



La depresión

forumclínic | Fundación BBVA · Hospital Clínic de Barcelona

GUÍA INTERACTIVA PARA PACIENTES
CON ENFERMEDADES DE LARGA DURACIÓN

Autores: C. Gastó, V. Navarro
Hospital Clínic de Barcelona

Fundación **BBVA**

CLÍNIC
BARCELONA
Hospital Universitari

La depresión

forumclínic | Fundación BBVA · Hospital Clínic de Barcelona

GUÍA INTERACTIVA PARA PACIENTES
CON ENFERMEDADES DE LARGA DURACIÓN

Autores: C. Gastó, V. Navarro
Hospital Clínic de Barcelona

¿Qué es la depresión?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la depresión es la cuarta enfermedad que más incapacidad provoca en el mundo. Asimismo, la OMS considera que su frecuencia aumentará en los próximos años y que pasará del cuarto puesto al segundo en esta lista de enfermedades que generan más incapacidad.

La depresión es la enfermedad psiquiátrica más frecuente. Cerca del 20% de las personas padecen a lo largo de su vida una depresión. El 70% de los pacientes con depresión son mujeres. Puede sufrirse una depresión a cualquier edad.



Edita: Fundación BBVA
Fundació Clínic per a la Recerca Biomèdica

Autores: C. Gastó, V. Navarro
Hospital Clínic de Barcelona

Project manager: Imma Grau Corral

Editor: Joan Gené i Badia

Editora adjunta: Encarna Sánchez Freire

Diseño y maquetación: Área de Audiovisuales.
Hospital Clínic de Barcelona

Patrocinado por:

Fundación BBVA

Dipósito legal: B.57226-2007

Subtipos de depresión

Podemos clasificar la depresión en cuatro subtipos:

Depresión mayor. Los síntomas depresivos son intensos y aparecen en forma de episodios (duran semanas o meses).

Distimia (o trastorno distímico). Los síntomas depresivos son menos intensos, pero son muy incapacitantes porque son crónicos (duran como mínimo dos años).

Trastorno adaptativo. Los síntomas depresivos son leves, están presentes durante un período breve de tiempo y se deben a algún problema (factor estresante agudo) que ha sufrido el paciente.

Otros trastornos depresivos. En este apartado hay que incluir los síndromes depresivos que pueden formar parte del conjunto de síntomas de otras enfermedades psiquiátricas (por ejemplo, el trastorno bipolar) y no psiquiátricas (por ejemplo, anemias, esclerosis múltiple, hipotiroidismo). Este subgrupo de depresiones, por no ser entidades clínicas por sí solas, sino que forman parte de otras enfermedades, no se abordarán en este DVD.

Diagnóstico

SÍNTOMAS

Ningún síntoma garantiza el diagnóstico por sí solo.

El síntoma más característico de las depresiones es **la tristeza**. La tristeza en el paciente depresivo es:

- Intensidad superior a la esperable para la situación ambiental en la que se encuentra el sujeto.
- El paciente la describe como diferente a otras experiencias tristes que hubiera podido sufrir previamente, y existe mayor sensación de pérdida de control y gran dificultad o incluso imposibilidad para motivarse por otras cuestiones que no sean el foco de su tristeza.

Lentitud de movimientos, gesticulación facial y corporal escasas, sensación de fatiga, irritabilidad, llanto fácil, temor a la toma de decisiones, pérdida de apetito.

Insomnio: Muy característico de las formas más graves, es lo que llamamos «despertar precoz» (se duerme bien las primeras horas de la noche, y después, ya de madrugada, el paciente se despierta y ya no puede volver a conciliar el sueño).

Gran **dificultad para pensar**, bradipsiquia.



Un síntoma particularmente grave es la **anhedonia**, que consiste en una dificultad enorme para disfrutar de las situaciones y condiciones de la vida que antes de enfermar producían placer en la persona.

Síntomas físicos, como dolor de cabeza, molestias digestivas, dolor generalizado, etc.

Pensamientos pesimistas, con aumento de sentimientos de culpa por cosas hechas en el pasado. En casos graves las ideas pesimistas pueden llegar a ser delirantes, es decir, a no tener ninguna lógica.

Pensamientos relacionados con la muerte, bien en forma de «sería mejor estar muerto», o bien, y entonces aumenta mucho el riesgo de suicidio, planificando el método de cómo quitarse la vida.

Criterios diagnósticos

En la actualidad no existe ninguna técnica útil para realizar este diagnóstico.

La ausencia de técnicas diagnósticas objetivas hace que el diagnóstico de depresión se realice teniendo en cuenta, exclusivamente, la información que el médico obtiene durante la entrevista con el paciente, y con familiares o personas allegadas.



La comunidad médica internacional ha consensuado unos criterios clínicos para establecer el diagnóstico de depresión. Estos criterios diagnósticos están recogidos en un manual denominado DSM-IV.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DEPRESIÓN MAYOR

Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser el síntoma 1 o el síntoma 2.

1 Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto, por ejemplo, se siente triste o vacío, o la observación realizada por otros, por ejemplo, llanto.

- 2 Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día.
- 3 Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5 % del peso corporal en un mes) o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
- 4 Insomnio o sueño excesivo casi cada día.
- 5 Inquietud o lentitud casi cada día.
- 6 Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
- 7 Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o incoherentes casi cada día.
- 8 Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día.
- 9 Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNO DISTÍMICO

- A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos dos años.
- B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:
 - Pérdida o aumento de apetito.

- Insomnio o sueño excesivo.
- Falta de energía o fatiga.
- Autoestima baja.
- Dificultad para concentrarse o para tomar decisiones.
- Sentimiento de desesperanza.

C. Durante un período de dos años, el sujeto no ha estado sin síntomas de los criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

D. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNO ADAPTATIVO

A. La aparición de síntomas emocionales (por ejemplo, se siente triste o vacío) o conductuales en respuesta a un factor estresante identificable tiene lugar dentro de los tres meses siguientes a la presencia del factor estresante.

B. Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente, del siguiente modo:

- Malestar mayor de lo esperable en respuesta al factor estresante.
- Deterioro significativo de la actividad social, laboral o académica.

C. Una vez ha cesado el factor estresante, o sus consecuencias, los síntomas no persisten más de seis meses.

Causas de la depresión

Se considera que hay diversos factores implicados.

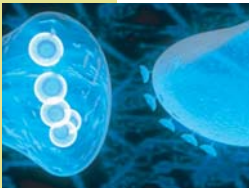
Factores relacionados con la personalidad del paciente. Presentar un carácter con alguna cualidad extrema (inseguridad, dependencia, hipocondría, perfeccionismo, autoexigencia) predispone a padecer depresiones.

Factores ambientales. Sufrir algún problema (económico, familiar, de salud) predispone a padecer un trastorno depresivo.

Factores biológicos. Sobre este punto, se deben destacar diversos aspectos:



ALTERACIONES CEREBRALES. Una alteración en el funcionamiento de dos áreas del cerebro (área frontal y área límbica) motivan la aparición de un trastorno depresivo. No existe una lesión anatómica visible.



ALTERACIONES EN NEUROTRANSMISORES. Para que el cerebro funcione correctamente debe existir una comunicación correcta entre las diversas neuronas del cerebro. Las neuronas se comunican a través de unas moléculas denominadas neurotransmisores, como la serotonina, la noradrenalina y la dopamina. En la depresión la conexión neuronal mediante neurotransmisores no funciona bien. Los antidepresivos ayudan a normalizar este problema.

ALTERACIONES GENÉTICAS. Dado que es más fácil que una persona padezca una depresión si tiene algún familiar que haya presentado alguna, se cree que tener según qué genes predispone a padecer una depresión. No obstante, por el momento no se conoce qué genes provocan la aparición de esta enfermedad.



En la actualidad se considera que los tres subtipos de trastornos depresivos anteriormente citados pueden tener como causa cualquiera de los tres tipos de factores causales; en cada caso tendrían un peso diferente como vemos en la tabla siguiente:

	DEPRESIÓN MAYOR	DISTÍMIA	TRASTORNO ADAPTATIVO
DURACIÓN	Episodio	Crónico	Episodio
GRAVEDAD DE LOS SÍNTOMAS	...	.	.
CAUSAS			
Personalidad	.	...	..
Estrés	.	..	...
Factores biológicos	...	..	.

Por tanto, es muy importante destacar que aunque es más fácil padecer una depresión si se ha tenido algún problema recientemente o si algo de nuestro carácter dificulta el hecho de enfrentarnos al día a día, también es posible padecer una depresión de forma espontánea de la misma manera que podemos padecer una apendicitis o una diabetes.

Evolución de la depresión

¿Se curan completamente las depresiones?

Se deben considerar dos aspectos:

Las depresiones tienen tendencia a ser recurrentes, es decir, se suele producir más de un episodio. Por el momento no disponemos de ningún tratamiento que evite al 100% las recaídas. En consecuencia podríamos decir que no sabemos curar las depresiones.

Aproximadamente el 80-85% de los episodios depresivos remiten con el tratamiento apropiado o, lo que es lo mismo, entre el 15-20% de los pacientes con depresión no se curan completamente de su episodio depresivo.

Tratamiento

Hay diversos tipos de depresión, y el tratamiento variará de un paciente a otro.

La **depresión mayor** parece ser una enfermedad con un componente biológico muy importante. Esto permite justificar que el tratamiento farmacológico sea más importante que el psicológico.

En el **trastorno adaptativo**, en el que existe una dificultad para afrontar una situación estresante real, el tratamiento psicológico es especialmente relevante.

Por lo que respecta a la **distimia**, existiría una causa biológica junto a aspectos de carácter que limitan la capacidad del paciente para afrontar los diversos conflictos del día a día. Por este motivo, el tratamiento combinado farmacológico y psicológico suele ser el indicado.



Tratamiento psicológico

La terapia psicológica cognitivoconductual y, en menor medida, la terapia psicológica interpersonal, han demostrado su eficacia como técnicas terapéuticas en el tratamiento de los diversos trastornos depresivos.

El tratamiento psicológico tiene tres objetivos principales:

- El tratamiento de los síntomas depresivos propiamente dichos.
- Si existen rasgos de personalidad que han predispuesto a la aparición del episodio depresivo, la modificación de dichos rasgos de personalidad.
- El aprendizaje de estrategias de identificación precoz de los síntomas y de prevención de recaídas.

Tratamiento farmacológico

La continua investigación ha permitido que en el curso de los últimos años se haya descubierto un amplio número de nuevos fármacos antidepresivos de uso fácil, de eficacia elevada y con efectos secundarios muy escasos.

Los antidepresivos más usados en la actualidad tienen las siguientes características:

- Eficacia elevada.
- Administración cómoda.
- Escasas interacciones, es decir, se pueden recetar en combinación con prácticamente cualquier otro fármaco.
- No producen dependencia.
- Efectos secundarios escasos y de poca intensidad.

Los antidepresivos actúan normalizando el funcionamiento de los neurotransmisores. Se agrupan en diferentes subtipos en función de sobre qué neurotransmisor ejercen su acción: serotonina, serotonina y noradrenalina, noradrenalina.

- Actúan principalmente sobre la serotonina (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) los fármacos siguientes: fluvoxamina, fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram, escitalopram, clomipramina y mirtazapina.
- Los siguientes fármacos actúan principalmente sobre la noradrenalina y la serotonina: imipramina, nortriptilina, venlafaxina y duloxetina.
- Y por último la reboxetina actúa principalmente sobre la noradrenalina.

Los efectos secundarios que puede producir un anti-depresivo son reversibles, es decir, independientemente de cuánto tiempo se haya tomado, tras dejar de tomarlo desaparece el efecto secundario, sin dejar nunca secuela.

Debemos destacar, por ser dos ideas erróneas ampliamente extendidas en la sociedad, que:

- Los antidepresivos sólo producen somnolencia en un 5% de los casos. Las pocas veces que producen sueño, lo hacen de forma leve, sin impedir el funcionamiento normal del paciente.
- Los antidepresivos habitualmente no engordan. Sólo se observa aumento de peso en el 10% de los pacientes, y el aumento de peso raramente alcanza los 4 o 5 kilos.

Probablemente el inconveniente más importante de los fármacos antidepresivos actuales es que tardan varias semanas en hacer efecto. Normalmente no se observa la mejoría clínica hasta la tercera o cuarta semana de tratamiento, y alcanzan su máxima eficacia a las 10-12 semanas.

Tratamiento electroconvulsivo

El tratamiento electroconvulsivo (o electroshock) es el tratamiento más eficaz en la depresión mayor muy grave. No obstante, algunos aspectos como su uso indiscriminado e inadecuado en el pasado o la utilización caricaturizada en películas con el objetivo de impactar, han motivado un rechazo social a este tratamiento.

En la actualidad, su aplicación se realiza en condiciones sanitarias adecuadas, sin implicar ningún tipo de dolor ni efecto secundario grave para el paciente.

Complicaciones

Cronificación de los síntomas

La cronificación de un trastorno depresivo es frecuente.

Aproximadamente el 15% de los pacientes que sufren depresiones presenta un curso crónico.

Tienen más tendencia a la cronicidad cuando se dan una o dos de las siguientes circunstancias:

- Hay factores estresantes crónicos (problemas de salud, problemas económicos, problemas familiares, etc.).
- El paciente tiene rasgos de personalidad que dificultan el hecho de enfrentarse con tranquilidad al día a día.
- Por el contrario, las depresiones que empezaron espontáneamente, es decir, sin ninguna causa aparente, son las que con menor frecuencia se cronifican.



Recaídas

Los trastornos depresivos (en especial la depresión mayor y el trastorno distímico) son enfermedades con tendencia a la recaída.

Se considera que aproximadamente el 70% de los pacientes que sufren un episodio depresivo presentarán algún otro episodio depresivo a lo largo de la vida.

Un 50% presentará un segundo episodio ya en los dos primeros años tras la recuperación.

A mayor número de episodios depresivos padecidos, mayor es la posibilidad de una nueva recaída.

Cuanto más tiempo esté un paciente sin síntomas más probable es que no haya recaídas rápidas tras suspender el tratamiento.

Suicidio

Los suicidios, y especialmente los intentos de suicidio, son una complicación frecuente en la depresión. Algunos datos relevantes al respecto serían éstos:

- Las personas con depresión presentan un riesgo de suicidio 30 veces superior a la población general.
- Aproximadamente un 15% de los pacientes que padecen una depresión realizan algún intento de suicidio.

Si bien no siempre es posible prever el suicidio, tienen mayor riesgo suicida: las personas mayores de 60 años, los varones, las personas no creyentes, las personas viudas, las personas que están en el paro, las

personas jubiladas, las personas toxicómanas, las que padecen otras enfermedades, las personas sometidas a estrés y aquellas que padecen aislamiento social.

La presencia de ansiedad intensa y/o la existencia de sentimientos de culpa y/o de desesperanza deben ser considerados como síntomas que aumentan de forma importante el riesgo de suicidio.

Preguntas frecuentes

¿Es una enfermedad hereditaria?

Cuando en la familia hay una persona con antecedentes de depresión, aumenta la posibilidad de que otras personas de la misma padezcan este tipo de enfermedad. No obstante, no parece probable que la única causa de las depresiones sea una alteración en los genes; parece que sería necesaria la combinación de diversos factores (entre ellos los genéticos) para que se produzca una depresión.

¿La serotonina es la causante de las depresiones?

La serotonina es una molécula que está presente en el cuerpo humano y que es indispensable para el buen funcionamiento del cerebro. Existen diversas razones para pensar que la serotonina tiene un papel importante en la enfermedad depresiva. Por ejemplo, la mayor parte de los antidepresivos aumentan la cantidad de serotonina en unas zonas muy concretas del cerebro.

No obstante, es importante saber que cuando una persona está deprimida no tiene alteraciones en la serotonina de la sangre. Es decir, medir la serotonina en la sangre no sirve para diagnosticar una depresión ni para saber si hace falta o no un antidepresivo.

¿Las amenazas de suicidio son una forma de llamar la atención?

Está claro que hay un porcentaje relativamente elevado de pacientes que refieren amenazas de suicidio como forma de llamar la atención. No obstante, no debemos considerar este hecho de forma peyorativa.

Independientemente de que nos pueda parecer una forma inadecuada de pedir ayuda, lo que está claro es que toda persona que realiza este tipo de amenazas es que está con un nivel de angustia elevado y, por tanto, se le debe facilitar al máximo su visita al médico.

Siempre que un paciente comente su deseo de morirse debería ser evaluado por un especialista.

¿Cómo debo comportarme con una persona que padece una depresión?

Hay diversos puntos importantes:

- No se debe hacer de médico ni de psicólogo, y hay que animarlo para que pida atención médica.
- Se debe mostrar comprensión. Independientemente de si la depresión ha sido espontánea o de si es secundaria a algún factor externo, es importante que el paciente note que

comprendemos que una persona pueda perder el control de su estado de ánimo.

- No se le debe forzar a hacer cosas que no quiera hacer mientras el médico o el psicólogo no nos diga lo contrario.
- Los familiares no deben modificar de forma muy marcada su funcionamiento diario. Si el paciente nota que su enfermedad ocasiona mucha distorsión en los allegados, puede aumentar el sentimiento de culpa.

¿Cuál debe ser la duración del tratamiento farmacológico?

Resulta muy difícil generalizar una respuesta. Tras un **primer episodio** de depresión la duración del tratamiento farmacológico es usualmente de entre 6 y 12 meses.

Tras un **segundo episodio**, la duración del tratamiento suele prolongarse durante 2-3 años aproximadamente.

En los pacientes con **tres o más episodios**, se aconseja que el tratamiento farmacológico sea de por vida. La razón de que estos tratamientos sean tan prolongados es que los episodios depresivos tienen una elevada tendencia a las recurrencias.

¿Aumentan los efectos secundarios de los antidepresivos por el hecho de tomarlos durante un período largo de tiempo?

Independientemente de si la duración del tratamiento farmacológico es de meses o de años, los antidepresivos no lesionan el hígado, los riñones, el corazón, los pulmones u otros órganos del cuerpo. De hecho, los efectos secundarios de los antidepresivos o mejoran con el curso del tratamiento o se mantienen igual, pero nunca se intensifican.

¿El litio es un tratamiento útil en las depresiones?

El tratamiento con litio (carbonato de litio) sólo es útil en unos casos muy concretos de depresión. Por tanto, no debe considerarse uno de los tratamientos habituales de los trastornos depresivos.

Asimismo, cabe destacar que según los conocimientos existentes hasta ahora, la falta de litio en el cuerpo nunca es la causa de una depresión; en consecuencia, nunca debemos mirar qué nivel de litio tenemos en sangre como forma de diagnosticar una depresión (ni ninguna otra enfermedad).

¿La serotonina es útil en el tratamiento de la depresión?

No. No existe ningún estudio que demuestre que tomar serotonina mejore la depresión.

¿Pueden tomarse antidepresivos durante el embarazo?

¿Y durante el período de lactancia?

En la medida de lo posible debemos evitar los tratamientos farmacológicos durante el embarazo. No obstante, en caso de necesidad imperiosa (presentar sintomatología depresiva grave) existen diversos antidepresivos que probablemente no aumentan el riesgo de producir lesiones en el bebé. En la actualidad, es especialmente abundante la experiencia a este respecto con el antidepresivo fluoxetina.

Respecto a la lactancia materna, hay que saber que cuando una madre toma antidepresivos, éstos alcanzan la leche. Dado que la lactancia materna no es indispensable para el desarrollo correcto del bebé, habitualmente se desaconseja el uso de la lactancia materna en madres que siguen tratamientos antidepresivos.

¿Qué es la depresión posparto?

Tal y como dice su nombre es una depresión que aparece tras el parto. Normalmente la sintomatología depresiva aparece en el primer mes del puerperio. Es una entidad frecuente; se sugiere que cerca del 10% de las mujeres presentan sintomatología depresiva tras el parto.

No obstante, debemos matizar que son muy infrecuentes los casos graves, es decir, aquellos en los que hay un rechazo franco hacia el recién nacido. En general, son episodios depresivos leves, con curación

espontánea, en los que no es necesario prescribir tratamiento farmacológico.

La existencia de factores estresantes, la ausencia de apoyo familiar, la lactancia artificial y el hecho de haber padecido episodios depresivos previamente aumentan las posibilidades de padecer una depresión posparto.

¿Existe la depresión infantil?

La respuesta es que sí. Probablemente las causas son las mismas que en los adultos, o sea, una mezcla de vulnerabilidad genética y de factores ambientales. Los síntomas son también muy parecidos a los de la depresión del adulto.

No obstante, a este respecto hay que saber que cuanto menor sea la edad del paciente más dificultad tendrá para expresar sus sentimientos; en consecuencia, puede ser que no manifieste directamente estar triste, y destacarán, más que la tristeza, otros síntomas como la irritabilidad, la inquietud, el llanto fácil, el sentimiento de no ser querido, el aislamiento social, los cambios en el sueño y/o los cambios de apetito y de peso.

El tratamiento combinado psicológico y farmacológico suele ser el más efectivo.



¿Cuáles son en la actualidad los principales campos de investigación?

Son muchas las dudas existentes respecto a las causas y al tratamiento de las depresiones. En consecuencia, se entiende que justamente sean éstos los principales campos de investigación.

En lo referente al tratamiento, los objetivos esenciales son: obtener fármacos antidepresivos que actúen más rápidamente (recordemos que tardan aproximadamente cuatro semanas en hacer efecto) y buscar alternativas de tratamiento psicológico más eficaces y rápidas que las que disponemos en la actualidad.

En cuanto a las causas de la depresión, la investigación se centra sobre todo en que moléculas (neurotransmisores, proteínas, hormonas) y/o genes están alterados en los pacientes afectados de depresión. A medida que se aumenten los conocimientos sobre este tema, será más fácil poder diseñar tratamientos con acción específica sobre dichas alteraciones, así como disponer de métodos diagnósticos objetivos.

¿Cómo me ayudará un psicólogo a superar mi depresión frente a un problema grave que tengo?

Lo primero que hay que saber es que el psicólogo no basa su tratamiento en una charla de apoyo o en un simple consejo.

Lo segundo que hay que saber es que la meta del psicólogo no es que el paciente «olvide» la tristeza que le produce un problema grave, sino conseguir que

dicho sentimiento de tristeza no interfiera tanto en las actividades diarias.

El psicólogo se propondrá diversas metas:

- Que el paciente no mantenga conductas que contribuyan a su depresión o que hayan causado su depresión.
- Que el paciente aprenda nuevas técnicas para enfrentarse a situaciones de estrés presentes y futuras.
- Que el paciente aprenda técnicas para afrontar mejor sus sentimientos de tristeza, rabia, ansiedad, timidez o pánico.

Glosario. Definición de términos

Antidepresivo. Es el nombre que reciben los fármacos utilizados para curar los diversos tipos de depresión. Estos fármacos también son eficaces en el tratamiento de algunos trastornos de ansiedad y en el tratamiento de determinados dolores.

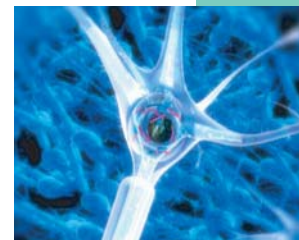
Depresión mayor. Es un subtipo de depresión en que los síntomas depresivos son intensos y aparecen en forma de episodios que duran semanas o meses.

Distimia (o trastorno distímico). Es un subtipo de depresión en que los síntomas depresivos son menos intensos, pero son muy incapacitantes por el hecho de ser crónicos (duran como mínimo dos años).

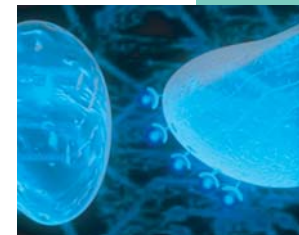
DSM-IV. Clasificación internacional de las enfermedades psiquiátricas. Dado que no disponemos de pruebas objetivas para realizar el diagnóstico de depresión ni del resto de enfermedades psiquiátricas, se ha diseñado esta clasificación, que describe

los criterios clínicos (los síntomas) que caracterizan cada una de ellas. Dichos criterios diagnósticos han sido consensuados por un amplio número de expertos internacionales y sirven para hacer un diagnóstico lo más preciso posible.

Neurotransmisor. Las diversas células del sistema nervioso no se tocan entre ellas; por tanto, para que una transmita información a otra es necesario un medio de comunicación. El medio de comunicación que utilizan las neuronas son un conjunto de moléculas que ellas mismas fabrican y que liberan en el espacio que hay entre ellas y las neuronas colindantes. Estas moléculas que facilitan la comunicación entre neuronas se denominan neurotransmisores.



Serotonina. Es una molécula (neurotransmisor) ampliamente extendida por todo el cuerpo humano. La mayor parte de los fármacos utilizados en la depresión actúan aumentando la cantidad de serotonina disponible en nuestro cerebro. No obstante, todavía no ha podido demostrarse que las personas que padecen una depresión tengan menos serotonina en el cuerpo o en el cerebro que las personas que no tienen depresión.



Tratamiento cognitivoconductual. La terapia cognitivoconductual es un tratamiento psicológico que intenta modificar los comportamientos y los pensamientos que están alterados en diversas enfermedades psiquiátricas, como, por ejemplo, en la depresión. Los objetivos de este tratamiento son dos: primero, producir cambios en la manera de interpretar y de reaccionar ante ellos y, segundo, generar nuevas pautas de actuación personal. Si bien se valora toda la biografía del paciente, el tratamiento se centra especialmente en los síntomas y las reacciones alteradas que presenta el paciente en la enfermedad que se ha de tratar.

Trastorno adaptativo. Es un subtipo de depresión en que los síntomas depresivos son leves, están presentes durante un período breve de tiempo y se deben a algún problema (factor estresante agudo) que ha sufrido el paciente.

Índice

1. ¿Qué es la depresión?	5
Subtipos de depresión	6
Diagnóstico	7
Criterios diagnósticos	9
Causas de la depresión	12
Evolución de la depresión	14
2. Tratamiento	15
Tratamiento psicológico	16
Tratamiento farmacológico	16
Tratamiento electroconvulsivo	18
3. Complicaciones	19
Cronificación de los síntomas	19
Recaídas	20
Suicidio	20
4. Preguntas frecuentes	22
5. Glosario. Definición de términos	30

forumclínic es una iniciativa realizada por **profesionales e instituciones sanitarias** con el objetivo de proporcionar información útil a los pacientes.

Presentamos una **guía práctica**, accesible al paciente y su familia, para mejorar su conocimiento de la enfermedad y de su tratamiento.

Un conocimiento más profundo de la enfermedad facilita la **participación activa de los pacientes**, junto con el equipo de salud que los atiende, en la toma de decisiones referidas a su tratamiento.

D.L.: B. 5726-2007

Editado por:

Fundación **BBVA**

FUNDACIÓ
CLÍNIC
BARCELONA

Hospital Clínic de Barcelona

C/ Villarroel, 170 - 08036 Barcelona

Tel.: 93 227 54 00 · Fax: 93 227 54 54 · www.forumclinic.org