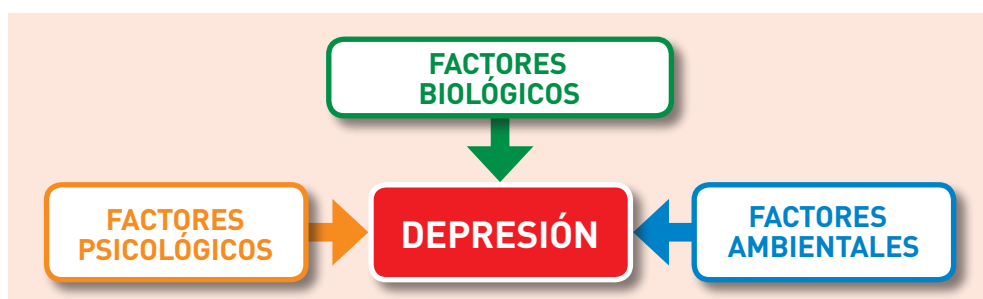
Cuando preguntamos al paciente cómo vive estos sentimientos negativos, nos suele contestar con frases del tipo: «lo veo todo negro», «todo se me hace una montaña», «dicen que estoy enfermo, pero la enfermedad no se ve con ninguna prueba», «no sé qué decir», «nadie me entiende». Es desde este planteamiento de la «invisibilidad» de la depresión por el que al paciente le cuesta comunicar a los suyos su sufrimiento emocional, porque los demás no entienden lo que le sucede. De este modo se crea un muro de incomprensión que le aísla, aumentando, en la mayoría de los casos, sus sentimientos de impotencia y minusvalía, agravando los síntomas depresivos. Se debe subrayar que estos sentimientos que experimenta el enfermo son independientes del contexto social, laboral y familiar que esté viviendo en ese momento. Por ejemplo, se puede pensar que si el paciente realizase una actividad agradable y placentera, como irse de vacaciones, sus sentimientos negativos disminuirían o desaparecerían. Todo lo contrario, el paciente experimentaría mayor grado de ansiedad y malestar emocional.



Esta respuesta paradójica del paciente genera muchas dudas en la familia, porque le cuesta entender cuál debe ser la actitud correcta que debe tener con su familiar enfermo. Muchas de estas dudas están fundamentadas en ideas y creencias erróneas sobre lo que es una depresión mayor, es por ello que es necesario aclarar a la familia las dudas que pueda tener en relación a la depresión de su familiar. La depresión puede cambiar o distorsionar la forma como la persona se ve a sí misma, a su vida y a las personas a su alrededor, en especial a su familia.

Es necesario que los profesionales puedan aclarar las dudas que pueda tener la familia en relación a la depresión de su familiar. Frecuentemente estas dudas están relacionadas con el propio término, porque la palabra «depresión» es utilizada de forma banal en el lenguaje coloquial, confundiendo la depresión clínica con sentimientos como la tristeza, el agobio o la preocupación, a menudo relacionados con dificultades de la vida, pero que no constituyen unas condiciones patológicas. Otro componente importante del prejuicio social sobre la depresión es la atribución al enfermo de características como debilidad de carácter, falta de voluntad o incapacidad para enfrentarse a adversidades y problemas. Es por ello que la familia debe saber que su familiar deprimido no puede «arreglárselas para salir adelante por sí mismo» y mejorar. Es decir, la depresión no es un estado del que uno pueda liberarse por la propia voluntad o el deseo; del mismo modo que, por ejemplo, un paciente diabético no puede dejar de serlo por su propia voluntad o deseo.

No existe una sola causa de la depresión mayor, lo más probable es que tanto factores psicológicos y biológicos como ambientales tengan que ver con la causa de este trastorno. Muchos autores señalan que la depresión mayor es un trastorno biológico del cerebro, y los estudios que se han realizado muestran que las personas deprimidas tienen algún problema con sustancias químicas cerebrales. También se ha descubierto que los genes podrían predisponer a una persona más que a otra a que sufra depresión.



La familia del paciente deprimido debe saber que la depresión incide en todas las esferas de la vida de su familiar, presentando síntomas que debe conocer, como:

- Agitación, inquietud e irritabilidad.
- Cambio drástico en el apetito, a menudo con aumento o pérdida de peso.
- Dificultad para la concentración.
- Fatiga y falta de energía.

- Sentimientos de desesperanza y abandono.
- Sentimientos de minusvalía, odio a sí mismo y culpa.
- Volverse retraído o aislado.
- Pérdida de interés o placer en actividades que alguna vez se disfrutaban.
- Pensamientos de muerte o suicidio.
- Dificultad para conciliar el sueño o exceso de sueño.
- La depresión también puede aparecer como ira y desmotivación, en vez de sentimientos de tristeza.

Se debe señalar que los que conviven con un enfermo con depresión también sufren, en especial la pareja, es por ello que es preciso encuadrar el sufrimiento emocional dentro de un contexto relacional donde el enfermo interactúa con su entorno y sobre todo con su núcleo familiar. Desde esta perspectiva, tener un miembro de la familia con depresión afecta el funcionamiento y la dinámica de toda la familia, afectando la organización de las tareas domésticas, las relaciones entre los diferentes miembros y la planificación de las actividades de la vida diaria familiar.

Por tanto, los profesionales deben reconocer el impacto de la depresión en el conjunto familiar y planificar intervenciones para reducir este impacto negativo, y dada la influencia positiva del apoyo de familia y de personas próximas al paciente, promover una implicación del entorno familiar como agente activo en el proceso terapéutico. Es por ello que una de las primeras intervenciones que debe planificar el profesional es dar información clara y comprensible sobre las características de la depresión, aconsejando y orientando sobre el papel de la familia en la relación con el paciente, señalando qué puede hacer la familia para ayudar al paciente y también sobre qué conductas o actitudes son nocivas y deberían ser evitadas.

PUNTOS CLAVE

- El profesional no debe dar por sentado que el paciente y su familia saben lo que es una depresión.
- Se debe explicar que la depresión es una enfermedad.
- Se debe diferenciar la depresión de sentimientos temporales, como el desánimo, la tristeza o el desinterés.
- Explicar que tener un miembro de la familia con depresión afecta el funcionamiento y la dinámica de toda la familia.

¿CÓMO SE TRATA?

La depresión mayor es un proceso multifactorial y complejo cuyo desarrollo está relacionado con un amplio grupo de factores de riesgo: personales, cognitivos, sociales, familiares y genéticos. Aunque se desconoce la causa exacta de la depresión, muchos investigadores creen que es causada por cambios químicos en el cerebro. Es por ello que en la entrevista con el paciente y su familia el profesional debe ofrecer

información clara y precisa de lo que es la depresión y de cuál es su tratamiento, resaltando que:

- La depresión es una enfermedad.
- La depresión no es culpa del paciente o de su grupo familiar.
- La depresión puede ser tratada con antidepresivos consiguiendo buenos resultados.

Se debe señalar al familiar que entre el 80 y el 90% de las personas con depresión pueden mejorar mucho si siguen el tratamiento, pudiendo reanudar sus actividades diarias normales y sintiéndose cada vez mejor. Los tratamientos más comúnmente usados para la depresión son los antidepresivos, la psicoterapia, o una combinación de ambos. La naturaleza y severidad de la depresión determinarán cuál de estas opciones de tratamiento es la más apropiada. Para la depresión leve o moderada, uno o ambos de estos tratamientos pueden ser beneficiosos, mientras que para la depresión mayor se recomienda como primer paso el uso de medicamentos antidepresivos. En algunos casos, el médico de Atención Primaria derivará al paciente al centro de salud mental para que sea valorado por un psiquiatra. Ello no significa que el paciente sea «un caso difícil»; la colaboración y la coordinación entre los diferentes dispositivos asistenciales (AP-CSM) es cada vez más frecuente, de este modo se potencia la calidad asistencial del enfermo y de su familia.

Desde esta perspectiva se puede afirmar que la depresión, como cualquier otra enfermedad, precisa de un tratamiento, pero en la mayoría de las veces la familia no entiende cómo «unas pastillas» pueden ayudar a su familiar depresivo. La información que se debe dar a la familia siempre tiene que ser «a medida», por ello es necesario que el profesional conozca qué ideas y creencias tiene la familia respecto a la depresión y a la medicación antidepresiva. Es por este motivo que el lenguaje que deberá utilizar deberá ser comprensible y entendible. La mayoría de las veces la familia describe el cuadro depresivo de su familiar con lenguaje analógico y metafórico: «mi familiar está en un pozo», «es como si hubiera perdido las fuerzas», «está en un túnel sin salida». Puede ser de utilidad para el profesional utilizar este mismo tipo de lenguaje para explicar a la familia cómo mejora la medicación los síntomas depresivos: «la medicación es como una escalera para salir del pozo», «los antidepresivos sirven para salir del túnel y ver la salida», «con la medicación su familiar volverá a ser el que era».

En todas las entrevistas clínicas con el paciente y su familia aparecen tres preguntas en relación a los antidepresivos:

- **¿Crean adicción los antidepresivos?** No, estos medicamentos no provocan adicción. No obstante, cualquier medicamento que se tome durante un periodo largo de tiempo debe estar supervisado por el médico para asegurarse de que se están usando las dosis correctas. El médico revisará periódicamente la dosis y la eficacia del medicamento, en especial durante los primeros 3 meses.
- **¿Cuánto dura el tratamiento?** Aunque el paciente se sienta mejor en las primeras semanas del tratamiento, los antidepresivos tienen que tomarse con regularidad al menos 4 semanas, en algunos casos 8, antes de que su efecto terapéutico sea completo. Se debe informar a la familia de que una vez con-

seguida la remisión completa del cuadro depresivo es necesario continuar el tratamiento y no abandonarlo aunque el paciente ya se sienta totalmente bien. Para ser eficaces y prevenir una recaída, los medicamentos tienen que tomarse durante 6 a 12 meses, siguiendo cuidadosamente las instrucciones del profesional sanitario.

- **¿Los antidepresivos producen efectos secundarios?** Al igual que otros, este medicamento puede provocar a algunas personas efectos secundarios leves y por lo general temporales, que en la mayoría de las veces desaparecen en las primeras semanas.

También es importante informar a la familia de que en el proceso depresivo, los momentos de máxima vulnerabilidad son aquellos en los que existe un mayor riesgo de suicidio y que suelen coincidir con el inicio del tratamiento farmacológico con antidepresivos. La familia generalmente construye una red de seguridad proporcionando una perspectiva de esperanza para el paciente, es por ello que es importante que la familia mantenga una comunicación directa, abierta y honesta con él. La familia, sobre todo la pareja, debe permitir que el paciente exprese sus sentimientos y su preocupación sin juzgarlo, diciéndole frases del tipo: «aquí estoy para ayudarte», «lo que te está sucediendo me importa», «te voy a ayudar en lo que sea necesario». A la familia se le debe informar de que si el paciente verbaliza o insinúa sentimientos suicidas debe acudir de inmediato al centro de salud para ser valorado por el médico.

Durante el tratamiento, sobre todo al inicio, el familiar puede ayudar al paciente con la toma de la medicación poniéndole notas para recordarle la toma de sus medicinas o, en algunos casos, administrando realmente las dosis para asegurarse de que la medicación se está tomando correctamente. Cuando el familiar observe muestras de mejora, hay que considerar que el mismo tratamiento facilita la comunicación y el establecimiento de vínculos de ayuda y confianza mutua. Es por ello que el familiar debe compartirlas para ofrecer estímulo y esperanza al paciente, señalando «que se está empezando a salir del túnel» y por tanto es necesario continuar tomando la medicación y con las visitas a los profesionales.

PUNTOS CLAVE

- La depresión puede ser tratada con antidepresivos, consiguiendo buenos resultados.
- La información que se debe dar a la familia siempre tiene que ser «a medida», por ello es necesario que el profesional conozca qué ideas tiene la familia respecto a la depresión y a la medicación antidepresiva.
- Los antidepresivos tienen que tomarse durante 6 a 12 meses, siguiendo cuidadosamente las instrucciones de los profesionales sanitarios.

¿CÓMO AFECTA LA DEPRESIÓN A LOS INDIVIDUOS?

Es muy importante que la familia conozca cómo la depresión afecta a su familiar, ya que dependiendo de las ideas y creencias que la familia tenga sobre la enfermedad

se generarán diferentes actitudes. La persona con depresión tiende al aislamiento y a la disminución de la comunicación con su familia. Esta actitud de «caparazón» del paciente está motivada por tres factores que la familia debe conocer:

FUERTES SENTIMIENTOS DE INCOMPRENSIÓN

El paciente percibe que su bajo estado anímico no es comprendido por su familia y amigos y lo expresa con frases del tipo: «¿cómo es posible entender una enfermedad que no se ve con pruebas?», «¿cómo puedo demostrar que estoy enfermo y no puedo trabajar?», «¿cómo puedo explicar que no tengo ganas de hacer las actividades que antes me gustaban tanto?» El paciente deprimido no sabe cómo expresar lo que le sucede, no hay pruebas diagnósticas que demuestren que está enfermo y, por otro lado, los sentimientos de desolación y desesperanza que experimenta, a veces, no están relacionados con su propia situación familiar, social y laboral. Es desde este contexto de dificultad por el que a menudo se recurren a expresiones y a metáforas que sintetizan el estado de ánimo del paciente que verbaliza como: «estar hundido», «sentirse vacío», «estar en un túnel», «no ver la salida», entre otras expresiones. Esta incomprensión se incrementa con las ideas y creencias erróneas sobre la depresión que tiene la mayoría de la población, y el propio paciente y su familia, al identificarla con «debilidad de carácter», «falta de voluntad» o «desánimo pasajero».

LOS SÍNTOMAS PROPIOS DE LA DEPRESIÓN

La depresión es una enfermedad en la que se identifican unas características básicas propias del estado de ánimo depresivo:

- Pérdida de energía e interés.
- Dificultad para concentrarse, pensar y decidir.
- Pérdida del apetito.
- Alteraciones del sueño.
- Aparición de sentimientos de culpa.

Se debe informar a la familia de que el síntoma que hilvana todo el estado de ánimo del paciente es la tristeza profunda. Podemos describir esta tristeza como unas «gafas oscuras» que el paciente siempre lleva puestas y, por lo tanto, todas las experiencias cotidianas las percibe desde el lado más negativo y perjudicial. Así, las actividades que antes realizaba de forma espontánea, como el aseo personal, preparar el desayuno o ir a comprar, entre otras, ahora se vuelven situaciones que necesitan de mucha energía para llevarlas a cabo.

Es necesario que la familia sepa que para su familiar deprimido, realizar cualquier actividad constituye un reto que en la mayoría de las ocasiones se ve como imposible de cumplir y realizar. Incluso aquellas actividades que antes le eran placenteras, como ir al cine o estar con los amigos, ahora se evitan y el hecho de plantearse realizarlas le genera ansiedad y conductas de huida. El paciente prefiere la soledad y el aislamiento, agravando de este modo la incomunicación con los demás, de tal modo vive inmerso en un círculo cerrado de difícil salida.

Se debe explicar a la familia que la depresión impregna toda el área afectiva del paciente, y donde antes su familiar encontraba disfrute y placer (ir al cine, bailar, salir de excursión, disfrutar de la gastronomía...) ahora presenta conductas para evitar realizar estas actividades. También se debe explicar a la familia que la pérdida del interés que manifiesta el paciente va acompañada de gran malestar emocional, porque en todo momento el paciente es consciente de cómo era antes de estar enfermo, y esta posibilidad de volver a ser el que era la vive desde la desesperación y el pesimismo.

EL ESTIGMA SOCIAL

Las enfermedades mentales en general, y en particular la depresión, son percibidas por la sociedad desde cierta distancia y con actitudes discriminatorias, de tal modo que padecer una depresión «no está bien visto» porque se relaciona con «falta de voluntad», «desinterés por las cosas» o «debilidad de carácter». De tal modo que si el paciente explica a sus familiares y amigos que tiene una depresión le van a responder con frases del tipo: «tienes que poner de tu parte», «debes animarte», «tienes que pensar en los demás», por lo tanto, le van añadir más daño emocional del que ya sufre.

Por otra parte, tomar antidepresivos, a diferencia de otros fármacos, implica que el paciente tiene que asumir que su enfermedad forma parte de las enfermedades estigmatizadas, es decir, no comprendidas por la sociedad. Es por ello que, a diferencia de otros fármacos, la toma del antidepresivo el paciente la realiza en soledad, privada de las miradas de los otros, para así evitar preguntas incómodas y dar explicaciones acerca de su estado de ánimo decaído.

Estas actitudes del enfermo ante su enfermedad construyen un muro de incomunicación con su familia. Es por ello que la familia debe saber que este tipo de reacción forma parte de la propia enfermedad, que genera conductas evitativas y de aislamiento. Por lo tanto, las respuestas que da el enfermo a través de su incomunicación con la familia y su deseo de aislarse son actitudes que la familia no debe interpretar que son dirigidas hacia ella sino que la propia familia las debe entender como los síntomas propios de la enfermedad.

PUNTOS CLAVE

- La persona con depresión tiende al aislamiento y a la disminución de la comunicación con su familia.
- Generalmente, el paciente percibe que no es comprendido por su familia y amigos.
- El síntoma que hilvana todo el estado de ánimo del paciente es la tristeza profunda.
- Frases de ánimo como: «tienes que poner de tu parte», «debes animarte», «tienes que pensar en los demás», incrementan los sentimientos de desolación y desesperanza del paciente, porque se presupone que solo tiene un problema de falta de voluntad o desinterés.

ACTITUDES ERRÓNEAS RESPECTO A LA ENFERMEDAD

En la mayoría de las ocasiones, los síntomas depresivos son considerados por la familia como: pereza, indisposición, ociosidad o debilidad, provocando el alejamiento de la familia y amigos, de tal forma que el paciente verbaliza esta percepción familiar con frases del tipo: «las personas acababan desinteresándose por mí», «no quieren estar conmigo», «nadie se interesa por mí». Por lo tanto, en función de las ideas previas que la familia tenga sobre la depresión, se generarán diferentes actitudes; así, si la familia cree que su familiar es «un vago», «que tiene que poner ilusión por las cosas» o «se deja llevar por los problemas», este tipo de razonamiento estará ligado a actitudes de reproche y de culpabilidad hacia al paciente.



Es por ello que el profesional, cuando realiza la entrevista al paciente y a su familia, debe conocer qué ideas previas tienen sobre lo que es una depresión y de dónde procede su información. En función de esta información, el profesional podrá construir una actitud de relación de ayuda con el paciente y su familia, que pasa por aclarar dudas, deshacer malentendidos y ofrecer información clara y comprensible, de este modo se le reconocerá su derecho a estar debidamente informado sobre lo que es la depresión. Además, los objetivos de la información son posibilitar la participación de la familia en las decisiones que afectan a la salud de su familiar deprimido y combatir el estigma y los prejuicios asociados a la enfermedad mental y a la depresión en particular.

Es necesario aclarar a la familia las dudas que pueda tener en relación a la depresión, frecuentemente estas dudas están relacionadas con el propio término, porque la palabra «depresión» es utilizada de forma banal en lenguaje coloquial, confundiendo la depresión clínica con sentimientos como la tristeza, el agobio o la preocupación, a menudo relacionados con dificultades de la vida, pero que no constituyen unas condiciones patológicas. Las ideas erróneas sobre lo que es una depresión tienen su origen en la utilización inapropiada que se realiza en los medios de comunicación y en el lenguaje coloquial, confundiéndola con «estar triste», «tener un mal día», o el conocido «tener una depre».

Otro componente importante del prejuicio social sobre la depresión es la atribución a la persona afectada de características como «debilidad de carácter», «falta

de voluntad» o «incapacidad para enfrentarse a adversidades y problemas». Pero lo más grave es que se afirman ideas sobre el origen y el tratamiento de la depresión que generan actitudes nocivas en el paciente depresivo (tabla 1).

Tabla 1. Creencias erróneas en relación a la etiología y tratamiento de la depresión

- La depresión aparece por tener un carácter débil.
- Si una persona está deprimida es por un factor externo.
- Con fuerza de voluntad se puede curar la depresión.
- Los antidepresivos son adictivos.
- La depresión es una forma de tristeza.
- Los hombres no padecen depresión.

Estas ideas generan incertidumbre en la familia, propiciando actitudes que aíslan aún más al paciente, es por ello que es necesario que el profesional aclare las incertidumbres que pueda tener la familia, explicando que, aunque la mayoría de personas puede experimentar tristeza de vez en cuando -y esto es un sentimiento que forma parte de la normalidad-, en algunas personas estos sentimientos son más intensos, persistentes y se acompañan de otros síntomas que componen el síndrome depresivo, provocando gran malestar y dificultando la realización de las actividades de la vida diaria.

Es entonces cuando podemos encontrarnos ante un trastorno depresivo que debe ser valorado y tratado por un profesional. En este contexto, los profesionales sanitarios deben diseñar estrategias que sustituyan el sentimiento de culpa que sienten muchos familiares sobre la enfermedad del paciente, ofreciendo una explicación causal y psicopatológica de la depresión que incluya los componentes biológicos, sociales y psicológicos.

Otra fuente de dificultad está asociada a la percepción por parte de familiares y amigos de que la sintomatología depresiva del paciente responde a un estado de mera tristeza o humor bajo de tipo pasajero y se espera que la persona con depresión la resuelva por sí misma a corto plazo. Esta incomprensión puede incrementar los sentimientos de culpa y baja autoestima del paciente, que habitualmente ya estarán presentes como un componente del síndrome depresivo, y potenciar su tendencia a la incomunicación y al aislamiento social.

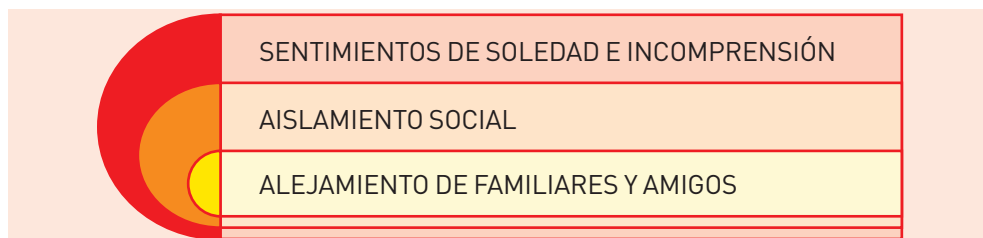
En este contexto podemos hablar también del estigma social hacia la depresión, que puede ser un problema sustancial para las personas deprimidas, inhibiendo la búsqueda de ayuda y asesoramiento y dificultando tanto la aceptación y la adherencia al tratamiento como su reinserción social. Es necesario que el profesional también informe y asesore a la familia para combatir los prejuicios relacionados con la depresión y ello implica el cambio de las creencias en torno a la enfermedad depresiva y el cambio de la forma en la que se percibe a las personas que padecen depresión por parte de la sociedad.

PUNTOS CLAVE

- El profesional, cuando realiza la entrevista al paciente y a su familia, debe conocer qué ideas previas tienen sobre lo que es una depresión y de dónde procede su información.
- La palabra «depresión» es utilizada de forma banal en lenguaje coloquial, confundiendo la depresión clínica con sentimientos como la tristeza, el agobio o la preocupación.
- Los profesionales deben ofrecer a la familia una explicación causal y psicopatológica de la depresión que incluya los componentes biológicos, sociales y psicológicos.
- Los objetivos de la información son posibilitar la participación de la familia en combatir el estigma y los prejuicios asociados a la depresión.

BARRERAS DEL ENFERMO HACIA LA AYUDA FAMILIAR

Ya se ha hecho mención de la actitud de caparazón que experimenta el enfermo; esta viene determinada por los propios síntomas de la depresión y por la incapacidad del propio enfermo de poder explicar lo que le sucede. Si a estos dos factores le añadimos la incomprensión de la propia familia que no entiende lo que le está sucediendo a su familiar, podemos entender esa actitud de cerrazón ante cualquier ayuda externa. Es por este motivo que se debe informar a la familia de que la depresión mayor es una enfermedad que afecta física y mentalmente, y también en el modo de sentir y de pensar. Es por ello que la depresión puede provocar en el paciente deseos de alejamiento de la familia, de amigos y del trabajo. Desde esta perspectiva, el enfermo ve la realidad desde un enfoque que lo tiñe todo de tristeza y pesimismo, lo que incrementa el deseo de aislarse de los demás.



Este aislamiento y autoexclusión del paciente de la vida familiar y social se nutre del concepto que tiene el paciente de lo que es una depresión. Así, por ejemplo, si su idea es que la depresión es sinónimo de pereza, se verá a sí mismo como un vago incapaz de hacer nada y que su situación de sufrimiento emocional es debido a su propia actitud de desinterés por las cosas. Por otra parte, al paciente le cuesta mucho decir que sufre una depresión porque socialmente no está «bien visto», por tanto, los antidepresivos se tienden a tomar en soledad, lejos de cualquier mirada, y de este modo se evitan comentarios y preguntas incómodas de contestar. De tal forma que se potencia, aún más, la autoexclusión de cualquier ayuda, generando más aislamiento, barreras de comunicación y de sufrimiento emocional.

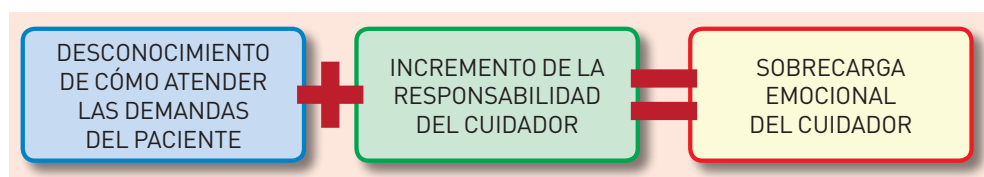
En la mayoría de las ocasiones, durante los primeros síntomas depresivos será el familiar más cercano el que tome la iniciativa de llevar al paciente al centro de salud para ser valorado por el médico de familia. Generalmente en esta primera fase el paciente ofrece resistencias y excusas para no ir al médico: «ya se me pasará», «deja pasar unos días», «ya saldré por mí mismo». Es por ello que es necesario que la familia tenga ciertas habilidades comunicativas y negociadoras para convencerlo de que debe ir a su médico de familia; por tanto, debemos insistir a la familia de que con su actitud facilitadora puede construir puentes que permitan una comunicación más fluida y de ese modo el paciente pueda expresar sus miedos, quejas y dudas sobre su enfermedad. Es en este momento de apertura del paciente donde se le puede explicar que sus síntomas forman parte de una depresión mayor y precisa antidepressivos y seguimiento por parte de los profesionales del centro de salud.

PUNTOS CLAVE

- El enfermo experimenta una actitud de caparazón que viene determinada por los propios síntomas de la depresión y por su propia incapacidad de poder explicar lo que le sucede.
- El aislamiento y autoexclusión del paciente de la vida familiar y social se nutre del concepto que tenga el paciente de lo que es una depresión.
- En las primeras fases de la depresión el paciente ofrece resistencias para no acudir al médico, es por ello que es necesario que la familia tenga ciertas habilidades comunicativas y negociadoras para convencerlo.

IMPACTO DE LA DEPRESIÓN EN EL NÚCLEO FAMILIAR

En los anteriores apartados se describía cómo el paciente depresivo explica su estado de ánimo como impregnado de pesimismo, desesperanza y de tristeza, y que es insensible a cualquier tipo de placer o alegría. Por tanto, el paciente no es el que era antes, su humor ha cambiado radicalmente, ya no quiere salir, no le apetece realizar las actividades placenteras que antes hacía y disfrutaba con ellas. Pero la depresión que afecta al paciente también tiene unos efectos en la familia nuclear y sobre todo en el/la cuidador/a principal, que es quien más sufre el estado de ánimo del paciente, y suele ser la pareja. Se puede decir que cuando una persona sufre una depresión, en la familia se produce un «contagio» de tristeza que impregna todas las relaciones familiares. Desde esta perspectiva, tener un miembro de la familia con depresión afecta al funcionamiento y la dinámica de toda la familia, y sobre todo del/ de la cuidador/a principal.



Es por ello que los profesionales deben reconocer cómo el impacto de la depresión afecta en el conjunto familiar, afectando los vínculos emocionales y la comunicación entre los miembros de la familia. Generalmente, el cuidado recae principalmente en la familia y conlleva una sobrecarga emocional importante sobre todo en el/la cuidador/a principal, que suele ser la pareja. En cuanto a los aspectos relacionados con dicha sobrecarga, sobresale la idea central de que el hecho de convivir con un familiar depresivo, independientemente de la relación, edad y sexo, es una experiencia dura y de difícil comprensión. También la mayoría de familiares creen que la depresión es una enfermedad difícil de entender tanto para la persona que la padece como para los que le cuidan, y ello genera conflicto en las relaciones familiares, personales y un rechazo social.

También se debe destacar que la enfermedad es reconocida por la familia como compleja y paradójica, porque se genera en la familia un sentimiento innato de querer dar apoyo, sin embargo, se perciben muchos obstáculos e impedimentos por parte del enfermo para recibir esta ayuda. La familia describe estos sentimientos paradójicos con frases del tipo: «cuando intento darle conversación me responde que no quiere hablar», «si le propongo salir a dar un paseo me contesta que no tiene ganas de salir», pero «si no le digo nada para no molestarle, se queja de que no le presto atención». Otro foco de estrés relatado por los familiares son los cambios inexplicables de ánimo, el desinterés por la vida y la pérdida de sentido de la vida que manifiesta el paciente. Este estado de estrés se agrava cuando en el discurso del familiar deprimido resalta la presencia de la idea del suicidio.

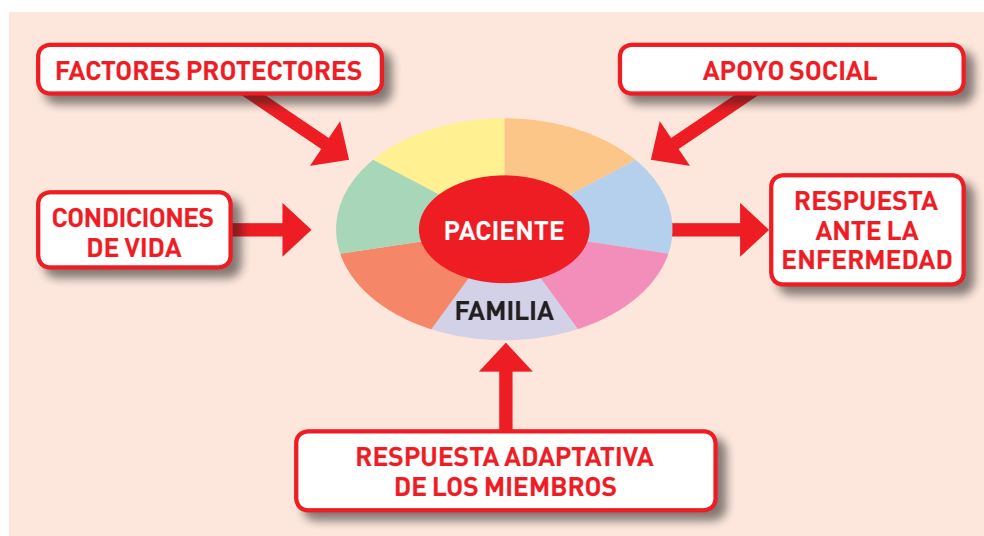
La familia es una fuente importante de soporte en la búsqueda de soluciones y apoyo del paciente depresivo, pero también la familia necesita información sobre el manejo de la enfermedad y debe recibir soporte para disminuir la carga de estrés y sufrimiento emocional. Es por ello que el profesional debe conocer el contexto relacional del paciente, su núcleo familiar y cuáles son sus redes de apoyo; especialmente debe centrarse en la dinámica y en las relaciones del núcleo familiar, porque este es el contexto más importante donde un proceso de enfermedad se origina y se resuelve. Es por ello que es preciso identificar desde un inicio las áreas de dificultad de las familias con un enfermo depresivo, de este modo existe la posibilidad de intervenir oportunamente en dichas áreas donde se requiere apoyo psicoeducativo.

PUNTOS CLAVE

- El impacto de la depresión afecta en el conjunto familiar, afectando los vínculos emocionales y la comunicación entre los miembros de la familia.
- La familia es una fuente importante de soporte en la búsqueda de soluciones y apoyo del paciente depresivo, pero también la familia necesita recibir soporte para disminuir la carga de estrés y sufrimiento emocional.
- Es preciso identificar desde un inicio las áreas de mayor dificultad de las familias, de este modo existe la posibilidad de intervenir oportunamente en dichas áreas donde se requiere apoyo psicoeducativo.

IMPORTANCIA DE LAS RELACIONES FAMILIARES PARA EL PACIENTE

La familia ha sido siempre la principal fuente de apoyo y cuidados, la mayor parte de los mismos que requieren los diferentes miembros de la unidad familiar se proporcionan en el seno de la misma. El estado de salud de un miembro de la familia y su reacción frente a la enfermedad influyen en los mecanismos físicos y psicológicos de soporte que actúan dentro de la familia, y reciben, a su vez, influencia de estos mecanismos. El apoyo social puede ser definido por la presencia de recursos de apoyo psicológico provenientes de otras personas significativas, como la familia, que permite a las personas creer que: se preocupan de ellos y les quieren, son estimados y valorados y pertenecen a una red de comunicación y de obligaciones mutuas. Se trata de un proceso recíproco, que genera efectos positivos para el sujeto que los recibe, así como para quien ofrece el apoyo, permitiendo que ambos tengan más control sobre su vida. El apoyo social percibido se caracteriza por la valoración cognoscitiva de estar conectado de manera fiable con otros.



Desde este planteamiento, la familia debe dar respuesta ante las necesidades del familiar deprimido, adaptándose para poder seguir funcionando, adoptando las siguientes funciones:

ADAPTABILIDAD

La depresión de un familiar repercute en la dinámica familiar. Si antes del inicio de la depresión la persona era conversadora, le gustaba participar y realizar actividades lúdicas con su familia, ahora, desde que está deprimida, busca el aislamiento y evita cualquier actividad lúdica y placentera con su familia. Este cambio de actitud afecta a la familia, que tendrá que responder adaptándose a las demandas y necesidades del enfermo.

PARTICIPACIÓN

Para resolver estas nuevas necesidades que demanda el paciente es necesario que la familia potencie su capacidad de compartir los problemas y de comunicarse para explorar maneras de resolverlos.

Es en el núcleo familiar, y sobre todo con la pareja, donde se deben «construir puentes de comunicación» con el paciente. La comunicación con el paciente no es fácil, sobre todo en las primeras fases de la depresión, es por ello que la actitud familiar debe ser facilitadora; es decir, el paciente debe sentir que su familia «está ahí», «no está ausente», «no está despreocupada de lo que le ocurre». Desde esta óptica, la familia debe promover actitudes, en la medida de lo posible, que faciliten la comunicación y la participación de su familiar.

AFECTO

En estas primeras fases de la depresión se debe potenciar la comunicación no verbal y las actitudes positivas: «dar un beso», «dar una acaricia», «estar sentado al lado del paciente», «ofrecerse para acompañarlo a realizar cualquier actividad». También pueden facilitar la expresión de sentimientos frases del tipo: «¿cómo te encuentras?», «¿has descansado bien esta noche?», «¿te apetece hablar de lo que te está pasando?». Se debe señalar a la familia que estas preguntas deben ser realizadas desde la empatía y la escucha activa, es decir, el paciente debe percibir un interés genuino y afecto por parte de su familia.

INCREMENTAR LA SEGURIDAD DEL FAMILIAR

Las personas afectadas por la depresión tienen conciencia de padecer una alteración del estado de ánimo, aunque en los primeros estadios no son capaces de reconocer su carácter de enfermo. Esto hace que, en general, consideren su situación de forma inadecuada, buscando razones externas (mala suerte, el destino o la gente) o internas. Además, presentan sentimiento de minusvalía personal y social acompañado de vivencias subjetivas de estar rodeado de problemas. Esta constelación de síntomas hacen que el paciente se sienta vulnerable e inseguro; es por ello que se deben incrementar las relaciones familiares para crear un entorno lo más seguro posible para el paciente.

PUNTOS CLAVE

- La familia como sistema de apoyo natural es, en los periodos de dependencia, la mayor fuente de apoyo social y personal.
- En las primeras fases de la depresión se debe potenciar la comunicación no verbal y las actitudes positivas hacia el enfermo.
- El paciente se siente vulnerable e inseguro, es por ello que se deben incrementar las relaciones familiares para crear un entorno más seguro y acogedor.
- La familia debe promover actitudes que faciliten la comunicación y la participación del enfermo.

CONDUCTAS DE AYUDA PARA EL PACIENTE

Los trastornos depresivos hacen que uno se sienta exhausto, inútil, desesperanzado y desamparado. Esas maneras negativas de pensar y sentirse hacen que las personas quieran darse por vencidas, «tirar la toalla». Es importante que el profesional explique a la familia que el paciente percibe la realidad cotidiana de forma negativa y perjudicial, que esta «mirada» forma parte de los síntomas de la depresión, y por lo general, estas percepciones de la realidad no se basan en circunstancias reales. Se debe informar a la familia de que los pensamientos negativos van desapareciendo cuando el tratamiento empieza a hacer efecto.

La familia ofrece un sistema de apoyo y ayuda al paciente proporcionándole pautas en su vida cotidiana que le ayudan a manejar mejor su estado de ánimo:

- Ayudarle a fijar metas realistas, recomendándole ir paso a paso, sin que asuma grandes responsabilidades.
- Es mejor dividir las metas en partes pequeñas y que haga las actividades cuando pueda, es mejor «no forzar la máquina» y que el paciente «vaya a su ritmo».
- El paciente debe sentirse acompañado por su familia y sobre todo por su pareja.
- Estimular al paciente a realizar aquellas actividades que le ayuden a sentirse mejor y que le requieran menor esfuerzo.
- Es recomendable que el paciente realice algún tipo de ejercicio físico, como pasear o ir en bicicleta.
- En la medida que el paciente se encuentre mejor, la familia le puede acompañar en aquellas actividades sociales que antes realizaba, como: asistir a eventos deportivos, ir a actividades recreativas, asistir a actividades religiosas o de otro tipo.
- Explicarle al paciente que su estado de ánimo mejorará gradualmente, nunca de forma inmediata.
- Es aconsejable posponer decisiones importantes (compra de vivienda, traslado a otra ciudad, casarse o divorciarse...) hasta que haya remitido totalmente la sintomatología depresiva.
- Es importante que la familia y sobre todo la pareja le resalte las mejoras que el paciente presenta a lo largo del proceso: «hoy has ido a la peluquería», «la ropa que te has comprado te sienta muy bien», «la receta de cocina que has hecho está muy rica», «me ha gustado ir de compras contigo».
- En la medida que el paciente vaya mejorando debe ir realizando las actividades que hacía previas al inicio de la depresión.
- Intentar que la autocrítica y los pensamientos negativos que el paciente exprese sean reemplazados por pensamientos positivos como: «tengo una pareja que me quiere», «mi familia está a mi lado», «mis compañeros de trabajo llaman por teléfono y se preocupan por mí», «estoy recibiendo un tratamiento que me ayudará a salir del pozo», «si otros han salido de la depresión, yo también saldré».

Recordar a la familia, sobre todo a la pareja, que la depresión puede durar meses y, por tanto, el planteamiento de la ayuda familiar debe ser percibido como una «maratón» más que como un «*sprint* de 100 metros». Es por ello que las expectativas que tiene la familia sobre la recuperación del paciente deben ser realistas, dosificando las fuerzas en relación a la ayuda del paciente; por tanto, no es recomendable apretar el «acelerador» sino que el paciente vaya a su ritmo, apreciando los cambios de la mejora del ánimo que el paciente experimenta a lo largo de su evolución.

PUNTOS CLAVE

- Es importante explicar a la familia que las maneras negativas de ver la realidad cotidiana que explica el paciente son parte de los síntomas de la depresión; estas distorsiones, por lo general, no se basan en circunstancias reales.
- La familia debe proponer al paciente pautas en su vida cotidiana que le ayuden a manejar mejor su estado de ánimo.
- La ayuda que presta la familia debe ser como una «maratón». Es por ello que es importante dosificar las fuerzas y las expectativas en relación a la mejora del paciente.

¿QUÉ NO HACER? CONDUCTAS ERRÓNEAS

Uno de los errores más frecuentes de los profesionales de la salud es dar por sentado que la familia del paciente deprimido va a entender todas nuestras explicaciones sobre la enfermedad y el tratamiento de su familiar. En efecto, la palabra depresión tiene para los profesionales unas connotaciones clínicas que en la mayoría de ocasiones poco o nada tienen que ver con las creencias y la información de los familiares. Es por este motivo que en la primera entrevista el profesional deberá conocer qué ideas tiene la familia acerca de la depresión y qué saben acerca de los antidepresivos.

En la mayoría de los casos, las fuentes que dispone la familia para buscar información sobre la depresión y su tratamiento son los medios de comunicación (prensa, radio, TV), libros de autoayuda y sobre todo *blogs* y páginas de Internet. Los profesionales deben advertir a la familia que este tipo de información, en muchas ocasiones, no está avalada por asociaciones ni por estudios científicos contrastados. Es más, algunos materiales (libros de autoayuda, páginas web, etc.) pueden confundir a la familia con informaciones inciertas sobre lo que es la depresión, promoviendo conductas que pueden perjudicar y entorpecer la mejoría del paciente. Es por ello que si la familia solicita información adicional sobre la depresión, el profesional puede asesorarle recomendándole algunos materiales que pueden ampliar la perspectiva de lo que es una depresión y su tratamiento (ver bibliografía específica).

Los profesionales no debemos olvidar que las actitudes nacen de las ideas previas que tenemos acerca de un acontecimiento determinado, es por ello que, dependiendo de qué creencias e información tenga la familia sobre la depresión, se generarán unas actitudes que pueden ser nocivas o beneficiosas para la recuperación del paciente.

Por tanto y previniendo estas actitudes nocivas, es preciso aclarar qué creencias e informaciones son erróneas. La siguiente lista contiene una relación de los errores más frecuentes acerca de lo que es la depresión mayor.

Errores más frecuentes:

- «La depresión es solo una forma de debilidad, si mi familiar pusiese un poco de voluntad lo podría resolver por sí mismo».
- «Los jóvenes no se deprimen».
- «Es normal que un anciano esté deprimido».
- «La depresión es una debilidad del carácter».
- «Los hombres no se deprimen».
- «Si una persona tiene estabilidad económica y familiar no puede deprimirse».
- «Los antidepressivos son adictivos».
- «La depresión no es una enfermedad».

Estas ideas erróneas sobre la depresión son difíciles de erradicar, requiere de un proceso en el cual la familia vaya asumiendo de forma paulatina que la depresión es una enfermedad que precisa tratamiento. Es por ello que el profesional durante el seguimiento clínico del paciente debe establecer una relación fluida con la familia para informarla y asesorarla en sus dudas y preguntas.

PUNTOS CLAVE

- No dar por sentado que la familia va a entender todas nuestras explicaciones sobre la enfermedad de su familiar.
- Los profesionales deben advertir a la familia que la información sobre depresión que se encuentra en los libros de autoayuda y páginas web, en muchas ocasiones, no está avalada por asociaciones ni por estudios científicos contrastados.
- Durante el seguimiento clínico del paciente debe establecer una relación fluida con la familia para informarla y asesorarla en sus dudas y preguntas.

LA FAMILIA COMO PARTE ACTIVA DEL TRATAMIENTO DEL PACIENTE

La ayuda de familiares y amigos, su cooperación y acompañamiento, son imprescindibles para mejorar el tratamiento y acelerar su recuperación. La familia, y en especial la pareja o persona próxima al enfermo, forma parte del «tratamiento». En efecto, la familia es la mayor fuente de apoyo social y personal de que pueden disponer las personas, tanto en los periodos de independencia como en los de dependencia.

Es en el contexto familiar donde el paciente puede expresar libremente sus emociones y sentimientos, por tanto, no tiene que fingir o disimular su malestar emocional. Es decir, si el paciente prefiere no ver la TV, o realizar actividades domésticas, puede decidir no participar sin tener que dar explicaciones ni justificar su actitud.

Este «poder actuar libremente» es beneficioso para el paciente, porque percibe que su familia entiende cómo se siente y por ello no le presiona ni le exige participar o realizar en actividades de cooperación familiar.

Esta comprensión del estado de ánimo del paciente por parte de la familia es beneficiosa y promueve su mejora. Es desde este contexto de ayuda donde es aconsejable que en las fases iniciales de la enfermedad se incremente el cuidado del enfermo, supervisando la toma de la medicación y acompañándolo a la visita del profesional. Se debe recordar a la familia que en unas semanas, de 2 a 4 habitualmente, la medicación estará haciendo efecto y el enfermo, en la mayoría de los casos, podrá empezar a volver paulatinamente a la actividad social laboral y familiar.

También debemos estimular a la familia a que comparta con el paciente las mejoras que se van observando a lo largo del proceso. Así se le puede hacer ver al paciente que ha tomado la decisión por él mismo de realizar alguna actividad lúdica –ir al cine, pasear, ir de compras, visitar a algún amigo–, y eso es una señal de ir por el camino de la recuperación.

La familia puede ofrecer al paciente:

- Apoyo emocional.
- Potenciar la socialización.
- Aumentar los sistemas de soporte familiar.
- Potenciar su autoestima.
- Acompañarlo a realizar algún tipo de actividad.
- Facilitar la expresión de sentimientos.

La mayoría de los pacientes con depresión y sus familias se adaptan adecuadamente a la nueva situación y, a pesar de las tensiones y reestructuraciones que exige, son capaces de reorganizarse e incluso fortalecer sus lazos. Sin embargo, el profesional sanitario ha de estar atento a aquellas familias, y sobre todo el/la cuidador/a principal, que se cierran en sí mismas y quedan atrapadas, llegando a asumir en exceso la responsabilidad del cuidado del enfermo, limitando su autonomía o independencia. Esta limitación de la autonomía del paciente por excesiva protección familiar debe ser valorada por el profesional durante el seguimiento del paciente, ya que una excesiva protección y cuidado del enfermo puede impedir su mejoría.

PUNTOS CLAVE

- La familia, y en especial la pareja o persona próxima al enfermo, forma parte del «tratamiento».
- La comprensión del estado de ánimo del paciente por parte de la familia es beneficiosa y promueve su mejora.
- Se debe estimular a la familia a que comparta con el paciente las mejoras que se van observando a lo largo del proceso.

- El profesional ha de estar atento a aquellas familias, y sobre todo el/la cuidador/a principal, que asumen en exceso la responsabilidad del cuidado del enfermo, limitando su autonomía o independencia.

ALERTAS DE PELIGRO DE SUICIDIO Y CÓMO MANEJAR LA CULPA DEL FAMILIAR

Existe una idea errónea de que hablar de las ideas de suicidio con el paciente pudiera conducir a provocarlo, o hacer que le parezca una idea aceptable. En realidad, hablar abiertamente del tema puede representar un alivio para el paciente y da una oportunidad a la familia de ayudar a conocer el grado de fuerza que tienen tales ideas. Este «hablar abiertamente» de la muerte y del suicidio se debe enmarcar dentro del contexto del clima familiar de aceptación y ayuda. Es por ello que la familia, sobre todo el/la cuidador/a principal, debe estar atenta a algunas señales que debe conocer. Así, la persona que quiere suicidarse suele presentar cambios en las emociones, en los pensamientos, en los hábitos y en el comportamiento habitual.

Entre estos cambios podemos encontrar:

- Detección de conductas sospechosas: sigilo, un repentino antojo que el deprimido desea realizar, una injustificada visita a la droguería o a la farmacia.
- Expresiones verbales tales como: «ya no puedo más», «acabaré con todo esto», «esto no es vivir», «no encuentro ninguna salida», «no hay solución».
- Despedidas raras: el paciente, sin venir a cuento, habla como si se fuera a ir de viaje, diciendo frases del tipo: «cuidad de mis cosas», «siempre os querré», «habéis sido muy buenos conmigo», «adiós y hasta siempre».
- Una aparente tranquilidad repentina cuando el paciente pasaba unos días agitado puede significar que ha tomado una decisión drástica.

Estas señales de alerta podrían ser también una petición de ayuda y nos proporcionan una oportunidad (tanto a la familia como a amigos, conocidos y profesionales de la salud) para intervenir y prevenir la conducta suicida, intentando no reaccionar de modo exagerado y manteniendo la calma. Se debe demostrar al paciente que su familia entiende que se sienta desesperado o que en este preciso momento se encuentre en una posición difícil y frágil. La familia tiene que comunicarle que hay ayuda disponible y que con la asistencia profesional correcta es posible que pueda manejar sus problemas y sentirse mejor en el futuro. Ante cualquier cambio emocional importante y/o verbalización de deseo de morirse, la familia debe consultar de forma inmediata con su médico o con el servicio de urgencias de su centro de salud.

Se debe informar a la familia acerca de los síntomas de la depresión que originan sentimientos y emociones en el paciente que le hacen sentirse hundido y desesperanzado; es por ello que en algunas ocasiones el paciente quiere liberarse de estos sentimientos y piensa en el suicidio como única vía de escape. Por este motivo, el profesional debe insistir en que la depresión es una enfermedad que se puede agra-

var, como cualquier otra enfermedad, pudiendo presentar síntomas como la ideación suicida que requieran asistencia profesional urgente, y en algunas ocasiones precisen de ingreso hospitalario.

La ideación suicida provoca diversos sentimientos y reacciones en la familia, como sentir tristeza e impotencia por creer que lo que hacen por su familiar enfermo no le es de ayuda. En ocasiones la familia expresa que se sienten impotentes y sobre todo culpables por no saber actuar correctamente con el enfermo. Es por ello que es necesario que el profesional explique a la familia que los sentimientos y emociones del paciente están relacionados directamente con su enfermedad y, por tanto, «no hay responsables» ni «culpables» de su estado de ánimo negativo. Por el contrario, hay que resaltar que el apoyo familiar, en la mayoría de las veces, es un motor de ayuda para que el paciente mejore su estado de ánimo deprimido.

PUNTOS CLAVE

- Es una idea errónea creer que hablar de las ideas de suicidio con el paciente pudiera conducir a provocarlo, o hacer que le parezca una idea aceptable.
- La familia, sobre todo el/la cuidador/a principal, debe estar atenta a algunas señales de riesgo de suicidio que debe conocer.
- Se debe desculpabilizar a la familia de los pensamientos suicidas del paciente.

Bibliografía recomendada

- Aragonès Benaiges E, López Cortacans G, Badia Rafecas W, Piñol Moreso JL, Hernández Anguera JM, Caballero Alías A. Abordaje psicoeducativo de la depresión en Atención Primaria. El modelo INDI. Metas de Enfermería 2011; 14:62-7.

El modelo INDI es un programa multicomponente para mejorar el manejo de la depresión en Atención Primaria desarrollado por el Grupo de Investigación en Salud Mental y Atención Primaria de Tarragona (IDIAP Jordi Gol). En este artículo se describe el componente psicoeducativo del programa.

- Depression wellness guide for adults with depression and their family and friends. Families for Depression Awareness. Leído el 12 de enero de 2012. Disponible en wvsbha.org/.../Depression/wellnessguide.pdf.

Esta guía educativa ha sido elaborada por una asociación de familiares norteamericanos para promover el conocimiento de la depresión y está dirigida a personas con depresión y a sus familias y amigos. La guía ha sido supervisada por la American Academy of Family Physicians y la American Psychiatric Association.

- Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Consenso en el tratamiento de las depresiones. Barcelona: Ars Medica, 2005.
- Gabilondo A, Rojas-Farreras S, Vilagut G, Haro JM, Fernández A, Pinto-Meza A, Alonso J. Epidemiology of major depressive episode in a southern European country: results from the ESEMeD-Spain project. J Affect Disord 2010; 120:76-85.

El estudio ESEMED es un estudio epidemiológico sobre la prevalencia y otras características clínicas de los trastornos mentales en Europa. En este artículo se reportan los resultados específicos sobre la epidemiología de la depresión mayor en la población general española.

- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. La Conducta Suicida: Información para pacientes, familiares y allegados, 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02. Disponible en: http://www.sergas.es/Docs/Avalia-t/2009_03_Gal/inicio-gal.html.

Documento en formato de libro electrónico que traslada los contenidos esenciales de la guía de prevención y tratamiento de la conducta suicida al paciente y a sus allegados con el objetivo de favorecer su comprensión y facilitar la toma de decisiones.

- Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de la Depresión Mayor en el Adulto 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalia-t, n.º 2006/06. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_424_Dep_Adult_compl.pdf.

Guía clínica basada en la evidencia científica, donde se ofrecen recomendaciones para el diagnóstico, evaluación y tratamiento de la depresión mayor. Incluye un anexo con información práctica y concisa para pacientes y familiares.

- <http://www.forumclinic.org/depression>

Página web coordinada por profesionales del Hospital Clínic de Barcelona. Se pueden encontrar noticias sobre depresión, reportajes, foro e información.

- Karp D. Speaking of Sadness: Depression, Disconnection, and the Meaning of Illness. New York: Oxford University Press, 1996.

Karp es un sociólogo que sufrió una depresión y a raíz de este acontecimiento realizó una investigación fenomenológica acerca de los significados y vivencias que experimenta el enfermo deprimido. Este es el primer libro de una trilogía sobre la depresión y sus significados.

- Kravitz R, et al. Relational barriers to depression help-seeking in primary care. *Patient Education and Counseling* 2011; 82:207-13.

Los autores realizaron un estudio cualitativo en el que entrevistaron a pacientes deprimidos para conocer cuáles eran las barreras que se encontraban cuando solicitaban ayuda profesional. La barrera que más destacaban los pacientes era la dificultad de los profesionales para conocer de qué formas les estaba afectando la depresión en su vida cotidiana y en sus relaciones.

- Masreal, F. *Conviure amb la depressió*. Barcelona: Mina/Grup62, 2007. Versión en castellano: Masreal, F. *Convivir con la depresión*. Barcelona: Lucièrna, 2008.

El periodista Fidel Masreal profundiza desde un punto de vista no médico en una enfermedad que aún está llena de tabúes y prejuicios. Además de entrevistarse con psiquiatras, psicólogos y otros profesionales, ha hablado a fondo con personas que han sufrido una depresión o con los que han vivido con enfermos que la padecían.

- Mayo Clinic. Depression: Supporting a family member or friend. [Citado el 12 de enero de 2012]. Disponible en <http://www.mayoclinic.com/health/depression/MH00016>.

Diferentes profesionales de la Clínica Mayo de los EE.UU. han escrito este material divulgativo para el enfermo deprimido y su familia. El material está escrito con un estilo y un vocabulario comprensible y de fácil lectura.

- Organización Médica Colegial (OMC). Evidencia científica en ansiedad y depresión, 2.ª edición actualizada. Ed. IMC S.A. 2011.

- Plan de Prevención del Suicidio. <http://www.suicidioprevencion.com>.

Se trata de una web que se enmarca en el contexto de un plan piloto para la prevención del suicidio dirigido a la población de la Dreta de L'Eixample de Barcelona. Proporciona información, ayuda y orientación a personas que se encuentran con esta problemática, sean ellos mismos o alguien de su entorno cercano. Se dirige también a profesionales sanitarios que buscan asesoramiento sobre los problemas de este tipo.

- Saver B, Van-Nguyen V, Keppel G, Doescher M. A Qualitative Study of Depression in Primary Care: Missed Opportunities for Diagnosis and Education. *J Am Board Fam Med*, January-February 2007; 20:28-35.

En este artículo se subraya la necesidad de mejorar la calidad asistencial en relación al diagnóstico y sobre todo en el seguimiento de la depresión, potenciando la información y educación del paciente.

- Taylor D, Paton C, Kapur S. *The Maudsley Prescribing Guidelines*, Tenth Edition. London: Informa Healthcare, 2009.

- Vallejo Ruiloba J. *Doctor, estoy deprimido*. Madrid: La esfera de los libros, 2010.

El equipo coordinado por el Dr. Julio Vallejo Ruiloba ha escrito este libro con un estilo divulgativo, que responde a una amplia gama de preguntas formuladas por los pacientes y sus familias en relación a la depresión y su tratamiento.

