

# DEPRESIÓN: SITUACIÓN ACTUAL

## DEPRESSION: CURRENT SITUATION

Toshi Luna- Reyes<sup>1</sup>, Eileen Vilchez-Hernández<sup>1</sup>

### RESUMEN

La depresión es uno de los trastornos más frecuentes y crónicos de la población a nivel mundial, es de alto riesgo cuando evoluciona a un Trastorno Depresivo Mayor, debido a que puede manifestarse en un desenlace fatal como el suicidio o en una limitación social y cognitiva. Se han planteado diferentes hipótesis etiológicas y se han asociado importantes factores desencadenantes y de riesgo que nos han permitido mejorar la prevención y el manejo de esta patología; sin embargo, a través de esta revisión no solo ponemos en manifiesto los avances, sino también los espacios en blanco y las poblaciones vulnerables que deben ser estudiadas.

**Palabras clave:** Depresión; Trastorno Depresivo Mayor; Suicidio; DSM 5. (fuente: DeCS BIREME)

### ABSTRACT

Depression is one of the most frequent and chronic disorders of the population worldwide, it is high risk when it evolves into a Major Depressive Disorder, because it may manifest itself in a fatal outcome such as suicide or in a social and cognitive limitation. Different etiological hypotheses have been proposed and important triggers and risk factors have been associated, which have allowed us to improve the prevention and management of this pathology. However, this review not only describes the advances, but also the spaces in blank and vulnerable populations that need to be studied.

**Key words:** Depression; Major Depressive Disorder; Suicide; DSM 5. (source: MeSH NLM)

### INTRODUCCIÓN

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. El 7 de abril del 2017, con ocasión del Día Mundial de la Salud, la OMS puso en acción una campaña anual titulada: "Hablemos de depresión". Mostrando así la gran preocupación que genera este tema.

La depresión es un trastorno mental, que se manifiesta según la OMS con la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y disminución de la concentración.

La depresión puede cronificarse y dificultar considerablemente el desempeño laboral, cognitivo y la capacidad de afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio; en el Perú, durante el 2015 se suicidaron aproximadamente 9.2 personas por cada 100 000, de las cuales 2 de cada 3 tenían antecedente de depresión<sup>1</sup>.

Se estima que hasta 1 de cada 4 personas pasan por una depresión mayor en algún momento de su vida<sup>2</sup>.

Debido al gran impacto de este trastorno y con el objetivo de conocer los factores biológicos y ambientales que contribuyen a su origen; han surgido diversas hipótesis, tales como la de las monoaminas, la dopaminérgica, gabaérgica y la teoría de la diátesis-estrés, entre otras<sup>3</sup>. Sin embargo, a pesar de que ninguna es absoluta, cada una nos encamina a desarrollar nuevas rutas de investigación etiológica, así como a poner en práctica estrategias de tratamiento y prevención para nuestra población.

### MÉTODOS

El presente artículo de revisión es de tipo descriptivo. Para su desarrollo, se buscaron artículos de actualización en etiología, diagnóstico y de tratamiento de depresión en las principales bibliotecas virtuales de información sanitaria: Pubmed, Scielo, Lilacs, Latindex, New Journal of Medicine. Asimismo se revisaron las estadísticas actuales en las páginas de la OMS, OPS y MINSA.

Se incluyó en la búsqueda, los términos: estadísticas de depresión, trastorno de depresión mayor, factores depresivos, psicoterapia y antidepresivos.

<sup>1</sup> Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma. INICIB

**Citar como:** Toshi Luna- Reyes, Eileen Vilchez-Hernández. Depresión: Situación actual. [Artículo de Revisión]. Rev. Fac. Med. Hum. 2017;17(2):78-85. DOI 10.25176/RFMH.v17.n3.1197

Journal home page: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH>

© Los autores. Este artículo es publicado por la Revista de la Facultad de Medicina Humana, Universidad Ricardo Palma. Este es un artículo de Open Access distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>), que permite el uso no comercial, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que la obra original sea debidamente citadas. Para uso comercial, por favor póngase en contacto con [revista.medicina@urp.pe](mailto:revista.medicina@urp.pe)

Los objetivos de la Revisión son:

- Informar sobre las últimas estadísticas sobre depresión.
- Ahorrar tiempo en la lectura de estadísticas no actuales.
- Describir las hipótesis etiológicas actuales de la depresión
- Proporcionar un panorama claro sobre la situación actual de la depresión.
- Mostrar las nuevas tendencias de tratamiento y apoyo a los pacientes.
- Orientar nuevas rutas de investigación a partir de lo sintetizado en este artículo.

## ETIOLOGÍA

Debido a la importancia en el desarrollo personal de los pacientes que padecen depresión se ha intentado buscar las causas de esta enfermedad con la ayuda de avances tecnológicos.

Se encontraron varias hipótesis que intentan explicar, aunque de manera aislada, el origen de la depresión entre las cuales tenemos:

### Alteraciones en las estructuras

Se encontró mediante estudios imagenológicos que el hipocampo de personas depresivas presenta una disminución de la sustancia blanca al igual que una asimetría hemisférica. Por otro lado, Hamilton et al. realizo un estudio del cual se observó que no hay asociación entre las personas depresivas y sanas en cuanto al tamaño de la amígdala, sin embargo, si hay se halló variaciones significativas entre personas depresivas tratadas y no tratadas viéndose en este último caso una amígdala de menor volumen en comparación con el otro.

### Hipótesis de las monoaminas

Mediantes estudios de bloqueo enzimático se tiene que ante una disminución de serotonina (5-HT) y dopamina (DA) en individuos sin antecedentes de episodios depresivos previos o historial familiar no hubo gran cambio anímico, pero sí en pacientes con antecedentes familiares, dándonos un marco de vulnerabilidad biológica. Como apoyo a esta hipótesis se han encontrado niveles elevados de monoaminooxidasa A (MAO A) en personas con depresión, teniendo en cuenta que está implicada en el metabolismo de las monoaminas (5-HT, NA) al disminuirlas<sup>4</sup>.

### Teoría diátesis – estrés

Esta teoría unifica herencia y ambiente mediante los genotipos de expresión del transportador de serotonina (5-HTTLPR) en dos alelos: Corto (S) y largo (L). La variable

corta de los alelos (S) está asociado a una correlación negativa ante el estrés y miedo además de activación de amígdala e hipocampo ante estímulos neutrales. Se considera la variable larga (L) como de protección.

Existen otras hipótesis que al igual que estas intentan explicar la etiología de la enfermedad, pero aun no son tan aceptadas como las ya expuestas. Entre ellas tenemos la hipótesis glutamatérgica y GABAérgica por sus acciones excitatorias e inhibitorias respectivamente. También tenemos las hipótesis inflamatorias como producto de interferón alfa partiendo de estudios de personas usuarias de interferón como tratamiento para cáncer pero el mecanismo aún no está descrito<sup>3,5</sup>.

### Factores de riesgo

Además del factor biológico, se debe poner énfasis en otros componentes asociados y posibles desencadenantes de este trastorno ya que la depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos que influyen el desarrollo, tratamiento y pronóstico de la enfermedad<sup>6</sup>.

### Factores personales

Estadísticas mundiales apuntan siempre a una predominancia en el género femenino para esta patología siendo más frecuente en mujeres de más de 40 años.

Un estudio transversal realizado en Las Pampas de San Juan de Miraflores en Lima, Perú mostró un 20% de prevalencia de síntomas depresivos en la población estudiada. Además, se obtuvo una mayor frecuencia referente a personas de bajos recursos económicos y varones migrantes siendo este último relacionado con el cambio de estilo de vida de rural a urbano. Esto nos muestra que la poca flexibilidad mental ante el cambio sería un factor de riesgo para la depresión.

También se encuentran entre los factores de riesgo personales la baja autoestima, pobre autovaloración relacionada con la apariencia física teniendo un pico en pacientes obesos, todo esto enmarcado en una de las etapas más vulnerables del desarrollo como la adolescencia<sup>7</sup>.

### Factores familiares

Uno de los pilares en el desarrollo de una persona es la familia como núcleo de la sociedad, es por eso que algunos tipos como los autoritarios y desinteresados suman a los factores de riesgo ya descritos para el desarrollo gradual de la depresión.

La falta de apoyo por parte de los integrantes de la familia son un factor negativo importante, la falta de comunicación dentro del núcleo familiar y la poca flexibilidad frena el desarrollo social del individuo y lo hace menos resiliente ante situaciones adversas.

Los estilos de crianza también juegan un papel importante por ejemplo el estilo de crianza basado en la culpa y un constante enfoque en los errores cometidos puede afectar significativamente la autoestima de la persona en formación.

Teniendo en cuenta que el primer ente educador en cuanto a costumbres y creencias es la familia, si los padres tienden a crear prototipos rígidos de la correcta personalidad y comportamiento pueden causar culpa y vergüenza en el niño pudiendo así con el tiempo general depresión asociado a sentimientos de inferioridad<sup>8</sup>.

### Factores sociales

Situación que causan ansiedad pueden generar estados depresivos en diferentes grados dependiendo de la vulnerabilidad.

**Infancia:** Divorcio o fallecimiento de los padres, mudanzas, cambios de

### Escuela y abuso sexual

**Adolescencia:** El inicio de las relaciones afectivas, embarazo no deseado y emigración.

**Adulthood:** Divorcio, desempleo, conflictos económicos, fallecimiento de los padres y mudanza de los hijos.

**Senectud:** Cese laboral (jubilación), pérdida de funciones corporales, enfermedad incapacitante, duelo de la pareja, ingreso a centros de asistencia (asilos)<sup>9</sup>.

### Factores asociados a comorbilidades

Hay relaciones entre la depresión y la salud física; así, por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares pueden producir depresión, y viceversa o como en el caso de una de cada cinco parturientas que sufre depresión tras el parto, esto según la OMS.

Se debe tener en cuenta también que el estar expuesto a constantes visitas a centros asistenciales causa ansiedad y angustia. El trato por parte del personal asistencial también juega un rol importante en este aspecto ya que en algunos casos puede generar discomfort por falta de empatía causando en el individuo sentimientos de soledad, desapego y desesperanza que lo orilla a la depresión<sup>10,11</sup>.

## CLÍNICA

Cuando nos encontramos frente a un paciente con posible diagnóstico de depresión, debemos tener en cuenta a grandes rasgos, que todas las áreas de su vida se ven afectadas:

- Área emocional
- Área cognitiva
- Área conductual
- Aspecto físico

Habitualmente la evolución es larga y con tendencia a tener varias recaídas, aún más si existen factores de riesgo persistentes.

Frecuentemente el primer episodio es precedido por factores estresantes, a diferencia del segundo o tercer episodio que puede no estar asociado. Además es importante tener en cuenta que un 50% de los pacientes depresivos presenta síntomas que pasan inadvertidos incluso antes de padecer un primer episodio de Trastorno depresivo mayor.

### Ectoscopia

El examen inicia con la observación detallada del enfermo:

**a. Su apariencia:** Observar la expresión marcada en su rostro, su forma de vestir, contextura corporal, el cuidado de su aspecto, etc.

**b. Su conducta:** Anotar los gestos y el interés que muestra durante la consulta.

### Anamnesis

Es el segundo paso, se debe valorar los recursos psicológicos e intelectuales del paciente, para saber cómo guiar el interrogatorio sintomatológico y cómo abordar la terapia futura. Así mismo en este momento y durante toda la entrevista se debe tener como meta prioritaria, ganar la confianza del paciente<sup>12</sup>.

Durante el interrogatorio el paciente nos detallará sus síntomas, los cuales según la gravedad del cuadro se pueden catalogar como:

#### a. Leves:

- Ánimo depresivo (triste)
- Pérdida de Interés
- Baja sensación de placer
- Aumenta fatigabilidad
- Síndromes dolorosos leves

#### b. Moderados:

- Triste, melancólico
- Dificultad para desarrollarse laboral o domésticamente
- Disminuye su interacción social
- Falta de vitalidad
- Falta de apetito
- Marcada pérdida de interés y placer

#### c. Graves:

- Pérdida de estimación de sí mismo
- Sentimientos de culpa
- Ideas suicidas
- Alteraciones psicomotrices (agitaciones o retardo)
- Disminución de la concentración y pensamiento

- Falta de decisión
- Aislamiento
- Alteración del sueño
- Alteraciones del apetito
- Alucinaciones o delirios

Cuando un paciente con depresión inicia con alucinaciones o delirios,

sean estos congruentes o no con el estado de ánimo, se debe sospechar de una psicosis asociada a un episodio depresivo grave<sup>13</sup>.

### **Clínica depresiva en casos orgánicos.**

Se diferencia esta forma de presentación, debido a que la depresión se debe principalmente a la presencia de una comorbilidad que es angustiante para el paciente.

En la mayoría de los casos el grado de depresión depende de la severidad de la comorbilidad, del grado de dolor y de la repercusión emocional sobre el paciente; por ello, se puede apreciar desde una tristeza leve hasta un episodio de depresión mayor que puede deteriorarlo aún más.

Una investigación de casos y controles de la Universidad de Washington realizó un estudio de asociación entre pacientes con depresión y enfermedades crónicas, en el cual se encontró que cuando coexisten hay un incremento de morbilidad, discapacidad, mortalidad y baja calidad de vida, además asoció un elevado costo médico<sup>14,15</sup>.

### **Clínica depresiva en mujeres durante el Embarazo**

El factor de riesgo primordial de tener depresión durante el embarazo es una historia previa de depresión y otros importantes son una historia familiar de depresión o trastorno bipolar, así como maltrato Infantil, madre soltera, tener más de 3 hijos, fumadora, bajos ingresos, ser menor de 20 años y violencia doméstica.

Las consecuencias de este episodio durante el embarazo es la dificultad para realizar las actividades normales de cuidado prenatal, no mantener una dieta adecuada ni equilibrada, consumo de tabaco o alcohol y hasta un riesgo de suicidio. Además de los síntomas y signos que se pueden apreciar en la madre, el producto del embarazo puede verse afectado en su desarrollo y puede encontrarse también futuras alteraciones de temperamento<sup>16</sup>.

Es necesario que en cada control que asista la gestante se tome en cuenta cualquier síntoma o signo de depresión, puesto que las repercusiones se extienden al feto, sus otros hijos y a su pareja, no solamente en ella.

Es recomendable el uso de intervenciones no farmacológicas, como la psicoterapia y terapia cognitiva del comportamiento, en pacientes depresivas leves o moderadas; dejando así la terapia antidepressiva para los casos severos<sup>17</sup>.

## **Énfasis Clínico**

Es importante diagnosticar tempranamente lo episodios iniciales y leves de depresión con el fin de evitar la aparición de un Trastorno depresivo mayor, debido a que si este no es tratado puede aparición o disminuir el periodo sintomático a menos de 3 meses<sup>12</sup>.

## **DIAGNÓSTICO**

Los trastornos depresivos son varios e incluye: al trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor (incluye el episodio depresivo mayor), el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado.

En este apartado se hará énfasis debido a su mayor frecuencia e importancia clínica en cuanto a riesgo suicida al trastorno de depresión mayor (TDM).

### **Trastorno depresivo mayor**

Los síntomas de los criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor deberían aparecer casi cada día para poderlos considerar, con la excepción del cambio de peso y la ideación suicida. Debería haber ánimo deprimido la mayor parte del día, además de casi cada día. A menudo los síntomas de presentación son el insomnio y la fatiga.

Rasgo principal del episodio depresivo mayor es un período de tiempo de al menos dos semanas ante el cual existe ánimo depresivo o pérdida del interés o del placer en los niños y los adolescentes, el ánimo suele ser irritable más que triste.

El paciente debe experimentar además al menos cuatro síntomas adicionales de una lista que incluye cambios en el apetito o el peso y en la actividad psicomotora, energía disminuida, sentimientos de inutilidad o de culpa, dificultades para pensar, para concentrarse o para tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida, o planes o intentos de suicidio<sup>18</sup>.

## **CLASIFICACIÓN**

El TDM se clasifica teniendo en cuenta la severidad del cuadro. Se debe realizar la Escala de clasificación de Hamilton para depresión (HDRS) que otorga una clasificación basada en puntajes del 0 – 51 que facilita al clínico valorar la severidad del cuadro clasificándolos en 3 categorías: leve, moderado y severo. (Tabla N°2)<sup>19</sup>.

## TRATAMIENTO

Se debe elaborar un plan terapéutico con base en la severidad diagnóstica como leve, moderado y severo; para esto se debe tener pautas como locación, redes de

apoyo y tratamiento psicoterapéutico. Hay que tener en cuenta que en la elección del tratamiento el paciente debe tener participación en cuanto a costos y disponibilidades para asegurar una buena alianza terapéutica<sup>20</sup>.

**Tabla 1.** Criterios diagnósticos para depresión mayor.

<p>A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva</li> <li>2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días</li> <li>3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.</li> <li>4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.</li> <li>5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).</li> <li>6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.</li> <li>7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el auto reproche o culpa por estar enfermo).</li> <li>8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).</li> <li>9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.</li> </ol> <p>B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p> <p>C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.</p> <p>D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.</p> <p>E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.</p>
--

ARTÍCULO DE REVISIÓN

**Tabla 2.** Severidad de TDM según hdrs

TDM leve	TDM moderado	TDM severo
La sintomatología depresiva, solo genera una pequeña alteración en la funcionalidad o las actividades sociales o en sus relaciones interpersonales.	Los síntomas generan una alteración en la funcionalidad o las actividades sociales o en sus relaciones interpersonales; sin que llegue a ser severo.	La sintomatología depresiva genera una gran alteración en la funcionalidad de la vida cotidiana del sujeto y/o manifiesta ideación suicida o síntomas psicóticos.
HDRS 12–19	HDRS 20–27	HDRS mayor o igual a 28

En trastornos depresivos leves y moderados sin cronicidad, no se ha demostrado superioridad en cuanto a la eficacia entre la farmacoterapia y la psicoterapia. Sin embargo, se debe considerar aplicar terapia mixta en pacientes con episodios severos,

Crónicos, con comorbilidades y en aquellos en los que la monoterapia no tenga éxito.

Clasificaremos los tratamientos para esta patología de dos formas: Farmacológico y no farmacológico.

## Tratamiento farmacológico

Un aspecto importante en el tratamiento es la duración ya que la mejoría clínica se inicia posterior a la tercera o cuarta semana de recibir el fármaco a dosis terapéuticas. Uno de los principales problemas en la práctica es prescribir tratamiento en dosis insuficientes y durante periodos de tiempo demasiado cortos.

La duración del tratamiento debe ser de 8 a 12 meses posterior a obtener remisión en un primer episodio, y continuarlo por dos años después de 2 episodios en el transcurso de 5 años y considerar mantenerlo de manera indefinida en dos casos: Estado depresivo con una duración superior a un año y casos de dos o más episodios durante los últimos 5 años (1++).

Se debe mantener la dosis de remisión durante todo el tratamiento una vez que se llegue a ella.

La elección del fármaco debe ser tomada por el clínico teniendo en cuenta su experiencia, efectividad y tolerancia de este por el paciente.

Los Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS) como citalopram, escitalopram, fluoxetina, paroxetina, sertralina tienen mayor tolerabilidad por menores efectos colaterales que el resto de los antidepresivos (1++ Nivel de evidencia para estudios de terapia por NICE)<sup>21</sup>.

La mayoría de los ISRS inhibe la isoenzima p-450 y son mejor tolerados que los tricíclicos además de que hay menos riesgo de muerte por sobredosis. Sin embargo, se debe valorar su efecto sedante como parte de la indicación horaria de la toma, pero el que tiene mayor efecto sedante es la mirtazapina.

Los antidepresivos tricíclicos al tener efector anticolinérgicos producen sequedad de boca, visión borrosa y constipación. Además, hay que tener en cuenta el riesgo suicida ya que una sobredosis de estos puede ser fatal por prolongación del intervalo QT.

Los moduladores de la serotonina y el bupropion tienen mejor efectividad en dependencia a la nicotina y los IMAO tienen potencial toxicidad cuando se usa concomitantemente con otro antidepresivo<sup>22</sup>.

## Tratamiento no farmacológico

### Terapia cognitiva conductual

La intervención se centra en la modificación de conductas disfuncionales, pensamientos negativos distorsionados asociados a situaciones específicas y actitudes desadaptativas relacionadas con la depresión. El terapeuta adopta un estilo educativo, buscando la colaboración del paciente, de manera que pueda aprender a reconocer sus patrones de pensamiento negativo y reevaluarlo. Este enfoque requiere que el paciente practique sus nuevas habilidades entre sesiones mediante tareas para casa y ensaye nuevas conductas.

## El tratamiento combinado de TCC

Más antidepresivos tiene menor riesgo de discontinuación que los antidepresivos solos y reduce de forma significativa la puntuación en escalas tanto autoaplicadas como heteroaplicadas con un nivel de evidencia 1+.

### Activación conductual

La activación conductual es una terapia estructurada y breve en la que se emplean diferentes técnicas conductuales encaminadas a lograr que el paciente con depresión aprenda a organizar su vida y cambiar su entorno para recuperar el reforzamiento positivo<sup>23,24</sup>.

En un ensayo clínico aleatorizado hecho en pacientes con depresión grave y a tratamiento con antidepresivos, el añadir terapia de activación conductual fue más eficaz que continuar con los antidepresivos, tanto en mejoría de la sintomatología depresiva como de los niveles de funcionalidad laboral y social<sup>25</sup>.

Se encontró también que la terapia de activación conductual fue más eficaz que el tratamiento habitual en atención primaria, tanto en la mejoría de la sintomatología depresiva como en los niveles de funcionalidad laboral y social con un nivel de evidencia 1+<sup>26</sup>.

### Terapia de inclusión de la pareja

La terapia incluyendo a la pareja en mujeres con depresión mayor o distimia mejora el estrés psicológico, la carga de la depresión y la implicación en el proceso.

Es una intervención psicológica que tiene como objetivo ayudar a entender a los participantes la importancia de la interacción con los demás en el desarrollo y mantenimiento de los síntomas y por lo tanto, intenta cambiar la naturaleza de estas interacciones con la finalidad de conseguir relaciones basadas en el apoyo y la reducción del nivel de conflictos<sup>27</sup>.

### Autoayuda guiada

La autoayuda guiada es una intervención en la que se emplean diferentes materiales diseñados para mejorar los síntomas de depresión. El papel de los profesionales se centra en guiar y evaluar el impacto que la lectura de este material de autoayuda tiene en los pacientes. Para poder clasificar una intervención como autoayuda guiada, se considera que el contacto con los profesionales a lo largo de la intervención no debe ser mayor de 3 horas en total, o estar centrado en 3-6 contactos a lo largo de toda la intervención. Puede realizarse en formato individual, grupal o con apoyo por correo electrónico.

La autoayuda guiada es una intervención eficaz para personas con depresión leve o con síntomas subclínicos, aunque no existe evidencia de su eficacia a largo plazo (nivel de evidencia 1+)<sup>28</sup>.

## Terapia de solución de problemas

La asociación entre la depresión y el déficit de solución de problemas sociales es ampliamente reconocida y sabiendo esto se planteó una terapia estructurada y limitada en el tiempo que se centra en mejorar las estrategias de afrontamiento y el desarrollo de conductas para enfrentarse a problemas específicos. En dos ECA sobre esta terapia se encontró una reducción significativa en la puntuación de las escalas de depresión en comparación con placebo.

## Terapia psicodinámica breve

La terapia psicodinámica deriva del modelo psicodinámico/psicoanalítico, donde el paciente y el terapeuta exploran los conflictos actuales y pasados del paciente y se centran en su interpretación y trabajo sobre ellos.

Se encontró un estudio en donde se observó un elevado y significativo riesgo de discontinuación en pacientes tratados con terapia psicodinámica breve, al compararlos con aquellos tratados con activación conductual.

En resumen, de esta amplia variedad de tratamientos psicoterapéuticos los que han mostrado efectividad son: terapia cognitiva conductual, terapia interpersonal y psicoterapia basada en solución de problemas (Espinosa-Aguilar et al., 2014)<sup>29,30,31</sup>.

## DISCUSIÓN

En la revisión que se realizó para la elaboración de este artículo se observó que la depresión es un problema de salud pública de mucha importancia debido a que disminuye el funcionamiento y desarrollo social y personal causando en el caso de la TDM invalidez social de quienes la padecen.

Por tal motivo, es de vital importancia determinar los factores de riesgo y reconocer los síntomas tempranos, por más leves que al paciente le parezcan; todo esto, como parte de un plan preventivo ante el TDM como principal causa de suicidio.

En el Perú, recientemente se ha incrementado la concientización de la población y del personal de salud sobre la Estrategia Nacional de Salud Mental, con el fin de disminuir las cifras de suicidio y discapacidad social. Uno de los avances en este ámbito, es la extensión del

Seguro Integral de Salud para personas con problemas de Salud Mental, entre estos, la depresión<sup>32</sup>.

Si bien es cierto que faltan nuevos proyectos para ejecutar y personal capacitado para dirigirlos a nivel nacional; trabajos de investigación y revisión como este, promueven el interés en este trastorno y sus poblaciones de riesgo, con el propósito de generar nuevos planes estratégicos para una detección precoz de la enfermedad y frenar su progreso.

## CONCLUSIÓN

La depresión como una de las enfermedades mentales principales debe ser detectada a tiempo para prevenir disfunción social y suicidio en quienes la padecen. Teniendo en cuenta los criterios diagnósticos del actual DSM 5 y la clínica característica de este trastorno se debe llegar a un diagnóstico sin olvidar los síntomas acompañantes.

Los factores de riesgo deben ser tomados en cuenta para determinar grupos de riesgo según grupo étnico y situaciones que desencadenen estrés y ansiedad.

El tratamiento se divide en dos grandes grupos, los farmacológicos y lo no farmacológicos. En los primeros se tiene un amplio arsenal farmacológico del que se debe elegir teniendo en cuenta la eficacia, experiencia del médico tratante y la tolerancia por parte del paciente.

Los no farmacológicos son diversos también, sin embargo, solo tres mostraron ser mejores (en cuanto a resultados) que el resto y estos son: terapia cognitiva conductual, terapia interpersonal y psicoterapia basada en solución de problemas.

**Financiamiento:** Autofinanciado.

**Conflicto de interés:** Los autores declaran no tener conflicto de interés en la publicación de este artículo.

**Recibido:** 25 de julio del 2017

**Aprobado:** 19 de agosto del 2017

*Correspondencia:* Toshi Luna Reyes

*Dirección:* Jr. Garcilazo de la Vega 254, Comas

*Celular:* 993590533

*Correo:* toshi.plr712@gmail.com

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS | La depresión es una enfermedad frecuente y las personas que la padecen necesitan apoyo y tratamiento. Who.int. 2017. Available from: [http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental\\_health\\_day\\_20121009/es/](http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/es/)
2. Organización Panamericana de la Salud. Depresión, Guía de Diagnóstico y manejo 2013. Pág.203
3. Díaz-Villa BA, González-González C. Actualidades en neurobiología de la depresión. Rev Latinoam Psiquiatría 2012;11(3):106-115.
4. Agam G, Belmaker R. Major Depressive Disorder. The new england journal of medicine. 2008;358:55-68.
5. DANG Y. The role of epigenetic regulation in etiology of major depressive disorder. Hereditas (Beijing). 2008;30(6):665-670.
6. Wolff L C, Alvarado M R, Wolff R M. Prevalencia, factores de riesgo y manejo de la depresión en pacientes con infección por VIH: Revisión de la literatura. Revista chilena de infectología. 2010;27(1):65-72.
7. Ruiz-Grosso P, Miranda J, Gilman R, Walker B, Carrasco-Escobar G, Varela-Gaona M et al. Spatial distribution of individuals with symptoms of depression in a periurban area in Lima: an example from Peru. Annals of Epidemiology. 2016;26(2):93-98.
8. Alberti R, Revuelta I. Depresión y entorno familiar [Internet]. Saludmental.info. 2017 [cited 9 May 2017]. Available from: <http://www.saludmental.info/Seccion/s/psiquiatria/2008/depresion-entorno-familiar-junio08.html>
9. Tizón García JL. Repercusiones en el niño de los trastornos mentales de sus progenitores y cuidadores. FMC 2005;12(4):220-35
10. Bragado C, Hernandez M, Sánchez M, Urbano S. Autoconcepto físico, ansiedad, depresión y autoestima en niños con cáncer y sanos sin historia de cáncer. Psicothema. 2008; 20(3): 413-419.
11. Zuluaga-Sarmiento L, Velásquez S. FACTORES RELACIONADOS CON LA DEPRESIÓN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON CÁNCER Y PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA EN SU DETECCIÓN. Revista Duazary. 2015;12(2):164-173.
12. Zarragoitia Ignacio, Depresión: Generalidades y particularidades. ECIMED, La Habana 2011. Pág 22-30
13. Ministerio de Sanidad. Guía de práctica clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/06 Pág 36-42
14. KAton WJ. The association of comorbid depression with mortality in patients with type 2 diabetes. Diabetes care 2005; 28:2668-72.
15. KAton WJ. Collaborative Care for Patients with Depression and Chronic Illnesses. N Engl J Med 2010;363:2611-20
16. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M. Prenatal depression effects on the fetus and newborn: a review. Infant Behav Dev 2006;29:445-55.
17. Stewart Donna. Depression during pregnancy. A clinical Practice. N Engl J Med 2011;365:1605-11.
18. Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®), 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.
19. Maj M. El «criterio clínico» y el diagnóstico de depresión mayor según el DSM-5. Department of Psychiatry, University of Naples SUN, Naples, Italy. 2013;11(2):89-90.
20. Espinosa-Aguilar et al., 2007; De Maat et al., 2007
21. Borges S, et al. J Clin Psychiatry. 2014 Mar;75(3):205-14
22. Major Depressive Disorder– Diagnosis and management. Guideline & Protocols. Canadian, 2013
23. Martell CR, Addis ME, Jacobson NS. Depression in context: Strategies for guided action. Nueva York: W. W. Norton. 2001.
24. Martell CR, Dimidjian S, Herman- Dunn R. Activación conductual para la depresión: Una guía clínica. Bilbao: Desclée de Brouwer. 2013.
25. Ekers D, Richards D, McMillan D, Bland J, Gilbody S. Behavioural activation delivered by the nonspecialist: Phase II randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2011;198(1):66-72.
26. GPC\_534 Depresión adulto 2014.
27. National Collaborating Centre for Mental Health. Depression. The treatment and management of depression in adults. London: The British Psychological Society; 2009. Informe No.: 90.
28. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/06
29. Shedler J. The efficacy of psychodynamic psychotherapy. Am Psychol. 2010;65(2):98-109.
30. Heinze G, Camacho PV. (2010). Guía clínica para manejo de Depresión. Ed. S Berenzon, J Del Boque, J Alfaro, ME Medina-Mora. Mexico: Instituto Nacional de Psiquiatría. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales).
31. Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo en el adulto. México: Secretaría de Salud; 1 de diciembre de 2015
32. MINSA. Estrategia de Salud Mental. Noticias SIS para pacientes con trastornos mentales. 2015. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Espaciales/2015/saludmental/index.asp?o p=1>.

Consulte la Versión Electrónica de la Revista:  
**Facultad de Medicina Humana**  
**Universidad Ricardo Palma**

<http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH>

