



ABORDAJE DE LA DEPRESIÓN: INTERVENCIÓN EN CRISIS

Wendy Navas Orozco*
María Jesús Vargas Baldares**

RESUMEN

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes y que provoca mayor discapacidad, con gran impacto en la comunidad, incluso mayor que muchas enfermedades médicas crónicas. Los pacientes deprimidos pueden experimentar gran deterioro en su funcionamiento habitual, en su bienestar y también en su calidad de vida.

La depresión puede tener diversas patogénesis, bioquímicas, neurofisiológicas, lo mismo que climáticas y psicógenas, todas las cuales son interdependientes.

La intervención en crisis de la depresión es un aspecto fundamental y una herramienta básica en el conocimiento de todo clínico, debido que esta es una condición común en la población y uno de los mayores motivos de consulta.

Realizar una entrevista empática, activa y eficiente, será el primer paso del éxito de la intervención, debido a que este contacto con la persona en crisis es fundamental para su desarrollo.

El objetivo de este artículo es realizar una revisión sistémica de la bibliografía existente acerca del abordaje diagnóstico y terapéutico de la depresión, incluyendo la intervención en crisis de la misma, la cual incluye las diferentes formas de psicoterapia.

Palabras clave:

Depresión, abordaje, intervención en crisis, entrevista, diagnóstico, tratamiento, psicoterapia

* Médico general. Área de Salud 3 Desamparados. EBAIS Guido 1. e-mail: wendyn@costarricense.cr

** Médico general. Servicio de Urgencias. Hospital Nacional Psiquiátrico. CCSS. e-mail: marjvb@yahoo.es



ABSTRACT

Depression is one of the most common psychiatric disorders and causes more disability, with great impact on the community, more so than many other chronic medical conditions. Depressed patients may experience severe deterioration in routine activities and also on their quality of life.

Depression may have different pathogenesis, biochemical, neuropsychological, like weather and psychogenic causes, which are interdependent.

Crisis intervention for depression is a fundamental and a basic tool in the knowledge of all clinical, because this is a common condition in the population and one of the biggest reasons for consultation. Conducting an interview sympathetic, active and efficient is the first step to success of the intervention, because this contact with the person in a crisis is critical to their development.

The aim of this paper is to perform a systematic review of existing literature on the diagnostic and treatment approach of depression, including intervention in crisis itself, which includes various forms of psychotherapy.

Key words:

Depression, approach, crisis intervention, interview, diagnosis, treatment, psychotherapy





INTRODUCCIÓN

El término depresión tiene sus orígenes en la cultura griega, cuando Hipócrates desarrollo su teoría de los 4 humores, entre los cuales se encontraba la “bilis negra” o en griego, melancolía. Este estado se refería a la falta de energía, al constante malestar y tristeza. El uso de este término realmente referido a un trastorno psicológico del estado de ánimo data del siglo XVIII en Inglaterra. (1)

En el decurso del siglo XX el concepto de depresión sufrió una gran variación porque se ha llegado a reconocer como una enfermedad recurrente e incluso en algunos casos crónica. (2)

Actualmente, tanto el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, (DSM-IV) de la Asociación Americana de Psiquiatría, como la Clasificación internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), categorizan los episodios depresivos en función de su gravedad, por suma de síntomas y por tiempo de duración del cuadro, descartando formas cualitativamente diferentes en los trastornos depresivos. (3)

En cuanto a la definición de crisis, existen muchas de ellas. Slaikou, en su libro *Intervención en crisis* publicado en 1996, la describe como un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas. (4)

Para Brito, en un artículo publicado en el año 2000, la crisis se siente como un abismo entre el pasado que ya no es vigente y un futuro que todavía no está constituido. (5)

EPIDEMIOLOGÍA

La depresión, en la era actual, puede considerarse el trastorno psíquico más frecuente y que provoca mayor discapacidad en la población general. Las repercusiones personales, familiares, laborales y socioeconómicas son evidentes, la calidad de vida del individuo y de su familia se ve afectada habitualmente de forma más intensa que en otras enfermedades crónicas. (2, 6)

La prevalencia anual es estimada, según datos de Zarragoitia (2010), se encuentra entre un 2-3% para los hombre y un 8% para las mujeres. (2)

Según la OMS la depresión es la principal causa de discapacidad. La OMS advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, y este número aumentará si concurren otros factores como enfermedades médicas o situaciones de estrés. (1, 7)

La OMS indicó que la depresión se convertirá en el año 2020 en la segunda causa de incapacidad en el mundo. (1, 8, 9) Los pacientes con depresión presentan discapacidad similar o mayor a la que se presenta en otras enfermedades crónicas como hipertensión arterial, artritis y diabetes mellitus, aunque su habilidad para integrarse dentro de la sociedad es peor. (1, 3, 10) El índice de mortalidad es casi el doble. Es importante recordar también el impacto que esta enfermedad tiene en la calidad de vida de los pacientes, siendo la enfermedad que más influye en el empeoramiento de la salud de la población. (1, 3)



La depresión impone una carga importante en países industrializados, tanto en términos de gastos en los recursos dirigidos al tratamiento médico de la enfermedad como en términos de las pérdidas en la productividad consecuencia del absentismo, el retiro temprano y la prematura mortalidad. (1, 3)

ETIOLOGÍA

En la génesis de la depresión participan factores biológicos, que incluyen disfunción de los circuitos de noradrenalina, serotonina y dopamina del sistema nervioso central, junto con cambios profundos en el funcionamiento del tallo cerebral, el hipotálamo y las estructuras del sistema límbico. Hasta el momento, las causas de dicha disfunción sináptica no han sido develadas en su totalidad, pero parecen existir factores genéticos y ambientales. (1)

Los neurocientíficos, en las últimas décadas, han empezado a examinar cómo el cerebro da forma a las experiencias y recuerdos para generar el amplio y variado repertorio de emociones que determinan lo que somos, lo que deseamos y lo que no deseamos ser. Una de las áreas cerebrales más importantes que se puede ver afectada por la emoción y el estrés es el hipocampo, siendo una pieza clave para integrar la respuesta cognitiva, neurohormonal y neuroquímica a la emoción y al estrés. (9)

Desde hace años se cree que la exposición a un estrés duradero tiene relación con el inicio de un episodio depresivo. (9)

Se acepta que el sistema inmunológico y el cerebro se intercomunican a través de una red de señales mediadas por el sistema endocrino. La activación del sistema inmunológico parece estar asociada con la génesis del estrés y la depresión. La hipersecreción de citocinas puede ser un mecanismo a través del cual el estrés puede inducir estados depresivos. (9)

El factor de liberación de corticotrofina (CRF, por sus iniciales en inglés) proporciona un vínculo entre la clásica hipótesis monoaminérgica de la depresión y la moderna bioquímica cerebral. (9)

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la depresión mayor está basado en un interrogatorio hecho al paciente en donde se exploran criterios sobre su estado de ánimo, actividades cotidianas y pensamientos constantes. (1)

De acuerdo con el DSM-IV el término trastorno depresivo mayor indica un episodio depresivo presente al menos durante dos semanas, en el que se presentan síntomas como descenso del humor o de la capacidad para experimentar placer, pérdida de peso, hipersomnia o insomnio, enlentecimiento o agitación psicomotoras, fatiga, ideas de inutilidad o culpa, disminución de la capacidad de pensar o concentrarse y pensamientos recurrentes de muerte. Se debe descartar que estos síntomas no sean debidos a una enfermedad médica o al consumo de sustancias, o explicados por la presencia de un duelo. (1, 11)



CUESTIONARIOS DE SCREENING

El diagnóstico de depresión aplicando instrumentos de screening es muy inestable en cortos periodos de tiempo. Al menos la cuarta parte de los pacientes que satisfacen criterios para un probable diagnóstico de depresión en el screening, no los satisfacen tan solo dos semanas después. Esto ocurre debido a que los cuestionarios no incluyen información sobre la intensidad y consistencia de las quejas; no diferencian entre un estado emocional temporal y un cuadro morbo más estable, ni son capaces de distinguir un trastorno depresivo del malestar psíquico o el sufrimiento. Por lo anterior está claro que los cuestionarios de screening no deben ser un método diagnóstico. (3)

Ezquiaga, menciona que los cuestionarios de depresión miden en realidad lo que podríamos calificar como ánimo negativo, sufrimiento emocional o malestar psíquico, y que los pacientes con este “estado de ánimo”, pero no necesariamente con un trastorno depresivo, tendrían peor pronóstico en la evolución de algunas enfermedades médicas. (3)

La utilización de los instrumentos de screening en la clínica diaria, especialmente recomendados en atención primaria, se debería restringir sólo a pacientes con mayor riesgo de padecer episodios depresivos, dado que la administración sistemática de dichos instrumentos incrementa significativamente los costos sanitarios, comportan un número excesivo de falsos positivos y es muy dudosa la mejoría del pronóstico de los casos positivos. (3)

LA ENTREVISTA DEL ENFERMO CON DEPRESIÓN:(6)

La entrevista debe ser amplia y cuidadosa. Se debe evaluar la conducta suicida, aislamiento social, alcoholismo o abuso de drogas, estrés reciente y mala salud. Inicialmente se ejecutan preguntas genéricas, abiertas, que vayan delimitando la queja principal, conforme avanza el diálogo se pasa a preguntas cerradas que delimiten el problema desencadenante de la crisis. Se realiza la recolección de síntomas (intensidad, frecuencia y variabilidad) prestando especial atención a la manifestación del afecto y la presencia de signos y síntomas vegetativos (hiperinsomnia, insomnio, vitalidad o nivel de energía, etc.). Durante la entrevista se intenta escudriñar posibles factores estresantes y desencadenantes de la crisis

LA ENTREVISTA INICIAL:(12)

La entrevista es una de las herramientas clínicas más útiles para realizar el diagnóstico. Es un elemento que permite acercarse al paciente y poder intervenir en favor de su necesidad. Específicamente en el abordaje de personas depresivas que acuden por atención, la entrevista debe tener como objetivo los siguientes aspectos:

1. Identificar si existe riesgo suicida.
2. Identificar si la persona se encuentra en condición de riesgo.
3. Evaluar presencia de síntomas ansiosos.
4. Indagar respecto a redes de apoyo o factores protectores a los que acudir en ese momento.
5. Explorar los pensamientos inmediatos respecto a la situación actual.

La identificación de estos aspectos permitirá brindar una atención integral y efectiva.



CURSO Y PRONÓSTICO (6)

Los síntomas suelen desarrollarse a lo largo de días o semanas. Antes del comienzo del episodio existe un período prodrómico con síntomas ansiosos y depresivos leves, que puede durar semanas o meses. La duración del episodio es variable, lo habitual es que sin tratamiento dure de 6 a 9 meses o más independientemente de la edad de inicio.

En la mayoría de los casos se produce una remisión completa de los síntomas, retornando la actividad al nivel premórbido.

En un 20-30% de los casos algunos síntomas depresivos persisten durante meses o incluso años y se asocian con incapacidad o malestar. En un 5-10% el curso es crónico, la depresión mayor persiste durante 2 o más años. En torno a un 60% de los casos que remiten recaen en un plazo de 3 a 9 años. En las dos terceras partes se produce una remisión completa (recuperación interepisódica). En una tercera parte no hay remisión o ésta es tan sólo parcial (recuperación parcial interepisódica).

Fuera de contextos psiquiátricos y de salud mental, se ha observado que los trastornos depresivos, incluso aquellos que cumplen criterios de episodios depresivo mayor, son significativamente menos graves y frecuentemente autolimitados, con resolución espontánea en unas semanas. (3)

Ezquiaga, señala que la mayoría de los trastornos depresivos menores (46-71%) remiten espontáneamente sin tratamiento, un 13-27% progresa a un trastorno depresivo

mayor y el resto mantiene un curso crónico. (3)

La existencia de antecedentes personales y familiares afectivos incrementa el riesgo de cuadros depresivos potencialmente más severos y con peor pronóstico si no son tratados. En atención primaria, la carencia de un soporte social adecuado y los acontecimientos vitales desfavorables parecen ser los principales factores de riesgo de mala evolución de los trastornos depresivos menores. Mientras que la severidad del síndrome depresivo es el principal predictor de evolución de los trastornos depresivos mayores. (3)

A menudo persisten síntomas después de las intervenciones farmacológicas o psicoterapéuticas para el tratamiento de la depresión mayor, a pesar del bienestar referido por el paciente. (7)

Remisión parcial se define como la presencia de algunos síntomas de un episodio depresivo mayor, no suficientes para cumplir totalmente los criterios o la ausencia de síntomas significativos tras un episodio depresivo mayor durante un periodo menor de 2 meses. (7, 11) La remisión completa se refiere a la ausencia de síntomas significativos de depresión durante un tiempo determinado (al menos 2 meses). (7, 11)

La recaída es un episodio clínico separado del previo por menos de 6 meses y la recurrencia por más de 6 meses. (7, 10)

La respuesta puede considerarse en el momento que se inicia la remisión parcial, y ésta supone que el paciente presenta una clínica



depresiva sin cumplir criterios del episodio. La remisión parcial puede ser espontánea, aunque se tiende a asumir que es secundaria a la efectividad del tratamiento ensayado. La ausencia de evolución de la remisión parcial a la remisión total plantea la necesidad de ensayar nuevas estrategias terapéuticas. (7)

El 80% de los pacientes en remisión parcial presenta uno o más síntomas residuales (SR) asociados a déficit en el funcionamiento psicosocial. (7)

La verdadera naturaleza de los SR sigue siendo polémica y seguramente multifactorial. Algunas causas incluyen tratamiento inadecuado, comorbilidad con otros procesos somáticos o trastornos mentales, incapacidad psicosocial, mayor gravedad inicial y mayor duración del episodio, envejecimiento. Los cinco SR más frecuentes son disminución del placer o el interés, estado de ánimo triste, trastornos del sueño, astenia y molestias físicas y/o dolores crónicos. (7)

Los SR son significativos por las consecuencias que pueden acarrear y por los factores que con tanta frecuencia se les asocia. Estos síntomas indican el primer escalón de otros más graves como la recidiva episódica y la cronicidad. (7)

ESTIGMATIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN

En el momento de realizar la intervención a personas que presentan cuadros depresivos, se debe tomar en cuenta la variedad de los síntomas y la intensidad de los mismos.

Es importante tomar en cuenta que el episodio depresivo puede iniciarse sin desencadenante

o puede estar precipitado por algún acontecimiento de naturaleza negativa como el fallecimiento de un familiar, separación de pareja, pérdidas económicas o cambio de domicilio.

Jorquera, en el libro *Tratando trastorno distímico y otros trastornos depresivos crónicos*, publicado en el año 2009, señala que generalmente las personas que consultan por depresión, ya sea por iniciativa propia o por indicación de otro profesional, habitualmente no refieren los síntomas afectivos como motivo principal de la consulta o del tratamiento que buscan, sino que acostumbran referirse a éstos como la consecuencia física, ambiental o relacional a la que atribuyen la causa de su malestar y de los problemas concomitantes. Esta situación constituye su problema y es la causa de su estado. (12)

Estos detalles permiten dilucidar la importancia de un correcto y eficiente abordaje psicoterapéutico, debido a que la diversidad de factores y las diferencias en los tipos y grados de los cuadros depresivos, demandan una adecuada estrategia de intervención para cada caso en particular.

Es importante tomar en cuenta que el interés del paciente por visitar un clínico no reside generalmente en la búsqueda de opciones que le ayuden a mejorar su estado, si no en la necesidad de narrar a alguien “que le entienda” su situación particular en busca de alivio emocional y en el mejor de los casos, en busca de un consejo para modificar esa situación ambiental, este entorno o relación específicos que causan su malestar. (12)



Lo importante es que acuda por ayuda, ya que esto permitirá hacer un abordaje de la situación y determinar el grado de afectación que trae. Siempre con el objetivo de identificar aspectos como presencia de ideación suicida, pensamientos de muerte, sentimientos de desesperanza, nivel de funcionalidad en el ámbito relacional, familiar, social, dificultades a nivel cognitivo, comportamental, afectivo, social e interpersonal. Este mapeo de la situación proveerá de las herramientas para establecer el abordaje inmediato de la crisis que lo ha traído a consulta.

La intervención en crisis puede desarrollarse en diferentes lugares, desde un centro médico hasta el hogar de las personas afectadas. Esta actividad se caracteriza por su orientación hacia metas concretas y debe centrarse en el problema planteado. (13)

En la práctica clínica existen escasas diferencias en el abordaje habitual de las reacciones emocionales depresivas: los trastornos depresivos menores o los cuadros depresivos severos. Los médicos de atención primaria serían la piedra angular del sistema sanitario en la identificación y abordaje de estos trastornos. Se insiste en que un número excesivo de pacientes no son diagnosticados, y no reciben el tratamiento adecuado, y se han subrayado y criticado las ciertas actitudes de algunos médicos, que consideran la mayoría de los trastornos depresivos que atienden como comprensibles y justificables. (3)

Dentro del abordaje de la depresión se incluye el manejo de los SR. La fase de continuación del tratamiento tiene lugar 16-20 semanas después de lograr la remisión

completa. El objetivo de este tratamiento es prevenir recidivas durante el periodo de vulnerabilidad que sigue inmediatamente a la recuperación de los síntomas. Lograr una buena adherencia terapéutica es una de las mayores aportaciones que puede hacer el médico de atención primaria para disminuir la presencia de SR. (7)

Íntimamente relacionado con el abordaje de la depresión se añade una situación que en muchos casos pasa totalmente inadvertida, la cual es la cuestión referida a la estigmatización que se presenta en estos pacientes. Los pacientes deprimidos no sólo se encuentran sometidos al sufrimiento que ocasiona la propia depresión que están padeciendo, también la incompreensión de las personas que les rodean y en no pocas ocasiones los prejuicios y el estigma asociado.

El estigma puede estar definido como una actitud perjudicial atribuible a personas que tiene una enfermedad mental que puede resultar en prácticas discriminatorias que interactúan para crear y perpetuar desigualdades sociales, desventajas y tratamiento discriminatorio de personas que tienen un desorden mental. (2)

El término de estigma abarca problemas de conocimiento (ignorancia), actitudes (prejuicio) y comportamiento (discriminación). El estigma es una marca o signo de deshonra usualmente produciendo como respuesta a actitudes negativas para su portador. (2)

Se plantea que el estigma puede ser una causa principal de preocupación para las personas que sufren de depresión.



Mejorar el conocimiento público acerca de la depresión puede tener éxito sobre los efectos de la estigmatización, además de buscar ayuda de manera anticipada. Es importante una psicoeducación del entorno del paciente para reducir su sufrimiento y disminuir las situaciones de estrés que puede implicar un mayor riesgo suicida. Las actitudes sociales estigmatizantes sirven para reforzar conductas de no adherencia al tratamiento como son los efectos adversos, la creencia de que no se necesita la medicación, sentirse mejor o creer que el tratamiento no es útil. (2)

Los sujetos que no han sido tratados con depresión piensan que ésta se puede fingir y que es un trastorno que se presenta con mayor frecuencia en personas débiles y con poca vitalidad, mientras que los que han sido tratados tienen una opinión significativamente distinta.

La pobreza, el origen indígena, el vivir en medio rural, el ser trabajador informal o desempleado y el ser analfabeto son factores que incrementarán el potencial del estigma asociado a problemas de salud mental como barrera de acceso a los servicios de salud. (2)

El estigma de la enfermedad mental nos afecta a todos. Genera sufrimiento en las personas que la padecen y sus familiares, creando importantes dificultades para los profesionales que atienden a estas personas en su rehabilitación psicosocial e impide que la sociedad se beneficie de la aportación que estos individuos pueden hacer en términos laborales y sociales.

La declaración de Helsinki, del año 2005, de la OMS estableció la lucha contra el estigma

asociado a la enfermedad mental como uno de los cinco puntos básicos del programa de Europa. El Libro Verde sobre la Salud Mental de la Unión Europea, del año 2005, fomenta la integración de las personas con enfermedad mental, garantizando sus derechos y dignidad y señala la estigmatización como factor clave en este punto.

La OMS ha recomendado campañas educativas para el público general con la finalidad de mejorar la conciencia sobre la depresión y así optimizar el acceso a los cuidados de salud y combatir el estigma que acompaña a dicha enfermedad. (2) Los programas de salud pública deben estar enfocados a reducir el estigma valorando las dimensiones de responsabilidad, antipatía y amenaza. Una estrategia podría involucrar una explicación causal para la depresión que incorpora componentes sociológicos y biológicos para el público general.

Las personas con desórdenes mentales identifican la discriminación del empleo como experiencias de estigma más frecuentes. Existen prejuicios que dificultan tanto el tratamiento y la recuperación como también su inserción laboral. Quedar excluido de la actividad laboral crea privación material, erosiona la confianza en sí mismo, crea un sentido de aislamiento y marginación y es un factor de riesgo crucial para la incapacidad mental. (2)

ABORDAJE DE LA DEPRESIÓN

La depresión afecta el sistema de pensamiento del paciente, alterando los procesos cognitivos y/o distorsionándolos en mayor o menor



medida. Las depresiones leves son tratadas con psicoterapia, mientras que las depresiones moderadas y graves sin síntomas psicóticos necesitan de antidepresivos y psicoterapia en forma conjunta para poder revertir por completo el trastorno depresivo. (15)

Los antidepresivos modifican y mejoran el estado anímico en general, sin cambiar la manera de pensar y de solucionar las conflictivas que presentan estos pacientes. Debido a ello, los casos de depresión y sin un tratamiento psicológico adecuado no tiene la posibilidad de revertir el sistema de pensamiento que lo ancla y lo mantiene en la depresión. Sin embargo, en ocasiones, a la inversa sucede lo mismo, a un paciente con un trastorno depresivo mayor, realizar únicamente un tratamiento psicológico le puede resultar insuficiente. (15)

ABORDAJE DE LA DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Entre las conductas generalmente aceptadas como recomendables para el abordaje diagnóstico y terapéutico de la depresión en el marco de atención primaria se incluyen las siguientes: screening desde la consulta con un test validado sencillo a personas con riesgo, confirmación y especificación diagnóstica sobre la base de entrevista clínica según criterios del DSM-IV o mediante derivación a psiquiatría; tratamiento específico con psicofármacos y, probablemente psicoterapia en el ámbito especializado, más algunas otras intervenciones inespecíficas complementarias. (14)

Pérez-Franco propone, en un artículo divulgado en el año 2006 en la Revista Atención Primaria, alternativas para el abordaje de los problemas de salud mental, incluidos los trastornos depresivos: (14)

1. *Clasificación orientada a la práctica:* Se puede clasificar el malestar que requiere intervenciones no específicas, malestar que requiere intervención y trastornos psiquiátricos mayores.
2. *Contextualización:* La valoración completa de pacientes en el contexto y una perspectiva integral de todos los factores conocidos que se asocian con la depresión.
3. *Entrevista clínica y aproximación diagnóstica narrativa:* Una buena entrevista clínica suele incluir las preguntas mínimas de los test diagnósticos validados, más la descripción de los hechos en los términos de sus actores implicados, y hace del diagnóstico un proceso en permanente cambio, evitando la pasividad del encasillamiento, con el valor añadido de resultar terapéutica por sí misma.
4. *Aplicación de los métodos habituales de gestión de la incertidumbre en medicina de familia:* Incluyen participación de los pacientes en un trabajo conjunto de resolución de problemas; utilización del reconocimiento de patrones, tendencias y regularidades de las presentaciones clínicas de un paciente a lo largo del tiempo; sentido común; una buena alianza terapéutica entre el médico y el paciente, y empatía.



5. *Abordaje de la depresión como un problema de salud crónico*: Intervenciones pequeñas pero continuas. Incluye reforzar las conductas útiles, explicar a los pacientes su posible evolución, programar revisiones, controlar o seguir la evolución a largo plazo, prevenir recaídas, participar en grupos de autoayuda, facilitar la educación para la salud con pequeños consejos, así como el debate individual y colectivo sobre ítems de interés en el proceso dado.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

En la última década se ha experimentado un incremento, a veces indiscriminado, en el uso de antidepresivos, como demuestra el hecho de que aproximadamente la mitad de los pacientes a los que se prescriben antidepresivos no están realmente deprimidos. La frecuente prescripción de antidepresivos para aliviar los síntomas displacenteros propios de las reacciones emocionales normales y de los trastornos adaptativos no se puede justificar, ya que éstos no han mostrado efectividad en estos trastornos menores. (3)

Los antidepresivos se asignan a grupos tomando como base las sustancias químicas cerebrales sobre las cuales estos tienen efecto. (1)

- *Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS)*: Inhiben la recaptación del neurotransmisor serotonina. Bastante seguros en caso de sobredosis. Los efectos secundarios más frecuentes son los relacionados con el aparato digestivo: náuseas, vómitos, diarreas. También son frecuentes cefaleas, nerviosismo e insomnio. Se han descrito efectos

extrapiramidales y disfunciones sexuales. (1)

- *Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)*: Inhiben la acción catalizadora de la monoaminoxidasa. Su uso es irreversible porque ejercen una acción inhibitoria duradera (2 semanas). Puede causar efectos secundarios graves como debilidad, vértigo, cefalea y temblores. Hay medicamentos y alimentos que pueden causar una reacción peligrosa. (1)
- *Inhibidores de la recaptación de dopamina y/o noradrenalina*: El prototipo es el bupropión. Su acción noradrenérgica puede provocar hiperactividad, inquietud e insomnio. (1)
- *Antidepresivos tricíclicos*: Es importante solicitar electrocardiograma y estudios de presión arterial previos a su administración. Los efectos clínicos de estos medicamentos usualmente no se ven antes de quince días y la adherencia frecuentemente es minada por los efectos anticolinérgicos (constipación, sequedad de mucosas orales, dificultades de acomodación visual), gastritis y aumento de peso. (1)

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Existen diversas formas de abordar la depresión. Al ser una condición multifactorial, el abordaje debe ser integral. Debido a que el tratamiento para la depresión solamente con fármacos no ha sido suficiente para los pacientes se ha intentado acompañar los medicamentos con diferentes terapias. (1)



Es importante tomar en cuenta que existen diversas opciones de tratamiento y es necesario evaluar a cada paciente de forma objetiva para poder definir cual es el tratamiento más efectivo, recordando que la mejor opción es un abordaje multidisciplinario. (1)

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Se habla de diferentes factores psicológicos subyacentes de las enfermedades mentales y como consecuencia directa de su formulación se proponen diferentes alternativas terapéuticas, sostenidas en la enorme diversidad de enfoques teóricos que interpretan la realidad del comportamiento humano. (15)

Según Chamorro, en la Guía e manejo de los trastornos mentales en atención primaria publicada en el año 2004, se trata básicamente de una psicoterapia breve de apoyo, cuyas características esenciales incluirán: (6)

1. Establecer una relación empática con el paciente.
2. Actitud comprensiva, no sermonear.
3. Brindar un soporte emocional adecuado.
4. Proporcionar una explicación racional para los síntomas del paciente.
5. Asociar como parte de la misma enfermedad los síntomas emocionales (tristeza, anhedonia), cognitivos (dificultades de concentración, fallos de memoria), biológicos (insomnio, hiporexia, anergia, fatigabilidad).
6. Ofrecer información sobre el tratamiento y pronóstico.

7. Insistir en el carácter temporal y cíclico de estos procesos.
8. Conseguir un apoyo familiar y social adecuado.
9. Establecer objetivos realistas en función de la fase evolutiva.
10. Trabajar la reincorporación laboral como estrategia terapéutica en las fases finales de la recuperación.
11. Evitar las altas por sorpresas.

TRATAMIENTO BASADO EN EL LOGRO DE OBJETIVOS

Focaliza la atención del terapeuta en la consecución de determinados objetivos a cumplir, algunos de manera secuencial, durante el transcurso del tratamiento. (15)

1. Detener la caída: Los pacientes sumidos e la enfermedad están expuestos a una sensación de caída y de agravamiento de los síntomas de manera constante. El principal objetivo de esta etapa es detener este proceso de caída, para lo cual es necesario que el paciente se sienta comprendido en su dolencia, que el paciente comprenda lo que le sucede, crear un vínculo paciente-terapeuta formar un equipo de trabajo, y convocar a los familiares del paciente.
2. Remisión de la sintomatología: La interpretación que hace un paciente sobre lo que le sucede es la que lo lleva por el camino de la depresión y la modificación de esas interpretaciones serán las que le posibiliten modificar su estado depresivo. El paciente tiene que comprender que su manera de pensar es uno de los factores más importantes de su depresión y que en



tanto y en cuanto continúe pensando de la misma manera su estado anímico no se modificará. Salir de la depresión implica pensar y sentir de una manera diferente.

3. **Fortalecimiento y mantenimiento del estado anímico:** Esta etapa es un momento crítico del tratamiento. El paciente ha adquirido un cierto grado de bienestar que, en la mayoría de los casos, lo hace sentirse mejor de lo que en realidad está. El paciente, comienza a sentir confianza en sí mismo y cree que ya se encuentra preparado para enfrentar todo lo que le toque vivir. Si bien su sintomatología ha remitido, las posibilidades de volver a padecer los síntomas de depresión todavía están presentes. La tarea del profesional en esta etapa está dirigida a fortalecer la correcta interpretación de la realidad y alentar al paciente a mantener una perspectiva adecuada que le permita sentirse bien.

ENFOQUES PSICOLÓGICOS PARA EL ABORDAJE DE SITUACIONES EN CRISIS DE PACIENTES DEPRIMIDOS (6)

1. **Psicoterapia de apoyo:** Se caracteriza en contener la ansiedad del paciente, ofreciendo un espacio de escucha y empatía para orientarlo acerca de cómo afrontar los eventos precipitantes de la crisis. El estilo es dialogado. Resulta básico crear una atmósfera favorable para una buena relación médico-enfermo, donde este último se siente con la confianza suficiente para hablar libremente y sentirse escuchado. Se pueden ofrecer explicaciones así como el intento de clarificar el problema e identificar posibles conflictos asociados. Se investigan posibles soluciones y se ofrecen sugerencias o consejos para tranquilizar o ayudar en las decisiones al paciente, tanto en aspectos personales, familiares o profesionales. El riesgo derivado de ello, y que se intenta evitar, sería generar una relación de dependencia extrema entre el paciente y el terapeuta.
2. **Psicoterapia interpersonal:** Se dirige a identificar los síntomas depresivos y los factores precipitantes. Aborda las relaciones interpersonales actuales y se centra en el contexto social inmediato del paciente. Su racionalidad supone una causalidad biopsicosocial y una limitación en la capacidad de adaptación o manejo del estrés psicosocial o interersonal. El terapeuta ocupa un rol activo, de apoyo, esperanzador y no-neutral.
3. **Psicoterapia cognitivo - conductual:** Se realiza para identificar las creencias y las actitudes distorsionadas acerca del evento precipitante y de sí mismo. Buscar el origen de los síntomas en el entorno del paciente y la forma en que se ha enfrentado a estos. Está dirigida a la modificación de comportamientos y pensamientos. Está orientada hacia el presente, se investiga el funcionamiento actual. El énfasis de este tipo de terapia está puesto más en el “qué tengo que hacer para cambiar” que en el “por qué”. La relación terapeuta-paciente es de colaboración, se comprometen a trabajar con un objetivo común. Tiende a fomentar la independencia del paciente, se enfatiza el aprendizaje, la modificación de conducta, las tareas de autoayuda y el



entrenamiento de habilidades intersesión. Está centrada en los síntomas y su resolución. Pone énfasis en el cambio y en la resolución de problemas.

4. Psicoterapia dinámica: Nace el psicoanálisis. Se realiza una entrevista centrada en la empatía y la escucha atenta. Se indaga sobre los posibles conflictos pasados que estarían interfiriendo en el individuo como factores precipitantes. El objetivo es la autonomía del individuo. Este tipo de psicoterapia considera que el cambio se produce a través de un vínculo con el terapeuta, en el desarrollo y análisis de la transferencia

TERAPIA BREVE INTENSIVA Y DE URGENCIA DE LA DEPRESIÓN

Según Bellak, en el *Manual de psicoterapia breve* de 1993, la depresión se considera el síntoma principal en más de la mitad de las personas que van a clínicas de consulta externa. Existen diez factores específicos en la psicoterapia de la depresión: a) Problemas con la regulación de la autoestima, b) Súper Yo severo, c) Intra-agresión, d) Sentimiento de pérdida, e) Sentimientos de desilusión, f) sentimientos de engaño, g) Oralidad y hambre de estímulo, h) Narcisismo, i) Negación, j) Relaciones objetales

En la psicoterapia breve de la depresión es importante localizar la presencia y grado de los factores antes descritos, y buscar los comunes denominadores entre la situación precipitante y las circunstancias históricas (16).

COMBINACIÓN DE TRATAMIENTOS EN EL ABORDAJE DE LA DEPRESIÓN

El tratamiento combinado (TC) en salud mental hace referencia a la aplicación conjunta de dos modalidades terapéuticas diferentes. En general el TC alude al empleo conjunto de algún tipo de psicoterapia y a un tratamiento psicofarmacológico.

El uso del TC tiene como objetivos los siguientes: (17)

1. Aumentar la magnitud de respuesta a los tratamientos, es decir, lograr un beneficio más completo en la reducción sintomática o en el mejoramiento de su funcionamiento diario.
2. Aumentar la probabilidad de respuesta, lograr que la mayor cantidad posible de pacientes se beneficien del abordaje implementado.
3. Incrementar la amplitud de respuesta. La medicación actúa más rápidamente que la psicoterapia, mientras que la psicoterapia muestra efectos más amplios y duraderos.
4. Promover la aceptación de cada monoterapia. Gracias la medicación, algunos pacientes pueden ser más tratables psicoterapéuticamente y, viceversa, la psicoterapia puede favorecer la aceptación y adherencia a los tratamientos farmacológicos o tolerar sus efectos adversos.

La forma en que se puede llevar a cabo la combinación de tratamientos puede variar: (17)

1. *Combinación simultánea*: Aplicación conjunta de dos modalidades terapéuticas



desde el inicio del tratamiento, en la fase aguda. En las guías de tratamientos (NICE 2004) se muestra un consenso para este tipo de combinación en pacientes crónicos y complejos.

2. *Combinación secuencial:* Aplicación de dos modalidades terapéuticas en diferentes fases del tratamiento. Se busca mejorar los logros alcanzados por el tratamiento utilizado durante la fase aguda. Esta modalidad se aplica en aquellos pacientes que no han alcanzado respuesta, han alcanzado una respuesta parcial o tienen SR.
3. *Combinación alternada:* Cambio de una modalidad terapéutica a otra, en la etapa de mantenimiento de un tratamiento. Para prevenir recaídas y recurrencias. Su aplicación es para los pacientes en remisión que se encuentran en un riesgo de alto de experimentar una recaída o una recurrencia. Esta estrategia de combinación se aplica principalmente en pacientes con depresión mayor recurrente.

CONCLUSIÓN

En el heterogéneo universo de los trastornos depresivos es necesario establecer qué abordajes, biológicos y/o psicoterapéuticos son más eficaces, pero también más eficientes, en el tratamiento de los pacientes con distintos perfiles sindrómicos, tanto en atención primaria como especializada. Los criterios diagnósticos actuales intentan establecer los cuadros afectivos con más significación clínica.

Lo primero que se debe hacer para tratar a un paciente es ubicar en qué tipo de terapia

debe estar de acuerdo con sus necesidad. Recordar que en términos generales, el tratamiento combinado de psicofarmacología y psicoterapia ha mostrado resultados superiores a la monoterapia en diferentes situaciones clínicas.

Los pacientes con depresión deben enfrentarse no sólo al sufrimiento emocional y físico que conlleva la enfermedad sino también al estigma social. Esto supone un obstáculo para desarrollar su vida personal, profesional y familiar con normalidad dificulta la adherencia al tratamiento, un factor clave para superar la depresión. La opinión pública piensa que la depresión es simplemente un estado de ánimo que afecta a personas débiles de carácter.

La intervención en crisis es todo un arte que debe desarrollarse de forma adecuada a fin de proveer a la persona en dificultades de las herramientas básicas para que identifique su situación y logre salir adelante.

La finalidad de la intervención en crisis, es aprovechar esta experiencia traumática y dolorosa con el fin de utilizarla para el crecimiento emocional y psicológico de la persona.

Es indispensable en el abordaje de la depresión identificar los factores de riesgo y factores protectores en los que se encuentra la persona o las que podría enfrentarse debido a la gravedad de su situación. Esta condición debe ser detectada y trabajada de forma adecuada y eficiente por el terapeuta, tomando en cuenta en todo momento la importancia de



la preservación de la vida del usuario y las personas involucradas en la crisis.

Las diferentes modalidades de atención proveen de estrategias variadas, las cuales pueden empelarse según el tipo y grado de crisis y nivel de depresión de la persona.

Es importante contar con el conocimiento y las recomendaciones respecto a cómo abordar eficazmente la depresión, teniendo presente como uno de los aspectos más importantes, el hecho de realizar una entrevista desde una posición empática y comprensiva, con escucha atenta, libre de prejuicios y facilitando al usuario un ambiente seguro en el cual pueda libremente hablar de su situación.

También es importante tener en cuenta que luego del abordaje en crisis, siempre debe recomendarse la continuidad del proceso terapéutico. La meta principal de la intervención en crisis es la de preservar la vida del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Unikel G. Tratamiento psicosocial y farmacológico de la depresión. Mexico Quarterly Review [en línea] 2010 [accesado el 2 de agosto de 2012]. 1(4). Disponible en: www.admin.udla.mx
2. Zarragoitia Alonso I. La estigmatización en la depresión. ALCMEON. 2010; 16(3): 254-265
3. Ezquiaga Terrazas E, García López A, Díaz de Neira M, et al. "Depresión". Imprecisión diagnóstica y terapéutica. Importantes consecuencias en la práctica clínica. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2011; 31(111): 457-475
4. Slaikeu KA. Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación. 2ª Edición. México: Editorial El Manual Moderno; 1996
5. Brito, Cabtree LR. Aplicación de la logoterapia en la intervención en crisis. Revista Mexicana de Logoterapia. 2000; 3: 46-56
6. Chamorro García L. Guía de manejo de los trastornos mentales en atención primaria. Barcelona, España: Ars Médica; 2004
7. Lozano Ortiz JA. Síntomas residuales y tratamiento de la depresión. SEMERGEN. 2009; 35(1): 43-49



8. Greden JF. The burden of recurrent depression: Causes, consequences, and future prospects. *J Clin Psychiatry* 2001; 62(22): 5-14
9. Heinze G. Nuevos retos en el abordaje de la enfermedad depresiva. APAL [en línea] [accesado el 2 de agosto de 2012]. Disponible en www.psiquiatria.com
10. Keller MB. Long-term treatment of recurrent and chronic depression. *J Clin Psychiatry*. 2001; 62: 3-5
11. Asociación Americana de Psiquiatría. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 1ª Edición. Barcelona, España; 2002
12. Jorquera HA. Tratando trastorno distímico y otros trastornos depresivos crónicos. 1ª Edición. Madrid, España: Ediciones Pirámide; 2009
13. Haber J. Psiquiatría. Texto básico. Barcelona, España: Salvat Editores, S.A.; 1983
14. Pérez-Franco B, Turabián-Fernández JL. ¿Es válido el abordaje ortodoxo de la depresión en atención primaria? *Aten Primaria*. 2006; 37(1): 37-39
15. Antonini C. Depresión. Tratamiento basado en el logro de objetivos. En 8vo Congreso Virtual de Psiquiatría. [en línea] [accesado el 2 de agosto de 2012] Interpsiquis febrero 2007. Disponible en www.psiquiatria.com
16. Bellak L. Manual de psicoterapia breve intensiva y de urgencia. 2ª Edición. México: Editorial El Manual Moderno; 1993
17. Garay CJ, Fabrissin JH, Korman GP et al. Combinación de tratamientos y complementariedad terapéutica en el abordaje de los trastornos depresivos. *Anu Investig* [en línea] 2010. [accesado el 2 de agosto de 2012]; 17: [pp41-48] Disponible en: www.scielo.org.ar

