

Depresión

¿Qué es la depresión?

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión constituye la causa principal de incapacidad laboral a nivel mundial y es el trastorno mental más frecuente. A lo largo de la vida, afecta a más de 10 % de la población adulta. Es dos veces más frecuente entre las mujeres. Uno de cada diez pacientes que acude al médico de cabecera por otros motivos presenta un cuadro completo de depresión y uno de cada cinco sufre síntomas depresivos aislados. Desgraciadamente, casi la mitad de estos casos no se diagnostican y solamente el 50 % de las personas con depresión diagnosticada reciben un tratamiento adecuado. Por lo tanto, es una cuestión extremadamente importante para toda persona (no solo para los médicos) conocer la naturaleza y los síntomas de la depresión, así como las bases del diagnóstico y tratamiento.

La depresión es una condición que puede y debe tratarse, y sus manifestaciones pueden ser de carácter tanto recurrente como crónico. Actualmente se dispone de recursos terapéuticos mejorados, que por un lado garantizan una mayor eficacia, y por el otro proporcionan menores efectos secundarios.

¿Cuáles son los síntomas?

Una **pérdida gradual de la alegría vital y del sentimiento de placer**, así como de la capacidad de disfrutar las cosas y acontecimientos que con anterioridad se percibían como gozosos, hasta su desaparición completa (anhedonia). La disminución del ánimo y de la capacidad de disfrutar cursan con apatía ("no me importa lo que pase ahora o mañana") y sentimiento de vacío. A veces se presentan un ánimo variable (lábil) e irascible, dificultad para controlar el humor, tristeza (suelen ser de carácter profundo y penetrante, y se experimentan la mayor parte del tiempo), llanto cada vez más difícil de controlar, y a veces incapacidad de controlar las propias emociones y una impulsividad alejada de la conducta previa.

Reducción de la actividad vital, pérdida gradual de las aficiones, dificultad para emprender varias acciones y actividades que conduce a su supresión (abulia): incapacidad de levantarse de la cama y realizar la higiene personal básica como vestirse, lavarse, o peinarse. Pérdida gradual de la energía vital y disminución de la susceptibilidad a los estímulos emocionales (apatía). Mayor cansancio, fatiga crónica con reducción de actividades diarias. A veces agitación psicomotora con aumento de la tensión interna, inquietud e incapacidad de permanecer quieto.

El **pensamiento depresivo** es una valoración pesimista del propio pasado, presente y futuro, deterioro de la imagen propia, pérdida de autoestima, y sentimiento de no valer nada y ser innecesario. En algunos casos delirios depresivos (juicios falsos en los que el paciente cree a pesar de intentos inútiles de confrontarlos con la realidad) respecto al sentimiento de culpa, pecado, castigo, condena o relacionados con la pobreza, miseria, falta de perspectivas para el futuro propio y de la familia. La presencia de ideas delirantes es una indicación absoluta para consultar con el psiquiatra.

La **ansiedad** no es un síntoma típico de la depresión pero a menudo la acompaña. El paciente tiene dificultad para determinar la causa concreta de la ansiedad a pesar de su presencia continua (ansiedad inespecífica). Muchas veces la ansiedad es de carácter crónico, su intensidad aumenta y disminuye gradualmente (ansiedad de flotación libre). A menudo es localizada por el paciente en la zona central del cuerpo, p. ej. en el tórax.

La **creciente sensación de haber perdido el sentido para vivir, sinsentido de la vida, sentimiento de desesperanza, pensamientos de renuncia, ideas de muerte**. Puede ser un deseo de muerte por causa natural ("me gustaría dormirme y no despertarme

nunca más", "le pido a Dios morir", "quiero tener un accidente"), y llegar hasta la idea de suicidio. Las ideas suicidas a menudo se presentan contra la voluntad del paciente quien trata de hacer frente a ellas o ignorarlas, aunque esto con el tiempo se hace cada vez más difícil. Entonces el paciente muchas veces "pide ayuda", p. ej. informando a las personas de su entorno sobre dichas ideas. En casos extremos el paciente comienza a planificar el método concreto para cometer el suicidio (tendencias suicidas). Este puede estar detalladamente planificado pero también puede ser impulsivo sin planificación previa. Los pensamientos de renuncia y las ideas de muerte y suicidas también constituyen indicación absoluta para la consulta psiquiátrica.

La depresión también a menudo cursa con síntomas menos típicos que suelen dificultar el diagnóstico adecuado y son la causa de errores diagnósticos. Entre ellos se encuentran los grupos de síntomas presentados a continuación.

- **Trastorno por déficit de atención y sensación de deterioro de la memoria y de las funciones cognitivas** que ceden de forma gradual a medida que avanza la terapia de la depresión y mejore el ánimo del paciente.

- Los **trastornos del sueño** a menudo se traducen en dificultad para conciliar y mantener el sueño que suele ser poco profundo, intermitente. En la depresión es característico también despertarse durante la madrugada (entre las 3 y 5 horas), siendo posible volver a dormirse en caso de depresión de menor intensidad, o imposible e la depresión de mayor gravedad. Los trastornos del sueño también pueden manifestarse en forma de somnolencia excesiva tanto durante la noche como durante el día. Entonces se experimenta dificultad para despertarse del sueño nocturno. Los pacientes notifican que "duermen toda la noche y todo el día" con pausas cortas.

- A menudo se presenta la **disminución o pérdida del apetito**. Los pacientes suelen decir que comen contra su voluntad, que se ven forzados por la necesidad de comer, o que los alimentos carecen de sabor. En ocasiones este síntoma va acompañado de una pérdida significativa de peso corporal (unos kilogramos en un mes). Sin embargo, en algunos casos la depresión cursa con apetito aumentado e ingesta excesiva (sobre todo de alimentos dulces), atípica para la conducta previa, lo cual puede conducir al aumento del peso ante la falta de ejercicio físico. En este contexto hablamos de la denominada depresión atípica.

- **Disminución de la libido (deseo sexual)**: la falta de apetito sexual se presenta comúnmente en la depresión afectando tanto a mujeres como a hombres. La disminución o pérdida del deseo sexual puede intensificar el sentimiento depresivo de baja autoestima, de falta de feminidad o de masculinidad, y de atractivo. Esto, a su vez, puede disminuir la libido aún más. Entonces la vida sexual no resulta placentera ni satisfactoria. Esto, adicionalmente, puede agravar la manera en la que el paciente experimenta la depresión. Los trastornos sexuales asociados a la depresión suelen desaparecer con la mejoría del ánimo mediante un tratamiento farmacológico adecuado.

- En las mujeres pueden presentarse **trastornos del ciclo sexual y de la menstruación**.

- Las **fluctuaciones diarias del estado de ánimo** son características de las formas habituales de depresión. Los pacientes suelen sentirse peor durante la mañana y el mediodía y les resulta muy difícil comenzar el día. Sin embargo, su estado de ánimo y actividad parecen mejorar levemente por la noche. Con el tratamiento progresivo de la depresión, las horas nocturnas de mejor estado de ánimo "se alargan" primero hacia el mediodía y después hacia la mañana. Sin embargo, hay pacientes que se sienten mejor por la mañana que por la noche, o no experimentan fluctuaciones diarias del estado de ánimo.

¿Por qué yo?

Para la evaluación de las causas de las enfermedades mentales, incluida la depresión, se suele utilizar en la actualidad el denominado modelo biopsicosocial. Dicho modelo destaca como causas de la depresión:

- factores biológicos (p. ej. factores genéticos, desequilibrios en los niveles de neurotransmisores cerebrales, estado de salud somática, enfermedades crónicas, adicciones),
- factores psicológicos (p. ej. acontecimientos estresantes en la vida y forma de sobrellevarlos, relaciones matrimoniales, familiares y relaciones con los demás),
- factores sociales y culturales (p. ej. red de apoyo social, sentimiento de soledad, situación laboral, escolar, financiera, residencial).

Se recomienda estudiar las relaciones mutuas entre los factores arriba indicados, puesto que estos suelen presentarse simultáneamente. En la mayoría de los casos, una enfermedad mental, incluida la depresión, es el resultado de la interacción de varios de los factores anteriormente mencionados.

¿Cuándo se debe acudir al psiquiatra?

Es necesario acudir al psiquiatra siempre que el estado de salud mental suscite gran preocupación en la persona afectada o en las personas cercanas.

Si los síntomas depresivos son de intensidad leve o moderada y persisten entre 2 y 4 semanas, es necesaria una consulta psiquiátrica, independientemente de las causas. Si su intensidad es notable, la consulta psiquiátrica debe realizarse lo antes posible. Si los síntomas depresivos persisten solo entre 2 y 3 días, pero se repiten frecuentemente o de forma cíclica (p. ej. cada mes), también se recomienda realizar consulta psiquiátrica.

Se recomienda realizar evaluación sobre la depresión en los siguientes estados: insomnio crónico (que supera un mes), dolor crónico, enfermedades somáticas crónicas (p. ej. diabetes *mellitus*, cardiopatía isquémica y estados pre/postinfartos, hipo/hipertiroidismo), enfermedades neurológicas (incluido el accidente cerebrovascular), síntomas somáticos sin causa conocida, visitas frecuentes al médico que quedan sin diagnóstico o no proporcionan una mejora del estado del ánimo del paciente, período posparto, abuso y adicción a sustancias psicoactivas, graves acontecimientos vitales estresantes.

Aunque se presenten ideas suicidas aisladas, que sean controladas por el paciente y carezcan de tendencias suicidas, es absolutamente necesaria la consulta psiquiátrica urgente y hay que emplear el tratamiento adecuado independientemente de la duración de los síntomas. La hospitalización psiquiátrica de una persona con ideas suicidas no siempre es necesaria. El miedo a la hospitalización psiquiátrica es un motivo frecuente por el que las personas afectadas evitan su visita al psiquiatra. El psiquiatra valora, entre otros, el estado mental del paciente, el riesgo de cometer suicidio, la intensidad y riesgo de acometer las ideas suicidas, y el apoyo social de las personas de su entorno. Además, valora la evolución y la eficacia del tratamiento empleado hasta el momento y toma la decisión de seguir un determinado tratamiento en condiciones ambulatorias o puede indicar la hospitalización psiquiátrica.

La intensificación de las ideas y tendencias suicidas constituyen una amenaza directa para la salud y la vida. En este momento es necesario acudir de forma urgente al psiquiatra en el centro de salud mental u otra unidad ambulatoria, y si esto no es posible, se debe contactar directamente con el servicio de urgencias del hospital psiquiátrico. En tales casos no es necesario que el psiquiatra derive al paciente a un hospital con antelación.

Entre los factores de riesgo para el suicidio es preciso destacar sobre todo el sentimiento de desesperanza de gran intensidad. Otras características de la depresión que requieren especial atención tanto por parte del personal médico como de las personas del entorno del enfermo son:

- insomnio
- dolor crónico, enfermedades somáticas y neurológicas
- agravamiento importante de los síntomas de la depresión
- síntomas psicóticos (p. ej. ideas delirantes de catástrofe, delirios nihilistas como sentimiento de falta de sentido y finalidad de la vida, ideas delirantes hipocondríacas, de pecado y condena)
- agitación psicomotora
- ansiedad aumentada
- abuso del alcohol y otras sustancias psicoactivas
- notable descuido del aspecto físico y de la higiene personal
- presencia de depresión a una edad avanzada
- factores sociales y económicos (p. ej. luto, orfandad, problemas en el matrimonio, frustraciones asociadas al trabajo o a la escuela, desempleo, endeudamiento, conflicto con los padres o los hijos, problemas de vivienda, deudas, problemas legales, soledad)
- intentos y tendencias suicidas revelados en la anamnesis
- antecedentes familiares de suicidio o suicidios cometidos por personas importantes para el paciente.

¿Cómo se establece el diagnóstico?

Cualquier médico, no solo el psiquiatra, puede establecer el diagnóstico o la sospecha de depresión. Con este objetivo, puede ser de utilidad una prueba de cribado rápida de dos preguntas:

1. *¿Experimentó usted durante el último mes una disminución del interés para realizar diferentes actividades, o su sentimiento de placer se vio debilitado?*
2. *¿Experimentó usted durante el último mes tristeza, depresividad o sentimientos de desesperanza?*

Una respuesta positiva a una de estas preguntas debe llevar a realizar una exploración más pormenorizada sobre la depresión.

Los métodos básicos que permiten determinar el diagnóstico de depresión son el examen psiquiátrico detallado y la anamnesis con el paciente y, si es posible, con sus familiares o cuidadores.

También es importante el diagnóstico de eventuales trastornos mentales coexistentes (p. ej. la ansiedad o el abuso de sustancias psicoactivas). Es esencial valorar el estado de salud somática y realizar un conjunto de pruebas de laboratorio con el fin de descartar o confirmar trastornos generales que puedan causar la depresión o coexistir con ella (p. ej. el hipo/hipertiroidismo).

Ante la presencia de depresión, también se indica una visita de control al médico de cabecera y/o a un especialista de otros ámbitos de la medicina para realizar una valoración completa de la salud mental del enfermo y del tratamiento de las enfermedades somáticas crónicas empleado hasta el momento.

A veces la depresión es una manifestación de otro trastorno mental: generalmente se trata entonces de la enfermedad afectiva bipolar. Basándose en la anamnesis del paciente se descarta o confirma la presencia de periodos de aumento del ánimo y de conductas relacionadas con un incremento de la energía, actividad, creatividad, resistencia al esfuerzo y menor necesidad de sueño, que son habituales para esta enfermedad y se presentan aparte de la depresión. Dichos periodos se denominan hipomanía o manía, dependiendo de su intensidad y el número de síntomas.

En el diagnóstico de la depresión también se utilizan cuestionarios y pruebas especiales: Inventario de Depresión de Beck, Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión, Escala de Depresión de Montgomery-Asberg. Un estudio mediante cuestionario, sin realizar un examen psiquiátrico, no es suficiente para diagnosticar o descartar la depresión pero puede ser de ayuda a la hora de valorar su intensidad y la respuesta al tratamiento.

¿Cuáles son los métodos de tratamiento de la

depresión?

El objetivo del tratamiento de la depresión es la desaparición de los síntomas y restablecimiento del funcionamiento al estado previo al comienzo de la enfermedad (remisión), así como la prevención de recurrencias. El paciente debe cooperar a lo largo de la terapia. El médico debe animarlo a practicar autoobservación, formular sus propios objetivos y a hacer preguntas. Todo esto tiene por finalidad un mejor cumplimiento de las indicaciones y la cooperación en el proceso del tratamiento. La elección del método y la forma de tratamiento también depende de las preferencias del paciente. También es importante la formación del paciente y de sus familiares sobre las causas, síntomas, curso, duración y consecuencias de la enfermedad. El paciente y sus familiares deben ser conscientes de la importancia del cumplimiento regular del tratamiento, puesto que su interrupción es el primer paso para la recaída. Hasta que se logre la remisión de los síntomas, las visitas médicas deben tener lugar cada una o dos semanas y, posteriormente, una vez al mes.

Se recomienda que el tratamiento de la depresión sea completo. Debe combinarse tanto el tratamiento farmacológico (uno o varios antidepresivos adecuadamente seleccionados), como la psicoterapia (y otras formas de terapia o de actividades terapéuticas) y la psicoeducación.

Métodos terapéuticos básicos

Farmacoterapia

Los fármacos antidepresivos deben seleccionarse adecuadamente en función de los síntomas presentes en un enfermo dado y teniendo en cuenta el perfil de efectos adversos, enfermedades coexistentes y, eventualmente, otros fármacos utilizados por el paciente. La decisión sobre el inicio del tratamiento farmacológico debe ser tomada conjuntamente entre el médico y el paciente. Los antidepresivos no causan dependencia. Deben ingerirse diariamente según las indicaciones del médico. La mejora puede apreciarse entre las 2 y 4 semanas del comienzo. El tratamiento adecuado supone una mejora satisfactoria en un 70 % de los pacientes desde el comienzo del primer régimen terapéutico. En los demás casos, ante la falta de mejoría, se puede optar por cambiar el tratamiento con antidepresivos, o a veces se añaden fármacos de apoyo de otros grupos. Los fármacos no deben ser suspendidos sin consultarlo previamente con el médico, incluso si ha observado una mejoría, ya que esto puede desarrollar síntomas de discontinuación y provocar una recaída. Los efectos adversos leves asociados a la farmacoterapia son relativamente frecuentes pero suelen desaparecer en poco tiempo. Los efectos adversos más graves o más problemáticos requieren una consulta con el médico. Actualmente se dispone de preparados más modernos y seguros que pueden utilizarse durante largos periodos de tiempo. Algunos de estos preparados no reaccionan con el alcohol, y muchos de ellos no constituyen una contraindicación para conducir vehículos.

Psicoterapia y psicoeducación

Durante el episodio depresivo es especialmente recomendable la terapia

cognitivo-conductual, destinada a la resolución de problemas y al apoyo. Con frecuencia, sobre todo al inicio del tratamiento, los pacientes no quieren o no pueden recibir psicoterapia. También puede ocurrir que una vez que el tratamiento farmacológico proporciona una mejoría en la salud mental, el paciente no se sienta motivado para seguir con la psicoterapia. Raramente, y en casos especiales debidamente justificados, el tratamiento de la depresión comienza con la psicoeducación (educación del paciente y conversaciones acerca de la depresión), y/o la psicoterapia (y actividades terapéuticas), posponiendo el tratamiento farmacológico. Algunos ejemplos de este procedimiento son la depresión benigna y la depresión durante el embarazo.

Fototerapia

La fototerapia es un método de eficacia confirmada y de alta seguridad utilizada en caso de depresión estacional, es decir aquella que ocurre en otoño e invierno y/o invierno y primavera. Consiste en una exposición repetida a luz de determinada intensidad.

Electrochoques

Los electrochoques son un método terapéutico eficaz y seguro, normalmente utilizado en caso de fracaso de una farmacoterapia correctamente realizada y, también, si el estado del enfermo requiere intervención pero la administración de fármacos está contraindicada o si la depresión y sus consecuencias constituyen una amenaza para la vida.

Dieta y ejercicio físico

También se debe prestar atención a una dieta saludable y al ejercicio físico. El ejercicio físico de intensidad moderada (durante los cuales el paciente es capaz de hablar pero no puede cantar) sistemáticamente realizado puede ser un método eficaz para aumentar el ánimo y constituir un elemento importante del tratamiento combinado de la depresión.

A recordar

- La depresión es una enfermedad que se puede y debe tratar.
- Muchas veces es posible curarla.
- La depresión no debe ignorarse debido a sus graves consecuencias.
- El tratamiento de la depresión debe iniciarse lo antes posible, ya que permite obtener mejores resultados.
- Usted debe tomar la decisión sobre el inicio del tratamiento y el tipo de terapia con su médico.
- El tratamiento no suele ser muy molesto.
- El tratamiento es prolongado, por lo tanto es especialmente importante cooperar con el médico y adherirse a las indicaciones.

autor:
Joanna Borowiecka-Kluza (MD, PhD)