

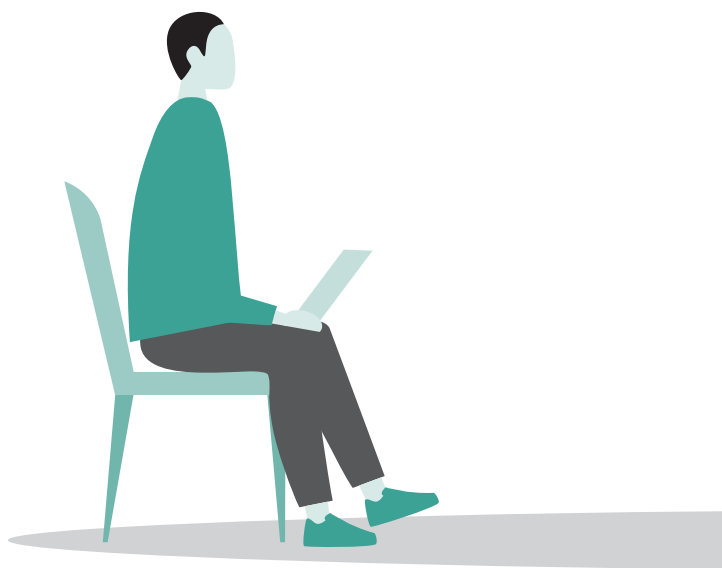
DEPRESIÓN

Prevenirla, detectarla y tratarla



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	9	MAGNITUD DEL PROBLEMA	45
QUÉ ES LA DEPRESIÓN	13	Algunas cifras epidemiológicas	46
Alcance del término depresión	14	Curso y pronóstico de la enfermedad	48
Síntomas y signos	15	Posibles complicaciones	49
Clasificación de las depresiones	19	Depresión en grupos de riesgo	56
El proceso diagnóstico	22	TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN	69
CAUSAS DE LA DEPRESIÓN	29	Aspectos generales del tratamiento	70
Factores biológicos	30	Pseudoterapias para abordar la depresión	72
Factores psicosociales	35	Los fármacos	74
		La psicoterapia	86



CONVIVIR CON LA DEPRESIÓN93

El estigma en torno a la enfermedad mental94

Convivir con la enfermedad97

PREVENIR LA DEPRESIÓN105

¿En qué consiste la prevención en salud mental? 106

Malestar y sufrimiento 108

Factores de protección112

ANEXO. DIRECCIONES DE INTERÉS129





INTRODUCCIÓN

Los trastornos depresivos son un problema de salud a nivel mundial. Si nos centramos en España, y según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en torno a un 5,2 % de la población sufre algún tipo de trastorno depresivo. Sus efectos, en los casos más graves, pueden llegar a deteriorar considerablemente el funcionamiento familiar, social y laboral de quienes lo padecen.

En los últimos meses hemos visto como la crisis sanitaria provocada por la COVID-19, y especialmente las medidas de confinamiento y restricciones a la movilidad impuestas como consecuencia, generaron un período de gran incertidumbre y descontrol que han obligado a poner en marcha todos los recursos de adaptación y afrontamiento. Aunque aún hay mucho desconocimiento al respecto, se espera que los trastornos depresivos, junto con otros de ansiedad o de estrés postraumático especialmente, se encuentren entre las principales secuelas de salud mental entre la población.

En esta una nueva edición de esta guía hemos querido profundizar en los diferentes tipos de depresión, actualizar las clasificaciones diagnósticas utilizadas y poner énfasis en conocer tanto los síntomas habituales de la depresión como otros menos típicos pero que también pueden acompañarla. E igualmente, los trastornos de depresión que se desarrollan en determinados grupos de edades: personas mayores, niños y adolescentes, y en algunas etapas de la vida de la mujer.

Se examinan las posibles causas de las depresiones, en las que intervienen factores biológicos, psicosociales y de personalidad, con una revisión actualizada de los mismos que permita sentar las bases para comprender el porqué de la existencia de distintos tipos de depresión. Esto es fundamental para llegar a un diagnóstico correcto, imprescindible para un tratamiento efectivo. También se describen, brevemente, los recursos terapéuticos más interesantes y adecuados para cada caso, tanto psicofármacos como terapias biológicas o psicológicas.

Puesto que, tarde o temprano, todos afrontaremos algún acontecimiento doloroso o traumático, se dedica un espacio importante a los acontecimientos vitales estresantes y otros factores psicosociales que inciden en la depresión, y al efecto protector que tiene el apoyo social. No olvidamos, tampoco, lo que supone la convivencia con un trastorno de depresión, tanto para el paciente como para su entorno. Por último, se trata la prevención de la depresión con orientaciones sobre la mejor forma de afrontar el estrés de la vida cotidiana, de manejar la ansiedad ante situaciones complicadas y el sufrimiento diario, entre otras cuestiones.

Como siempre, nuestro deseo al publicar esta guía es ofrecerle los medios que puedan orientarle y ayudarle en la tarea de afrontar el trastorno de la depresión. Por eso, se incluye también algún caso práctico, junto a un anexo de direcciones útiles a las que poder recurrir para una búsqueda más amplia y detallada sobre esta enfermedad, los tratamientos disponibles o los centros en los que buscar apoyo.



CAPÍTULO 1

QUÉ ES LA DEPRESIÓN

Los trastornos depresivos son un problema de salud con una alta prevalencia entre la población mundial, cuyos efectos pueden llegar a deteriorar de forma significativa, en los casos más graves, el funcionamiento familiar, social y laboral de quienes lo padecen. Todo esto sin considerar las importantes repercusiones en la economía de las personas y en los recursos sanitarios públicos.

De hecho, es habitual usar el término "depresión" en las conversaciones cotidianas. Sin embargo, la mayoría de las veces, no se conoce su significado real que, en muchas ocasiones, no coincide con lo que en medicina se entiende por una verdadera depresión. Las redes sociales o la información obtenida a través de internet (no siempre contrastada o de calidad) no ayudan precisamente a aclarar esto.

ALCANCE DEL TÉRMINO DEPRESIÓN

En el lenguaje común, se suele utilizar este término para referirse a toda situación de tristeza, bajo estado de ánimo o desgana en el que predomina un sentimiento de pena, sin considerar aspectos tan importantes como la intensidad y duración de estos síntomas, la existencia de otras manifestaciones clínicas, la presencia o no de factores precipitantes, el grado de disfuncionalidad que generan, etc.

En medicina, sin embargo, se debe distinguir entre lo que es un síntoma (por ejemplo, estar triste) y lo que es una enfermedad o trastorno. Si bien la tristeza es un síntoma que está presente casi siempre en los estados o episodios depresivos, su presencia se considera normal en otras situaciones vitales, como por ejemplo tras el fallecimiento de un ser querido, sin que tenga, por tanto, carácter patológico ni precise de un tratamiento específico.

Por otra parte, podemos encontrar síntomas depresivos que aparecen en el contexto de otros problemas de salud mental o incluso relacionados con otro tipo de enfermedades físicas. En este último caso, el diagnóstico y el tratamiento deberían orientarse también a la causa subyacente, y no enfocarlo exclusivamente desde el punto de vista de la salud mental.

El término depresión no se refiere a una enfermedad única y precisa, sino a una gran variedad de estados que es necesario diferenciar, pues de ello dependerá la elección del tratamiento más adecuado.

SÍNTOMAS Y SIGNOS

La depresión, como enfermedad o trastorno, es un estado clínico en el que están presentes una serie de síntomas y signos que van más allá de la simple tristeza. Pero ¿en qué se diferencian?

Un síntoma es todo aquello que el paciente es consciente de sentir y refiere a su terapeuta: tristeza, desgana, desmotivación, cansancio, molestias corporales, etc. El síntoma se sitúa, por tanto, en el ámbito de lo subjetivo. Por el contrario, un signo es aquello que el médico o los demás aprecian objetivamente: cara triste e inexpresiva, un caminar más lento, comentarios negativos hechos por la persona, etc. entre otros muchos.

Los síntomas y signos que revelan una depresión o estado depresivo son muy numerosos y variados, y no tienen por qué estar todos presentes al mismo tiempo y con la misma intensidad. Por eso, las clasificaciones diagnósticas que se utilizan en la actualidad, como el DSM-5 (*Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders*, de la Asociación Americana de Psiquiatría) o el CIE-10 (*Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*, de la Organización Mundial de la Salud) señalan la necesidad de que se cumplan una serie de criterios para poder realizar un diagnóstico certero y fiable.

CASO PRÁCTICO

María, de 35 años, acude a su médico de familia porque lleva unos meses triste, desanimada, sin fuerzas ni ganas para hacer las cosas que hacía habitualmente. Explica que es como si le faltara energía. Además, siente que ya no disfruta saliendo a pasear o escuchando música (actividades que siempre le habían gustado y practicaba con frecuencia) y, por tanto, ha dejado de hacerlo.

María cuenta a su médico que, muchas veces, la tristeza que siente es como un vacío, y que con frecuencia tiene ganas de llorar sin motivo alguno. Está teniendo dificultades para dormir y ha perdido el apetito, de hecho, ha bajado tres kilos en este tiempo. No sabe por qué le está pasando todo esto, pues no tiene motivos para estar triste, de modo que piensa que está fallando a su familia por no ser buena madre y esposa. Argumenta, por ejemplo, que se siente inútil y se culpa porque uno de sus hijos ha suspendido en el colegio al no haber podido estar lo suficientemente pendiente de él. A veces piensa que para estar así es mejor estar muerta, y esto le crea mucha ansiedad.

El médico observa que es una persona joven, que presenta un aspecto poco cuidado y envejecido, plantea su problema con cara triste y poco expresiva, con falta de viveza en los ojos, llorando en varias ocasiones a lo largo de la entrevista, que utiliza un lenguaje pausado y ralentizado, y da la impresión de que realmente no tiene ni fuerzas para hablar. Incluso su forma de caminar es lenta.

La historia de María revela una serie de síntomas y signos que permitirían diagnosticarla de depresión y sería muy recomendable que iniciase tratamiento. Sin embargo, es necesario profundizar un poco más para determinar si se trata de un episodio depresivo, por ejemplo de características endógenas, o de un problema hormonal (como un hipotiroidismo), que puede manifestarse inicialmente con esta sintomatología. La pericia y experiencia del profesional serán fundamentales a la hora de establecer el diagnóstico correcto.

A continuación, revisaremos los síntomas y signos de la depresión agrupados en tres grandes bloques: afectivos, cognitivos y conductuales o físicos, que son prioritarios para definir este tipo de trastornos.

Síntomas y signos afectivos

Entre los síntomas y signos afectivos, los fundamentales son el estado de ánimo deprimido y la pérdida de interés o de sentir placer. La persona, tal y como le ocurría a María en el ejemplo anterior, se siente triste y desanimada. Se trata de una tristeza exagerada, desproporcionada, que llega a alterar su propia vitalidad y funcionalidad y que, en muchas ocasiones, es inexplicable al no encontrar circunstancias que la justifiquen. De hecho, es habitual escuchar la frase: "No tengo razones para estar triste...".

El llanto y la fragilidad emocional son las expresiones externas más habituales de esta tristeza. En ocasiones, se trata de un llanto frecuente, incontenible y continuo; los propios pacientes afirman no poder parar e incluso no saber por qué lloran, limitándose a decir que "tienen una pena o un vacío muy grande". Pero esto no siempre es así; en otros casos se sienten tan bloqueados emocionalmente que comentan: "No me salen las lágrimas", "Si pudiera llorar, seguro que me desahogaba, pero no puedo...".

Junto a esta tristeza, otro síntoma destacado suele ser la pérdida de interés o placer por las cosas (anhedonia): lo que antes le gustaba e interesaba, que le hacía disfrutar, reír, distraerse, entretenerse, etc. ahora ya no le aporta lo mismo. Queda sumido en un estado de indiferencia, aburrimiento, apatía, desgana, desinterés, desilusión y desmotivación.

También suelen ser habituales la ansiedad y la angustia. La persona afectada se encuentra tensa, insegura, temerosa sin saber por qué, e incluso se muestra visiblemente inquieta. Y lo mismo ocurre con la irritabilidad. En algunos momentos, no es extraño que la persona se queje por todo, esté malhumorada y todo le venga mal. Esto hace más difícil comprender lo que está sucediendo, tanto para el propio paciente como para quienes lo rodean, y recibir ayuda.

Síntomas y signos cognitivos

Mientras que los síntomas relacionados con la afectividad, el ánimo o la conducta son fácilmente detectables y visibles en la depresión, no ocurre lo mismo con los síntomas cognitivos, salvo en los casos más graves, y quedan en un segundo plano y, con frecuencia, desatendidos.

Entre estos síntomas, se da una disminución de la capacidad de la persona para la concentración, la atención y la memoria, y se suelen tener dificultades para mantener las actividades que necesitan de dichas capacidades ("Me pongo a leer y no me entero"), además de mostrar un menor rendimiento en tareas que antes se realizaban sin dificultad (tanto en el ámbito laboral como de ocio). Cuando estos síntomas son evidentes, la impresión de los demás es que la persona afectada está ahí, pero es como si no escuchase cuando se le habla, no atiende a lo que sucede a su alrededor, se muestra olvidadizo, aparenta torpeza, etc. Dichos síntomas suelen permanecer, de forma que, cuando todo lo demás mejora, estas dificultades cognitivas se mantienen.

Para la persona con cuadros más graves de depresión el tiempo pasa lentamente o, mejor dicho, sienten que su vida no avanza. Se ven anclados en el dolor y la desesperación del momento, sin percibir proyección hacia el futuro. Su pensamiento (y su lenguaje) se ralentiza, tardan más en responder a las preguntas que se les hace y su vocabulario puede llegar a empobrecerse hasta responder solo con monosílabos o con un continuo "no sé", llegando a un verdadero mutismo en los casos más graves.

Sus pensamientos también se ven afectados, volviéndose más negativos y pesimistas: se sobrevalora lo malo (desgracias, problemas, pérdidas) y se infravalora lo bueno o positivo (éxitos, triunfos, momentos divertidos y agradables). Esta misma alteración afecta a la propia valoración personal, con sentimientos y pensamientos de infravaloración, de no saber, de no poder, de inutilidad. Su futuro se vislumbra muy negro y sin perspectivas.

Los pensamientos de desánimo e incapacidad repercuten en la valoración de uno mismo, del mundo y del futuro.

Asimismo, se presentan en ocasiones ideas de carácter obsesivo: ideas fijas, repetitivas, irracionales, que la propia persona deprimida reconoce que son absurdas, pero que no es capaz de quitarse de la cabeza, y que incrementan el estado de ansiedad. En los casos más graves podemos encontrar tanto ideas delirantes como de tipo suicida (ideación autolítica) con diferente grado de planificación. Sobre estas últimas hablaremos posteriormente; ahora nos ocuparemos de las delirantes.

En psicopatología, se entiende por ideas delirantes una serie de ideas erróneas y falsas, pero que quien las vive son reales y ciertas, por lo que son difícilmente rebatibles. Hay tres tipos de ideas delirantes típicas de la depresión: los delirios hipocondríacos (convencimiento de que padecen una enfermedad grave, sin solución, que les llevará a la muerte), los delirios de ruina (creen estar sumidos en la más absoluta pobreza y, por tanto, no cuentan con lo más imprescindible para vivir, ni para ellos ni para sus familiares) y los delirios de culpa (se acusan y responsabilizan de todo lo malo que les sucede a ellos, a su familia e incluso al mundo entero). Además, pueden darse también ideas incoherentes con el estado de ánimo, como las de perjuicio y paranoides.

Síntomas y signos conductuales y físicos

Este tipo de síntomas son los que, objetivamente, mejor se aprecian desde fuera. Son, además del ya mencionado llanto, la cara triste, la amimia (disminución de la expresividad corporal), la lentitud en el habla y a nivel motor, la inactividad y desgana para cualquier tarea (que puede llegar a un estado de inhibición psicomotriz), la clinofilia (o deseo de estar todo el tiempo acostado) o el abandono del aseo y la higiene personal. Subjetivamente, la persona puede referir cansancio físico, agotamiento y falta de energía. En los casos más extremos el paciente deja de interactuar con los demás, ya no come e incluso deja de moverse.

Los familiares no entienden bien por qué la persona deprimida deja de hacer todo lo que hacía habitualmente, incluso lo que más le gratificaba, y no encuentran razón para que ahora esté todo el rato acostada, se desentienda de sus tareas u obligaciones o que, de pronto, diga que no tiene ganas de ir a trabajar. Al tratar de ayudarlo, sus intentos van desde atribuirle falta de voluntad para salir adelante ("Pero si no te pasa nada...") hasta consejos animándolo a hacer cosas ("Tú puedes..."). Como veremos más adelante, estos intentos de ayuda, aunque bienintencionados, pueden derivar en un mayor sentimiento de culpa e incompreensión, por lo que siempre deberían ajustarse a las indicaciones del profesional de salud mental (véase el capítulo 4. *Convivir con un trastorno de depresión*).

En otros casos, más habitualmente en personas ancianas o en aquellas con depresiones que muestran un importante componente ansioso, encontramos a alguien inquieto, que no deja de moverse, que va de un lado para otro sin hacer nada y que, en algunos momentos, puede llegar a presentar comportamientos agitados.

Otros síntomas físicos que pueden acompañar a la depresión son la pérdida de apetito, de peso, la debilidad, el insomnio, el despertar precoz, la pérdida del apetito sexual e, incluso, síntomas somáticos, como cefalea, dolores intestinales, estreñimiento, mareos, etc. Algunas depresiones atípicas cursan con síntomas no habituales, como hiperfagia (aumento del apetito) o hipersomnia (sueño aumentado). Ahora bien, en estos casos en los que predominan los síntomas somáticos, una de las primeras intervenciones del médico debe ser descartar cualquier otra causa que pueda motivar dichos síntomas para no atribuirlo erróneamente a la depresión.

Para finalizar este apartado, no podemos olvidar un comportamiento grave que pone en riesgo la propia vida del paciente, y que ya mencionamos antes. Nos referimos a los comportamientos suicidas en sus diferentes grados. Estos van desde una idea de suicidio, planificada o no, hasta las tentativas de suicidio, consumadas o no. Para los pacientes depresivos graves estos actos suponen una liberación ante una situación que les resulta insostenible. Más adelante se volverá a tratar este tema de forma más específica y se darán pautas para ayudar a su prevención (véase el epígrafe *Suicidio y depresión* el capítulo 2).

CLASIFICACIÓN DE LAS DEPRESIONES

Debido a la gran cantidad de síntomas y signos que pueden presentarse en las depresiones, su diferente aparición en cada caso concreto, la intensidad variable con que pueden manifestarse, la existencia o no de antecedentes e, incluso, la posibilidad de identificar una causa, resulta especialmente difícil clasificarlas, además de estar en permanente debate.

Por eso, y dado el carácter práctico y de ayuda de esta guía, tan solo haremos una breve referencia a la evolución histórica de las clasificaciones depresivas y posteriormente mencionaremos las clasificaciones actuales, más concretamente la del DSM-5.

Antes de continuar, es importante tener presente ciertos aspectos relativos a la clasificación y etiquetas diagnósticas:

- No hay que olvidar que las clasificaciones no son más que modelos explicativos teóricos, y solo en este sentido son verdaderamente útiles.
- Recordar que cada tipo de depresión presentará particularidades propias en cada persona, que siempre van a ser diferentes a las de otra persona con depresión. Por lo tanto, es esencial considerar cada situación de enfermedad en su contexto particular y en la persona concreta que la sufre para evitar así caer en generalizaciones y reduccionismos.
- Tener en cuenta que centrarse únicamente en la depresión no llevaría más que a la desconsideración de la persona, a olvidarse de ella, de su sufrimiento, de sus vivencias y experiencias personales, en definitiva, de su auténtica condición humana.

DEPRESIÓN. PREVENIRLA, DETECTARLA Y TRATARLA

En la práctica clínica, por tanto, no solo es necesario aplicar el máximo rigor y precisión en el diagnóstico para elegir el tratamiento más eficaz, sino prestar la misma atención en atender a la persona.

Al hablar de clasificación diagnóstica, no se hace referencia a clasificar personas, sino los diferentes tipos de depresión que se pueden encontrar. Cada caso debe considerarse de forma individual, ya que cada individuo es singular.

Evolución histórica

Las depresiones, al igual que ocurre con otras enfermedades, pueden agruparse en función de diferentes criterios. Estos han ido variando a lo largo de la historia de la psiquiatría, dando lugar a diferentes clasificaciones. Así, un mismo cuadro depresivo puede recibir distintos nombres según la clasificación que maneemos.

La primera clasificación diagnóstica se remonta a finales del siglo XIX y se basaba en la causa u origen de la depresión. En función de que esta se situase en el "interior" de la persona (en lo más profundo de esta, en su psique) o en su "exterior" (en eventos traumáticos u estresantes, en factores socioambientales, etc.), se hablaba de depresiones endógenas o depresiones exógenas (o reactivas).

En los años 30 del siglo XX, y por influencia de la dicotomía existente en la psiquiatría de la época entre "psicosis" y "neurosis", el punto de mira se puso en la sintomatología predominante y en la gravedad, no en la causa. Encontramos así dos grandes grupos de depresiones: las neuróticas y las psicóticas. Las primeras se caracterizarían por un destacado componente de ansiedad, asociado al ánimo depresivo, y se considerarían de menor severidad. Se presentarían en personas con una supuesta estructura neurótica subyacente de origen psicógeno. En cuanto a las depresiones psicóticas, afectarían de forma más severa al estado de ánimo (tristeza vital) y sus síntomas serían más biológicos (alteraciones del apetito, peso, sueño...), donde podrían presentarse también síntomas alucinatorios y delirantes, aunque no es imprescindible.

Posteriormente, algunos autores trataron de combinar ambas clasificaciones, distinguiendo así entre depresiones endógenas (más severas, con más síntomas biológicos, posibilidad de desarrollar delirios, de curso en fases, en personas con personalidad previa normal y con buena respuesta a fármacos y terapias biológicas) y depresiones neuróticas, reactivas o psicógenas (síntomas menos severos, con mayor componente de ansiedad, en personas con rasgos de personalidad neurótica, precipitada a raíz de sucesos determinados, de evolución más crónica y con peor respuesta a los fármacos y mejor a la psicoterapia).