

2. La depresión y los estilos de vida saludable

DEPRESSION AND HEALTHY LIFESTYLES

Beatriz Viñuales Chueca

Enfermera generalista en el Hospital de Barbastro.

RESUMEN

La depresión es uno de los trastornos mentales con más prevalencia hoy en día, afectando a todas las franjas de edad, siendo la patología mental más habitual en los ancianos y presentándose cada vez con más incidencia entre los jóvenes.

Al margen de la genética y de factores no modificables, sobre los cuáles el ser humano no puede actuar, existen factores de riesgo modificables y conductas que actúan en pro del estado de ánimo. El seguimiento de estas conductas podría disminuir el riesgo de padecer depresión, ayudar como tratamiento individual o coadyuvante del tratamiento farmacológico y minimizar el riesgo de recaída en el caso de que haya sucedido un episodio depresivo.

En este trabajo se realiza una revisión bibliográfica de la depresión y se exponen hábitos saludables, aplicables a toda la población, que nos pueden conducir a una mejora de la calidad de vida y a una óptima salud mental.

Palabras clave: Depresión, salud, epidemiología, factores riesgo, evaluación, diagnóstico, tratamiento, complicaciones, psicoterapia.

ABSTRACT

Depression is one of the most prevalent mental disorders today, affecting all age groups, being the most common mental pathology in the elderly and occurring increasingly among young people.

Apart from genetics and non-modifiable factors, on which human beings cannot act, there are modifiable risk factors and behaviours that act in favour of mood. Monitoring these behaviors may decrease the risk of depression, help as individual treatment or as an adjunct to pharmacological treatment, and minimize the risk of relapse in the event that a depressive episode has occurred.

In this work, a bibliographic review of depression is carried out and healthy habits, applicable to the entire population, are pre-

sented, which can lead to an improvement in the quality of life and optimum mental health.

Keywords: Depression, health, epidemiology, risk factors, evaluation, diagnosis, treatment, complications, psychotherapy.

INTRODUCCIÓN

La depresión se caracteriza por una afectación global psíquica y física que engloba *alteraciones emocionales* como baja autoestima, bajo estado de ánimo, tristeza, culpa, desamparo, frustración, irritabilidad, *alteraciones cognitivas*, entre las que se incluyen, bradipsiquia, pérdida de interés, incapacidad para concentrarse, déficit de memoria y atención. En ocasiones puede causar una pseudodemencia depresiva debido al deterioro cognitivo. A *nivel somático* podemos encontrar cansancio, malestar general, estreñimiento, alteraciones del sueño y, en la *esfera motivacional*, los pacientes con depresión frecuentemente se caracterizan por abulia, anhedonia, desinterés y apatía (1)(2).

Los síntomas varían de un individuo a otro en cuanto a intensidad y durabilidad (3).

HISTORIA DE LA DEPRESIÓN

Hasta llegar al concepto actual de depresión, catalogándose como enfermedad, el término ha ido evolucionando desde Hipócrates, quien identificaba el término actual con la *atrabilis* (humor negro o melancolía), pasando por romanos, Galeno de Pérgamo (131-201 d.C) ... estando siempre en estrecha relación con la melancolía.

Santo Tomás (1225-1274) afirmaba que la melancolía era consecuencia del pecado de la pereza, producida por *"demonios e influencias astrales"*. Este pensamiento se mantuvo a lo largo de la Edad Media apodando al demonio con el nombre de Acedia, siendo los acediosos *"aquellos individuos flojos para la oración, faltos de fuerza física y/o vigor en el alma"*.

En la teoría de los humores como causa de la melancolía, Thomas Willis (1621-1675), asocia las alteraciones químicas como origen de esta enfermedad.

Ya en el S.XIX Emil Kraepelin habla de melancolía para signar a la enfermedad y utiliza el término Depresión para nominar un estado de ánimo. Poco más tarde Adolf Meyer propuso eliminar el término melancolía y reemplazarlo por el de depresión (4).

Actualmente, la depresión es una enfermedad en sí misma, un trastorno mental grave, catalogada según el DSM V dentro de los trastornos depresivos (5).

EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia de la depresión se estima en un 4.4%, 322 millones de personas en todo el mundo sufren de esta enfermedad, de las cuales 5.1% son mujeres y 3.6% hombres.

Los casos de depresión se distribuyen mundialmente, siendo mayoritaria en el sudeste asiático con un 27% de la población afectada, por otro lado, el continente africano se sitúa con un 9% como la región con menor prevalencia (6).

En España, la depresión se ha convertido en los últimos años en un serio problema para la salud pública debido a la carga asistencial y el gasto sanitario que conlleva. La prevalencia se sitúa en un 5.2% de la población, afectando a 2.408.700 personas, esta enfermedad que puede llegar a ser grave e incapacitante es la primera causa de discapacidad a nivel mundial y la peor consecuencia derivada de ella es el suicidio; según la OMS, al año, alrededor de 788.000 personas se quitan la vida (7).

FACTORES DE RIESGO

La depresión, al ser una enfermedad multifactorial con una sintomatología variada en cuanto a intensidad, complica el establecer los factores o variables que intervienen en su inicio y/o mantenimiento haciendo difícil establecer las interacciones entre los factores de riesgo, dependientes del momento y circunstancia en la que la enfermedad se desarrolla (2)(8).

Las variables que influyen y aumentan el riesgo de padecer una depresión se pueden agrupar entre factores biológicos/genéticos, personales/sociales y psicológicos/cognitivos.

Factores biológicos (9)

Existen estudios que establecen que los descendientes de pacientes con depresión poseen el doble de posibilidades de presentar dicha enfermedad en comparación con la población general. Aunque dado que el contexto familiar y el ambiente también influye en el desarrollo de esta patología, no está establecido que cantidad de riesgo proviene de cada uno de los factores.

Las monoaminas también juegan un papel importante, se han encontrado niveles de monoaminoxidasa A (MAO A) elevados en personas con depresión.

Factores personales y sociales

Como ya he mencionado anteriormente, la prevalencia e incidencia de depresión a nivel mundial es mayor en el sexo femenino, siendo más frecuente en mujeres de más de 40 años.

La personalidad influye en el desarrollo de un trastorno depresivo obteniendo mayor incidencia aquellas personas con rasgos neuróticos, ansiosos y que padecen ataques de pánico o distimia.

Las enfermedades crónicas, físicas y mentales y la posible asociación con el consumo de alcohol y tabaco también suponen factores de riesgo importantes.

Existen factores asociados a comorbilidades, personas con patología cardiovascular o endocrina (diabetes, hipo/hipertiroidismo, enfermedad de Addison, síndrome de Cushing) tienen mayor riesgo de desarrollar depresión.

El postparto, a nivel personal también puede producir depresión, según la OMS, una de cada 5 parturientas.

También se encuentran entre los factores de riesgo personas con bajos recursos económicos, en situación de desempleo, personas que viven en ciudades, depende del estado civil (solteros, viudos, divorciados), personas con baja autoestima, por desvaloración a nivel psicológico o falta de autorrealización y también relacionada con el aspecto físico, teniendo un pico de casos en personas obesas en la adolescencia.

El modelo educativo familiar influye en el desarrollo de la depresión. Se ha observado que familias con una alta emoción expresada, la cual se basa en: Comentarios críticos, hostilidad y sobreimplicación emocional suelen generar miedo, indefensión, culpa y vergüenza en el niño-adolescente y desarrollar depresión a corto o largo plazo (10).

Los acontecimientos que pueden surgir en el desarrollo de la vida como el inicio de las relaciones afectivas en la adolescencia, un embarazo no deseado, el divorcio o el fallecimiento de los padres, cambios de escuela, salida de los hijos del núcleo familiar, la jubilación... también son factores que pueden marcar el inicio de una depresión.

Factores cognitivos/psicológicos

Beck postuló una triada cognitiva de depresión que se basa en 3 percepciones erróneas:

1. De sí mismo: Principios negativos.
2. Del entorno: Tendencia a percibir el mundo como hostil, despiadado y violento.
3. Visión del futuro devastador y desesperanzador.

Esto lleva a la persona a retroalimentar los pensamientos de que todo en la vida es malo y que no hay razón para luchar (11).

ENTREVISTA, EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

La entrevista y evaluación de los pacientes es imprescindible para el diagnóstico de depresión, el cual a veces resulta sencillo y evidente, solicitando ayuda el propio paciente, sin embargo, en el caso de otras personas, mayoritariamente ancianos, en los que la depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente, la depresión puede estar enmascarada debido a factores psicosociales y a la frecuente comorbilidad con enfermedad físicas, dificultando su diagnóstico.

El entrevistador ha de usar un estilo empático, evitando juicios, con baja reactividad, respetando los silencios del entrevistado, estableciendo un contacto visual, creando un clima cálido, de seguridad y de calma. Al principio, el entrevistador podrá realizar preguntas directas, pero utilizando un estilo abierto, pasando a un estilo cerrado conforme se vaya avanzando en la conversación.

Durante entrevista clínica inicial se preguntará por los síntomas del paciente, primero físicos y después emo-

cionales, señalando los patognomónicamente depresivos, preguntando al paciente por ellos. Se deberá ser capaces de diferenciar si la tristeza se debe a un acontecimiento o circunstancia puntual o si por el contrario se trata de una tristeza patológica (13).

En la entrevista es de gran interés la utilización de escalas específicas que ayuden en el diagnóstico, aunque ninguna de las escalas expuestas es adecuada para todos los grupos poblacionales y/o circunstancias.

Entre las escalas más utilizadas para la detección y cribado de depresión encontramos:

Cuestionario de salud del paciente-PHQ-2 (2 ítems /PHQ-9 (9 ítems), ambos tienen similar sensibilidad, pero el PHQ-9 tiene una especificidad mayor, del 91-94%. El PHQ-2 se utiliza en la detección inicial de la depresión, si este diera positivo se tendría que completar el estudio con una entrevista clínica y/o el PHQ-9. Ambos cuestionarios son autoadministrados y contestados en una escala tipo Likert. El cuestionario PHQ-2 tiene un punto de corte ≥ 3 el cual indica un

probable diagnóstico de depresión, por otro lado, en el caso del PHQ-9, el punto de corte para el screening de un trastorno depresivo mayor será de 10 (14)(15).

Beck Depression Inventory (BDI) es uno de los test más empleados, ha ido evolucionando desde la versión original hasta su segunda edición BDI-II adaptada por Sanz et al. El BDI-II es un instrumento autoadministrado de 21 ítems para detectar la depresión con buena fiabilidad, sensibilidad y validez; en él la persona tiene que seleccionar entre cuatro alternativas de menor a mayor intensidad, la que mejor describa su estado durante las últimas dos semanas. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos, siendo la puntuación total y mayor del test 63 puntos. Las puntuaciones de corte en la versión española, en relación a la gravedad de la depresión son:

- Mínima: 0-13 puntos
- Leve: 14-18 puntos
- Moderada: 19-27 puntos
- Grave: >28 puntos

Instrumento de detección PHQ-2 para la depresión				
En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día
Poco interés o alegría por hacer cosas.	0	1	2	3
Sensación de estar decaído/a deprimido/a o desesperanzado/a	0	1	2	3

Tabla de elaboración propia adaptada del artículo de Douglas M. Maurer, DO, MPH; Tyler J. Raymond, DO, MPH; and Bethany N. Davis, MD. Depression: Screening and Diagnosis. Am Fam Physician. 2018 Oct 15;98(8):508-515.

Instrumento de detección PHQ-9 para la depresión				
En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día
1. Poco interés o alegría por hacer cosas.	0	1	2	3
2. Sensación de estar decaído/a deprimido/a o desesperanzado/a.	0	1	2	3
3. Problemas para quedarse dormido/a, para seguir durmiendo o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sensación de cansancio o de tener poca energía.	0	1	2	3
5. Poco apetito o comer demasiado.	0	1	2	3
6. Sentirse mal consigo mismo/a; sentir que es un fracasado/a o que ha decepcionado a su familia o a sí mismo.	0	1	2	3
7. Problemas para concentrarse en algo, como leer el periódico o ver la televisión.	0	1	2	3
8. Moverse o hablar tan despacio que los demás pueden haberlo notado. O lo contrario: estar tan inquieto/a o agitado/a que se ha estado moviendo de un lado a otro más de lo habitual.	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto/a o de querer hacerse daño de algún modo.	0	1	2	3

Tabla de elaboración propia adaptada PHQ-9 screeners. Disponible en www.phqscreeners.com. Acceso el 31 de marzo de 2020

BDI II	
1. TRISTEZA	7. INSATISFACCION CON UNO MISMO
0 No me siento triste habitualmente	0 Siento lo mismo que antes sobre mí mismo
1 Me siento triste gran parte del tiempo	1 He perdido confianza en mí mismo
2 Me siento triste continuamente	2 Estoy decepcionado conmigo mismo
3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo	3 No me gusto
2. PESIMISMO	8. AUTOCRÍTICAS
0 No estoy desanimado sobre mi futuro	0 No me critico o me culpo más que antes
1 Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes	1 Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser
2 No espero que las cosas me salgan bien	2 Me critico por todos mis defectos
3 Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán	3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede
3. SENTIMIENTOS DE FRACASO	9. PENSAMIENTOS O DESEOS DE SUICIDIO
0 No me siento fracasado	0 No tengo ningún pensamiento de suicidio
1 He fracasado más de lo que debería	1 Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo
2 Cuando miro atrás veo fracaso tras fracaso	2 Me gustaría suicidarme
3 Me siento una persona totalmente fracasado	3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad
4. PÉRDIDA DE PLACER	10. LLANTO
0 Disfruto tanto como antes de las cosas que me gustan	0 No lloro más de lo que solía hacerlo
1 No disfruto de las cosas tanto como antes	1 Lloro más de lo que solía hacerlo
2 Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba	2 Lloro por cualquier cosa
3 No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba	3 Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo
5. SENTIMIENTOS DE CULPA	11. AGITACIÓN
0 No me siento especialmente culpable	0 No estoy más inquieto o tengo que de costumbre
1 Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho	1 Me siento más inquieto o tenso que de costumbre
2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo	2 Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto
3 Me siento culpable constantemente	3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome
6. SENTIMIENTOS DE CASTIGO	
0 No me siento que este siendo castigado	
1 Siento que puedo ser castigado	
2 Espero ser castigado	
3 Siento que estoy siendo castigado	

Tabla de elaboración propia a través del documento: Manuela Méndez Garay. Biblioteca Digital, Scrib. 9 de mayo 2018. Acceso el 02.04.2020.

12. PÉRDIDA DE INTERÉS	17. IRRITABILIDAD
0 No he perdido el interés por otras personas o actividades	0 No estoy más irritable de lo habitual
1 Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades	1 Estoy más irritable de lo habitual
2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas	2 Estoy mucho más irritable de lo habitual
3 Me resulta difícil interesarme en algo	3 Estoy irritable continuamente
13. INDECISIÓN	18. CAMBIOS EN EL APETITO
0 Tomo decisiones como siempre	0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito
1 Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre	1a Mi apetito es algo < de lo habitual 1b Mi apetito es algo > de lo habitual
2 Tengo muchas más dificultad en tomar decisiones que de costumbre	2a Mi apetito es mucho menor que antes 2b Mi apetito es mucho mayor que antes
3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión	3a He perdido completamente el apetito 3b Tengo ganas de comer continuamente
14. INUTILIDAD	19. DIFICULTAD DE CONCENTRACIÓN
0 No me siento inútil	0 Puedo concentrarme tan bien como siempre
1 No me considero tan valioso y útil como solía ser	1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
2 Me siento inútil en comparación con otras personas	2 Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo
3 Me siento completamente inútil	3 No puedo concentrarme en nada
15. PÉRDIDA DE ENERGÍA	20. CANSANCIO O FATIGA
0 Tengo tanta energía como siempre	0 No estoy más cansado fatigado que de costumbre
1 Tengo menos energía de la que solía tener	1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre
2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas	2 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer
3 No tengo suficiente energía para hacer nada	3 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer
16. CAMBIOS EN EL PATRÓN DEL SUEÑO	21. PÉRDIDA DE INTERÉS POR EL SEXO
0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño	0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
1a Duermo algo más de lo habitual 1b Duermo algo menos de lo habitual	1 Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar
2a Duermo mucho más de lo habitual 2b Duermo mucho menos de lo habitual	2 Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora
3a Duermo la mayor parte del día 3b Me despierto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme	3 He perdido completamente el interés por el sexo

Tabla de elaboración propia a través del documento: Manuela Méndez Garay. Biblioteca Digital, Scrib. 9 de mayo 2018. Acceso el 02.04.2020.

Hamilton Depression Rating Scale (HDRS). Esta escala heteroadministrada sirve para cuantificar la gravedad de la depresión, una vez diagnosticada y observar la evolución del paciente. Su versión original constaba de 21 ítems (HDRS-21), aunque la versión reducida HDRS-17, de 17 ítems es la más utilizada actualmente y la más recomendada. Esta escala es de difícil administración a enfermos físicos por el excesivo peso de los síntomas somáticos y de ansiedad.

Los ítems que la forman presentan 3 o 5 opciones de respuesta ordinal (de 0 a 2 puntos o de 0 a 4 puntos), y la puntuación total de la escala oscila entre 0 puntos (ausencia de síntomas depresivos) y 66 (síntomas depresivos graves) para la HDRS-21 y de 0 a 54 para la HDRS-17.

HDRS-21	
Ítem	Valoración
1. Estado de ánimo deprimido (sensación de tristeza, desesperanza, desamparo, inutilidad)	0. Ausente 1. Expresa estas sensaciones solamente al ser preguntado. 2. Expresa estas sensaciones espontáneamente de manera verbal. 3. Expresa estas sensaciones de manera no verbal (p.ej., expresión facial, postura, tendencia al llanto). 4. Expresa estas sensaciones de manera verbal y no verbal, de forma espontánea.
2. Sentimiento de culpabilidad	0. Ausente 1. Se culpa a sí mismo, siente que ha decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad o culpabilidad por errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o tiene alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio	0. Ausente 1. Piensa que no vale la pena vivir la vida 2. Desearía estar muerto o piensa en la posibilidad de quitarse la vida 3. Piensa o amenaza con la manera de suicidarse 4. Intentos de suicidio (cualquier intento de suicidio se clasifica en 4)
4. Insomnio al principio de la noche	0. Ausente. No tiene dificultad para dormirse. 1. Se queja de que le cuesta dormirse algunas veces (por ejemplo, tarda más de media hora en dormirse) 2. Se queja de que le cuesta dormirse siempre (todas las noches)
5. Insomnio durante la mitad de la noche	0. Ausente 1. Se queja de que está inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche (si se levanta de la cama por cualquier razón se puntúa en 2, excepto si va al servicio)
6. Insomnio al final de la noche	0. Ausente 1. Se despierta a primera hora de la madrugada, pero se vuelve a dormir 2. Es incapaz de volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	0. No tiene dificultad 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, trabajo o aficiones (directamente expresado por el paciente o indirectamente deducido por su desatención, indecisión y vacilación; siente que debe esforzarse en su trabajo o actividades) 3. Acortamiento del tiempo dedicado a actividades o disminución de la productividad 4. Dejó de trabajar por la enfermedad actual

8. Inhibición (lentitud en el pensamiento)	<p>0. Habla y piensa normalmente y de lenguaje; pérdida de la</p> <p>1. Ligera inhibición durante la entrevista capacidad de concentración,</p> <p>2. Evidente inhibición durante la entrevista disminución de la actividad</p> <p>3. Entrevista larga y difícil motora)</p> <p>4. Estupor (no habla ni piensa). Entrevista imposible</p>
9. Agitación	<p>0. Ausente</p> <p>1. No puede estar quieto</p> <p>2. Juega con sus manos, cabello, etc.</p> <p>3. Cambia constantemente de posición, no puede estar sentado</p> <p>4. Se frota las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios</p>
10. Ansiedad psíquica	<p>0. Ausente</p> <p>1. Tensión subjetiva, irritabilidad</p> <p>2. Preocupación por cosas sin importancia</p> <p>3. Actitud aprensiva aparente en la cara y el lenguaje</p> <p>4. Expresa temores espontáneamente sin ser preguntado</p>
11. Ansiedad somática.	<p>Signos fisiológicos concomitantes con la ansiedad, tales como gastrointestinales (boca seca, flatulencia, indigestión, diarrea, retortijones, eructos); cardiovasculares (palpitaciones, cefalalgias); respiratorios (hiperventilación, suspiros); frecuencia urinaria; sudoración</p> <p>0. Ausente</p> <p>1. Ligera</p> <p>2. Moderada</p> <p>3. Grave</p> <p>4. Incapacitante</p>
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	<p>0. Ausente</p> <p>1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que le insistan. Sensación de pesadez abdominal</p> <p>2. Dificultad para comer si no se le insiste. Solicita o requiere laxantes o medicación para sus síntomas gastrointestinales</p>
13. Síntomas somáticos generales	<p>0. Ausente</p> <p>1. Sensación de pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad</p> <p>2. Cualquier síntoma somático bien definido se puntúa 2</p>
14. Síntomas genitales	<p>0. Ausente</p> <p>1. Leve</p> <p>2. Grave</p>
15. Hipocondría	<p>0. Ausente 1<</p> <p>. Está preocupado por las funciones corporales y por síntomas orgánicos</p> <p>2. Está muy preocupado porque piensa que tiene una enfermedad orgánica</p> <p>3. Está convencido de que tiene una enfermedad orgánica. Solicita ayuda, exploraciones, etc.</p> <p>4. Ideas delirantes hipocondríacas</p>

16. Conciencia de enfermedad	0. Reconoce que está deprimido y enfermo 1. Reconoce su enfermedad pero la atribuye a otras causas, como la mala alimentación, el clima, el exceso de trabajo, un virus, la necesidad de descanso, etc. 2. Niega que está enfermo
17. Pérdida de peso A (completar A en la primera evaluación y B en las siguientes)	A 0. No hay pérdida de peso 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual 2. Pérdida de peso conocida y expresada por el paciente B 0. No hay pérdida de peso o pérdida de peso inferior a 500 g en una semana 1. Pérdida de peso superior a 500 g en la semana anterior 2. Pérdida de peso superior a 1 kg en la semana anterior
18. Variación diurna	A. Anotar si los síntomas empeoran por la mañana o por la tarde. Si no hay variación durante el día marque «ninguna» 0. Ninguna 1. Peor por la mañana 2. Peor por la tarde B Cuando haya variación, puntúe su intensidad. Marque «ninguna» si no hay variación 0. Ninguna 1. Leve 2. Grave
19. Despersonalización (tales como sensación de irrealidad, ideas nihilistas)	0. Ausente y desrealización 1. Leve 2. Moderada. 3. Grave 4. Incapacitante
20. Síntomas paranoides	0. Ninguno 1. Suspicious 2. Ideas de referencia 3. Delirios de referencia y persecución 4. Alucinaciones
21. Síntomas obsesivos	0. Ausentes y compulsivos 1. Leves 2. Graves
<i>La HDRS-17 comprende los 17 primeros ítems, mientras que la HDRS-6 incluye los ítems número 1, 2, 7, 8, 10 y 13.</i>	
<i>Tabla de elaboración propia con referencia al artículo de Bobesa J. Bulbenab A. Luquec A. Dal-Réc R. Ballesterosd J. Ibarrad N y el Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas (GVEEP). Evaluación psicométrica comparativa de las versiones en español de 6, 17 y 21 ítems de la Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión. Med Clin (Barc) 2003;120(18):693-700</i>	

Escala de Depresión de Yessavage o Escala de Depresión Geriátrica (GDS), es una escala útil para detectar sintomatología depresiva en adultos mayores. Existe una versión de 30 ítems, pero la más utilizada es la que consta de 15 ítems, GDS-15, en la cual los pacientes tienen que responder sí o no a las cuestiones que se les plantea. En su versión redu-

cida no mezcla síntomas físicos con depresivos, centrándose en los aspectos cognitivo-conductuales propios de la depresión en población geriátrica. Posee 3 niveles de corte, considerándose ausente (0-5), leve (6-9) o establecida (≥ 10) (17, 18, 19).

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA (GDS-15)			
N.º		SÍ	NO
1	¿Está básicamente satisfecho con su vida?		
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades y pasatiempos?		
3	¿Siente que su vida está vacía?		
4	¿Se encuentra a menudo aburrido?		
5	¿Se encuentra alegre y optimista, con buen ánimo, casi todo el tiempo?		
6	¿Teme que le vaya a pasar algo malo?		
7	¿Se siente feliz, contento, la mayor parte del tiempo?		
8	¿Se siente a menudo desamparado, desvalido, indeciso?		
9	¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?		
10	¿Le da la impresión de que tiene más fallos de memoria que los demás?		
11	¿Cree que es agradable estar vivo?		
12	¿Se le hace duro empezar nuevos proyectos?		
13	¿Se siente lleno de energía?		
14	¿Siento que su situación es angustiosa, desesperada?		
15	¿Cree que la mayoría de la gente vive económicamente mejor que usted?		

Tabla de elaboración propia con datos obtenidos del artículo Piñáñez García MC, Re Domínguez ML. Perfil clínico, epidemiológico y valoración geriátrica funcional en el barrio San Miguel de Asunción, Paraguay. Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int. 2015; 2 (2):63-69

Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung, es una escala autoadministrada, de tipo Likert, que consta de 20 preguntas, con 4 posibles respuestas que se refieren a la frecuencia de los síntomas (1-4), la mitad formuladas de forma positiva y la otra de forma negativa. El paciente marcará con una X la columna adecuada que responda a cómo se ha sentido en los últimos días. Evalúa el grado de depresión en pacientes diagnosticados de algún trastorno depresivo (20,21). La puntuación va de 20-80:

- 25-49: Rango normal
- 50-59: Ligeramente deprimido
- 60-69: Moderadamente deprimido
- 70 o más: Severamente deprimido

ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA DEPRESIÓN DE ZUNG (SDS)				
	Poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1. Me siento decaído y triste.				
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.				
3. Siento ganas de llorar o irrumo en llanto.				
4. Tengo problemas para dormir por la noche.				
5. Como la misma cantidad de siempre.				
6. Todavía disfruto el sexo.				
7. He notado que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo problemas de estreñimiento.				
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.				
10. Me canso sin razón alguna				
11. Mi mente está tan clara como siempre.				
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.				
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto				
14. Siento esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo normal.				
16. Me es fácil tomar decisiones				
17. Siento que soy útil y me necesitan.				
18. Mi vida es bastante plena				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.				

Tabla elaboración propia adaptada de la original Zung WW. A self-rating depression scale. Archives of General Psychiatry 1965; 12: 63-70.

Al margen de las escalas utilizadas, existen “*calculadoras de riesgo*”, cabe destacar *predict plus prevent* como instrumento validado, está dirigida a personas entre 18-75 años y a través de un cuestionario que engloba apartados de edad, sexo, calidad de vida física y mental, antecedentes de salud, y grado de satisfacción respecto al trabajo o a la convivencia en el hogar, entre otras, se calcula el riesgo de padecer depresión en el próximo año.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO (22,23,24,25)

El tratamiento farmacológico es indispensable en el manejo de la depresión mayor y, en algunas ocasiones, en trastornos depresivos leves, pero no generalmente. El tratamiento siempre será individualizado, dirigido a cada paciente, y variará dependiendo de las características y circunstancias de este, teniendo como variables la severidad del proceso, la duración, los síntomas que le acompañen, efectos secundarios del antidepresivo, interacciones farmacológicas...

Por norma general, los fármacos antidepresivos se administran inicialmente a dosis bajas, aumentando progresivamente hasta llegar a la dosis terapéutica, a los 15 días de alcanzarla, se evalúa la respuesta clínica al antidepresivo. Durante la primera semana de administración del nuevo fármaco se valorarán los posibles efectos secundarios.

El comienzo de acción del fármaco suele producirse entre la segunda y cuarta semana del inicio del antidepresivo y su mantenimiento debe prorrogarse de 6 a 12 meses tras el cese de los síntomas, procediendo de forma paulatina a su retirada.

El riesgo de suicidio aumenta al empezar con la terapia antidepresiva por lo que el paciente tendrá que estar vigilado durante las primeras semanas, proporcionándole seguridad y extremando las precauciones.

La gran mayoría de los fármacos utilizados poseen un denominador común y es que tienen acción sobre el sistema monoaminérgico regulando neurotransmisores como la serotonina, dopamina y noradrenalina.

Clasificación de antidepresivos

Inhibidores no selectivos de la recaptación de aminas (noradrenalina/dopamina/serotonina)

Antidepresivos tricíclicos

Actúan bloqueando la recaptación de serotonina y noradrenalina, aumentando la concentración de aminas neurotransmisoras en las sinapsis. La Imipramina fue el primer antidepresivo de este tipo en desarrollarse, con la posterior aparición de la desipramina, nortriptilina, amitriptilina y clomipramina. Actúan como antidepresivos y ansiolíticos y sus efectos adversos más comunes son: Visión borrosa, aumento de apetito, náusea, diarrea, boca seca, constipación, sedación, fatiga, disfunción sexual y aumento de la tensión arterial entre otros.

Los antidepresivos tricíclicos han sido el tratamiento de elección durante muchos años, pero con el descubrimiento de nuevas terapias, se han ido quedando obsoletos debido

a su baja selectividad y a los numerosos efectos secundarios que producen.

Otros

En los años 70 aparecen los antidepresivos heterocíclicos, atípicos o de segunda generación de mayor selectividad de los tricíclicos y menos efectos secundarios, pero no más eficaces. Entre estos podemos encontrar la maprotilina y mianserina, ambas tetracíclicos. La maprotilina es inhibidora de la recaptación de noradrenalina, la mianserina bloquea los autoreceptores alfa 2 y la trazodona actúa bloqueando los receptores de serotonina 2^a e inhibiendo la recaptación de serotonina.

Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina

Ya en los años 80 surgen los ISRS, los cuales constituyen el tratamiento antidepresivo de elección en la actualidad. El mecanismo de acción principal es la inhibición del transportador de serotonina, que en condiciones normales reintroduce la serotonina sináptica a la neurona, aumentando así la concentración de serotonina a nivel presináptico.

Todos los ISRS tienen un perfil similar en cuanto a eficacia y efectos secundarios, siendo estos últimos mínimos y pasajeros, algunos de ellos son: Náuseas, boca seca, diarrea, disfunción sexual y ansiedad al inicio del tratamiento.

En la actualidad se encuentran disponibles 6 fármacos que pertenecen al grupo de los ISRS: Fluoxetina, citalopram, sertralina, paroxetina, fluvoxamina y escitalopram.

Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina y noradrenalina

Conocidos como IRSN, este grupo de fármacos tienen efecto antidepresivo/ansiolítico y actúan bloqueando al transportador de la serotonina y noradrenalina (SERT y NAT), aumentando sus concentraciones y colateralmente aumentando la concentración de dopamina a nivel de la corteza prefrontal.

En cuanto a efectos secundarios podríamos encontrar fatiga, astenia, hipertensión arterial, cefalea, disminución del apetito (hiporexia), náuseas, vómitos, estreñimiento, diarrea, pérdida de peso, disminución de la lívido, disfunción sexual, mareos, sueño, insomnio, temblor y sudoraciones, entre otros.

Todos los IRSN actúan según el mecanismo descrito, con diferencias sutiles entre ellos. Actualmente, los fármacos disponibles pertenecientes a este grupo son duloxetina, milnacipran, venlafaxina y desvenlafaxina.

Los pacientes tratados con venlafaxina deberán estar en estrecho seguimiento, sobre todo al inicio de la terapia o si se modifica la dosis, ya que el paciente puede desarrollar un empeoramiento clínico y/o pensamientos suicidas. Además, este fármaco se considera dosis-dependiente de la presión arterial por lo que el paciente será controlado periódicamente para poder controlar un posible aumento.

Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina

Los ISRN bloquean el transportador de la noradrenalina aumentando la disponibilidad sináptica de noradrenalina y de dopamina a nivel de la corteza prefrontal.

Su efecto clínico, como la mayoría de los antidepresivos, es antidepresivo y ansiolítico y entre los efectos secundarios más frecuentes encontramos insomnio, mareo, náuseas, hiporexia, sudoración, sequedad de boca, disfunción sexual, sensación de vaciado incompleto de la vejiga y dificultad en la micción (sólo en hombres).

En este grupo encontramos fármacos como la reboxetina y la atomoxetina.

Inhibidores selectivos de la recaptación de dopamina y noradrenalina

Este grupo de antidepresivos, los IRND, actúan inhibiendo al NAT y DAT, incrementando las concentraciones sinápticas de la noradrenalina y la dopamina, produciendo un efecto ansiolítico y antidepresivo.

Los efectos secundarios más frecuentes asociados a la toma de este fármaco, ya que el bupropión/anfebutamona es el único disponible de los IRND, son náuseas, disminución del apetito, cefalea, insomnio, ansiedad, sequedad de boca y aumento de la tensión arterial. Al no actuar directamente sobre la serotonina este fármaco no provoca disfunción sexual.

Inhibidores de la MAO

Los IMAO fueron los primeros en aparecer, un hallazgo casual, usando la iproniazida como tratamiento en la tuberculosis se descubrió que poseía propiedades antidepresivas en los pacientes que la tomaban. A partir de ahí, se desarrollaron otros IMAO con diferentes propiedades farmacológicas, encontrando actualmente 2 subtipos de MAO (A y B), los cuales metabolizan distintos sustratos.

La enzima MAO -A metaboliza la serotonina, noradrenalina, dopamina y tiramina por lo que al bloquear su acción aumentan sus concentraciones disponibles.

Los IMAO presentan gran cantidad de interacciones medicamentosas (simpaticomiméticos, serotoninérgicos, tricíclicos, anestésicos y algunos opiáceos) y alimentarias (dietas altas en tiramina: nueces, chocolate, plátanos...), por lo cual han caído en desuso, aunque siguen siendo eficaces en el tratamiento de algunos tipos de depresión, siempre que el especialista tenga en cuenta las mencionadas interacciones.

Dentro de los IMAO podemos encontrar la selegilina, fenelzina y la tranilcipromina.

Antidepresivos multimodales

Son los de introducción más reciente a la terapia farmacológica psiquiátrica. Estos fármacos ejercen efecto antidepresivo, procognitivo y ansiolítico mediante una combinación de diferentes mecanismos de acción:

- Inhibición del transportador de serotonina, dopamina y noradrenalina.
- Agonismo de receptores 5-HT_{1A}, 5-HT_{1B/D}
- Antagonismo de 5-HT₇ y 5-HT₃.

En este grupo encontramos la vortioxetina, cuyos efectos secundarios más frecuentes, son menores que cualquier antidepresivo visto anteriormente, encontrando náuseas, boca seca, cefalea y mareos.

COMPLICACIONES DE LA DEPRESIÓN (26-30)

La depresión tiene un impacto global en la salud y vida del paciente, y, al margen de las complicaciones socio-psicológicas que pueda generar el diagnóstico de este trastorno en la persona, la depresión es uno de los factores más ligados a la conducta suicida, siendo esta la mayor complicación y el suicidio, el peor desenlace.

Riesgo de suicidio

El suicidio se define según el CIE-11 como la autolesión intencional con el objetivo de causar la muerte de la persona y el comportamiento suicida como las acciones previas a quitarse la vida que van desde la ideación hasta el intento.

En España, según los últimos datos del INE en 2018, se considera el suicidio como la primera causa de muerte de externa. Disgregando por sexo sería la 1º causa de muerte externa en hombres y la 3º en mujeres, las cuales, sin embargo, tienen un índice más alto en tentativas.

La depresión se relaciona de forma positiva con las ideas suicidas y el suicidio, cuanto más grave es la depresión, con mayor frecuencia existen sentimientos de desesperanza, ideas suicidas y mayor probabilidad de cometer un acto suicida.

Dentro del comportamiento suicida podríamos diferenciar entre: ideación suicida, plan suicida, intento/tentativa de suicidio y suicidio consumado.

Existen factores de riesgo que aumentan la probabilidad de que se produzca un acto suicida, se dividen en individuales, familiares y comunitarios.

Los factores de riesgo individuales son inherentes a la persona e incluyen la presencia de enfermedades y/o dolor crónico, enfermedad mental (depresión, abuso de alcohol/drogas, trastorno de personalidad), edad (más riesgo en adolescencia y edad avanzada), sexo masculino, soltero/a, perfeccionista, persona impulsiva, aislamiento social, antecedentes de agresión, divorcio, muerte de la pareja e historial de intentos o amenazas suicidas previas.

Respecto a los factores de riesgo familiares podríamos encontrar familias disfuncionales, violencia doméstica, familias en las que algún miembro padezca trastornos mentales, familias en las que se haya dado algún intento o acto de suicidio previo, abuso sexual, ausencia de referentes paternos/maternos, separación, bajo nivel educativo del grupo familiar, pobreza, aislamiento social.

En cuanto a los comunitarios influiría en este tipo de conductas la exposición a desastres, guerras, agresiones, violencias, falta o dificultad de acceso a los servicios sanitarios y educativos, pertenencia a una minoría discriminada, alta incidencia de alcoholismo, consumo de drogas y oportunidades académicas y laborales limitadas.

Algunos signos y síntomas de alarma sugieren estar en un mayor nivel de alerta y mantener un estrecho seguimiento con la persona en cuestión, tanto de forma profesional como a través de su red de apoyo más próxima puesto que son los que pueden detectar cambios precozmente. Entre estos signos y síntomas podríamos incluir:

- Realizar comentarios sobre la poca voluntad de vivir y la posibilidad de suicidarse, infravalorándose, con frases de desesperanza.
- Amenazar con realizar el acto suicida o comentar su posible amenaza con personas cercanas, esto se puede entender como una petición de ayuda.
- Cerrar asuntos pendientes, preparar el testamento, regalar bienes y/o objetos personales y despedirse.
- Expresar sentimientos de impotencia, indefensión, depresión y sobre todo de desesperanza.
- Expresar el deseo de estar solos/aislados y perder el interés por aficiones, familia, amistades y apariencia personal.
- Presentar ánimo bajo, pero a veces fluctuante, los momentos de mejoría son en los cuales pueden sentirse capaces de llevar a cabo el plan suicida.
- Experimentar cambios de conducta repentinos.
- Comenzar a informarse sobre autolesiones, métodos y de instrumentos que puedan ayudar al suicidio.

Ante el posible y fatal desenlace, existen planes de prevención del suicidio a nivel mundial, nacional y comunitario cuyo objetivo común es disminuir la incidencia y prevalencia de suicidios a través de programas educativos e informativos que permitan sensibilizar a la población sobre el suicidio y su prevención, ayuda sociosanitaria a los grupos en riesgo, vigilancia epidemiológica de la conducta suicida, proporcionar apoyo a cuidadores y familias y reducir el estigma contra las enfermedades mentales, el cual alarga el tiempo hasta el primer contacto paciente-profesional, conllevando en la mayoría de las ocasiones a un peor pronóstico.

PSICOTERAPIA (31-40)

La psicoterapia, utilizada en los trastornos depresivos, ha resultado ser una herramienta muy eficaz, tanto utilizándola de forma única, como combinada con la terapia farmacológica, en el tratamiento de la depresión.

La psicoterapia nace de una relación única que se establece entre el paciente y el terapeuta y esto es indispensable para que la terapia funcione. La relación que nace se basa en la confianza, en el acompañamiento y está ausente de juicios de valor.

El psicoterapeuta es el instrumento de la psicoterapia y la entrevista su principal herramienta de trabajo. El terapeuta debe de poseer cualidades que faciliten la relación interpersonal como la escucha activa, flexibilidad, calidez, empatía, fluidez verbal, baja reactividad..., características que propicien un diálogo abierto en el cual el paciente se sienta comprendido y escuchado, favoreciendo la creación de una alianza de trabajo.

A pesar de los buenos resultados en la aplicación de la psicoterapia son pocas las ocasiones en las que se imparte por muchos y variados motivos. Los pacientes coinciden en preferir terapias psicológicas, pero, la realidad es que, en numerosas ocasiones por no buscar ayuda, se recurre a la prescripción farmacológica, probablemente por la presente estigmatización de la salud mental. Desde Atención Primaria se imparten intervenciones psicológicas en psicoterapia, siendo la primera puerta al sistema sanitario, pero es aquí donde se encuentra otra de las dificultades para la aplicación de psicoterapia ya que no existen los suficientes recursos, ni materiales ni humanos para desarrollar las intervenciones.

Todo lo anterior conlleva a que la mayoría de pacientes que sufren un trastorno mental, nunca hayan sido atendidos por un profesional de la salud mental, aumentando a la larga costos sanitarios, en perjuicio también de la salud y calidad de vida de los pacientes.

La psicoterapia abarca múltiples formas de actuación, cada una con un nombre distinto, qué obviando las diferencias existentes entre ellas, no dejan de ser lo mismo, un trabajo cooperativo, una relación paciente-psicoterapeuta con el objetivo final de que el paciente con ayuda del psicoterapeuta aúne técnicas para superar obstáculos del día y día de forma autónoma y eficaz.

Las intervenciones psicoterapéuticas tienen una duración variable y se organizan en sesiones de aproximadamente una hora. Tiempo atrás, estas sesiones se impartían de forma exclusivamente presencial, pero, actualmente con el progreso de las tecnologías de la información y comunicación (TICs) se están desarrollando sesiones psicoterapéuticas a distancia a través de chat's, videoconferencia-sky-pe, zoom, email, teléfono...

Existen datos de estudios que indican que las intervenciones aplicadas por medio de Internet gozan de ser una solución posible frente a los problemas de accesibilidad, superando las barreras de acceso a los tratamientos, llegando a áreas geográficas donde pacientes por distancia o coste no recibirían este tipo de tratamiento.

Entre las distintas intervenciones psicoterapéuticas, que se aplican en el tratamiento y prevención de la depresión, se podría considerar la terapia cognitivo conductual como la más eficaz y empleada por los terapeutas debido a su mayor evidencia empírica y experimental, sin desprestigiar otras como el modelo interpersonal, terapia basada en solución de problemas y counselling.

La historia de la *terapia cognitivo conductual* está relacionada con la historia de la psicología. La psicología surgió debido a la revolución de un grupo de filósofos europeos

que poseían una mentalidad científica, los cuales, hicieron de la psicología una ciencia de estructura de la mente y la conciencia, trabajando la introspección personal estructurada, que posteriormente y de la mano de Wihem Wunt dio lugar al estructuralismo psicológico en Alemania.

Wundt llevó el estructuralismo a EEUU en el siglo XIX, sin embargo, la introspección no resulto ser productiva.

El creciente interés en una investigación más objetivable y experimental produjo una revolución en la psicología americana con el surgimiento de tres nuevas escuelas en EEUU: La escuela de la Gestalt, el conductismo y el funcionalismo. La escuela conductista estaba influenciada por el positivismo lógico del Circulo de Viena, que respaldaba que el conocimiento debía basarse en la observación y debía verificarse a través de ella. Estos principios fueron aplicados directamente a la psicología del conductismo cuyo máximo representante fue John B. Watson. El desarrollo de la escuela conductista derivó posteriormente en el surgimiento de la terapia conductual. No obstante, como orientación específica de intervención en salud, la terapia cognitivo conductual cuenta con unos 60 años de historia.

En la terapia cognitivo conductual, la depresión se atribuye a los pensamientos negativos sobre el mundo externo y sobre uno mismo, que se activan en determinadas circunstancias. Lo que pretende esta terapia es hacer consciente al paciente de sus pensamientos, de sus esquemas mentales, muchas veces disfuncionales, para conseguir una modificación de los procesos cognitivos y reducir las conductas desadaptativas y el malestar psicológico.

Dicho de otra manera, la TCC se sostiene en que lo que sentimos y lo que hacemos, es producto de lo que pensamos, por lo que las intervenciones cognitivo-conductuales pueden transformar la forma de sentir, actuar y pensar.



Figura 1. Esquema de elaboración propia. Persona influenciada por su entorno. El paciente con depresión vive una situación que malinterpreta, esto da lugar una emoción y una conducta disfuncional, distorsionada, que provoca un malestar psicológico, agravando la depresión.

La terapia cognitivo conductual intenta cortar la interpretación distorsionada de diferentes situaciones, modificando

así las emociones y conductas resultantes, cambiando hábitos, creencias, expectativas y pensamientos. Tiene como objetivo que los pacientes aprendan técnicas de exposición y afrontamiento positivo y las apliquen, para mejorar así su calidad de vida.

Desarrollada originalmente por Klerman, otros autores como Klein, Fairbain, Winnicott, Balint o Sullivan también son representantes de la *terapia interpersonal*, esta terapia se basa en identificar un patrón relacional disfuncional, inconsciente, recurrente y dominante, denominado "*Foco Afectivo Interpersonal*" (FAI).

Se ha observado de forma empírica que las psicoterapias en instituciones son breves de por sí, el paciente abandona la terapia ya sea por incompetencia del propio terapeuta para adaptarse a las necesidades del paciente o porque debido a la carga socioeconómica a la que están expuestos los pacientes, dejan la terapia cuando se encuentran "mejor", con el riesgo de recaídas.

Es en el contexto institucional donde los psicoterapeutas psicodinámicos enfrentan el reto de salir del modelo de consulta, atención que solo está al alcance una minoría y se caracteriza por terapias que no tienen fecha fin.

La Guía Clínica de Terapia Dinámica Interpersonal nace en Reino Unido derivada de la necesidad de ceder competencias a terapeutas dinámicos en la salud mental. Esta Guía Clínica se basa en que "*los síntomas presentes en los trastornos del ánimo son respuestas a dificultades interpersonales y/o amenazas percibidas a las relaciones de apego (pérdida/separación) y, por lo tanto, percibidas también como amenazas al self, es decir, una desorganización transitoria subyacente del sistema de apego*".

La Terapia Interpersonal (TIP) se organiza en 3 fases, constando cada una de ellas entre 4-8 sesiones.

La primera fase, fase inicial se establece el FAI, a través del contexto que refiere el paciente tanto en las relaciones del presente y del pasado. En la fase intermedia el terapeuta ayuda al paciente a establecer como contribuye el patrón relacional a mantener el problema y en la última fase el terapeuta invita al paciente a una autoevaluación.

Se ha comprobado que el uso de la TIP es más efectivo que el uso de un placebo y la atención habitual por el médico de atención primaria. Además, la efectividad de la TIP puede ser aumentada cuando se combina con un antidepresivo. Sin embargo, un ensayo reciente admite que una sesión semanal de TIP puede ser suficiente para evitar la recurrencia en la depresión mayor durante 2 años, solo en casos en los que se haya logrado la remisión con esta intervención psicológica sin necesitar terapia farmacológica.

Dentro de las terapias conductuales hay que hacer referencia a la *terapia basada en la solución de problemas* como una forma de intervención breve, estructurada y apoyada en el aprendizaje de afrontar problemas específicos que frecuentemente están relacionados con la depresión. Es una terapia de acción, que se aplica en grupo y fomenta el autocontrol y la autoeficacia.

La ventaja de esta terapia es que profesionales no especialistas en salud mental podrían ser entrenados para aplicar estas técnicas.

El *counselling* es utilizado de forma genérica para describir diversas teóricas, las cuales se centran en una relación terapéutica en sí misma. Frecuentemente los consejeros reciben entrenamiento para escuchar con respeto y empatía y ayudar a los pacientes a la comprensión y significado de sus sentimientos.

Según la evidencia, la aplicación de las terapias y/o tratamiento farmacológico va a depender de la gravedad de la depresión. A modo resumen:

- En la depresión leve o moderada, cualquier forma de terapia psicológica breve (de las anteriormente citadas) será válida, dividiéndose de 6 a 8 sesiones en 10-12 semanas.
- Para la depresión moderada, grave o resistente se recomienda la utilización de la terapia cognitivo conductual, aunque la terapia interpersonal se considera una alternativa razonable.
- En la depresión moderada o grave la terapia se alargaría hasta los 5 meses comprendiendo entre 16 y 20 sesiones.
- En la depresión moderada puede recomendarse un fármaco antidepressivo.
- La terapia cognitivo conductual ha resultado ser útil en pacientes que no han respondido a otro tipo de terapia, que han sufrido recaídas, pacientes que rechazan el tratamiento farmacológico, o por preferir un tratamiento psicológico.
- Se recomendará terapia cognitivo conductual combinada con tratamiento farmacológico a aquellos pacientes que padezcan una depresión crónica.

ESTILOS DE VIDA SALUDABLES (41-42)

Como mencionamos al principio de este trabajo, la prevalencia de la depresión en el mundo desarrollado ha aumentado, pero, si no es consecuencia de un cambio en la genética de los individuos y de la población en general... ¿Qué puede influenciarnos de forma individual y comunitaria? La solución a esta pregunta se basa en los estilos de vida.

Stampar, en 1945, definió salud como *"el estado completo de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedades o invalideces"*. Esta definición fue admitida de forma universal y recogida por la OMS en 1946.

Posteriormente la OMS, en la carta de Ottawa en 1986, la cual fue una reivindicación de la promoción de la salud, manifiesta la estrecha relación que existe entre las condiciones sociales y económicas, estilos de vida individuales, el entorno físico y la salud.

Aunque la definición de salud esté considerada obsoleta y poco apta, la OMS establece la relación entre las esferas física, mental y social del ser humano y manifiesta que la perturbación de una de ellas puede crear un desequilibrio en las otras.

Para hablar de los estilos de vida, hay que hacer atención especial a Lalonde, quien desarrolló el modelo holístico de Laframboise en 1974.

Lalonde establece que el nivel de salud de una comunidad estaría influido por cuatro determinantes: La biología humana, el medio ambiente, los estilos de vida y el sistema sanitario.

De esos cuatro determinantes, los estilos de vida hacen referencia a conductas de riesgo que pueden influir negativamente en la salud de las personas, siendo este grupo donde el individuo va a ejercer un cierto mecanismo de control por lo que sería el determinante más modificable. En el estilo de vida incluimos la dieta, el ejercicio, el estrés, el ritmo de sueño-vigilia, el apoyo social, las conductas adictivas...

Los estilos de vida son uno de los mayores condicionantes de la salud en la población. Las conductas de riesgo como el sedentarismo, una dieta poco saludable y el consumo de tabaco y alcohol son las principales causas de morbimortalidad en países industrializados y es en estos países donde el estilo de vida se está modificando de forma acelerada y cada vez existen más pruebas de que estos cambios producen un impacto en la fisiología del cerebro que pueden aumentar la vulnerabilidad a la depresión.

Todos los factores que conforman el estilo de vida un individuo lo hacen más o menos vulnerable en términos de salud.

En la vida existen círculos viciosos y a veces toca salir de ellos. Los trastornos mentales y en particular la depresión es un gran círculo vicioso.

Las personas depresivas padecen ánimo bajo, apatía, baja socialización, déficit de autocuidado...aquellas condiciones que se han descrito, pueden ser causa o consecuencia de un pésimo estilo de vida. ¿Qué fue antes, el huevo o la gallina? En la depresión es lo mismo, no se cuidaba, estaba triste, comía mal y apenas salía de casa y sufrió depresión o... sufrió depresión y comenzó a dejar a un lado su cuidado personal, se aisló de su red social y se volvió una persona sedentaria. Sea lo que fuere, si es causa o consecuencia, no es tan relevante como salir de ese círculo vicioso, que se retroalimenta día a día.

En las intervenciones para modificar el estilo de vida es necesario una serie de bases:

- Las personas deben de jugar un rol proactivo en el proceso de cambio.
- Adquirir una nueva conducta es un proceso, que a menudo se basa en aproximaciones sucesivas.
- Los factores psicológicos, como creencias y valores influyen en la conducta de las personas.
- La conducta depende de contexto en el que ocurre.
- Las relaciones y normas sociales tienen una influencia intrínseca y persistente.

- Cuanto más beneficiosa sea una experiencia, más probabilidades hay de que se repita.

Para ello, se proponen una serie de hábitos, los cuales han sido estudiados y relacionados con un buen estilo de vida, promocionando la salud y previniendo la enfermedad física y mental.

Actividad y ejercicio físico (43-46)

En primer lugar, se debería definir la actividad física como toda la actividad que realiza una persona de forma cotidiana que abarca las tareas domésticas, el juego, el movimiento corporal, el transporte activo, el trabajo... Por otro lado, el ejercicio físico según la OMS *"es una variedad de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física."*

En el paleolítico la especie humana eran nómadas por naturaleza, cazaban y recolectaban los alimentos que consumían, la alta actividad física que ejercían diariamente, requería un gran gasto metabólico. Actualmente, en pleno siglo XXI, las actividades están mucho más mecanizadas, hay personas que abastecen con sus ganados y cultivos al resto de la población, exportamos e importamos productos de otros lugares y nuestro trabajo ya no se basa en la supervivencia. La evolución humana, el desarrollo económico y la industrialización ha conllevado a una reducción de la actividad física diaria pero no por ello se han modificado otros aspectos, por lo que la especie humana continúa consumiendo energía en forma de alimentos sin hacer gasto de ella.

Hoy en día se han realizado estudios de cómo influye esta disminución de actividad física y ejercicio en la población y en términos de salud mental, se considera un factor tan importante, que se cataloga la actividad física como una estrategia de segunda línea. La APA y el NICE recomiendan la actividad física en el tratamiento de la depresión no grave, disminuyendo el consumo de fármacos, minimizando las hospitalizaciones y mejorando la salud somática de estos pacientes. La actividad física es eficaz y beneficiosa a corto plazo.

A pesar de la evidencia científica, muchos de los profesionales no implantan planes de ejercicio, quizá porque les surgen dudas de cómo hacerlo y en qué tipo de pacientes se debería de insistir en ellos. En los pacientes en los que sí que se han instaurado rutinas de ejercicio físico la eficacia suele disminuir con el tiempo, aquí la adherencia juega un papel fundamental.

El abandono de la actividad física suele deberse a una mala adaptación de la persona al ejercicio físico o a la imposición de un tipo de actividad que no agrada al paciente, conllevando al abandono del plan. Por ello, cada rutina debe ser individualizada, adaptada y consensuada con el paciente.

No existe un consenso determinando el tipo de ejercicio a realizar para prevenir la depresión o como tratamiento coadyuvante de la depresión aunque numerosos autores señalan el ejercicio físico aeróbico como el más eficaz, quizá en ello influya que la mayoría de ejercicios denominados aeróbicos se realizan al aire libre, y, muchas veces, en gru-

po, por lo cual tiene un componente social que refuerza y mejora su práctica, a la vez que la socialización que se produce durante el ejercicio, con otras personas, actúa en pro de la enfermedad del paciente.

Dentro de los ejercicios aeróbicos, caminar es uno de los más sencillos, baratos y recomendable a la gran mayoría de la población, es una actividad de bajo impacto en la que el riesgo de lesión es mínimo y es fácil de incorporar a la rutina diaria, además, si se realiza en un entorno natural atractivo, libre de ruidos, ayuda a reducir el estrés. También, dentro de esta categoría, se incluye el running, la natación, montar en bicicleta, deportes de equipo (fútbol, baloncesto, balonmano...), baile...

Por otro lado, la práctica de ejercicio anaeróbico (pesas, HIIT, carreras de velocidad), también es eficaz y beneficiosa e incluso la combinación de ambos ejercicios, anaeróbico y aeróbico. En definitiva, no es determinar un ejercicio u otro, siempre que el paciente lo disfrute y se sienta cómodo realizándolo, sino es la práctica en sí lo que va a contribuir en el tratamiento de la depresión.

Respecto a la frecuencia de realización, los mayores resultados se obtienen con la práctica de ejercicio de moderada intensidad 3 días a la semana, no observándose diferencias significativas al aumentar la frecuencia de su realización.

La cantidad de ejercicio físico recomendado es el establecido por la OMS, variará dependiendo del grupo de edad en el que se encuentre el individuo y, dentro del tiempo y frecuencia que se determine, la actividad física englobará desplazamientos, juegos, deportes, actividades recreativas o de ocio (paseos a pie, bicicleta...), tareas o ejercicios programados, trabajo, tareas domésticas en función del intervalo de edad en el que se encuentre la persona.

En los niños sanos de 5 a 17 años se recomienda una práctica de actividad física moderada o vigorosa durante un mínimo de 60 minutos diarios.

El periodo de 60 minutos diarios consistiría en diversas sesiones a lo largo del día (por ejemplo, 3 tandas de 20 minutos, 2 tandas de 30 minutos), que se sumarían para conseguir la duración diaria acumulada.

La actividad física debería incluir uno de los siguientes tipos:

- Ejercicios de resistencia para mejorar la fuerza muscular en los grandes grupos de músculos del tronco y las extremidades.
- Ejercicios aeróbicos vigorosos que mejoren las funciones cardiorrespiratorias, los factores de riesgo cardiovascular y otros factores de riesgo de enfermedades metabólicas; actividades que conlleven esfuerzo óseo, para fomentar la salud de los huesos.

Se podrán combinar estos dos tipos de actividad física hasta totalizar los 60 minutos diarios o más de actividad beneficiosa para la salud y forma física. Será recomendable para todos los individuos sanos pertenecientes a este grupo de edad sin importar género, raza, etnia...

En caso de que los niños o adolescentes se encuentren en inactividad irán adaptando su rutina progresivamente hasta realizar la actividad física recomendada.

Para los adultos sanos de 18 a 64 años de edad, a no ser que por su salud se le aconseje lo contrario, realizarán 150 minutos semanales de actividad física moderada o 75 minutos semanales de actividad vigorosa, o bien una combinación de ambas.

La actividad física total se podrá realizar en varias sesiones breves, de 10 minutos mínimo cada una, o en una única sesión prolongada con el objetivo de alcanzar el total recomendado. Esto garantizará, entre otras cosas, el mantenimiento del peso corporal, aunque, en algunos casos, puedan ser necesarios más de 150 minutos semanales de actividad moderada para mantener el peso.

En general, hay evidencia clara de que en comparación con los adultos que realizan una mínima o nula actividad física, las personas que se ejercitan con frecuencia presentan tasas menores de mortalidad, hipertensión, accidente cerebrovascular, cardiopatía coronaria, diabetes tipo 2, síndrome metabólico, cáncer de mama, cáncer de colon y depresión.

Los adultos inactivos o con limitaciones derivadas de alguna enfermedad mejorarán su salud simplemente comenzando a realizar un cierto nivel de actividad, dejando de ser inactivos.

En el caso de mujeres durante el embarazo o puerperio y personas con trastornos cardíacos podrían tener que adoptar precauciones adicionales.

Por último, en adultos sanos mayores de 65 años con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias, la buena forma muscular, la salud ósea y funcional, de reducir el riesgo de enfermedades no transmisibles, depresión y deterioro cognitivo se recomienda acumular un mínimo de 150 mi-

nutos a la semana de actividad física aeróbica moderada o bien no menos de 75 minutos semanales de actividad aeróbica vigorosa, o también una combinación de ambas.

Como en los anteriores grupos de edad la actividad aeróbica se desarrollará en sesiones de 10 minutos como mínimo. Para mayores beneficios los adultos deberán de aumentar hasta 300 minutos semanales de actividad.

Los adultos de mayor edad con dificultades de movilidad deberán dedicar tres o más días a la semana a realizar actividades de mejora de su equilibrio, con el fin de evitar caídas. Además, deberán de realizar actividades de fortalecimiento muscular de los grandes grupos musculares dos o más veces a la semana.

En el caso de que los adultos de este grupo no puedan realizar la actividad física recomendada debido a su estado de salud, deberán mantenerse activos hasta donde les sea posible y les permita su salud.

En definitiva, seguir los objetivos de actividad física establecidos por la OMS no solo ayuda a prevenir la depresión, sino que la actividad física ha resultado ser una aliada en el tratamiento, como coadyuvante de la psicoterapia, del tratamiento farmacológico o de ambas, sin embargo, no está bien definido el tipo de ejercicio, ni la dosis necesaria que puede ser beneficiosa para cada paciente. Lo que sí es seguro es, que en el caso de profesionales que recomienden la actividad física en el contexto de una depresión, tengan en cuenta los gustos o preferencias por el tipo de actividad que proponga el paciente, para así garantizar el mantenimiento de esta a corto y largo plazo.

Dieta (47-52)

Si anteriormente se exponía que el ser humano en sociedades desarrolladas, ha bajado el ritmo activo de vida

Individuos Sanos	Actividad Moderada	Actividad Vigorosa	Observaciones
De 5 a 17 años	60 minutos semanales	60 minutos semanales	Aeróbica en su mayor parte. Fortalecer músculos y huesos, mínimo 3 veces a la semana
De 18 a 64 años	150 minutos semanales aeróbica	75 minutos semanales	En intervalos mínimo de 10 minutos. Más beneficios → Incrementar a 300 minutos semanales. Fortalecimiento muscular mínimo 2 días a la semana.
Más de 65 años	150 minutos semanales aeróbica	75 minutos semanales	En intervalos mínimo de 10 minutos. Más beneficios → Incrementar a 300 minutos semanales. Fortalecimiento muscular mínimo 2 días a la semana. Si dificultad de movilidad → Actividades para mejorar equilibrio y evitar caídas.

Tabla de elaboración propia. Minutos de actividad física semanal recomendadas por la OMS según el grupo de edad.

conforme a sus ancestros, hay que añadir, que la mayoría de personas no realizan una dieta equilibrada, consumiendo, por normal general, más kilocalorías de las que precisa nuestro organismo. Esto, ligado a una vida poco activa o sedentaria va a producir un aumento de peso, produciendo sobrepeso u obesidad, condición que se asocia a niveles de depresión.

La alimentación va cobrando protagonismo en el mantenimiento de la salud y como factor de riesgo en los trastornos del ánimo. No se debe olvidar que el cerebro es un órgano que necesita nutrirse de forma adecuada para cumplir con las funciones y mantener su estructura orgánica, fisiológica y bioquímica.

En 2015 la *International Society for Nutritional Psychiatry Research* definió aquellos nutrientes esenciales para asegurar el metabolismo energético de las células cerebrales con relevancia para la prevención y/o manejo de patologías mentales, entre ellas la depresión. Entre estos nutrientes destacaríamos el papel los ácidos grasos $\omega 3$, aminoácidos como el triptófano y la fenilalanina, minerales y oligoelementos como el, magnesio y zinc, ácido fólico y los probióticos.

Los lípidos son relevantes en la función cerebral por el hecho de que el SNC tiene la mayor concentración de lípidos en el organismo después del tejido adiposo (50-60% del peso seco del cerebro). Entre estos lípidos, para el cerebro son particularmente relevantes los AGPI (ácidos grasos poliinsaturados) $\omega 3$, de los cuales los más representativos son el ácido eicosapentanoico (EPA) y el ácido docosahecanoico (DHA). El omega-3 más abundante a nivel cerebral es el DHA que supone entre 10-20% del total de AG de su composición. Por otro lado, los $\omega 6$ son precursores de eicosanoides proinflamatorios como tromboxanos y prostaglandinas.

Tanto el DHA como el EPA deben de ser aportados al individuo de forma externa, a través de la dieta o de suplementos nutricionales. En general, la ingesta de omega3 ha descendido de manera drástica, el cual se encuentran fundamentalmente en pescados grasos habiéndose, además, sustituido los ácidos grasos poliinsaturados por grasas saturadas y otros aceites de origen vegetal, que, junto con el incremento en la ingesta de omega6, potencia un estado proinflamatorio.

Esto podría no ser suficiente para cubrir las necesidades del cerebro, demostrándose en numerosos estudios que, en pacientes con sintomatología depresiva se ha observado unos bajos niveles de omega-3 tanto a nivel cerebral como sanguíneo. La ingesta de ácidos grasos poliinsaturados se considera cada vez más como un determinante fisiológico de una salud mental óptima.

Analizando países cuya dieta es rica en pescados como Japón, Corea y Taiwán se observa una baja tasa de depresión, en comparación con países occidentales como Nueva Zelanda, Canadá, Estados Unidos, Alemania o Francia, cuyo aporte de omega-3 a través de la alimentación es mínimo (menos de una vez a la semana). Es decir, el consumo de pescado, con altos niveles de ácidos grasos poliinsaturados omega-3, se correlaciona inversamente con el riesgo de padecer depresión.

El DHA contribuye en la estabilidad de la membrana neuronal e interviene en el funcionamiento de la neurotransmisión dopaminérgica y serotoninérgica, lo que se asocia con su posible papel en la sintomatología depresiva.

Falta decir que el omega-3 no solo se encuentra en alimentos de origen animal, sino también de origen vegetal como las semillas de lino, chía y nueces.

La ingesta de ácidos grasos poliinsaturados se considera cada vez más como un determinante fisiológico de una salud mental óptima.

Gramos de omega-3/100gramos de diferentes alimentos (53)

Origen vegetal:

- Nueces: 2gr
- Chía: 17.5gr
- Lino 2.30gr/cucharada sopera
- Quinoa 8.35gr

Origen animal:

- Caballa: 2.67gr
- Salmón: 2.50gr
- Sardina: 1.50gr
- Anchoa: 1.50gr
- Atún: 1.29gr
- Ostras: 0.67gr

Respecto a las vitaminas del grupo B, la evidencia aporta que la deficiencia de folatos se relaciona con la sintomatología depresiva ya que dichas moléculas participan en los procesos de metilación y en la síntesis de neurotransmisores en el sistema nervioso central.

Los pacientes depresivos con niveles bajos de folatos poseen una menor respuesta al tratamiento farmacológico antidepresivo, mayor probabilidad de recaídas y peor rendimiento cognitivo. Por otro lado, una ingesta adecuada de este complejo de vitaminas ha mostrado ser protectora frente al desarrollo de sintomatología depresiva.

Actualmente existen tres formulaciones comerciales de folato para su posible uso como coadyuvante en la terapia antidepresiva: ácido fólico, ácido folínico y L-metilfolato. Sólo el último es capaz de atravesar la barrera hematoencefálica por sí mismo, mientras que los dos primeros precisan de la enzima metilentetrahidrofoloreductasa (MTHFR) que las convierte en L-metilfolato. Hay pacientes que a causa de una deficiencia genética no pueden transformar el ácido fólico o el folínico, en estos casos se les administrará el folato en forma de L-metilfolato directamente, cuya dosis diaria recomendada como suplemento en la terapia antidepresiva es de 15mg.

Las ventajas que presenta el L-metilfolato respecto al ácido fólico o folínico son:

- Mayor biodisponibilidad.
- Niveles tres veces superiores en LCR frente a los niveles en sangre debido a su capacidad para atravesar la BHE.
- No enmascara la anemia por falta de B12.
- Reduce de un modo más eficaz los niveles de homocisteína (Hcys), de la cual se han descrito que niveles altos se relacionan con sintomatología depresiva.
- Tiene menor probabilidad de provocar un descenso de las células "natural killer".
- Presenta menor probabilidad de hacer proliferar células cancerígenas en el colon, lo cual ha sido descrito en suplementación con ácido fólico.

Los niveles bajos de folatos en sangre (13.6nmol/L de sangre) se asocian con mayores tasas de recaídas con una prolongación en la duración de la depresión.

El triptófano, cuya ingesta recomendada por la OMS es de 4mg/kg, y la tirosina, son dos aminoácidos notables en el humor y en la regulación emocional ya que son precursores de serotonina (triptófano) y de dopamina, noradrenalina y adrenalina (tirosina). Mientras que la tirosina puede sintetizarse en el organismo a través de la fenilalanina, el triptófano es un aminoácido esencial y debe ser aportado de forma externa.

Según la teoría monoaminérgica de la depresión, una disminución de estos aminoácidos puede convertirse en una síntesis insuficiente de neurotransmisores y con ellos en un estado de ánimo depresivo. Aunque, hay afirmaciones que respaldan, que más importante que la concentración sanguínea del triptófano es la proporción de este frente a otros aminoácidos que compiten por el mismo transportador, lo que sería un buen predictor de la respuesta al tratamiento con triptófano.

Sobre todo, y a pesar de tener mínimos efectos secundarios, es importante tener en mente la posibilidad de desencadenar un síndrome serotoninérgico en el paciente si el triptófano se administra junto a ISRS, aunque si la dosis de triptófano no supera los 50mg/kg no existe riesgo del síndrome en caso de administración concomitante con ISRS.

En el caso del magnesio cuya ingesta recomendada es de 300mg, menor si se asocia a antidepresivos, el déficit de este oligoelemento puede deberse a una inadecuada ingesta, pero también a una pobre absorción intestinal o a un exceso de pérdida del mineral a través de la orina.

Está demostrada que una disminución significativa de los niveles sanguíneos de magnesio en pacientes con depresión se correlaciona con la intensidad de la sintomatología clínica. Además, se cree que los estados depresivos que en general acontecen en los pacientes alcohólicos se deben al incremento de la excreción urinaria del magnesio y a la deficiente absorción intestinal del mineral producida por el etanol.

El zinc es uno de los elementos más abundantes y fundamental en múltiples procesos metabólicos. En salud mental, la carencia de zinc incrementa la peroxidación lipídica, afecta a la supervivencia celular e influye en la homeostasis cerebral pudiendo conllevar a estados depresivos.

Igual que en el caso del magnesio la evidencia científica aún no es concluyente en relación a la eficacia antidepresiva del zinc como terapia coadyuvante, aunque existen resultados a favor (54).

Por último, los probióticos como promotores de salud mental, han sido los llamados "*psicobióticos*"; dado que la microbiota intestinal se ha relacionado con la depresión.

Se ha observado que una dieta poco saludable se relaciona con una microflora alterada, con inflamación sistémica y una alteración de la barrera hematoencefálica. Últimamente se ha hablado mucho de la comunicación intestino-cerebro y del importante papel que juega la flora intestinal en él.

Si por un lado, la evidencia apoya la recomendación de suplementos nutricionales de minerales y vitaminas en la prevención de síntomas depresivos, en el tratamiento de sintomatología depresiva leve y como coadyuvantes del tratamiento farmacológico en el trastorno depresivo mayor, por otro, se tendría que mencionar a aquellos alimentos y bebidas proinflamatorias, los ultraprocesados, cuyo consumo aparte de ser perjudicial para el organismo también está asociado con la depresión. Estos serían todo tipo de bebidas azucaradas (refrescos y zumos envasados), bebidas energéticas, lácteos azucarados, dulces y bollería industrial, panes refinados, carnes procesadas, pizzas industriales, galletas y derivados, cereales refinados y barritas, precocinados y listos para calentar o freír, patatas fritas y snacks salados, chucherías y helados, productos dietéticos o de adelgazamiento, salsas comerciales, o pescados procesados. Los ultraprocesados no son sólo comida rápida, también se incluye todo lo identificado como *détox*, *light*, *integral*... Estos alimentos son altos en aceites de semillas refinados como el aceite de girasol, los cuales son altos en omega-6 que como se ha mencionado anteriormente, al someterlos a calor en su procesado o cocinado producen lípidos proinflamatorios (55,56).

¿Pero, qué es en sí un alimento ultraprocesado? Los ultraprocesados son preparaciones industriales comestibles elaboradas a partir de otros alimentos o productos sintéticos, con diversas técnicas de procesamiento y cuyo consumo tiene efectos negativos para la salud. Suelen tener más de 5 ingredientes y entre ellos se encuentran los aceites vegetales refinados (aceite de maíz, girasol, palma, sésamo, soja...), azúcares refinados, harinas refinadas, aditivos y sal. Gracias a su procesado estos productos suelen ser más duraderos, listos para consumir, muy palatables y atractivos.

Por ello, no hay que mirar tanto las kilocalorías o nutrientes de un alimento sino los ingredientes del compuesto y su calidad en sí. Una galleta maría va a ser menos calórica que una nuez, pero no por ello más saludable nutricionalmente.

Los ultraprocesados y su industria priorizan los intereses económicos por encima de la salud y son el causante de nuevas epidemias que nada tienen que ver con infecciones o hambrunas sino con hábitos, es la epidemia de las enfermedades no transmisibles (ENT) en la cual fallecen 41 millones de personas al año en el mundo. Esta epidemia puede nacer en la despensa de cada hogar y se relaciona con enfermedades cardiovasculares, respiratorias, cáncer, diabetes y salud mental.

Sería erróneo pensar que la depresión está exclusivamente por una mala alimentación, porque se ha demostrado que no, es multifactorial. No obstante, la evidencia establece una clara relación entre el consumo de ultraprocesados y un mayor riesgo de depresión (57).

En definitiva, todas las pautas de ingesta se podrían resumir en volver a la Dieta Mediterránea, Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad por la UNESCO, la cual es una valiosa herencia cultural por recoger recetas, formas de cocinar, costumbres y productos típicos. El decálogo de la Dieta Mediterránea sería el siguiente.

1. Aceite de oliva como principal grasa. Es un alimento rico en vitamina E, betacarotenos y ácidos grasos monoinsaturados, con propiedades cardioprotectoras. Es considerado un tesoro dentro de la dieta mediterránea, "oro líquido", y ha perdurado durante siglos entre las costumbres gastronómicas regionales por su sabor y aroma.
2. Consumir alimentos de origen vegetal en abundancia: frutas, verduras, legumbres y frutos secos. Las verduras, frutas y hortaliza se caracterizan por ser fuente de vitaminas, minerales y fibra, aportándonos al mismo tiempo una gran cantidad de agua. Se recomienda consumir 5 raciones de fruta y verdura a diario.
3. El pan y los cereales. El consumo diario de pasta, cereales y arroz (especialmente integrales) es indispensable por ser ricos en carbohidratos y nos aportan energía para nuestras actividades diarias.
4. Alimentos frescos y de temporada. Son los más adecuados, consumiendo producto de temporada nos permite consumir el alimento en su mejor momento, tanto en calidad de nutrientes como en aroma y sabor.
5. Consumo diario de lácteos, principalmente yogurt y quesos. Nutricionalmente los productos lácteos son excelentes fuentes de proteínas de alto valor biológico, minerales y vitaminas. El consumo de leches fermentadas (yogur, kéfir...), son beneficiosas por poseer probióticos.
6. Carne roja con moderación. El consumo excesivo de grasas animales no es bueno para la salud, por ello, se recomienda el consumo en cantidades pequeñas, preferentemente carnes magras y formando parte de platos a base de verduras y cereales como guisos, menestras, potajes de legumbres...
7. Pescado en abundancia y huevos. Se recomienda el consumo de pescado azul como mínimo una o dos veces a la semana por su alto contenido en omega-3,

beneficioso para la salud como ya se ha comentado. Los huevos contienen proteínas de alto valor biológico, las recomendaciones de la AHA (American Heart Association) fueron en un tiempo no muy lejano, limitar el consumo de huevos en 3-4 a la semana. Sin embargo, se ha demostrado recientemente que su consumo no se asocia a un mayor riesgo para la salud y que vale la pena incorporarlos en la dieta por reunir grasas esenciales, proteínas, vitaminas, minerales y oligoelementos, a la vez que son una fuente moderada de energía, saciedad, potencial culinario y bajo coste energético. El huevo es considerado como un "multivitamínico" de la naturaleza, ya que comer 2 huevos al día cubre el 30% de los requerimientos de vitaminas de una persona adulta. Sobre cuantos huevos comer dependerá de las elecciones de otros alimentos proteicos y tus necesidades energéticas y gustos personales, pero según estudios, el consumo de hasta 3 huevos días no se asocia con ningún tipo de problema, priorizando el consumo de huevos de gallinas criadas en libertad por poseer mayor contenido en vitaminas liposolubles debido al menor estrés y a la alimentación de la gallina.

8. Fruta fresca. Esta deberá de ser el postre habitual. Los postres y pasteles deberán consumirse de forma ocasional. La fruta también será una buena alternativa a media mañana o como merienda.
9. El agua será la bebida por excelencia. Aunque anteriormente se permitía el vino con moderación y durante las comidas, la última recomendación de la OMS es eliminar el consumo de alcohol debido a que siempre existirá más riesgo para la salud en un individuo que consuma vino frente a uno que no.
10. Realizar actividad física todos los días. Mantenerse físicamente activo es tan importante como comer adecuadamente para conservar una buena salud.

Como herramienta didáctica para alimentarse mejor y más fácilmente, podríamos utilizar y enseñar a pacientes, que deseen o tengan que mejorar la calidad de su dieta, la rueda de los alimentos.

En el grupo I y II estarían los alimentos energéticos que permiten el normal funcionamiento de nuestro organismo, son los carbohidratos y las grasas.

En el grupo III y IV están los formadores que permiten el crecimiento, desarrollo y mantenimiento del cuerpo, se trata de los alimentos ricos en proteínas.

Por último, en los grupos V y VI están los reguladores, indispensables para el organismo.

Todos estos alimentos de la rueda tienen un eje común que es el agua como bebida principal y la actividad física (58,59,60).

En conclusión, una dieta poco saludable, rica en ultraprocesados y el déficit de determinadas vitaminas y minerales está relacionada con el riesgo de padecer depresión, así como de su curso clínico y posibles recaídas. Una alimentación saludable puede prevenir y proteger en gran

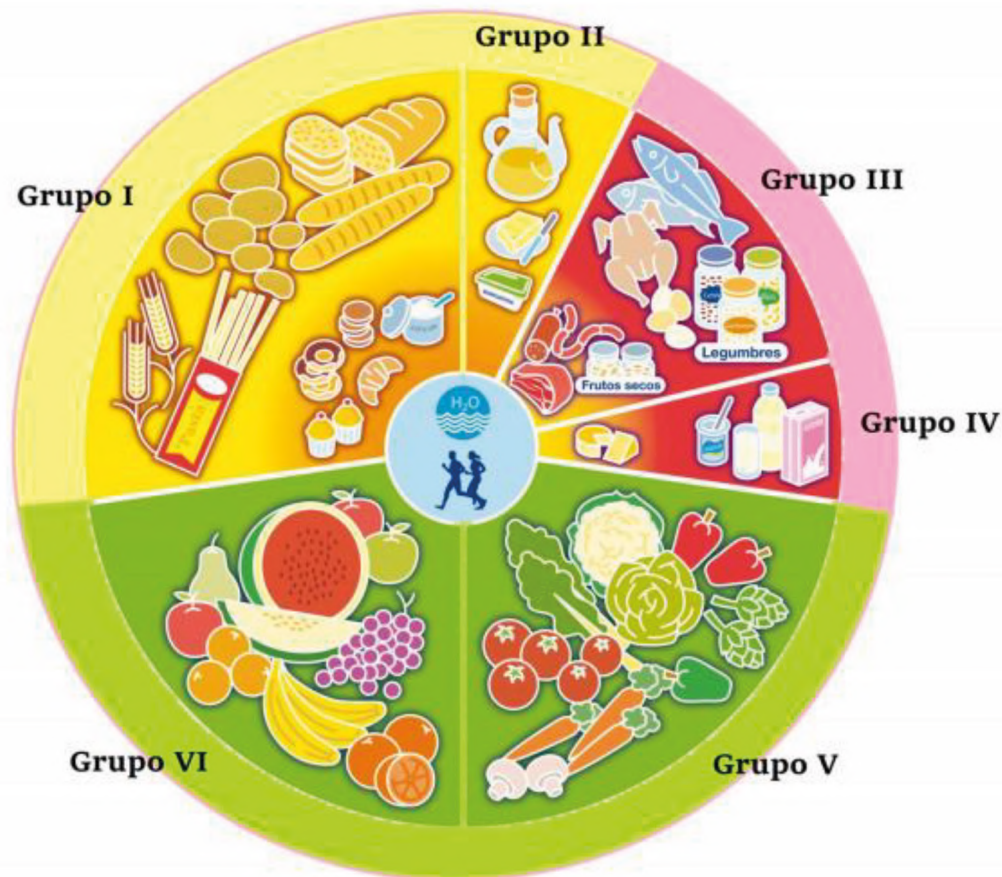


Figura 2. Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación. Rueda de los alimentos. [Internet]. [Consultado 5 Ago 2019]. Disponible en: <https://nutricion.org/la-rueda-de-los-alimentos/>

medida la salud mental de los individuos y, hacer hincapié en ello, no es una tarea ardua, pero sí necesitan recursos, sobre todo humanos, para que la información llegue a la mayor población posible, no solo a individuos en riesgo.

Higiene del Sueño (61-64)

Los hábitos alimenticios y la actividad física no es lo único que ha dado un cambio en los últimos años, también el sueño se ha alterado en calidad y en cantidad, en todos los grupos de edad, aunque, especialmente en la población joven.

El sueño interviene en el equilibrio físico y mental, y es una función biológica de central importancia para la mayoría de seres vivos. Se describe al sueño como una conducta, según la Neurociencia, o un estado de consciencia en la Psicología general, estableciendo una relación entre ambas ramas se podría decir que el sueño es una conducta que guarda relación con la consciencia, la memoria, la atención y la concentración. Entre las características de esta conducta se encuentran:

- Existe una disminución del nivel de consciencia y de la reactividad a estímulos externos.
- Es un proceso reversible, diferente de estados patológicos como el estupor o el coma.
- Se asocia a inmovilidad y relajación muscular.
- Se presenta, generalmente con una periodicidad circadiana, de forma diaria.

- Durante el sueño se adquiere una postura estereotipada.
- La privación del sueño induce alteraciones conductuales, psicológicas y fisiológicas, además de producir un acumulo de sueño que deberá recuperarse.

El sueño posee dos etapas, que, de forma normal, se suceden siempre de la misma manera. El sueño comienza con el que se denomina "sueño no MOR", sueño NO REM, que se caracteriza por la ausencia de movimientos oculares rápidos y le sucede sueño MOR o sueño REM este sí, con movimientos oculares rápidos. Un ciclo de sueño completo dura aproximadamente 90 minutos y en una noche se presentan un total de 4 a 6 ciclos, dependiendo del número de horas que se duerma.

Dentro del sueño no MOR, se distinguen 4 fases:

- *Fase N1- Sueño de transición:* Esta fase de identifica con el inicio del sueño ligero, la somnolencia. En esta fase es sencillo despertar al individuo, la actividad muscular disminuye paulatinamente y, en ocasiones se pueden observar mioclonías hípnicas, breves sacudidas musculares súbitas, que coinciden con una sensación de caída. Además, también se pueden presentar fenómenos hipnagógicos, como escuchar voces o aparecer imágenes abstractas, paisajes delante de los ojos mientras estos se entrecierran. El electroencefalograma muestra actividad de frecuencias mezcladas de bajo voltaje y algunas ondas agudas, ondas alfa.

- *Fase N2- Sueño ligero*: El electroencefalograma se caracteriza por la presencia de "husos del sueño" y los "complejos"; patrones específicos de actividad cerebral. Los usos del sueño constituyen unas ráfagas de ondas alfa presentes entre 2 a cinco por minuto. Los complejos K, son ondas amplias y agudas que se presentan 1 por minuto y se consideran exclusivas de esta segunda fase. Físicamente, la temperatura, la frecuencia cardíaca y respiración, comienzan a disminuir, hay una progresiva relajación muscular y a pesar de su baja reactividad al medio, es capaz de ser despertado con la presencia de un estímulo fuerte.
- *Fase N3 y N4- Sueño de ondas lentas-Sueño profundo*: Es la fase No MOR más profunda y en el EEG se observa actividad de frecuencia muy lenta (< 2 Hz), con presencia de ondas delta en un porcentaje del 20 al 50% en caso de fase N3 y más del 50% en la N4. El individuo despierta con gran dificultad y si lo hace, manifiesta un estado de confusión transitorio.

Tras estas 4 fases de la etapa sueño No MOR, le sucede, tras aproximadamente setenta minutos de sueño, la etapa de sueño MOR, en la cual, el individuo comienza a estar inquieto y trata de volver a la vigilia, pero aquí el patrón del encefalograma cambia a un patrón parecido a la fase N1, pero desincronizada (con mayor frecuencia y menor amplitud) y con cierta dificultad para despertar a la persona. Se caracteriza por movimientos oculares rápidos y, físicamente el tono de todos los músculos, a excepción de los esfínteres anal y vesical y de los respiratorios), disminuye, existe irregularidad de la frecuencia cardíaca y respiratoria y estas pueden incrementarse. En el caso de los hombres se presentan las erecciones. En esta etapa se producen la mayoría de las ensoñaciones (sueños) y la mayoría de los individuos que despiertan durante esta fase las suelen recordar el contenido vívidamente. El periodo MOR dura unos 10 minutos y esta etapa se va prolongando conforme avanza la noche, por otro lado, los periodos de N2 y N4 van disminuyendo, pudiendo desaparecer esta última después del primero segundo ciclo.

La duración de las fases cambia significativamente con la edad, aumentando, por ejemplo, las fases N1 y N2 y disminuyendo paulatinamente la etapa MOR.

Una alteración en la cantidad y/o calidad del sueño puede inducir un trastorno del sueño, por ello, existen instrumentos, de alta tecnología, como la polisomnografía, y otros más accesibles a la población, como escalas y cuestionarios que permiten evaluar subjetivamente la existencia de un trastorno del sueño. Entre los cuestionarios y escalas encontramos:

- Índice de calidad de sueño de Pittsburgh: Mide la calidad global de sueño y sus alteraciones en el último mes.
- Cuestionario de Berlín: Evalúa la probabilidad clínica de presentar apnea obstructiva del sueño (SAOS)
- Sleep disorders questionnaire (SDQ): Identifica aquellos individuos con alto riesgo de tener un trastorno del sueño.
- Test STOP-BANG: Herramienta eficaz para la detección de apneas del sueño. STOP-BANG es el acrónimo en inglés

de ronquido (snore), cansancio (tired), apnea observada (observed apneas) presión arterial alta (pressure), índice de masa corporal (BMI), edad (age), cuello (neck) y sexo (gender). Una adecuada historia clínica y el STOP-BANG pueden permitir seleccionar mejor los pacientes con apnea moderada, disminuir polisomnografías y mejorar la gestión de las listas de espera.

- Escala de insomnio de Atenas: Puede valorar únicamente las dificultades para dormir y también el impacto diurno provocado por el insomnio.
- Escala de Epworth: Evalúa de forma subjetivas las consecuencias de la somnolencia diurna excesiva.

Las disomnias, incluidas en los trastornos primarios del sueño, tienen que ver con una alteración en la cantidad y/o calidad de este. Podemos encontrar entre ellas el insomnio primario (dificultad para iniciar o mantener el sueño, o no tener un sueño reparador), la hipersomnia primaria (somnolencia excesiva que se evidencia por episodios prolongados de sueño y por episodios de sueño diurno), la narcolepsia (un deseo inexorable de dormir que se presenta de forma brusca), el trastorno del sueño relacionado con la respiración (una desestructuración del sueño, somnolencia o insomnio, como consecuencia de alteraciones en la ventilación durante el sueño), el trastorno del ritmo circadiano (alteración del ritmo sueño-vigilia del individuo como consecuencia de una mala sincronización entre el sistema circadiano endógeno del individuo y las exigencias externas de espaciamento y duración del sueño, por ejemplo el jet-lag) y la disomnia no especificada.

El insomnio es uno de los trastornos del sueño con más prevalencia y como se ha mencionado previamente, es una insatisfacción con la cantidad o calidad del sueño que se acompaña con dificultad para conciliar o mantener el sueño, acompañada de una sensación de sueño no reparador, aunque las condiciones para el sueño sean las adecuadas; suelen acompañarse de fatiga y somnolencia durante el día.

Este trastorno se presenta más frecuentemente en mujeres y es más común en pacientes mayores de 65 años. Etiológicamente, entre las causas más comunes se encuentra el estrés, pudiendo ser físico, psicológico, psico-social o interpersonal.

La consecuencia más común del insomnio es la fatiga diurna, que deriva en un deterioro en la vida cotidiana diurna con disminución del rendimiento escolar o laboral junto con una menor concentración y atención que puede ocasionar un aumento de errores/accidentes laborales.

El insomnio puede generar irritabilidad, hiperactividad, ansiedad, impulsividad o agresión, y produce un gran impacto en el estado de ánimo siendo un factor de riesgo para el desarrollo de depresión a largo plazo.

El tratamiento para mejorar los síntomas derivados de este trastorno puede ser farmacológico o no, pero todos han de ser individualizados para cada paciente. El tratamiento no farmacológico de elección en pacientes con insomnio es aplicar y garantizar las medidas de higiene del sueño:

- Intentar levantarse y acostarse siempre a la misma hora incluyendo los fines de semana o en vacaciones.
- Dormir el número de horas recomendadas según su edad (6-8h)
- Procurar dormir en ambientes favorables (una cama confortable, luz apagada y ausencia de luz ambiente y en silencio.
- Evitar el consumo de estimulantes como sustancias con cafeína, chocolate, bebidas energéticas y alcohol por lo menos 4 horas antes de dormir.
- Evitar dormir siestas durante el día, y, si se da el caso que sean de máximo 30 minutos.
- Evitar permanecer en cama durante el día, en actividades que no sea dormir (estudiar, comer...)
- No realizar ejercicios vigoroso minutos antes de dormir
- Evitar realizar actividades estimulantes (ver televisión, jugar videojuegos, internet, móvil...)
- Evitar pensar en actividades del día u organizar actividades futuras mientras se intenta dormir.
- Evitar ir a dormir si está preocupado, ansioso, triste u estresado.

Otros tipos de terapias incluyen: la terapia ocupaciones, las técnicas de relajación, el ejercicio aeróbico regular, la terapia psicológica cognitivo-conductual...

El tratamiento farmacológico incluye el uso de distinto fármacos con propiedades hipnóticas, las benzodiazepinas (BZD) son unas de los más utilizados, aunque hay que señalar que su uso solo está indicado en el insomnio episódico y que no se ha de prolongar su uso más de 4 semanas debido a que se pueden presentar efectos adversos como insomnio de rebote, somnolencia diurna residual, depresión respiratoria, aumento del riesgo de caídas, alteraciones en la memoria y síntomas de abstinencia ya que crean tolerancia e incluso adicción.

Otros fármacos, como el zolpiden, zopiclone o el zeleplon, muestran un mejor perfil de efectos adversos, aunque tampoco se recomienda su uso crónico. Por otro lado, en el insomnio, es común el uso de antihistamínicos como doxilamina y difenhidramina y antidepresivos como trazodona, mirtazapina.

Es especialmente importante prevenir y tratar el insomnio debido a que se ha relacionado con el desarrollo de depresión y ansiedad, de forma bidireccional, es decir, el insomnio se ha considerado siempre secundario a la depresión, pero existe evidencia que sugiere lo contrario, que el insomnio resulta ser un factor de riesgo para el desarrollo de este trastorno del ánimo, agravando los síntomas depresivos, alterando la respuesta al tratamiento y aumentando la tasa de recaídas.

Además, el tratamiento no farmacológico del insomnio, mediante la higiene del sueño, ejercicio, relajación... también mejora la respuesta al tratamiento antidepresivo.

La calidad de vida se ve influenciada por el impacto de los trastornos del sueño, y actualmente, existen múltiples factores que afectan al patrón del sueño del individuo, por lo cual, sería de gran importancia que los profesionales implicados en la salud mental fomentaran hábitos en pro de una buena salud del sueño y así mejorar conjuntamente la salud mental y su calidad de vida en general.

Relajación – Mindfulness (65-67)

Existe evidencia de que factores externos como el estrés influye directamente con el estado de ánimo del individuo, pudiendo desembocar en el padecimiento de depresión, por ello sería conveniente la práctica de relajación, siendo una de las técnicas más utilizadas en intervención psicológica aunque la formación en técnicas de relajación es útil desde cualquier ámbito sanitario y no sanitario, desde enfermeras, médicos, logopedas, terapeutas ocupacionales, psicólogos, fisioterapeutas, médicos, entrenadores y profesionales del deporte...

Las técnicas de relajación constituyen una pieza imprescindible dentro de las técnicas conductuales, que tienen el objetivo de reducir los síntomas a través de la modificación de factores que refuerzan los estímulos estresantes.

Los efectos de la relajación se reflejan en tres niveles:

- *Cognitivo*: Cambios en los pensamientos del sujeto.
- *Conductual*: Modificación de los comportamientos del individuo.
- *Psicofisiológico*: Que incluye modificaciones psicofísicas referidas a nivel visceral, cortical y somático.

Existen diversas técnicas de relajación, la mayoría de ellas se ejercitan estando sentado o tumbado, en silencio y concentrado. Entre ellas podemos encontrar:

- Relajación progresiva de Jacobson
- Entrenamiento autógeno de Schultz
- Meditación
- Visualización-Imaginación guiada
- Mindfulness

Este último concepto y tan “de moda” se pone en práctica desde hace más de dos mil quinientos años, de la mano de Buda, siendo una de las corrientes de meditación de tradición budista que se aplica actualmente a modelos de tratamiento en psicoterapia.

El concepto Mindfulness es la traducción al inglés de la palabra “*sati*” en lengua pali, que significa “*recordar*”, “*recordar estar atento*”. La traducción de mindfulness al castellano no tiene un estándar, aunque ha sido traducido como atención o conciencia plena, de todos modos, muchos autores se remiten a ella como en su forma original inglesa.

Mindfulness puede utilizarse para designar tres contextos: un constructo, con múltiples definiciones centradas

todas en la experiencia del momento presente aceptándolo sin juicios, también es referido como práctica, en la cual profesionales y pacientes admiten sus propios pensamientos y emociones sin juzgarlos y, por último, como proceso psicológico, el cual se basa en focalizar nuestra atención en lo que se está haciendo o sintiendo para ser conscientes de sí mismo y de nuestra conducta. Para ello hay que salir del piloto automático que caracteriza la mente reactiva actuando de forma automática e inconsciente, pasando a la responsabilidad con respuestas controladas y conscientes.

En la depresión, la persona posee en su mayoría pensamientos negativos en el transcurso de su enfermedad y durante el tratamiento. El Mindfulness utilizado como terapia cognitiva para la depresión (MBCT), desarrollado por Segal, Williams y Teasdale en el 2002, para prevenir recaídas en la depresión crónica, se centra en que los participantes tomen conciencia de sus pensamientos y emociones negativas con lo cual se facilita el proceso de afronte llamado por ellos descentramiento que consiste en proporcionar a los pacientes la comprensión y habilidades suficientes para reconocer y librarse de estos pensamientos negativos, empoderándolos y capacitándolos para romper las pautas mentales habituales y automáticas activadas en la depresión que aumentan el riesgo de recaída.

Dentro de estas pautas mentales características de las personas con trastornos del ánimo se encuentra la mente rumiativa, que lleva consigo una preocupación reiterada, en la cual el intento de resolver el supuesto problema de sentirnos tristes pensando continuamente en ello, nos mantiene atados al estado mental del que tratamos de escapar. En lugar de esto, lo más correcto sería renunciar y alejarnos de los pensamientos que puedan fomentar la recaída, para ello es útil la Terapia Cognitiva Basada en el Mindfulness (MBCT).

En la MBCT los instructores deben de tener una amplia experiencia personal y haber pasado como participantes previamente por un curso de MBCT.

Previo a estas terapias se deberá realizar a cada asistente una entrevista de evaluación inicial, cuya duración será aproximadamente de una hora y en la cual se explicarán algunos aspectos de la depresión y del programa y puede ser utilizado para entablar un primer acercamiento entre instructor y participante, en esta primera entrevista el instructor conocerá los factores que han motivado a los futuros pacientes a participar de la MBCT, explicar antecedentes del MBCT, advertir la terapia conlleva un trabajo duro, paciencia y perseverancia y determinar los beneficios de la terapia. Lógicamente los instructores no aceptan en el programa personas con tentativa o ideaciones suicidas que no tengan otras formas de apoyo, individuos que consuman drogas o alcohol, o si el propio instructor cree que el participante no está en la circunstancia adecuada para desarrollar la terapia.

El número de participantes dependerá de las circunstancias, aunque la MBCT requiere de clases relativamente reducidas, de aproximadamente 12 personas.

En cuanto a la estructura de la terapia la MBCT consiste en realizar una atención deliberada y sin juicios de valor. En primer lugar, haciéndose conscientes de la escasa atención

que se presta a la vida cotidiana y a reflexionar sobre el curso de los propios pensamientos. En segundo lugar, el instructor ayudará a los pacientes a traer la mente y a centrarla en un punto, en tercer lugar, los participantes aprenderán a ser conscientes de lo que la divagación de la mente puede provocar, sin ser conscientes de lo que está aconteciendo. Esto constituiría las primeras 4 sesiones, donde se aprenden las bases del mindfulness.

El objetivo de las sesiones de la quinta a la octava constituye la gestión de los cambios de estado de ánimo.

El empoderamiento de los participantes de la terapia es imprescindible si pretendemos que consigan la experiencia necesaria en el uso del mindfulness. Los pacientes deben de aprender.

- Concentración. Atención sostenida en un aspecto concreto, no dispersa.
- Consciencia/atención plena a los pensamientos, impulsos, sensaciones y emociones/sentimientos. Es muy importante la consciencia plena ya que no podemos desprendernos de algo de lo cual no somos conscientes.
- Permanecer en el momento actual, sin pensar en el futuro ni en el pasado.
- Descentramiento. Relacionarse en lugar de identificarse con los sentimientos, pensamiento, impulsos y sensaciones que nos rodean.
- Aceptación, desapego y consciencia bondadosa. Contemplar lo *“bueno”* y lo *“malo”* desde una perspectiva más amplia para responder a una situación sin dejarse llevar por impulsos.
- Soltar. Habilidad para imposibilitar la entrada en círculos viciosos y salir más fácilmente de ellos cuando no se haya podido evitar la entrada.
- *“Ser”* en lugar de *“hacer”*.

Estas prácticas requieren una hora, al menos, al día, seis días a la semana, durante 8 semanas e incluyen tareas como: realizar ejercicios, escuchar meditaciones grabadas...

La evidencia científica define la terapia cognitiva basada en el mindfulness como una práctica con grandes avances y buenos resultados en la gestión de la depresión y mejora del riesgo de recaídas, otorgándole poder de aplicación clínica diaria a pacientes que decidan dar un paso más en la prevención y tratamiento de los trastornos del ánimo.

CONCLUSIÓN

La depresión es un círculo vicioso, se retroalimenta continuamente, los síntomas de la depresión son las consecuencias de la propia conducta y la conducta individual puede conllevar a la depresión.

Esta enfermedad mental acarrea complicaciones a nivel laboral, personal, económico, familiar al individuo y también aumenta el gasto sanitario al tener alta prevalencia y necesitar de múltiples recursos del Sistema de Salud,

catalogándose al individuo la mayoría de las veces como paciente crónico.

La peor complicación que denota el fracaso del sistema de salud y de los profesionales es el suicidio que se deriva de una mala gestión de la enfermedad y en numerosas ocasiones, falta de apoyo.

Las terapias psicológicas como único tratamiento en la depresión leve y como coadyuvante al tratamiento farmacológico en trastornos del ánimo de mayor gravedad han conseguido minimizar recaídas y buenos pronósticos de salud.

Por último, individualmente podemos contribuir a una mejor salud mental individual se si mantienen unos hábitos de vida saludables, correctos, basados en una alimentación saludable, ejercicio físico diario, un sueño adecuado en calidad y cantidad, y reducir los estresantes de la vida diaria, ayudándose de terapias relajantes o la práctica de mindfulness, siendo conscientes de uno mismo y controlando los pensamientos y sentimientos negativos, todo ello será de gran ayuda en la prevención, tratamiento y disminución del riesgo de recaída en los trastornos del ánimo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cuevas Esteban JM, Serrano Blanco A, Rodríguez Montes MJ, Baladón Higuera L. Hospitalización psiquiátrica breve. Manual Clínico. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2019
2. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. 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
3. Vázquez González FL, Otero P, Blanco Seoane V, Torres Iglesias AJ. Terapia de solución de problemas para la depresión. Madrid: Alianza Editorial; 2015
4. Zarragoitia Alonso I, De la Osa O' Reilly M, Agudín Depestre SG, Marot Casañas M. La depresión: Retos y conflictos en el Siglo XXI. En: INTERPSIQUIS. XIX Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría. www.interpsiquis.com; 2018
5. DSM V. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ª ed. Washington, DC: Asociación Americana de Psiquiatría; 2013.
6. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates. Geneva: OMS; 2017
7. Cardila F, Martos A, Barragán AB, Pérez-Fuentes MC, Molero MªM, Gázquez JJ. Prevalencia de la depresión en España: Análisis de los últimos 15 años. *European j investiga*. 2015; 5 (2): 267-279
8. Hammen C. Risk Factors for Depression: An Autobiographical Review. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2018. 14: 1-28.
9. Luna- Reyes T, Vilchez-Hernández E. Depresión: Situación actual. *Rev. Fac. Med. Hum.* 2017; 17(2): 78-85.
10. Sepúlveda A.R., Moreno A. Beltrán L. Actualización de las Intervenciones Dirigidas al Contexto Familiar en los Trastornos del Comportamiento Alimentario: El Rol de los Padres. *Revista de Psicoterapia.* 2020; 31(115): 49-62
11. Toro-Tobar RA, Grajales-Giraldo FL, Sarmiento-López JC. Riesgo suicida según la tríada cognitiva negativa, ideación, desesperanza y depresión. *Aquichan.* 2016; 16 (4): 473-486
12. Cabello de Alba AM, Catalina Zamora ML. Protocolo diagnóstico y terapéutico de la depresión en el anciano. *Medicine.* 2019; 12 (84): 4947-4952
13. López-Santín JM, Álvaro Serón P, Molins Gálvez F. Cambios formales en la entrevista psiquiátrica. ¿Qué hay de fondo? *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2015; 35 (126): 277-287
14. Rodríguez-Muñoz MF, Castelao Legazpi PC, Olivares Crespo ME, Soto Balbuena C, Izquierdo Méndez N, Ferrer Barrientos FJ et al. PHQ-2 como primer instrumento de cribado de la depresión prenatal. *Rev Esp Salud Pública.* 2017; 91
15. Estrada BD, Delgado C, Landero R, González MT. Propiedades psicométricas del modelo bifactorial del BDI-II (versión española) en muestras mexicanas de población general y estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica.* 2015; 14 (1)
16. Piñáñez García MC, Re Domínguez ML. Perfil clínico, epidemiológico y valoración geriátrica funcional en el barrio San Miguel de Asunción, Paraguay. *Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int.* 2015; 2 (2): 63-69
17. Lezcano H, Villareal AE, Grajales S, Montalván A, Vásquez V, Britton GB. Utilidad de la escala de depresión geriátrica en adultos mayores atendidos en el servicio de geriatría de la caja de seguro social. *Rev. Méd Cient.* 2017; 30:4-10.
18. Acosta Quiroz CO, Tánori Quintana J, García Flores R, Echevarría Castro SB, Vales García JJ, Rubio L. Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos. *Psicología y Salud.* 2017; 27(2): 179-188
19. Vélez- Álvarez C, Barrera-Valencia C, Benito-Devia AV, Figueroa-Barrera M, Franco-Idarraga SM. Estudio de síntomas depresivos mediante la Escala de autoaplicación de Zung en varones privados de la libertad de una ciudad de Colombia. *Rev Esp Sanid Penit* 2016; 18: 43-48
20. ¿Tiene usted Depresión? [sede web]. PSICOMAG. Escala de Zung [actualizada el 18 de marzo de 2019; acceso el 7 de abril de 2020. Disponible en: https://www.depresion.psicomag.com/esc_zung.php
21. De Montagut López-Sáez SE, Ramírez Márquez J. Evolución y situación actual del consumo de anti-depresivos en España. 2016.

22. Quintana Rodríguez I, Velazco Fajardo Y. Reacciones adversas de los antidepresivos: consideraciones actuales. *Rev Méd Electrón.* 2018; 40(2)
23. Pérez Esparza R. Tratamiento farmacológico de la depresión: actualizaciones y futuras direcciones. 2017; 60(5)
24. Crublanca Hernández H, Lupercio Coronel P, Collas Aguilar J, Castro Rodríguez E. Neurobiología de la depresión mayor y de su tratamiento. *Salud Mental.* 2016; 39(1): 47-58
25. Torres Saldaña A, Ortiz Sánchez Y, Martínez Suárez H, Fernández Corrales YN, Pacheco Ballester D. Factores asociados a la adherencia al tratamiento en pacientes con depresión. *Multimed.* 2019; 23 (1)
26. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida. Estrategia Autonómica de Salud Mental de la Comunidad Valenciana 2016-2020. Generalitat Valenciana.
27. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Estrategia de prevención del suicidio en Euskadi. Departamento de Salud, Gobierno Vasco y Osakidetza. 1ª ed. 2019
28. Toro-Tobar RA, Grajales-Giraldo FL, Sarmiento-López JC. Riesgo suicida según la tríada cognitiva negativa, ideación, desesperanza y depresión. *Aquichan.* 2016; 16 (4):473-486.
29. Instituto Nacional de Estadística (2018). Defunciones según la Causa de Muerte - Año 2018 [www.ine.es]
30. Navarro-Gómez N. El suicidio en jóvenes en España: Cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles. *Clínica y Salud* 2017; 28:25-31
31. Rodríguez-Morejón A. El cliente en psicoterapia: Contribución al resultado terapéutico. *Anales de psicología.* 2016; 32(1): 1-8
32. Gimeno Peón A, Barrio Nespereira A, Álvarez Casariego MT. Psicoterapia: Marca registrada. *Rev.Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2018; 38(133): 131-144
33. Pérez Álvarez M. La psicoterapia como ciencia humana, más que tecnología. *Papeles del Psicólogo.* 2019; 40(1): 1-14
34. Barceló-Soler A, Baños RM, López del Hoyo Y, Mayoral F, Gili Margalida, García-Palacios A, García-Campayo J, Botella C. Intervenciones de psicoterapia por ordenador para la depresión en Atención Primaria en España. *Actas Esp Psiquiatr* 2019; 47(6): 236-46
35. Guzmán Grados. Eficacia de los antidepresivos y de la psicoterapia en el tratamiento de la depresión. *Rev. Psicol. Trujillo.* 2015; 17(1): 21-39
36. Chávez Mendoza K. Modelo comunitario de orientación interpersonal grupal para el manejo de la depresión en México. [Tesis doctoral]. Ciudad de México, Univerisas Iberoamericana; 2017
37. E. Carrasco A, Modelos psicoterapéuticos para la depresión: hacia un enfoque integrado. *Interamerican Journal of Psychology (IJP).* 2017; 51(2): 181-189
38. Flores Gutiérrez EO, Terán Camarena VA, González Olvera JJ. Síntomas residuales de la depresión: Terapia coadyuvantes. *Salud Mental* 2015; 38(1): 67-75
39. Lemma A, Target M, Fonagy P. Brief Dynamic Interpersonal Therapy: A Clinician's Guide. *REV CHIL NEURO-PSIQUIAT* 2018; 56 (3): 201-204
40. Berrío García N. Terapia cognitiva con entrega virtual en trastorno depresivo persistente: estudio de caso. *Revista Clínica Contemporánea.*2019; 10(21): 1-14
41. Calpa A, Santacruz G, Álvarez M, Zambrano C, Hernández E, Matabanchoy S. Promoción de estilos de vida saludables: estrategias y escenarios. *Hacia. Promoc. Salud.* 2019; 24 (2): 139-155.
42. García Toro. Mauro. Estilos de vida y depresión. 1º ed. Madrid: Editorial Síntesis; 2014
43. Alonso López N, Cano García M, Pérez Gómez F. Ejercicio físico como medida de tratamiento no farmacológico para la depresión. En: Molero MM et al. Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud. Volumen I. 1ª ed. ASUNIVEP; 2017. 627-631
44. Cristina Stein A. Relacion entre actividad física, salud percibida, bienestar subjetivo, depresión y enfermedades crónicas en personas mayores. [Tesis Doctoral]. Departamento de Educación Física y Deportiva. León. Universidad de León; 2016
45. García Toro M, López Navarro E, Gili M, Roca M, Vicens C, Gómez Juanez R et al. Relación entre actividad física, gravedad clínica y perfil sociodemográfico en pacientes con Depresión Mayor. *Revista de Psicología del Deporte.* 2018; 27(2): 69-74.
46. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Suiza; 2010
47. Márquez MO. Depresión y calidad de la dieta: Revisión Bibliográfica. *Archivos de medicina.* 2016; 12(1): 6
48. Ramón Arbués E, Martínez Abadía B, Granada López JM, Echániz Serrano E, Pellicer García B, Juárez Vela R et al. Conducta alimentaria y su relación con el estrés, la ansiedad, la depresión y el insomnio en estudiantes universitarios. *Nutr Hosp* 2019; 36(6): 1339-1345
49. Moreno Martínez M.A., Martínez Aguilar Mª L., Avila Alpírez H., Felix Aleman A., Gutiérrez Sánchez G., & Duran Badillo T. Relación entre obesidad y depresión en adolescentes. *Cultura de los Cuidados.* 2018; 22(51)
50. Larrieu T and Layé S. Food for Mood: Relevance of Nutritional Omega-3 Fatty Acids for Depression and Anxiety. *Front. Physiol.* 2018; 9

51. Lazarevich I, Irigoyen Camacho ME, Velázquez-Alva MC, Flores NL, Nájera Medina O, Zepeda MA. Depression and food consumption in Mexican college students. *Nutr Hosp* 2018; 35:620-626
52. Martínez-Cengotitangengoa M, González-Pinto A. Suplementos nutricionales en trastornos depresivos. *Actas Esp Psiquiatr* 2017; 45(1):8-15
53. Fundación española del corazón, blog impulso vital. ¿Dónde encontrar a los grandes aliados del corazón, los ácidos grasos omega 3? 5 Diciembre 2019. Disponible en: <https://fundaciondelcorazon.com/blog-impulso-vital/3476-donde-encontrar-a-los-grandes-aliados-del-corazon-los-acidos-grasos-omega-3.html>. Acceso el 19.07.2020
54. Nakamura M, Miura A, Nagahata T, Shibata Y, Okada E, Ojima T. Low Zinc, Copper, and Manganese Intake is Associated with Depression and Anxiety Symptoms in the Japanese Working Population: Findings from the Eating Habit and Well-Being Study. *Nutrients*. 2019;11(4):847
55. Martínez M, González A. Suplementos nutricionales en trastornos depresivos. *Actas Esp Psiquiatr* 2017; 45(1): 8-15
56. Arbués ER, Martínez B, Granada JM, Echániz E, Pellicer B, Juárez R et al. Conducta alimentaria y su relación con el estrés, la ansiedad, la depresión y el insomnio en estudiantes universitarios. *Nutr Hosp* 2019;36(6):1339-1345
57. Ríos C. Come comida real. Una guía para transformar tu alimentación y tu salud. 2º ed. Barcelona: Paidós; 2019
58. Fundación Dieta Mediterránea. Decálogo Dieta Mediterránea [acceso 25/07/2020] Disponible en: <https://dietamediterranea.com/nutricion-saludable-ejercicio-fisico/>
59. Réhault-Godbert S, Guyot N, Nys Y. The Golden Egg: Nutritional Value, Bioactivities, and Emerging Benefits for Human Health. *Nutrients*. 2019; 11(3): 684
60. Dimarco DM, Missimir A, Murillo A.G, Lemos B.S, Malysheva O.V, Caudill M.A, Blesso CN, Fernández ML. Intake of up to 3 Eggs/Day Increases HDL Cholesterol and Plasma Choline While Plasma Trimethylamine-N-oxide is Unchanged in a Healthy Population. *Lipids*. 2017; 52(3): 255-263
61. Carrillo-Mora P, Barajas-Martínez KG, Sánchez-Vázquez I, Rangel-Caballero MF. Trastornos del sueño: ¿Qué son y cuáles son sus consecuencias? *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*. 2018; 61(1)
62. Klingman K, Jungquist C, Perlis M. Questionnaires that screen for multiple sleep disorders. *Sleep Med Rev*. 2017; 32: 37-44.
63. Luna Solis Y, Robles Arana Y, Agüero Palacios Y. Validación del índice de calidad de sueño de Pittsburgh en una muestra peruana. *Anales de Salud Mental*. 2015; 31(2)
64. Benavides-Endara P, Ramos Galazar C. Fundamentos neurobiológicos del Sueño. *Rev. Ecuat. Neurol*. 2019; 28(3)
65. Vásquez-Dextre ER. Mindfulness: conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Rev Neuropsiquiatr*. 2016; 79(1)
66. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B, Muñoz Sanjosé A, Palao Tarrero A, Bayón Pérez C, Amador Sastre B, Moreno Pérez A. Mindfulness y compasión en el Sistema Nacional de Salud. *RIECS*. 2019; 4.
67. Segal ZV, Williams MG, Teasdale JD. MBCT. Terapia Cognitiva Basada en el Mindfulness para la Depresión. 2ªed. Barcelona: Kairós; 2015