

Material Imprimible

Curso Manejo del estrés, ansiedad y depresión

Módulo La depresión.

**Contenidos:**

- Qué es la depresión
- El trastorno depresivo
- Su origen e historia.
- Las bases psicológicas de la depresión.
- Los diferentes tipos de depresión.
- La depresión como enfermedad.
- Las pautas claves para determinar un cuadro depresivo.
- Las causas, consecuencias y fases de la depresión.

## La depresión.

Abordaremos aquí la tercera de las problemáticas que van muy asociadas a las anteriores: la depresión.

**La depresión** se puede describir como síntomas asociados a sentirse muy triste, melancólico, infeliz, abatido o derrumbado, en un periodo largo de tiempo. La mayoría de nosotros se siente de esta manera de vez en cuando durante períodos cortos. La depresión clínica en sí podemos decir que es un trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período de 2 semanas o más. Lo importante es que podamos identificar cuál es el tipo de depresión con la cual nos estamos enfrentando y a partir de allí el tratamiento adecuado.

Se desconoce la causa exacta de la depresión. Al igual que sucede con muchos trastornos mentales, puede comprender diversos factores, como, por ejemplo, biológicos; muchas de las personas con depresión tienen cambios físicos en el cerebro. La importancia de estos cambios aún es incierta, pero con el tiempo pueden ayudar a identificar las causas.

Si nos referimos a las sustancias químicas del cerebro podemos determinar que son los mismos neurotransmisores los que se encuentran naturalmente en el cerebro y que probablemente desempeñan un rol en la depresión.

Las investigaciones recientes indican que los cambios en la función y el efecto provienen de estos neurotransmisores. Estos actúan como circuitos del placer, bienestar y también de la depresión.

Asociado a los neurotransmisores también están las hormonas. Los cambios hormonales pueden presentarse en el embarazo y durante las semanas o meses después del parto, y por enfermedades de tiroides, menopausia u otros trastornos. Por último, podemos identificar las causas hereditarias ya que la depresión es más frecuente en las personas cuyos parientes consanguíneos también tienen este trastorno.

Existen diversos factores de riesgo. Por lo general, la depresión comienza en la adolescencia o entre los veinte o treinta y tantos años, pero puede aparecer en cualquier momento de la vida, ya que no hay edad para la depresión, pero sí algunos factores que podrían hacer que en algunas edades sean más lábiles de generarse o desencadenarse.

Esta enfermedad se les diagnostica más a las mujeres que a los hombres, pero puede ser, en parte, porque es más probable que las primeras busquen recibir tratamiento.

Algunos de los factores que parecen aumentar el riesgo de que se manifieste o se desencadene la depresión son:

- Ciertos rasgos de la personalidad.
- Situaciones traumáticas o estresantes.
- Familiares consanguíneos que tienen antecedentes de depresión, trastorno bipolar, alcoholismo o suicidio.

- Antecedentes de otros trastornos de salud mental, como un trastorno de ansiedad, de la alimentación o de estrés postraumático.
- Abuso de alcohol o de drogas recreativas.
- Enfermedad grave o crónica.
- Ciertos medicamentos, como los que se indican para la presión arterial alta o las pastillas para dormir.

Veamos ahora algunos signos de la depresión.

- Sentirse triste o melancólico la mayoría de las veces o todo el tiempo.
- Sentirse de mal genio o irritable la mayoría de las veces, con ataques súbitos de ira.
- No disfrutar de actividades que normalmente lo hacen feliz.
- Sentirse desesperanzado o invalido.
- No sentirse bien consigo mismo o tener sentimientos de inutilidad, odio hacia sí mismo y culpa.

La depresión puede llevar a pensamientos de muerte o suicidio, lo cual puede ser peligroso.

La depresión suele empeorar si no se trata y puede derivar en problemas emocionales, de conducta y de salud que pueden afectar todos los aspectos de tu vida.

Los ejemplos de las complicaciones relacionadas con la depresión comprenden:

- Sobrepeso u obesidad.
- Dolor o enfermedad física.
- Consumo inapropiado de alcohol o de drogas.
- Ansiedad, trastorno de pánico y fobias sociales.
- Conflictos familiares, dificultades en tus relaciones y problemas en la escuela o el trabajo.
- Aislamiento social.
- Sentimientos suicidas, intentos de suicidio o suicidio.

Cuando hablamos de **depresión en los adolescentes**, podemos decir que muchas veces no son conscientes de su estado depresivo o de que están iniciando una depresión.

Si podemos orientarnos en que existen algunos signos de alarma para identificar una posible depresión: Si los trastornos del estado de ánimo se dan en su familia; tener problemas para socializar; presentar trastornos de aprendizaje; padecer una enfermedad crónica; tiene problemas familiares o con sus padres.

Experimentar una situación estresante en su vida como una muerte en la familia, divorcio de los padres, intimidación, ruptura con un novio o una novia, o mal rendimiento en la escuela. Tener baja autoestima y es muy crítico de sí mismo.

Cuando alguno de estos síntomas se manifiesta por más de 2 semana se debe consultar al médico clínico o al pediatra y siempre observar las rutinas de los hijos.

---

Por ejemplo:

- Irritabilidad frecuente con brotes repentinos de ira.
- Mayor sensibilidad a la crítica.
- Quejas de dolores de cabeza.
- No disfruta de las actividades que por lo general le gustan.
- Sentirse cansado durante gran parte del día.
- Sentimientos de tristeza o melancolía la mayor parte del tiempo.
- Problemas para dormir o está durmiendo más de lo normal.
- Cambios en los hábitos alimentarios
- Dificultad para concentrarse y bajo rendimiento escolar.
- Y aislamiento.

Los adolescentes que tienen depresión pueden asociarse también a : trastornos de ansiedad, trastornos de déficit de atención, trastorno bipolar y trastornos de la conducta alimentaria.

La depresión como ya hemos explicado es una enfermedad mental. Es un trastorno del estado de ánimo en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante semanas o por más tiempo y es muy común en los adultos mayores asociados principalmente a la soledad.

En los adultos mayores, los cambios en la vida pueden incrementar el riesgo de depresión o llevar a que la depresión existente empeore. Algunos de estos cambios son: Mudanza del hogar y vivir en una residencia geriátrica, dolor o enfermedades crónicas, muerte de cónyuges o amigos, pérdida de la independencia, pero por sobre todas las cosas la sensación o efectivamente la soledad.

La depresión también puede estar relacionada con un padecimiento físico, como el trastorno de tiroides, enfermedad de párkinson, cardiovasculares, cáncer, accidentes cerebro vasculares, demencia senil o Alzheimer. El consumo excesivo de alcohol o de determinados medicamentos (como los somníferos) puede empeorar la depresión. La identificación se realiza por medio de un análisis de sangre y orina y además entrevistas personales para evaluar el estado cognitivo.

En lo que se refiere al tratamiento, podríamos decir que los primeros pasos buscan tratar cualquier padecimiento que pueda estar causando los síntomas ya sea con asistencia psicológica o medicamentosa y evitar el alcohol y los somníferos. Si estas medidas no sirven, los antidepresivos y la psicoterapia a menudo ayudan.

### **Origen e historia del trastorno depresivo.**

Ahondemos un poco en **el origen y la historia del trastorno depresivo.**

Los **trastornos depresivos** se caracterizan por una tristeza de una intensidad o una duración suficiente como para interferir en la funcionalidad y, en ocasiones, este trastorno se puede identificar también como una clara disminución del interés o del placer despertado por las actividades.

No podemos, en este caso, identificar si se conoce la causa exacta, pero probablemente tiene que ver con la herencia, cambios en las concentraciones de neurotransmisores, una alteración en la función neuroendocrina y factores psicosociales, tal como hablamos entre los posibles factores que causan depresión.

Aclaremos que los trastornos depresivos y a la depresión no son lo mismo, ya que el primero es un conjunto de varios síntomas o enfermedades. El diagnóstico se basa en la anamnesis y en el tratamiento se utilizan fármacos, psicoterapia o ambos y en ocasiones terapia electroconvulsiva o estimulación magnética transcraneal rápida.

Dentro de los trastornos depresivos podemos clasificarlos en algunos tipos de trastornos según los síntomas específicos, como el trastorno depresivo mayor o depresión propiamente dicha, trastorno depresivo menor, leve o persistente llamado distimia y los trastornos generalizados depresivos no específicos. Otros son clasificados por la etiología, como el trastorno depresivo debido a otra enfermedad; el trastorno depresivo inducido por sustancias/fármacos y el trastorno depresivo premenstrual. También pueden estar implicados factores psicosociales. Las situaciones de estrés mayor de la vida cotidiana, en especial las separaciones y las pérdidas, precede habitualmente a los episodios de depresión mayor. Sin embargo, estos acontecimientos no suelen provocar depresión intensa de larga duración, excepto en personas predispuestas a padecer un trastorno del estado de ánimo.

Las personas que han tenido un episodio de depresión mayor tienen un riesgo más alto de sufrir otros episodios en el futuro. Las personas menos flexibles y/o con tendencia a la ansiedad muestran una mayor propensión a desarrollar un trastorno depresivo.

Estas personas podríamos llegar a decir que en general no tienen todas las habilidades sociales necesarias para ajustarse a las situaciones de la vida o que se nos presenten.

Pero cuidado que muchas veces la presencia de otros trastornos mentales aumenta los riesgos de trastorno depresivo mayor.

Las mujeres tienen un riesgo más alto, pero no hay ninguna teoría que explique por qué. Los posibles factores incluyen una mayor exposición o una mayor respuesta a las tensiones diarias; niveles más altos de la monoaminooxidasa que es una enzima que degrada, es decir rompe a los neurotransmisores, que se considera importante para el estado de ánimo, también las enfermedades tiroideas y los cambios hormonales que se producen con la menstruación y la menopausia.

Ahora les preguntamos: **¿Qué causa la depresión?** Ciertos medicamentos usados solos o en combinación, pueden causar depresión como efecto secundario. El uso de alcohol u otras drogas pueden provocar o empeorar la depresión. La depresión también puede ocurrir sin motivo aparente.

Los síntomas que pueden causarla son la tristeza, melancolía, apatía, etc. Pérdida de interés por las cosas con las que usualmente se disfrutaba. Sentirse decaído o inquieto. Tener problemas para dormir o incluso dormir demasiado. Pérdida de energía o sentirse cansado todo el tiempo. Tener un aumento o disminución en el apetito o el peso. Problemas para concentrarse, pensar, recordar o tomar decisiones. Sentirse inútil o culpable. Tener pensamientos de muerte o suicidio.

Las personas con depresión experimentan por lo menos cinco de estos síntomas durante todo el día, casi cada día, durante al menos 2 semanas. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas social, laboral y familiar. Por ejemplo, en la depresión periparto, los síntomas aparecen durante el embarazo o dentro de las 4 semanas siguientes al parto es decir la depresión post parto; se ve implicada la participación de factores endocrinos, pero se desconoce la causa específica ni la causa clínica que lo determina.

En el trastorno afectivo estacional, los síntomas se desarrollan siguiendo un patrón estacional, típicamente en otoño o invierno; el trastorno tiende a aparecer en climas que tienen inviernos largos, con poco efecto del sol. El sol en sí es energía y siempre nos cambia nuestro ánimo.

Imagínense aquellos lugares del mundo donde por muchos días o meses no se ve el sol, aquí es más frecuente que puedan aparecer ciertos trastornos. El sol se asocia a la naturaleza, a la vida y como les decía es energía y esa energía nos ayuda a nuestras emociones y estados de ánimo.

Los síntomas o trastornos depresivos pueden aparecer en varios trastornos físicos, que incluyen las enfermedades de la glándula tiroides y las suprarrenales, los tumores encefálicos ya sean benignos o malignos, el accidente cerebrovascular ya sea hemorrágico o no, HIV, Sida, enfermedad de Parkinson que ya hemos nombrado en los adultos mayores, y la esclerosis múltiple.

Algunos fármacos, como los corticoides, algunos beta-bloqueantes, el interferón, la reserpina, también pueden producir trastornos depresivos. El abuso de algunas sustancias de uso recreativo como el alcohol y muchas de las anfetaminas podrían provocar o asociar a la depresión. Los efectos tóxicos o la abstinencia pueden provocar síntomas depresivos transitorios que deben ser controlados por un médico.

### **La depresión y algunas enfermedades.**

Veamos las asociaciones entre **la depresión en sí y algunas enfermedades.**

Como ya hemos explicado la depresión mayor es un trastorno del estado de ánimo que debe tratarse ya que se presenta cuando los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración y además interfieren con la vida diaria, sumando a eso su duración es por un largo período de tiempo.

¿Pero cuánto dura el episodio depresivo mayor? La duración de un episodio depresivo puede variar desde varias semanas a varios meses o incluso años. La mayoría de las personas suelen estar completamente bien entre 4 y 6 meses. Sin tratamiento puede durar semanas, meses e incluso años.

¿Escucharon nombrar al trastorno bipolar? El **trastorno bipolar** es una afección del estado de ánimo que puede provocar cambios de ánimo intensos: En ocasiones puede sentirse extremadamente "animado", pero estas emociones se potencian mucho ya sean las positivas o las negativas.

En algunas situaciones uno se encuentra con emociones de tipo eufórico, irritable o con energía. Esto se conoce como episodio maníaco. Otras veces puede sentirse deprimido, triste, indiferente o desesperanzado. El trastorno bipolar y la depresión son afecciones

---

de salud mental que comparten características similares, pero son afecciones médicas distintas.

Diagnosticar un trastorno de bipolaridad o un tipo de trastorno depresivo mayor es muy difícil y puede llevar algún tiempo. Sin embargo, es posible lograr un manejo eficaz de ambas afecciones, pero entonces, ¿cuáles son las diferencias entre ambos?

Las personas con trastorno depresivo mayor no experimentan episodios hipomaniacos o maniacos. Estos episodios son características del trastorno bipolar.

Algunas diferencias primarias separan el trastorno bipolar del trastorno depresivo mayor como, por ejemplo, las personas con un diagnóstico de trastorno bipolar habrán tenido al menos un episodio maniaco, pero es posible que nunca hayan tenido un episodio de trastorno depresivo mayor.

Las personas con trastorno depresivo mayor no experimentan sentimientos extremos y elevados que los médicos clasificarían como manía o hipomanía, pero no siempre es fácil diagnosticar el trastorno bipolar y en esto el médico y psiquiatra es el que tendrá su rol esencial para el diagnóstico.

Es posible que las personas vayan al médico por primera vez cuando tienen un episodio depresivo, en lugar de durante un episodio maniaco o hipomaniaco. Por esta razón a veces los médicos a menudo diagnostican erróneamente el trastorno bipolar como depresión en primera instancia.

Puede llevar su tiempo ya que los profesionales podrían tomar algún tiempo para hacer un diagnóstico definitivo. Es posible que necesiten controlar a una persona durante meses o incluso años antes de diagnosticar el trastorno bipolar. La depresión es un estado del trastorno bipolar.

Sin embargo, algunas personas pueden experimentar diferentes aspectos del trastorno bipolar a la vez. Por ejemplo, pueden tener sentimientos de vacío y baja motivación junto con pensamientos acelerados y mucha energía. Y de aquí la principal definición y forma en la cual podemos identificar y diferenciar ambas definiciones.

Otra diferencia entre el trastorno bipolar y la depresión es la forma en cómo los médicos tratan las afecciones. Cada afección requiere diferentes medicamentos. Mientras que el médico puede recetar antidepresivos a alguien con depresión, estos medicamentos pueden desencadenar un episodio maniaco en personas con trastorno bipolar. Los estabilizadores del estado de ánimo o medicamentos antipsicóticos son tratamientos estándar para el trastorno bipolar.

Un mal diagnóstico generaría un mal tratamiento. Es esencial que podamos entender qué causa cada problema de salud mental y cómo se presentan las afecciones es importante registrar las diferencias entre ellas.

El trastorno bipolar es una afección grave que implica cambios extremos en el estado de ánimo. El trastorno bipolar tiene un patrón de herencia genética, lo que significa que puede ser hereditario. Las personas suelen desarrollar trastorno bipolar durante la adolescencia o antes de los 40 años, aunque algunas personas pueden recibir un diagnóstico fuera de este rango de edad típico. La afección parece durar de por vida.

También se basa en un desequilibrio o mal funcionamiento en dos químicos cerebrales llamados serotonina y norepinefrina es común en personas con trastorno bipolar. La

norepinefrina, por ejemplo, puede desencadenar un episodio maníaco, con lo cual estos tres químicos son los que deben ser evaluados por el médico.

Las personas con trastorno bipolar tienden a experimentar ciclos de síntomas. Una persona con esta afección puede experimentar un episodio de bajo estado de ánimo severo, que puede seguir o preceder a un episodio en el que se siente eufórica y extremadamente positiva. Y estos episodios pueden durar días, o semanas, pero son muy marcados unos de los otros.

Estos síntomas generalmente de un síndrome de bipolaridad incluyen: ánimo exaltado, ya sea máxima alegría o rabia e irritabilidad, energía alta o baja, un flujo rápido de habla y pensamientos acelerados, perder la atención fácilmente, mayor autoestima, disminución en el sueño ya sea insomnio o despertarse mucho por las noches.

También suelen involucrarse en comportamientos muy compulsivos de euforia positiva o negativa, pero sin tomar noción de riesgo y sin pensar en las consecuencias. Algunas personas también pueden experimentar psicosis durante un episodio maníaco o depresivo o una psicosis que se basa en tener ideas extrañas y delirantes o alucinaciones ocasionales.

Al momento del diagnóstico hay dos formas principales para el trastorno bipolar. En el primer trastorno la persona ha tenido al menos un episodio maníaco gravemente perturbador, que duró al menos 7 días o fue tan grave que tuvo que ir al hospital.

Por su parte, en el **trastorno bipolar II** la persona experimenta hipomanía, que es consecuencia de un episodio depresivo mayor.

Otras formas incluyen el trastorno “no especificado”, que un médico diagnosticaría si las características de la afección no son características evidentes del trastorno bipolar I o del trastorno bipolar II.

Existe una forma de característica muy leve dentro del llamado trastorno bipolar llamada trastorno ciclotímico implica episodios de hipomanía y depresión que son menos graves y duran períodos más cortos, muchas veces suelen ir acompañados de fuertes sensaciones de ansiedad, hiperventilación y sudoración en las manos.

Algunas personas con trastorno ciclotímico tienen manía y síntomas depresivos al mismo tiempo. En estos casos los síntomas podrían ser lo suficientemente leves como para no buscar la atención del médico. Ningún examen médico puede identificar la afección. Para diagnosticar el trastorno bipolar, el médico debe observar al individuo, y evaluar las señales y síntomas que ellos y las personas que lo rodean informan.

Y algo muy parecido suele pasar cuando hablamos de la depresión. No hay análisis de sangre ni ecografías, solo la observación de cada persona y tener en cuenta los que observen las personas que viven con ella.

El médico investigará sobre su historia clínica a fin de poder diagnosticar un trastorno depresivo mayor, en función al tiempo que lleva esa persona con los síntomas que enumeramos con anterioridad. Las personas que tienen un trastorno depresivo mayor no experimentan manía.

Los tratamientos para el trastorno bipolar y la depresión incluyen medicamentos y psicoterapia. En cuanto a los medicamentos se basan en el litio que es un fármaco con el que se puede tratar el trastorno bipolar, pero no el trastorno depresivo mayor.



También suelen incorporarse al tratamiento tres tipos de fármacos muy conocidos y usados en este trastorno ya que son estabilizadores del estado de ánimo, y son la carbamazepina, lamotrigina y el valproato.

Por su parte la psicoterapia implica hablar con un terapeuta y demás profesionales de salud de forma individual o en una situación grupal. Una persona que busca ayuda puede elegir entre una amplia gama de consejeros que practican diferentes técnicas, incluyendo la terapia cognitivo-conductual y la retrospectiva ya que puede ayudar con los procesos del pensamiento.

Lo importante es determinar qué otros profesionales pueden incluir el tratamiento que suele ser intradomiciliario por ejemplo un nutricionista en caso de que este trastorno bipolar genere o haya generado consecuencias en la alimentación del paciente.

Continuando con la temática anterior, cabe destacar que para el trastorno depresivo mayor, los médicos pueden recetar inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina o fármacos de otras categorías de medicación. Se suelen tomar junto con terapia psicológica.

Para todos estos trastornos considerados de carácter depresivo mayor, el apoyo puede necesitar ser a corto o largo plazo, dependiendo de si su depresión es o no recurrente.

En el síndrome de bipolaridad suele ser un tratamiento más crónico. Siempre es importante recordar que el diagnóstico temprano del trastorno bipolar o depresión proporciona la mejor oportunidad para mejorar la calidad de vida de una persona.

Los controles son fundamentales. Una red de apoyo profesional puede ser fundamental para manejar el trastorno bipolar y la depresión en las personas que están en tratamiento. El manejo médico exitoso de estas enfermedades ayuda a minimizar sus peores efectos, los síntomas y las consecuencias y además permite acceder a un apoyo más amplio.

Los médicos y otros profesionales de salud deben ayudar a tratar los efectos “psicosociales” además de los síntomas. Retomamos el concepto de la importancia de la interdisciplina. Vivir con una persona que tiene depresión grave o manejar las consecuencias del comportamiento maníaco puede ser difícil, de allí la importancia de poder realizar un tratamiento o sostén psicológico para las personas que conviven con individuos que tengan estos trastornos depresivos.

Si bien siempre se le da mayor valor o prioridad a quienes lo padecen, es decir, al paciente, no nos olvidemos de quienes conviven o cuidan a estas personas. El desgaste anímico es enorme, el día a día con los síntomas que la persona va teniendo requiere de un sostén afuera de la casa para poder ayudar en el tratamiento.

Reforzamos entonces el concepto de colaborar con una asistencia a quienes viven en el mismo hogar que individuos con depresión mayor o síndrome bipolar. Estos tratamientos pueden ser de carácter individual o también los que llamamos grupos de apoyo en donde varios familiares se juntan orientados por profesionales para que puedan expresar sus experiencias y poder ayudarse.

Siempre es importante ofrecer a las familias esta contención, ya que recordemos que las enfermedades mentales son graves, no equivale a un fracaso o una incapacidad para

salir adelante, y algunas personas pueden experimentar resultados positivos de su afección y que nadie hizo o dejó de hacer nada malo para adquirirla.

El efecto de una afección de salud mental en la vida diaria variará de una persona a otra. No todos experimentan cambios en su vida y relaciones de la misma manera. No minimicemos el tratamiento ni las enfermedades asociada a la salud mental, trabajemos con ellas con profesionales asociados para mejorar la calidad de vida del paciente y de sus familias.

Veamos ahora otra patología asociada a la depresión que se manifiesta con el nombre de **psicosis depresiva**.

Los síntomas de psicosis depresiva incluyen los asociados a una depresión a los que sumamos aspectos psicóticos, como delirios y alucinaciones asociado a sentimientos de tristeza y apatía. Este es uno de los síntomas más comunes en todos los tipos de depresión.

La persona se siente triste y sin ánimo para afrontar el día, pero no tiene mecanismos neuróticos de euforia, sino que se encuentra en una postura de bajo de ánimo, tristeza, no habla y puede haber llanto constante. En la psicosis depresiva estos delirios y alucinaciones a menudo están relacionados con los motivos de la depresión.

Por ejemplo, algunas personas pueden escuchar voces que opinan sobre su cuerpo o sus acciones haciéndolos culpables de sus acciones y su vida. El paciente no puede sostener estas alucinaciones y siente que se vuelve loco, a veces con ideas suicidas.

Los síntomas de psicosis depresiva incluyen los asociados a una depresión a los que agregamos como ya explicamos anteriormente otros síntomas como los delirios y alucinaciones. La tristeza y la apatía son de los síntomas más comunes en todos los tipos de depresión.

La persona se siente triste y sin ánimo para afrontar el día. Aparece la falta de interés o de placer, la fatiga y dificultad para concentrarse. La depresión psicótica, así como las demás, puede dificultar la concentración y el enfoque en las tareas diarias, lo cual, a su vez, puede generar más frustración y hasta, incluso, alucinaciones.

Las personas con psicosis depresiva pueden escuchar voces u otros sonidos que, a menudo, comentan sobre la persona, critican o dan órdenes. Esto suele asociarse a la presencia de delirios de culpa.

La psicosis depresiva hace que la persona se crea ideas falsas e irrazonables sobre su persona o sobre lo demás o sentirse culpable de algo terrible o que está experimentando una inminente catástrofe personal. Puede haber dificultad para dormir, y llegado el caso insomnio. El pensamiento se desorganiza y se vuelve complejo mantener un pensamiento coherente por culpa excesiva.

La persona con psicosis depresiva puede tener sentimientos abrumadores de culpa y auto condena que, a menudo son desproporcionados en relación con los acontecimientos reales. La desconfianza o paranoia de forma constante hacia el pensamiento de los demás se basa en creencias de que otros están en su contra o que lo quieren dañar de alguna manera.

El aislamiento social genera más depresión al quedarse en su casa y no interactuar con nadie. Eventualmente pueden salir a la luz los pensamientos de muerte o suicidio. Aquí debemos prestar mucha atención a lo que hace o dice el paciente, ya que muchos de ellos suelen tener no solo tener ideas suicidas específicas, sino que en muchos casos las materializan.

Las principales causas de la depresión psicótica son similares a los que hemos visto y estudiado al momento. Los antecedentes familiares de trastornos psicóticos o depresión pueden aumentar la probabilidad de desarrollar depresión psicótica, ya que la genética puede influir en la vulnerabilidad de una persona a ciertos trastornos mentales, de allí la importancia de conocer la historia familiar del paciente.

Los desequilibrios químicos cerebrales, de los cuales hemos hablado y se asocian a cambios en los neurotransmisores del cerebro, como la serotonina y la dopamina, pueden afectar al estado de ánimo, las percepciones y el pensamiento.

El tercer factor se asocia a los cambios hormonales como los que ocurren durante el embarazo, el posparto o la menopausia, pueden desencadenar o contribuir a la depresión psicótica en algunas personas y pueden intensificar los síntomas y su desarrollo.

Asimismo, el estrés y las experiencias traumáticas, como abuso, pérdidas significativas o eventos estresantes, podrían aumentar el riesgo de desarrollar trastornos depresivos y psicóticos y aquí su asociación con el estrés postraumático del cual hemos estado trabajando en el módulo tres.

Ahora bien, si tengo un paciente, familiar o amigo que presenta estos síntomas ¿Cuándo será necesario solicitar ayuda profesional? En el caso de La psicosis depresiva es una afección grave que requiere tratamiento lo antes posible.

Por eso, si la persona escucha voces que no existen, si presenta episodios frecuentes de llanto sin ninguna razón o si la depresión está afectando y perturbando la vida laboral, escolar o familiar, es necesario acudir a un profesional para tratar esta patología y poder atenuar los síntomas. Cuanto antes se avance con el tratamiento mejores y más rápido se van a ver los resultados.

Lo importante es “no dejarse estar”, porque los síntomas pueden empeorar con el paso del tiempo. La recuperación de la depresión psicótica es posible siempre y cuando la persona reciba un tratamiento adecuado y profesional y se dé una atención personalizada para cada uno de nuestros pacientes.

Para definir su programa específico de tratamiento individualizado se desarrollará en coordinación con el equipo multidisciplinario de psicólogos, terapeutas, psiquiatras, clínicos, personal de enfermería y preparador físico, nutricionista y demás profesionales que se requieran.

La depresión, como dijimos en el módulo uno, suele estar muy asociada a otras enfermedades que pueden ser base o consecuencia de la misma. Esto es muy importante cuando trabajamos sobre el tratamiento, ya que en muchos casos hay que trabajar no solo el aspecto mental para la depresión sino también las enfermedades o consecuencias físicas que pueden sobrellevarse.

La depresión ocurre con frecuencia en personas que tienen enfermedades crónicas como las siguientes:

- Alzheimer,
- Enfermedades autoinmunitarias como lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide y psoriasis, entre otras.
- Cáncer,
- Enfermedades coronarias, diabetes, epilepsia, VIH/SIDA o hipotiroidismo.

El diagnóstico de una enfermedad o afección médica supone un punto esencial en la cotidianidad del paciente y permite el inicio de un tratamiento conjunto mente y cuerpo.

La ansiedad y el estrés que genera esta circunstancia, unidos a los posibles síntomas de dolor, malestar o incapacidad que produzca la enfermedad, puede desencadenar síntomas de depresión, especialmente en aquellas patologías crónicas, como estudiamos en el módulo de estrés, verán que muchas de carácter físicas se ven relacionadas.

El trastorno depresivo debido a otra afección médica se manifiesta con un estado de ánimo deprimido durante un período de tiempo importante y persistente. En general se manifiesta el tiempo que dure la enfermedad sea propia o también de algún familiar. Algunos pacientes sufren también una disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades, incluso aquellas con las que antes disfrutaban y más aún muchos de ellos comienzan también a manifestar un desinterés en el tratamiento médico que deben hacer por su enfermedad. Esto es un factor que se ve mucho en los pacientes, el desinterés o cansancio que les lleva a negarse o no querer sobrellevar un determinado tratamiento.

Entre las afecciones con las que la depresión podría estar relacionada, pueden destacarse enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión arterial o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC); diabetes mellitus tipo 2 (DM2), en ese caso los pacientes diabéticos podrían tener más posibilidades de sufrir depresión que los no diabéticos, mientras que la depresión aumenta el riesgo de diabetes e interfiere con su correcto autocontrol.

En la Hipertensión arterial se debe al menos a dos tipos de factores de riesgo, los biológicos y psicológicos, entre los que se incluye el estrés crónico.

El EPOC es una afección pulmonar obstructiva crónica compleja por eso las personas con EPOC tienen un mayor riesgo de sufrir depresión, estrés y ansiedad; en sentido inverso, estar deprimido puede empeorar los síntomas, y más aún si el estrés o la ansiedad se relaciona con la hiperventilación.

Hay otras tres enfermedades asociadas. La enfermedad de Cushing, que se asocia a una concentración baja, despertarse durante la madrugada y la lívido disminuye.

Normalmente, el tratamiento de la depresión en estos pacientes ha de ser combinado con el del hipercortisolismo, lo que en algunos casos genera un aumento de peso, y a su vez mayor depresión por la imagen corporal.

En el hipotiroidismo los síntomas depresivos desaparecen cuando el paciente es tratado adecuadamente de su problema de tiroides, mediante la medicación correspondiente. Por último, la esclerosis múltiple genera síntomas comunes como irritabilidad, fatiga, falta de concentración, desánimo o frustración por la imposibilidad de mantener su autonomía. La gravedad del trastorno depresivo aumenta en los estadios avanzados de la esclerosis múltiple.

¿Cómo es el Diagnóstico y evolución?, el diagnóstico debe ser lo antes posible, el tratamiento físico y mental muchas veces lleva muchas consultas médicas, estudios y medicamentos que suele desgastar y cansar al propio paciente que en opciones ya no tiene ganas ni voluntad de continuar. De allí la importancia de su grupo de apoyo y terapéutico para colaborar con su tratamiento.

El diagnóstico del trastorno depresivo debido a otra afección médica se realiza a partir de la historia clínica del paciente, de su exploración física o de los análisis de laboratorio, que deben apuntar al trastorno depresivo como una consecuencia fisiopatológica directa de alguna otra enfermedad específica.

Algunas veces, pero solo en algunos de los casos podemos decir que los síntomas depresivos desaparecen en la medida en que la persona se adapta o en que se trata la enfermedad.

Existen otros casos más puntuales de la depresión en la que ciertos medicamentos no son bien tolerables por el agente o que quizá estén tomando algún fármaco que es el que les causa depresión, se recomienda consultar con el médico para que pueda valorar la posibilidad de retirarlo o de cambiarlo por otro.

### **Pautas claves para determinar un cuadro depresivo.**

Siguiendo con la línea de clase anterior, veamos a continuación las **pautas claves para determinar un cuadro depresivo**. El diagnóstico clínico específico que se debe hacer para la depresión mayor debe realizarse mediante entrevista clínica y no ser derivado únicamente de cuestionarios, ya que estos por sí solos no permiten la realización de un diagnóstico individual.

Lo ideal es que sea de carácter presencial. Deberán emplearse técnicas específicas, tanto verbales como no verbales, debido a la existencia de posibles limitaciones cognitivas y de verbalización en este grupo de edad. Estos test los lleva a cabo el médico psiquiatra mediante técnicas específicas que le permiten determinar y evaluar una posible patología.

Además, en el caso de los niños se podrá solicitar información y colaboración adicional a los padres e informes a la escuela, es imprescindible contar con este aporte.

En estas etapas, por ejemplo, la irritabilidad constituye un síntoma característico de la depresión, y también varía la frecuencia de los distintos síntomas. Las principales manifestaciones sintomáticas están marcadas por la edad del niño, y pueden agruparse según su desarrollo evolutivo.

Así, los trastornos depresivos en edad preescolar es decir entre los 3 y 6 años, presentan los mismos síntomas típicos que caracterizan a la depresión más tardíamente, por eso

la observación la seguiremos considerando esencial y básico, aunque con las manifestaciones que corresponden a su nivel de desarrollo, siendo los más frecuentes la tristeza o malhumor.

Se ha establecido la existencia de continuidad de la depresión entre la edad preescolar y la edad escolar, sugiriendo que la primera es una manifestación temprana del posterior trastorno depresivo en la infancia.

Muchas veces los niños pasan muchas horas en la escuela, a veces más tiempo que en la propia casa, de allí que los maestros y directivos pueden observar los comportamientos del niño y hasta muchas veces ser los primeros en identificar qué quizá algo en el niño no está bien y a sugerir una intervención psicológica.

Los trastornos depresivos entre los adolescentes tienen a menudo un curso crónico, con remisiones y recurrencias de seguramente episodios que se llevaron a cabo en la niñez. Aunque la mayoría de los episodios depresivos remiten en unos meses aproximadamente entre los 7 y 9 meses de media en pacientes derivados para atención clínica, la frecuencia de recurrencias es alta y es grave ya que existen comorbilidades, si ha habido episodios previos, si no hay respuesta al tratamiento inicial o es parcial, y si existen factores individuales o familiares de riesgo.

Las razones podrían ser varias: entre ellas por ejemplo los diferentes síntomas clínicos de la depresión en niños que en adultos o presentaciones atípicas. En el caso de los niños y adolescentes les es más difícil definir la tristeza y otros síntomas depresivos y dificultades de expresar sus emociones. La ausencia de criterios clasificatorios específicos para la infancia y adolescencia y la falta de formación o entrenamiento adecuado en la evaluación de niños y adolescentes con problemas mentales por parte de los profesionales sanitarios.

La no comprensión o negación por parte de los padres si hablamos de niños y adolescentes al no querer observar o como dijimos negar que quizá su hijo necesita algún acompañamiento especial. Esto se nota mucho cuando la observación la realiza la escuela, y también la existencia de las opiniones sociales sobre lo que es una asistencia psicométrica.

Es momento de eliminar los mitos y miedos de nombrar la palabra psiquiatría para que muchos pacientes puedan hacer o sostener sus tratamientos y que a nadie le de miedo por el qué dirán o las opiniones ajenas.

Existen muchos criterios para poder diagnosticar no solo a la depresión en sí sino también a los diferentes tipos de depresión según lo que hemos estado trabajado hasta aquí.

Quiero aclarar que quien realiza y cuenta con estos criterios de diagnóstico es el psiquiatra, es decir que si bien ninguno de nosotros, que no somos profesionales de la psiquiatría, lo vamos a realizar, sí me parece importante que lo conozcan y que sepan de estas terminologías para poder comprender un diagnóstico. ¿Empezamos?

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, tanto en la clínica como en la investigación, son los de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y

Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) y los de la clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría según el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-5).

La CIE-10 clasifica la depresión mayor dentro los trastornos del humor o afectivos (F30-F39). La categoría F32 incluye el episodio depresivo y la F33 la de trastorno depresivo recurrente.

La primera se subdivide en:

- F32.0 Episodio depresivo leve.
- F32.1 Episodio depresivo moderado.
- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
- F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
- F32.8 Otros episodios depresivos.
- F32.9 Episodio depresivo no especificado.

De allí que si el paciente está diagnosticado con F32.2 sabrán que el paciente está diagnosticado como que manifiesta episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos. En cualquiera de los casos, el episodio depresivo debe tener una duración de al menos dos semanas y siempre deben estar presentes como mínimo dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión y de allí la importancia del momento en el cual vamos a hacer la intervención. Lo ideal es que se realicen cuando los síntomas están más latentes, ya sea ánimo depresivo, pérdida de interés o de la capacidad para disfrutar o aumento de la fatigabilidad.

### **Fases asociadas al trastorno depresivo.**

Antes de finalizar este módulo vamos a conocer las **fases específicas que están asociadas al trastorno depresivo**, aunque ya sepamos que la depresión puede tener diversos tipos de cursos y la sintomatología concreta puede variar de persona a persona. Las fases de este trastorno, son un total de cinco. La primera es el suceso desencadenante, este es el primer punto ya que sabemos que siempre necesitamos algo que sucede que nos desencadene el pensamiento y de allí los síntomas. Si bien existen factores de vulnerabilidad tales como la herencia genética o la sensibilidad ante el daño que tienen importancia a la hora de desencadenar un trastorno depresivo, éste suele venir de la mano de la vivencia de un suceso negativo. El suceso desencadenante provoca que empiecen a nacer en el sujeto sensaciones de vulnerabilidad y de tristeza, e incluso de indefensión, y los síntomas que hemos nombrado y además muchas veces el paciente siento que pierde control de sus pensamientos. Esta fase puede sostenerse y transcurrir durante mucho tiempo. Esta primera fase puede eliminarse si el paciente comienza a trabajar en el momento y no avanza, o continuar hacia la segunda fase.

La segunda fase consiste en la activación de distorsiones cognitivas. El suceso desencadenante que vimos en la fase uno produce que la persona active una serie de esquemas cognitivos, es decir, el modo en el que se relacionan sus ideas y creencias

sobre el mundo y sobre ella misma. Esta es la etapa de la depresión en la que empiezan a cambiar muchas de las creencias en las que se basa la propia vida.

La tercera es la aparición de un síntoma. A partir del procesamiento distorsionado de la información, la persona empieza a manifestar la sintomatología típica, con un bajo nivel de afecto positivo y un elevado afecto negativo y aparecen los síntomas mentales y físicos.

La cuarta fase es la inhibición total. Es la etapa en donde aparece la falta de energía y motivación, placer y ganas o voluntad de actuar, provoca que el individuo depresivo termine alejándose de actividades que antes le gustaban, tales como hobbies y otras pasiones, alejándose activamente.

La última fase es la aparición de problemas que sostienen la etapa de depresión. Aquí contamos con un conjunto de síntomas de una persona depresiva suele provocar con el tiempo la aparición de nuevos sucesos o aspectos que pueden empeorar o mantener en la mente la sintomatología. Esto acentúa la problemática existente y la sensación de vulnerabilidad, indefensión y desesperanza.

Lo importante para aclarar es que estas fases no generan lo que llamamos efecto dominó, es decir que no necesariamente cuando se inicia la primera se llega a la quinta. En algún momento, según lo que vayamos trabajando en el tratamiento, se puede estancar el paciente en una de las fases sin avanzar o bien romper con el trastorno depresivo y volver a fase cero.