**ENRIQUE DANIEL VEGA**

N Col 10/3382

Psiquiatra.

Consulta Psiquiatría y Psicología Vía de la Plata

Av. Ruta de la Pla de la Plata nº 13 – 1º

Cáceres.

Tfno. contacto: 927227080 / 654899329

[www.psiquiatriaypsicologiaviadelaplata.com](http://www.psiquiatriaypsicologiaviadelaplata.com)

Tras más de 25 años ejerciendo como psiquiatra y habiendo visto miles de paciente en los que existía un cuadro clínico de depresión aún sigo teniendo dudas a la hora de decir en que consiste este problema médico al que llamamos depresión. El término depresión es muy amplio. Pueden recibir este diagnóstico pacientes que presentan una enfermedad en el sentido más biológico de la palabra de manera que sin que lo de alrededor influya para nada presenten un cuadro clínico muy abigarrado de síntomas depresivos. En otras ocasiones son los problemas del entorno los que hacen que aparezca la depresión. Otras veces está más relacionado con la personalidad y con la forma de enfrentarse a la vida. En otras es el consumo de sustancias el principal responsable de la enfermedad. No podemos tampoco olvidar además los problemas de salud física y el tratamiento de los mismos como causa de depresión. Y en otras lo que sería patológico es no estar deprimido porque hay situaciones en las que lo normal es que la persona se sienta mal si se tiene en cuenta lo que está pasando en su entorno más cercano. Sin embargo es raro en la práctica clínica diaria encontrarnos situaciones claramente definidas y que atiendan únicamente a una de las causas mencionadas más arriba y generalmente es la confluencia de una o de varias las que facilitan que aparezca la depresión.

Se trata de un trastorno tan sumamente frecuente que hasta un 20% de las personas, una de cada cinco, a lo largo de su vida podrá sufrir un síndrome depresivo sea de la causa que sea. Además más de la mitad de los afectados no recibe un tratamiento correcto. En algunos países este porcentaje llega al 90%. Todo esto la convierte a esta enfermedad en la principal causa de suicidio.

Hasta aquí las malas noticias. La buena es que la depresión es una enfermedad que en la actualidad tiene un buen tratamiento. Aproximadamente un 80% de los pacientes que presentan una depresión pueden superar esta dolencia. En unas ocasiones se usarán tratamientos biológicos como los fármacos, la terapia electro convulsiva o la estimulación magnética transcraneal. En otros psicoterapia e intervenciones psicosociales. Y en otros modificación de hábitos y estilos de vida. Sin embargo, en la mayoría de los casos es preciso la combinación de varias de estas intervenciones para superar esta enfermedad.

**1.- Cuadro clínico**

La forma de presentarse clínicamente la depresión puede ser variada como veremos más adelante. Sin embargo es esperable que en todas las formas de presentación exista un estado de ánimo triste, a veces sobre todo en niños puede ser más bien de irritabilidad, y cambios cognitivos relacionados con el pesimismo o visión negativa de las cosas.

El cuadro clínico de la depresión se instaura en un tiempo variable. A veces sucede en cuestión de pocos días y en otras ocasiones tarda meses en llegar a manifestarse de forma completa.

Los síntomas que presentan los pacientes deprimidos son múltiples, tristeza o bajo estado de ánimo (conocida técnicamente por el termino hipotimia) que está presente la mayor parte del tiempo y que no es proporcional ni sucede en respuesta a un suceso concreto. Las personas con depresión pierden el interés por las cosas que les rodean y la capacidad para disfrutar de situaciones o actividades con las que antes lo hacía. Existe tendencia a la inhibición motora, es decir, el paciente tiende a hacer menos cosas, a estar parado, enlentecido. Hay personas que se pasan el día entero entre la cama y el sillón sin tener ganas ni energía para hacer nada más. En otras ocasiones sucede al contrario y el paciente está inquieto y con sensación de no poder parar. La sensación de cansancio es frecuente, todo resulta difícil, todo cuesta un mundo llevarlo a cabo cuando antes era muy sencillo. No es raro encontrar a personas con depresión que tareas habituales y muchas veces sencillas como planificar la compra, hacer de comer o las labores del hogar, realizar un trabajo que se viene haciendo desde hace mucho tiempo son ahora algo inalcanzable y para lo que no se sienten capacitados. La capacidad de concentración, de pensar con nitidez está mermada, los pensamientos son confusos, con frecuencia repetitivos (obsesivos) y aparte de sufrimiento no proporcionan otra cosa. Es frecuente la sensación de aburrimiento, como si el día no se fuera a terminar nunca. La autoestima del sujeto deprimido suele ser muy baja, son frecuentes los pensamientos negativos del tipo “no vales para nada” “eres una persona débil que no pones lo suficiente para salir de este estado”. Generalmente las relaciones interpersonales se ven afectadas. Con la familia más cercana se habla menos y con el resto de las personas se evita estar en contacto. A veces el paciente siente que no tiene nada que decir, que no sabe nada y que por eso no puede estar con otras personas. Al paciente deprimido le cuesta generalmente tomar decisiones, y cuando las toma, si son importantes pueden ser erróneas por la visión negativa que tienen de todo, por ejemplo pueden dejar el trabajo o vender una propiedad pensando que no vale para trabajar o que fue un error comprar algo que antes le ilusionaba, después, al salir de la depresión, se da cuenta que el verdadero error fue el que tomó mientras estaba deprimido. La capacidad laboral no es raro que se vea afectada, los problemas en rendimiento, concentración, energía, dificultad para estar con los demás, etc hacen que el sujeto deprimido no pueda realizar adecuadamente su trabajo. Con frecuencia la persona deprimida se siente culpable por estar enfermo y siente que es un inútil. Cuando la depresión es intensa y mantenida en el tiempo el individuo percibe que la vida no merece la pena ser vivida, en ocasiones piensa en que mejor sería desaparecer, otras veces en querer morirse y a veces llega a pensar en suicidarse y en otras lo intenta y en ocasiones se suicida. Dado la importancia de la asociación de la depresión con el riesgo de suicidio más adelante hablaremos sobre esta relación más detenidamente. La ansiedad es un sentimiento que está presente en casi todas las personas que sufren depresión. No se está a gusto en ningún sitio, los pensamientos son obsesivos y repetitivos, existe sensación de inquietud que impide sentir tranquilidad. La depresión no afecta solo a los sentimientos, hay una serie de funciones fisiológicas que se ven alteradas. El sueño se ve afectado. Es típico en un tipo de depresión lo que se conoce como despertar precoz, que es cuando tras conciliar bien el sueño a las 3 o 4 horas se produce el despertar y no se vuelve a dormir en toda la noche. Otras veces lo que cuesta es conciliar el sueño y en otras hay problemas para mantener el sueño de manera que se duerme de forma irregular alternado periodos cortos de sueño con despertares. Al día siguiente los problemas de sueño producen sensación de cansancio. El apetito generalmente está disminuido y se acompaña de bajada de peso. En algunas variantes de la depresión lo que existe es un aumento el apetito. El impulso sexual también suele estar alterado en forma de menor libido, a veces es inexistente, y las relaciones sexuales se convierten en una tarea forzosa y desagradable. En algunas formas de depresión se produce un empeoramiento del ánimo por la mañana y a medida que pasa el día y llega la noche el paciente se siete mejor. Algunos pacientes comentan que al llegar la noche es como si no les pasara nada pero vuelven a despertarse por la mañana, generalmente de forma precoz, y a sentir de nuevo ese malestar tan intenso en su ánimo. Hay formas extremadamente graves de esta enfermedad en las que llegan a aparecer ideas delirantes, generalmente son ideas de ruina en las que los pacientes piensan que por su culpa ellos o su familia van a sufrir penurias a veces incluso piensan (y están convencidos de ello), que son los culpables de las guerras, el hambre o las enfermedades el mundo. Esto es lo que se conoce como depresión con síntomas psicóticos.

**2.- Tipos de depresión**

Existen diferentes tipos de depresión, con causas supuestamente diferentes, y que aunque tengan síntomas parecidos es la forma de presentación, la intensidad, la duración, la relación con consumos o sucesos estresantes lo que nos ayudan a diferenciar un tipo de otro. ¿Qué sentido tiene diferenciar un tipo de otro si se parecen clínicamente?. Es fundamental hacerlo porque el enfoque terapéutico, el pronóstico, la tendencia a la cronicidad y la posibilidad de recaídas son completamente distintos.

Los principales tipos de depresión son: el trastorno depresivo mayor, la distimia o trastorno depresivo persistente, la depresión en el trastorno bipolar, el trastorno de adaptación y la depresión asociada a consumo de drogas, de medicamentos o enfermedades.

Es importante saber que no existe ninguna prueba analítica, radiológica, electroencefalográfica ni de ningún otro tipo que sirva para diagnosticar la depresión. Su diagnóstico a fecha de hoy es exclusivamente clínico.

**Trastorno depresivo mayor.**

Es una forma de depresión que tiende a presentarse de manera episódica. Los episodios pueden durar meses o años y se alternan con periodos de eutimia (es decir estado de ánimo normal). El primer episodio puede ocurrir a cualquier edad aunque lo más frecuente es que suceda antes de los 20 a 25 años. Tras la recuperación, el estado de ánimo vuelve a la normalidad pero la mayoría, un 90%, de los pacientes recaerán. Además el número de años que pasa entre recaída y recaída va siendo cada vez menor si no se trata adecuadamente. Los primeros episodios suceden a menudo tras situaciones de estrés que más adelante ya no son necesarias y se producen recaídas sin que haya factores externo que las precipiten. En este tipo de depresión existen en ocasiones síntomas típicos como la **ruptura biográfica**, que consiste en que se produce la depresión en pocos días cortando de forma brusca la trayectoria vital del sujeto que hasta entonces se encontraba perfectamente bien, el **empeoramiento matutino** caracterizado por una sensación de intenso malestar mucho más marcada por la mañana que por la tarde, el **despertar precoz** ya explicado anteriormente, la **inhibición psicomotriz** y la **pérdida de apetito**. El trastorno depresivo mayor puede tener diferente intensidad. En ocasiones ese trata de una enfermedad muy grave e incapacitante que produce un intenso sufrimiento al individuo. En los casos graves la mortalidad es elevada por el suicidio. Con frecuencia se requiere hospitalización para tratarla adecuadamente y sin riesgos. En algunas ocasiones su gravedad es tal que aparecen síntomas psicóticos asociados a los depresivos. Puede suceder en el periodo inmediato al parto que es lo que se conoce como **depresión posparto**. Otras veces sucede regularmente en una determinada época del año sobre todo otoño y con menor frecuencia primavera, es lo que se llama **depresión con patrón estacional**. El trastorno depresivo mayor, aunque no siempre, es el que más coincide con el término depresión endógena y la distimia correspondería con la depresión neurótica o exógena, pero insisto, no siempre es así y los conceptos exógeno y endógeno hacen referencia a factores causales que no están demostrados.

Juana sabe desde pequeña en qué consisten las depresiones dado que su padre y varios familiares las padecieron. Su padre murió por suicidio mediante ahorcamiento cuando ella era adolescente. Actualmente tiene 45 años y a los 24 sufrió su primer episodio depresivo. Con un tratamiento farmacológico mejoró y tras suspender el mismo se mantuvo “completamente normal” durante 14 años. A los 38 años volvió a recaer. Esta recaída la relaciona con la pena tras el fallecimiento de su suegra. Comenzó a obsesionarse con la idea de ahorcarse como su padre y descansar. Refiere que hubo de realizarse un ingreso hospitalario del que al alta estaba bastante mejor y que tras un tiempo después mejoró completamente. Siguió tratamiento 2 años y luego lo abandono por recomendación de su psiquiatra. Hace 1 año comienza a presentar de nuevo síntomas depresivos sin que esta vez pueda relacionarlo con ningún factor externo que haga que se encuentre así. Su ánimo es bajo, no encuentra gusto a ninguna de sus actividades habituales de las que antes disfrutaba. Le cuesta realizar su trabajo como administrativo y no se concentra por lo que durante un tiempo ha de tomar baja laboral. Vuelve a pensar de forma repetitiva en la muerte, siente que es una carga para los demás y que si desapareciera todos estarían mejor. Por las mañanas al despertarse nota angustia y piensa que el día va a ser inacabable, por la noche se encuentra algo mejor. Ha desaparecido su apetito sexual y se culpa por ello. Ha bajado en unos meses 4 kg. de peso. Si la dejaran se pasaría el día sentada con poca luz en el sillón. Se plantea la posibilidad de ingreso pero contando con el apoyo familiar y la colaboración de la paciente se consigue evitar el mismo. Tras ajustar en 2 ocasiones el tratamiento que había iniciado su médico de atención primaria se consigue que mejore. Al cabo de un par de meses del inicio de la mejoría la recuperación es marcada y a los 4 meses vuelve a realizar una vida completamente normalizada en aspectos familiares, de pareja, social y laboral y se siente de ánimos tan bien como antes de empezar con la depresión. Se le plantea a la paciente que necesitará un tratamiento de por vida para prevenir recaídas, lo cual es aceptado de buena gana por la misma.

**Distimia o trastorno depresivo persistente.**

Por definición para poder realizar el diagnostico de esta enfermedad se necesita que el cuadro clínico de depresión dure al menos dos años. En la práctica clínica es frecuente encontrarse con casos de décadas e duración. Los síntomas no son tan severos como los que suceden en la depresión mayor pero son mantenidos en un largo tiempo. La persona que lo sufre tiende a ver, a vivir a sentir la vida de una forma depresiva. Las depresión lo acompaña siempre y está instaurado en lo más profundo de su personalidad. Con frecuencia este trastorno se inicia antes de la veintena. Los pacientes que lo padecen cuando se les pregunta responden “es que yo siempre he sido así”. La ruptura biográfica que se mencionaba en la depresión mayor aquí no existe. El individuo distímico ha de realizar su vida llevando a cuestas de manera continua la depresión sin periodos de eutimia.

Cuando Guadalupe acude por primera vez a mi consulta refiere como queja única que en su vida nunca ha sido feliz. No recuerda nunca haber disfrutado de nada desde que entró en la vida adulta. Ahora tiene 38 años. Con frecuencia se encuentra nerviosa e inquieta sin motivo. Muchas noches le cuesta conciliar el sueño y por la mañana no se levantaría de la cama. Aunque no siempre es así, hay días incluso periodos cortos en los que se siente aceptablemente bien, o al menos no tiene esa sensación de infelicidad. Al hacer su historia vital cuenta que recuerda que su madre sufrió maltrato por parte de su padre que era alcohólico y que aunque a ella nunca la maltrataron tampoco recibió cariño. Se casó lo antes que pudo para salir de casa. Tiene 2 hijos que es lo único que le produce satisfacción junto a su trabajo en limpieza de un centro donde al estar con las compañeras se siente mejor. Padece obesidad y fibromialgia y cree que su marido no le hace ningún caso cuando se queja de sus dolores. Las relaciones con este no son especialmente buenas pero tampoco se ha sentido nunca maltratada ni le ha faltado al respeto, si acaso de lo que se queja es que hace su vida y a ella le hace poco caso. Ha seguido diferentes tratamientos con tranquilizantes y antidepresivos pautados por su médico de cabecera. Las respuestas a estos tratamientos, manifiesta que son escasas o poco duraderas. También puntualmente ha acudido a alguna consulta de psicología sin mantener continuidad. La intervención terapéutica de esta paciente consistió en ajustar la medicación de forma que pudiera controlar la ansiedad pero con bajo riesgo de crear adicción a los tranquilizantes y somníferos y usar con sentido común los antidepresivos sabiendo que es lo que se podía esperar de ellos. Por otro lado en lo que realmente se insistió es en que necesitaba una intervención psicológica centrada en por un lado asumir cuál es su situación y valorarla con objetividad y por otro, una vez conseguido el primer objetivo, realizar cambios mentales y conductuales en su forma de ver la vida y de relacionarse con los demás.

**Trastornos de adaptación**

Es la depresión que sucede cuando una persona está sometida a una situación de estrés que le supera (separaciones, problemas laborales, enfermedades en familiares, problemas económicos, etc) y su respuesta de adaptación no es adecuada de manera que aparecen síntomas depresivos.

**Depresión en el trastorno bipolar**

Episodios depresivos que aparecen en esta enfermedad. Se trata de un cuadro clínico similar al que sucede en el trastorno depresivo mayor salvo que se alterna no solo con periodos e eutimia sino con episodios de euforia. Se tratará más ampliamente en el capítulo siguiente.

**Depresión producida por drogas**

Sucede cuando por el consumo o abstinencia de drogas se produce una depresión. Son muchos los tóxicos que pueden producir depresión: alcohol, opiáceos, alucinógenos, cocaína y anfetamina entre otros. Para tratar este tipo e depresiones es evidente que lo principal es el abandono del consumo, independientemente de que se requiera alguna otra intervención farmacológica o no.

**Depresión por medicamentos**

Son muchos los medicamentos que entre sus efectos secundarios se encuentra la depresión. Algunos son muy comunes. La lita de los mismos es extensísima y conviene mirar el prospecto. Los más comunes son: benzodiazepinas (tranquilizantes de los que se hablará en el apartado de tratamiento), antihipertensivos (propanolol, atenolol), corticoides, anticonceptivos, algunos antiepilépticos, medicamentos contra el Parkinson.

**Depresión por enfermedades.**

Existen una serie de enfermedades físicas que producen depresión. Cuando se habla de depresión debida a una enfermedad no nos referimos a la reacción psicológica que puede ocurrir por estar enfermo sino a enfermedades que actúan sobre el cerebro produciendo síntomas depresivos.

El listado de las mismas es muy grande y citamos aquí las principales: enfermedades endocrinas principalmente alteraciones tiroideas, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, traumatismo craneoencefálico, ictus, enfermedades infecciosa como la gripe, enfermedades reumáticas como la artritis reumatoide o el lupus y varios tipo de cáncer.

**Depresión y suicidio.**

La depresión es principal causa de suicidio. Existen otras enfermedades mentales y hábitos de consumo que se relacionan con el suicidio y en ocasiones, muy raras, se trata de una decisión personal. La posibilidad de que el paciente tenga ideas de suicidio existe durante todo el tiempo que dura la depresión. Es posible que al inicio de la mejoría de la depresión sea más fácil que se cometa un acto suicida debido a que desaparece la inhibición motora del paciente sin que todavía haya mejorado su estado de ánimo.

En todas las depresiones hay que evaluar siempre la existencia de ideas de suicidio. Una creencia equivocada es que cuando se le pregunta por estas ideas al paciente se le puede inducir a que se suicide, al contrario el hablar de la misma ayuda a aliviar al paciente y a la vez facilita que se pongan en marcha mecanismos para prevenir que se cometa suicidio.

Las depresiones con mayor riesgo de suicidio son aquéllas que se asocian a consumo de tóxicos o a trastorno de personalidad. También es más probable cometer suicidio cuando se trata de pacientes varones de edad avanzada, que viven en soledad o que son recientemente viudos o separados. El síntoma que más se relaciona con el suicido es el sentimiento intenso de desesperanza.

**Duelo**

La reacción de duelo ante la pérdida de un ser querido es algo esperable y diferente a la depresión aunque en algún momento los sentimientos y las conductas del sujeto sean similares a las del paciente depresivo. El duelo además precisa un tiempo que muy variable de una persona a otra para ser relaborado adecuadamente.

Se considera que un duelo es patológico o complicado cuando la duración en el tiempo es claramente excesiva (por consenso se aceptan 12 meses en adultos y 6 en niños) y cuando además aparecen una serie de síntomas que no son la simple pena o añoranza ocasional del ser querido. Los síntomas que lo definen consisten en una pena o añoranza continua, preocupación por el fallecido o por las circunstancias de como sucedió la muerte, sensaciones de desapego de todo lo que rodea al individuo, deseos de morir para estar con la persona querida, no encontrar ningún sentido a la vida, sensaciones de malestar muy marcadas cuando algo recuerda la muerte o al fallecido. En ocasiones la persona con duelo patológico está convencida de que no ha fallecido la persona querida, que todo es una broma o un engaño y que cualquier día le van a decir la verdad y que el muerto va a volver.

**3.- Epidemiología**

Según las cifras de la OMS hay 350 millones de personas que padecen depresión. La depresión es la enfermedad que mayor carga de discapacidad lleva asociada y el impacto económico la hace ser una de las enfermedades más gravosas para la sociedad teniendo en cuanta los costes directos (tratamientos, hospitalizaciones, etc) e indirectos (bajas laborales, cuidados por parte de la familia, etc). En España hay aproximadamente 2,5 millones de personas que padecen la enfermedad. A lo largo de la vida casi un 20% de las personas pueden padecer uno u otro tipo de depresión. Es el doble de frecuente en varones que en mujeres. La edad de aparición es amplia y las hay de inicio en la infancia y en otras ocasiones hasta la vejez no aparecen.

**4.- Causas**

Cuando hablamos de porque se produce la depresión muchas personas rápidamente piensan en la serotonina que se ha hecho muy popular en los últimos años. Si está baja la serotonina es esperable que se tenga una depresión. Ojala las cosas fueran tan sencillas. No se sabe que es produce en última instancia esta enfermedad pero existen varios frentes de investigación abiertos que intentan acercarnos a este objetivo. Explicamos seguidamente lo que se conoce adelantando que la depresión tiene su origen en factores genéticos, biológicos y psicosociales.

**Factores genéticos**: la depresión es una enfermedad familiar, es decir que tiene un componente hereditario importante. Los familiares de pacientes depresivos tiene aumentado el riesgo de padecer esta enfermedad en hasta 3 veces si se comparan con otras personas en las que en su familia no existan antecedentes.

**Factores biológicos**: la buena respuesta que presenta esta enfermedad, sobre todo la depresión mayor, al tratamiento farmacológico orienta hacia que existen problemas en los pacientes depresivos con los neurotransmisores. Un neurotransmisor es un molécula con la que una neurona se comunica con otra. El principal neurotransmisor implicado es la serotonina, pero también lo están la noradrenalina y la dopamina. No es que su falta en el cerebro sea la causa de la depresión, que es lo que se pensó inicialmente allá por los años 60 del siglo pasado, sino que la interacción de estas moléculas con los receptores de las neuronas y los cambios que producen en la formación de determinadas proteínas en el núcleo de la neurona es lo que contribuye a la mejoría de esta enfermedad cuando se administran fármacos que aumentan las tres moléculas mencionadas.

**Teoría inflamatoria**: existe un creciente número de investigaciones que apuntan a que una respuesta inflamatoria de baja intensidad pero mantenida en el tiempo está directamente relacionada con padecer depresión. Esta respuesta inflamatoria cerebral como modo de defensa ante agentes estresantes se comporta como algo tóxico para el cerebro. Esto explicaría la mayor predisposición a padecer la depresión en enfermedades crónicas. Además también explicaría la enfermedad en situaciones psicosociales mantenidas como son los traumas en la infancia o el maltrato y en hábitos de vida poco saludables como el sedentarismo, la obesidad, dietas inadecuadas o el tabaquismo.

**Factores psicosociales:**

**Personalidad:** las personas mal adaptadas al entorno o con verdaderos trastornos de la personalidad, las que tienen baja autoestima o son muy autoexigentes consigo mismas son mucho más susceptibles de sufrir una depresión.

**Problemas del entorno**: el paro, los problemas económicos, la enfermedad, fallecimiento de seres queridos o enfermedades de los mismos, la soledad o la separación favorecen la aparición de depresiones.

**5.- Evolución y pronóstico.**

En líneas generales se puede decir que el pronóstico de la depresión no es malo, aunque esto no deja de ser una generalidad y es muy variable de unos pacientes a otros.

La edad de aparición es la vida entera. Hay niños que presentan episodios depresivos y ancianos que debutan con depresión por encima de los 80 años.

En el **trastorno depresivo mayor** lo esperable es que se instaure un episodio tras pocos días o semanas de evolución. Sin tratamiento suele durar meses o incluso años. Hoy en día con un tratamiento adecuado lo esperable es que en pocas semanas de produzca la mejoría hasta en un 80% de los que lo padecen. El principal problema de esta enfermedad es de las recurrencias. Se trata de un trastorno que casi por definición es crónico y recurrente. Así que lo esperable es que a los pocos años de un primer episodio aparezca un segundo y que tras recuperarse de este en un menor tiempo suceda un tercero y luego un cuarto,… Por esto es muy importante que los pacientes sepan que tras un segundo o como mucho un tercer episodio el tratamiento debe de ser permanente para evitar nuevas recaídas. Además hay que tener en cuenta que el cerebro “aprende a deprimirse” tras cada nuevo episodio es más fácil que ocurra el siguiente, es decir, la persona que ha tenido cinco episodios es más fácil que padezca un sexto que aquella que ha tenido solo dos y que aparezca un tercero. Esto refuerza la importancia de no abandonar el tratamiento si no es por recomendación médica.

En la **distimia** la evolución es diferente. Se trata de un trastorno menos grave pero más insidioso y mantenido en el tiempo. Permite hacer generalmente una vida adaptada al entorno pero restando calidad de vida tanto al paciente como a los familiares. La respuesta al tratamiento farmacológico es menor que en la depresión mayor y serán las modificaciones en las cogniciones y las conductas así como los cambios en la percepción de uno mismo llevadas a cabo mediante un tratamiento psicológico las que producirán la mejoría del cuadro clínico.

**6.- Tratamiento.**

La mayoría de las depresiones se tratan con farmacoterapia, tratamiento psicológico o con combinación de ambos. Existen otros tipos de tratamiento que también mencionaremos.

En el tratamiento de esta enfermedad es muy importante usar el sentido común. Con dos ejemplos usuales en la práctica diaria se explicará esto mejor.

El primero de los casos es el de pacientes que sufren depresiones de años de evolución, que son muy reactivas al entorno y que tienen que ver más con sus rasgos de personalidad, con problemas de relación, laborales o familiares y el cómo se enfrentan a los mismos y que tras haber fracasado, como es de esperar, con múltiples tratamiento farmacológicos, acuden a la consulta pidiendo una pastilla milagrosa que les cure.

El caso opuesto es el de pacientes que padecen depresiones que en principio responderían bien a tratamiento con fármacos y que se niegan a tomar medicación por creencias erróneas sobre los mismos. Piensan que van convertirse en dependientes de la medicación o a que les van a producir sedación que le haga parecer unos zombies.

El **tratamiento farmacológico** cuando está bien indicado resuelve el episodio depresivo en un plazo de 3 a 5 semanas en un 60 a 70 % de los caso y en los no respondedores prolongando el tratamiento y haciendo refuerzos del mismo se consiguen porcentajes de respuesta de hasta un 80 a 90%. También hay que decir que sobre un 10% de los pacientes no van a mejoran y padecerán una depresión crónica.

A la hora de elegir un fármaco hay que tener en cuenta los síntomas, la gravedad de los mismos, otras medicaciones que esté tomando el paciente y el perfil de efectos secundarios de los diferentes fármacos. Por ejemplo hay medicamentos que ayudan a perder el apetito y otros que lo abren. Hay unos que producen sueño y otros que consideraríamos activadores. Unos producen alteración en la función sexual y otros que no, etc. Lo que sí se debe tener claro es que son medicamentos que no enganchan, es decir no crean adición a diferencia de los sedantes, fundamentalmente las benzodiazepinas. Otra cosa es que se necesite tomar tratamiento farmacológico a largo plazo o incluso de por vida, al igual que la persona que padece hipertensión va a requerir un antihipertensivo o el diabético la insulina.

El tratamiento psicológico está indicado realizarlo con frecuencia. En caso de depresiones leves y de larga evolución es el principal recurso terapéutico. El objetivo es que el paciente identifique cuales son las circunstancias que hacen que se sienta mal, como responde a las mismas y que aprenda a realizar conductas más adaptativas. Así mismo, en ocasiones, no se puede modificar el entorno, entonces el objetivo del tratamiento consiste en aceptar las cosas como son y no estar lamentándose por situaciones que no van a cambiar.

Otros tratamientos:

**Terapia electro convulsiva o TEC;** Está indicada en depresiones marcadamente biológicas resistente a tratamientos farmacológico. Es una técnica con una altísima efectividad y que está rodeada de muchas falsas leyendas debido a que en sus inicios se realizaba el los manicomios sin apenas control médico. Hoy en día se realiza en quirófano, bajo anestesia y no resultan nada traumática.

**Luminoterapia**: Realizada en zonas donde existe mucha diferencia de luz entre el verano y el invierno en depresiones de tipo estacional. Se usan lámparas que emiten una luz similar a la del sol y así se alargarían las horas de exposición durante los cortos días de invierno.

**Estimulación magnética transcraneal**. Se hace pasar una corriente magnética a través del cráneo para modificar la velocidad de los impulsos neuronales. Carece prácticamente de efectos secundarios aunque faltan estudios que demuestren su eficacia y en que tipo de depresión estarían indicadas.

**Ejercicio físico y hábitos de vida saludables**. De inestimable ayuda para ser más feliz en la vida y salir de la enfermedad.