



# GUÍA PSICOEDUCATIVA PARA LA DEPRESIÓN



Patrocina





## ÍNDICE

PRÓLOGO .....	5
INTRODUCCIÓN .....	7
¿Qué es la psicoeducación? .....	7
DEFINIENDO LA DEPRESIÓN .....	10
¿Qué es la depresión? .....	10
Los tipos de depresión .....	11
El diagnóstico .....	13
Los síntomas .....	14
Las causas .....	16
Los factores de riesgo .....	19
Las consecuencias asociadas .....	19
TRATANDO LA DEPRESIÓN .....	22
Tratamiento farmacológico .....	22
Tratamiento psicológico .....	25

Guía psicoeducativa para la depresión

DEPRESIÓN EN PRIMERA PERSONA.....29

DEPRESIÓN EN TERCERA PERSONA .....34

    La familia, coadyuvante del tratamiento .....35

DEPRESIÓN Y SUICIDIO.....39

BIBLIOGRAFÍA .....43





## PRÓLOGO

Esta breve guía pretende explicar de un modo sencillo qué es la depresión, y ayudar tanto a las personas que la padecen como a las que no, a entenderla y a afrontarla de una manera adaptativa.

Se analizará la diferente sintomatología que puede aparecer en un cuadro depresivo, cómo se trata, cómo la viven las personas que la soportan y también sus familiares y allegados. Aunque generalizar resulta muy complicado cuando se trata de salud, se intentarán recoger las pautas más básicas que pueden ayudar a las personas que sufren dicho trastorno y a aquellos que lo viven con ellas.

Por lo tanto, el objetivo que se persigue con esta guía es dotar a las personas y a sus familias de conocimientos y estrategias que les ayuden a entender la enfermedad, convivir con ella y, sobre todo, conferirles seguridad y confianza de cara al proceso de recuperación. Para ello no solo nos centraremos en informar acerca de la enfermedad, sino también en los falsos mitos que circulan alrededor de este trastorno y que pueden alterar la percepción del mismo y estigmatizarlo.

*Jessica González González*

Psicóloga en la Asociación DOA, Saúde Mental



## INTRODUCCIÓN

Ante un diagnóstico, es muy importante explicar a la persona afectada y a sus allegados en qué consiste el trastorno que padece, incluso en aquellos casos en los que no existe un trastorno como tal, sino un problema sin un diagnóstico claro. Es por ello que existe un tipo de intervención denominada psicoeducación, cuya efectividad en el tratamiento y prevención de los trastornos mentales está comprobada.

7

### ¿Qué es la psicoeducación?

La psicoeducación pretende enseñar en qué consiste un trastorno, sus características y síntomas frecuentes, cómo afecta a la vida de la persona que lo padece, qué tratamientos existen, qué se puede hacer para mejorar, etc. Instruye acerca de los mecanismos que desencadenan y mantienen las diferentes conductas y respuestas de la persona, y le permite reinterpretar sus síntomas a la vez que entender sentimientos, pensamientos y conductas (Pérez, Fernández, Fernández y Amigo 2013).

Por lo tanto, la psicoeducación va más allá de una mera descripción del diagnóstico, no consiste sólo en informar acerca del trastorno, sino que proporciona a la persona una comprensión teórica y práctica acerca de la enfermedad y los procesos implicados. Y aunque debería ser el paso previo a cualquier tratamiento o

intervención terapéutica, no quiere decir que la psicoeducación se tenga que utilizar únicamente al inicio del proceso terapéutico, ya que en ocasiones es necesario recordar ciertos aspectos.

Podría decirse entonces, que el principal objetivo que se persigue con este tipo de intervenciones es potenciar la autonomía y promover el autocuidado, que la persona afectada tenga un papel activo en su tratamiento y recuperación, dotándole tanto de conocimientos como de habilidades para manejar sus síntomas y adquirir un compromiso en el proceso terapéutico.



## DEFINIENDO LA DEPRESIÓN

En este capítulo haremos un repaso general por los síntomas y las causas de la depresión. El hecho de reconocer los síntomas y cómo afectan a su día a día, hace que la vivencia subjetiva de estos sea menor y, por lo tanto, su impacto en la vida de la persona disminuya debido a una mejor gestión de los mismos. Por otra parte, conocer las causas ayuda a la persona a no culpabilizarse por padecerla, pensando que pueda deberse a que posee una personalidad débil y que no es capaz de afrontar los problemas de su vida. Es muy importante desestigmatizar la enfermedad, ya que eso ayudará a aceptarla y convivir con ella.

10

### ¿Qué es la depresión?

A pesar de que la tristeza es el síntoma más fuertemente relacionado con los cuadros depresivos, la depresión es mucho más que eso, ya que puede presentar un cuadro muy variado en cuanto a sus síntomas, su evolución temporal y su gravedad. Por lo tanto, la depresión es un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por un amalgama de síntomas afectivos, conductuales, cognitivos y somáticos que alteran el funcionamiento de la vida diaria de la persona que lo padece. Los síntomas más característicos son la tristeza profunda y la pérdida de interés generalizada (APA, 2014; Belloch, 2010).

La depresión es uno de los problemas de salud mental más prevalentes en la sociedad. La OMS calcula que alrededor de 300 millones de personas en todo el mundo sufre depresión, afectando al doble de mujeres que hombres. Por otro lado, en España la depresión afecta a casi el 4% de la población, lo que supone casi 2 millones de personas (OMS, 2020). Se puede iniciar a cualquier edad, aunque lo más frecuente es que la sintomatología comience a manifestarse entre los 15 y los 45 años, y aunque los síntomas suelen ser generalmente similares, a lo largo del ciclo vital pueden variar, predominando los conductuales en edades más tempranas, y los somáticos en edades más avanzadas (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, 2014).

## Los tipos de depresión

Aunque comúnmente se hable de depresión de manera generalizada, se pueden diferenciar varios tipos (Vázquez y Sanz, 2010). Los más frecuentes son los siguientes:

- **Depresión mayor:** se manifiesta por un conjunto de síntomas que interfieren en diversos ámbitos de la vida diaria de la persona (trabajo, estudios, sueño, apetito, disfrute de actividades que antes eran placenteras...). Puede aparecer una sola vez, como episodio aislado, pero lo más

frecuente es que se den varios de manera recurrente a lo largo de la vida.

- **Distimia:** se puede definir como un tipo de depresión menos grave. Los síntomas se mantienen en el tiempo, pero no limitan la actividad de la persona que la padece. También puede ser recurrente, es decir aparecer más de una vez.
- **Depresión perinatal y postparto:** es la manifestación de sintomatología depresiva durante el embarazo o después del parto, siendo esta última muy frecuente.
- **Episodios depresivos en trastorno bipolar:** son episodios de depresión mayor que aparecen tras episodios de estados de ánimo muy altos, lo cual hace que la “caída” sea de mayor magnitud y que la persona tenga una sensación de mayor hundimiento. Además, aunque estos cambios de estados de ánimo suelen ser graduales, pueden darse de manera brusca.
- **Depresión con síntomas psicóticos:** consiste en la aparición de sintomatología psicótica (alucinaciones y/o delirios) en el curso de un episodio depresivo.

## El diagnóstico

En contra de lo que parece, la depresión no es tan fácil de diagnosticar, ya que en algunos casos puede resultar muy difícil diferenciarla de un estado de tristeza, preocupación o abatimiento no patológicos. Existen numerosas situaciones vitales, como el duelo por la pérdida de un ser querido, una ruptura, un despido... que pueden ocasionar los síntomas citados, y ello no conformaría una depresión clínica.

En cualquier caso, es importante que una evaluación diagnóstica incluya, por un lado, la elaboración de una historia clínica completa y, por el otro, una evaluación psicométrica (mediante test) que ofrezca información objetiva al profesional.

En cuanto a la historia clínica, debería incluir el historial médico y reflejar el comienzo e intensidad de los síntomas, situaciones vividas que podrían ser causa de la sintomatología, la existencia de consumo de tóxicos, antecedentes familiares, ideación y conductas suicidas, etc. A veces, hay detalles que pueden parecer superfluos, pero que al profesional le pueden ser de gran ayuda para determinar la existencia de un trastorno.

En lo que se refiere a la evaluación mediante pruebas objetivas, se evalúan diferentes aspectos como pueden ser los síntomas afectivos, pensamientos, la

capacidad atencional o de memoria, la conducta alimentaria o el sueño.

Por último, además de analizar en profundidad tanto la historia como la evaluación mediante test, es esencial hacer una valoración del impacto que todos los indicios observados ejercen en el funcionamiento de la vida de la persona afectada, tanto a nivel personal, como familiar, laboral, etc. En concreto, existen unos criterios diagnósticos de los que guiarse de cara a un diagnóstico clínico, siendo los más utilizados los de la CIE (*Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*) y el DSM (*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*).

## Los síntomas

Los cuadros depresivos se componen de sintomatología muy variada, por lo que para entenderlos mejor dividiremos los síntomas en cinco grupos (Vázquez y Sanz, 2010):

- **Afectivos:** cuando pensamos en depresión el síntoma que más rápido llega a nuestra mente es la tristeza, la cual es la principal queja de aquellas personas que sufren un cuadro depresivo. Sin embargo existen muchos más síntomas que pueden llegar a ser incluso más incapacitantes, como la irritabilidad, la ansiedad, la anhedonia o pérdida de la capacidad de disfrute, la sensación

de vacío o los sentimientos de culpa, inutilidad, desesperanza o de pérdida de control.

- **Motivacionales y conductuales:** la inhibición generalizada es uno de los aspectos por los que más sufren las personas con depresión, la apatía y la falta de motivación les impide realizar actividades tan sencillas como levantarse de cama y asearse. Además, también destaca el entecimiento generalizado que se puede observar en el habla o los movimientos corporales como la marcha, los gestos...
- **Cognitivos:** estos síntomas incluyen desde problemas de memoria, atención, toma de decisiones o capacidad de concentración hasta la pérdida de autoestima, las ideas de suicidio o la percepción negativa de sí mismo (pudiendo llegar a odiarse) y de su entorno, por ejemplo evaluando negativamente las intenciones de los demás hacía sí mismo.
- **Físicos:** el síntoma físico por excelencia son las alteraciones del sueño, que abarcan desde el insomnio hasta la hipersomnia, apareciendo en la mayoría de los casos una desregulación del ciclo de sueño-vigilia. Otros síntomas físicos comunes son la fatiga, alteraciones del apetito (aumento o disminución), pérdida del apetito sexual o dolor físico.

- **Interpersonales:** las relaciones interpersonales de las personas que sufren depresión suelen deteriorarse debido al aislamiento en el que se sume la persona afectada (falta de motivación para contactar o quedar con otros, fatiga, percepciones negativas distorsionadas acerca de la interacción con los demás...) y al alejamiento, o incluso rechazo, de las personas de su entorno derivado de episodios de irritabilidad, demandas persistentes de atención, quejas continuas acerca de su malestar...

A pesar de que los síntomas afectivos y motivacionales son los más incapacitantes a nivel anímico, son los síntomas físicos junto con los problemas de memoria y atención los principales motivos por los que la persona afectada acude a consulta. Incluso, en algunos casos, un consumo excesivo de tóxicos o un problema de juego podría estar enmascarando una depresión subyacente, por lo que es importante prestar atención a los síntomas de manera global, holística (Belloch, 2010).

## Las causas

Lo primero que hay que tener en cuenta a la hora de hablar de causas de la depresión es que no se puede culpabilizar a la persona que la padece. La depresión no aparece debido a una personalidad débil, a que la persona exagere sus problemas, que no sepa

enfrentarse a sus problemas o que intente manipular a los demás para obtener beneficios o que le presten atención. Las personas con depresión sufren y pueden llegar a sentirse solas, abandonadas y/o rechazadas incluso por aquellas personas que las apoyan.

En cuanto a las causas que sugiere la investigación, existen un número elevado de teorías que pretenden explicar cómo surge la depresión, pero la base de la mayoría de ellas implica la existencia de cierta vulnerabilidad previa en la persona que, tras la aparición de un estresor hace que se desencadene el cuadro depresivo, por lo tanto, podríamos decir que la depresión se debe a la interacción de múltiples factores (Sanz y Vázquez, 2010).

La vulnerabilidad podría ser explicada a través de la bioquímica, según la cual la depresión aparece como consecuencia de cierto desequilibrio en el funcionamiento del sistema de neurotransmisión, concretamente un déficit en la neurotransmisión serotoninérgica, involucrada en mantener la estabilidad del estado de ánimo (González de Rivera y Monterrey, 2010). Esta explicación es muy resumida, ya que entrarían en juego también los niveles de otros neurotransmisores como la noradrenalina o la dopamina, pero no profundizaremos tanto en este tema debido a su complejidad. Igualmente volveremos sobre ello más adelante, debido a su importante rol en el tratamiento farmacológico.

Además de las hipótesis bioquímicas, la vulnerabilidad también se podría explicar mediante las teorías relacionadas con los procesos de aprendizaje de la infancia (Nolen-Hoeksema, 1991). Estas teorías ponen su foco en los niños, los cuales aprenderían de sus padres comportamientos de afrontamiento poco adaptativos y relacionados con estilos más bien depresivos, los cuales interiorizarían y emplearían posteriormente al enfrentarse a situaciones adversas en sus vidas.

En cuanto a los estresores o desencadenantes, estos pueden ser muy diversos y pueden darse de manera aislada o conjuntamente. Ejemplos de estos son las pérdidas emocionales muy profundas (un duelo que se complica, una ruptura de pareja, la pérdida de una amistad...), la pérdida de un trabajo, el diagnóstico de una enfermedad crónica o con alta probabilidad de muerte u otros cambios importantes en la vida de la persona, que exceden la capacidad de adaptación de esta.

Es importante dejar claro que lo que para ciertas personas puede resultar el desencadenante de un cuadro depresivo, no tiene por qué serlo para otras. Es decir, cada año fallecen muchas personas y no todos sus familiares desarrollan un trastorno depresivo, sin embargo, es cierto que algunas personas, por el motivo que sea, no son capaces de elaborar un duelo “normal” y terminan sufriendo una depresión.

## Los factores de riesgo

Como ya hemos comentado, la depresión puede deberse a múltiples causas las cuales pueden estar a su vez correlacionadas con ciertos factores. A continuación nombraremos los factores de riesgo más comunes (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, 2014):

19

- **Sexo femenino:** dos mujeres sufren depresión por cada hombre que la padece.
- **Consumo de sustancias:** alcohol y otras drogas.
- **Enfermedades crónicas:** tanto físicas como mentales.
- **Trastornos de ansiedad:** se ha observado una relación muy cercana entre los trastornos depresivos y los de ansiedad.
- **Familiar de primer grado:** tienen el doble de posibilidades de desarrollar un cuadro depresivo.

## Las consecuencias asociadas

La depresión, mientras se padece, conlleva importantes complicaciones en la vida tanto de la persona afectada como de sus familiares, si bien es cierto que, una vez recuperada de este trastorno, estas repercusiones suelen desaparecer. Por ello es esencial comenzar el tratamiento cuanto antes, a fin de poder

prevenir estas consecuencias que pueden ir desde problemas como el sobrepeso o el aislamiento social al consumo de sustancias o el suicidio.

Los ejemplos más comunes de estos problemas asociados son los siguientes (APA, 2014; Vázquez y Sanz, 2010):

- Aislamiento social.
- Desregulación del ciclo sueño vigilia.
- Sobrepeso u obesidad, que pueden incluir problemas cardiorrespiratorios o diabetes.
- Conflictos de pareja, familiares o con los amigos
- Problemas en el ámbito laboral o académico.
- Otros trastornos psicológicos como la ansiedad, crisis de angustia, fobias, trastorno obsesivo-compulsivo...
- Consumo y abuso de sustancias (alcohol y otras drogas).
- Automutilación, por cortes o parasuicidios por ejemplo.
- Ideas suicidas, tentativas de suicidio o suicidio consumado.



## TRATANDO LA DEPRESIÓN

Este apartado se centra en los diferentes tratamientos de la depresión. Es muy importante que la persona afectada tome conciencia de la importancia del tratamiento, tanto psicológico como farmacológico, para que se responsabilice del mismo y tenga una actitud activa en su proceso de recuperación. Además, el tratamiento farmacológico suele tener ciertos efectos secundarios que pueden provocar abandonos de la medicación, por lo que es importante informar de todos ellos, a fin de facilitar la adherencia al mismo.

22

### Tratamiento farmacológico

Ante un diagnóstico de trastorno depresivo, el primer tratamiento que recibe la persona es el farmacológico. En un primer momento, la medicación pautada va dirigida a disminuir todo lo posible la sintomatología depresiva que está interfiriendo en la vida de la persona afectada, y poco a poco se va ajustando la pauta de modo que, con la mínima medicación posible, se puedan mantener los síntomas depresivos a raya y evitar su manifestación (Pérez, Fernández, Fernández y Amigo 2013).

Es importante puntualizar que es muy común tener que hacer reajustes en la medicación, ya que cada persona es distinta y lo que funciona para unas, no funciona para otras, por lo que en ciertas ocasiones el

psiquiatra tiene que ir pautando distintos fármacos hasta dar con el que mejor funcione con la persona en cuestión.

El tratamiento farmacológico por excelencia en depresión son los antidepresivos. Estos se utilizan para regular los desequilibrios en los niveles de unas sustancias químicas del cerebro (neurotransmisores), en especial la serotonina, aunque cada tipo de antidepresivo se centra en un neurotransmisor diferente (Stahl, 2009).

Antes de explicar brevemente los distintos tipos de antidepresivos, es importante aclarar dos aspectos. Por un lado, estos fármacos no suelen provocar dependencia, un tema que preocupa bastante a las personas cuando van a iniciar el tratamiento. Y, por otra parte, una característica de esta medicación es la demora del efecto, ya que desde que se empieza con el tratamiento, pueden pasar entre dos o cuatro semanas hasta que la persona empieza a notar los efectos (Stahl, 2009). Esto es esencial puntualizarlo, ya que muchas veces es motivo de abandono de la medicación, ya que la persona afectada puede impacientarse y perder la paciencia si no nota efectos tras tres semanas de medicación.

Stahl clasifica los antidepresivos en *clásicos* y *nuevos* (aunque estos últimos llevan empleándose más de una década). La principal ventaja de los nuevos sobre los clásicos es el menor número de efectos

secundarios, por lo que se suelen recetar estos en primer lugar y, cuando estos no funcionan, entonces se recurre a los clásicos. Entre los nuevos podemos destacar los antidepresivos por excelencia, que son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), la cual es el neurotransmisor más fuertemente relacionado con la depresión.

Además de los efectos antidepresivos deseados, estos fármacos tienen efectos secundarios, de los cuales los más comunes son: aumento de peso, somnolencia, sequedad de boca, estreñimiento, visión borrosa, mareos o náuseas, hipotensión arterial, insomnio, nerviosismo o disfunción sexual (Stahl, 2009). Estos efectos también suelen ser causa de abandono de medicación, y por ello en muchas ocasiones se pautan otro tipo de fármacos, como ansiolíticos, estabilizadores del estado de ánimo o, incluso, antipsicóticos.

Antes de finalizar este apartado, destacar que la investigación reciente sobre los trastornos del estado de ánimo (Popova, Daly et al, 2019), ha identificado anomalías en la transmisión del glutamato, además de una alteración de la función y la estructura de circuitos neuronales que intervienen en la regulación del estado de ánimo, lo que ha llevado a nuevas investigaciones sobre los moduladores de receptores glutamatérgicos de un tipo concreto (NMDA) en el tratamiento de la depresión. Por lo tanto, ciertos fármacos que modulan el sistema glutamatérgico y que se caracterizan por una acción rápida, podrían permitir, en un futuro cercano,

acortar significativamente el tiempo de latencia del tratamiento antidepresivo y prevenir el suicidio de forma más eficaz (Nivoli, Cruz et al., 2019).

## Tratamiento psicológico

25

Aunque en el pasado se priorizaba el tratamiento farmacológico, hoy en día se sabe que la terapia psicológica tiene un papel esencial en el tratamiento de la depresión.

La psicoterapia se puede definir como una intervención integral que trata de cambiar sentimientos, pensamientos y conductas que afectan negativamente a nuestro bienestar. Estas intervenciones se pueden realizar de manera individual o grupal, y en función del modelo u orientación terapéutica, harán más énfasis en algunos u otros aspectos.

En concreto, en depresión, la psicoterapia suele llevarse a cabo de manera individual, aunque pueden realizarse terapias de grupo. En cuanto al tipo de terapias, las más avaladas por la investigación para tratar la depresión son dos: la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal (Vallejo, 2016).

Por su lado, la **terapia cognitivo-conductual** (Beck, 1991; Lewinsohn, 1997) se basa en que el estado de ánimo de la persona afectada está directamente relacionado con el contenido de sus pensamientos, los cuales a su vez afectan también al comportamiento. La

premisa de la que parte esta terapia es que, en el momento en el que la persona es capaz de modificar esos patrones de pensamiento y conducta negativos, el estado de ánimo mejorará.

Por consiguiente, el objetivo de este tipo de terapia es ayudar a la persona a que sea capaz de reconocer esos pensamientos distorsionados, en qué situaciones específicas aparecen y aprender a sustituirlos por pensamientos más adaptativos y, a su vez, modificar las conductas derivadas de estos pensamientos negativos, ya que todo este conjunto es el que causa la aparición de la sintomatología depresiva. Para ello, la persona afectada debe adquirir un rol activo en la terapia, practicando las nuevas habilidades y conductas entrenadas en las sesiones mediante lo que en terapia se denomina “tareas para casa” (Pérez, Fernández, Fernández & Amigo 2013).

En su caso, la **terapia interpersonal** (Klerman, 1969) centra su intervención en la importancia de la interacción interpersonal y las relaciones sociales, ya que a ellas atribuye la causa de la aparición de la sintomatología depresiva. El objetivo de esta terapia, por tanto, es reducir los síntomas a través de la resolución o afrontamiento de problemas extraídos de la experiencia o vida de la persona afectada, encuadrados en cuatro áreas problemáticas: duelo o pérdida interpersonal, disputas interpersonales, cambios de rol o papel social y déficits interpersonales. Además, esta terapia cuenta con un formato adaptado

para ser llevado como terapia de pareja, lo cual puede ser interesante si la depresión viene acompañada de problemas en la relación de pareja.

Por último, para finalizar este apartado, puntualizar que el tratamiento más utilizado es la clínica es el tratamiento mixto, el cual combina el psicológico con el farmacológico, ya que ambos son tratamientos eficaces y juntos dan buenos resultados en la recuperación de la depresión (Vallejo, 2016).



## DEPRESIÓN EN PRIMERA PERSONA

Este capítulo está dedicado al autocuidado, a aquellas pautas y hábitos que pueden ayudar a la persona afectada su proceso de recuperación y en la prevención de recaídas.

Ante un trastorno depresivo, a menudo nos centramos en tratar de mitigar la sintomatología y los efectos negativos derivados, y nos olvidamos de otros aspectos igual de importantes, que pueden ayudar indirectamente en el proceso de mejora. Nos referimos a aspectos más ligados con el autocuidado general, como pueden ser la alimentación y el ejercicio físico, la higiene personal o los hábitos de sueño.

Por su parte, el estrés es un importante factor de riesgo para el desarrollo de cualquier enfermedad y, por lo tanto, no iba a ser menos en el caso de la depresión (Belloch, 2010). Es por ello, que resulta fundamental que la persona afectada aprenda estrategias de afrontamiento y técnicas de resolución de problemas, que le ayuden a gestionar situaciones altamente estresantes, así como técnicas de relajación que le sean útiles a la hora de reducir la activación derivada de las mismas.

En la línea de lo comentado, proponemos una serie de pautas muy generales que pueden ser de ayuda para las personas que sufren depresión:

- **Higiene personal.** Uno de los aspectos que las personas en estado de profunda depresión suelen descuidar es la higiene personal. No solo dejan de arreglarse, sino que pueden estar días sin ducharse o asearse. Por lo tanto, mantener una buena higiene personal podría revertir, en cierto modo, el efecto y ayudar a mejorar el ánimo, sintiéndose la persona más a gusto consigo misma.
- **Ejercicio físico.** Mantenerse activo trae muchos beneficios a nivel físico y anímico, ya que cuando hacemos ejercicio, nuestro cuerpo libera unas sustancias naturales denominadas endorfinas, que producen efectos como reducir la percepción del dolor, mejorar el sueño, reducir el estrés y la sensación de ansiedad...
- **Alimentación.** Seguir una alimentación sana y equilibrada repercutirá positivamente en el estado de ánimo, ya que hay ciertos componentes de los alimentos que pueden ayudar a aumentar los niveles de serotonina, lo cual ayudaría a su vez a disminuir el estado de ánimo depresivo.
- **Relajación o meditación.** Las técnicas de relajación y meditación ayudan a la persona a reducir la activación fisiológica, esto es, la respiración, el pulso cardíaco, la presión arterial, etc., lo cual a su vez produce un efecto relajante a nivel emocional y de sintomatología ansiosa,

además de ayudar a conectar con su cuerpo en el momento presente y desviar la atención de los pensamientos disruptivos acerca del pasado o el futuro.

- **Hábitos de sueño.** Como ya se ha expuesto anteriormente, los problemas de sueño son uno de los síntomas más comunes en depresión, lo cual suele venir acompañado de una desregulación del ciclo de sueño-vigilia. Por lo tanto, es muy importante intentar mantener unos hábitos de sueño regulares y saludables, a fin de minimizar al máximo la posibilidad de dicha desregulación.
- **Rutinas.** Intentar seguir una rutina y un ritmo similar al que llevábamos anteriormente, dará sensación de normalidad, hará que no nos dejemos llevar por la apatía, que los días sigan teniendo un sentido y nos ayudará a sentirnos mejor. Mantener unas rutinas, además, repercutirá en otros aspectos ya comentados como la alimentación, el sueño, la realización de ejercicio físico, la práctica de relajación, etc.
- **Relaciones sociales.** Como ya hemos comentado, el aislamiento social es una de las causas de la depresión, por lo tanto es muy importante pasar tiempo con otras personas con las que nos sentimos a gusto (familia, amigos...), ya que ayudará a dejar de poner el foco de atención en uno mismo y distraerse con otros

temas. Además, como se explicó en el apartado del tratamiento psicológico, hay un enfoque terapéutico que insiste en la importancia de las interacciones interpersonales para la recuperación.

- **Consumo de tóxicos.** El consumo de alcohol y otras drogas puede interferir con la medicación antidepresiva y hacer que esta no produzca el efecto que debiera, además de tener otros efectos indeseados, como la agravación del cuadro depresivo, agitación o ansiedad, aparición de sintomatología nueva o, incluso, riesgo de muerte.
- **No dudar en pedir ayuda.** La propia sintomatología depresiva (la inhibición conductual, la apatía, los sentimientos de desesperanza o culpa o el aislamiento social) pueden afectar a la capacidad de pedir ayuda, por lo que es esencial recordar que, aunque uno se sienta solo y desatendido, las personas que le rodean pueden sorprenderle y prestarle ayuda con solo pedirlo.



## DEPRESIÓN EN TERCERA PERSONA

Este apartado va dirigido a todos aquellos familiares y allegados que conviven o forman parte del día a día de las personas que sufren depresión. En él se pretende explicar cómo pueden ayudar a la persona afectada, enseñar pautas sencillas de comportamiento y de ayuda activa para su familiar y, sobre todo, mostrar la influencia positiva que pueden ejercer en la evolución de la persona afectada.

Es importante señalar que, para lograr una buena rehabilitación, el apoyo social es fundamental para la persona afectada, es decir, que los familiares y allegados le apoyen y comprendan es una de las claves para la recuperación. Los familiares deben armarse de paciencia, ya que puede resultar complicado lidiar con la desmotivación y la falta de ganas de la persona afectada, pero también deben tratarlos desde la tranquilidad y el cariño, modulando el lenguaje sugiriendo y proponiendo, en lugar de ordenar e imponer.

Generalmente, a las personas que sufren depresión les cuesta enormemente explicar lo que les ocurre, no encuentran las palabras para describir cómo se están sintiendo. Esto implica que a la familia le cueste entender la sintomatología de la depresión, y que considere a quien la padece una persona “vaga, de carácter débil que se deja arrastrar por los problemas y

sin fuerza de voluntad, que no lucha por salir adelante”, lo cual no hace otra cosa que culpabilizar a la persona afectada y, a su vez incrementar el aislamiento y la autoculpabilización. Por ello, es importante que la familia entienda que la depresión es una enfermedad que no depende de la fortaleza de la persona, sino que depende de numerosos factores que escapan al control de la persona afectada.

Por su parte, es normal que la dinámica familiar se pueda ver alterada, debido al impacto que una enfermedad como la depresión ejerce sobre los roles familiares (por ejemplo, parejas o hermanos que se convierten en cuidadores), la comunicación familiar, el vínculo emocional... y la fuente de estrés que conlleva la misma. Por ello, tan importante es que la persona afectada busque ayuda como que lo haga su familia, en concreto el cuidador principal, ya que el estrés puede provocar que se sienta desbordado e inducir un sentimiento de incapacidad como cuidador y el consecuente sufrimiento emocional. Lo que está claro es que, si una persona no está bien, difícilmente podrá cuidar de otra.

## **La familia, coadyuvante del tratamiento**

La familia juega un papel importante tanto en la búsqueda de ayuda como en el mantenimiento del tratamiento. Cuando empieza a aparecer la sintomatología depresiva, la persona que la sufre suele

creer que ya se le pasará, que es una mala racha, y tiende a ser la familia la encargada de convencerla de que debe buscar ayuda e, incluso, de ser quien la lleve a la primera consulta.

Por otro lado, en ocasiones puede darse un abandono del tratamiento, tanto farmacológico debido a los efectos secundarios indeseados, como psicológico ya que implica una participación activa y una asistencia con las que a menudo entra en conflicto la propia sintomatología del trastorno. Aquí es dónde la familia vuelve a tener un papel relevante, sobre todo cuando se trata de convivientes, los cuales algunas veces, no solo acompañan a la persona a terapia, sino que incluso participan en ciertas sesiones de terapia.

Pero además de apoyar al afectado en el inicio y el mantenimiento del tratamiento, la familia debe adquirir una actitud facilitadora que permita a la persona sentirse aceptada y entendida, a fin de que sea capaz de expresar sus sentimientos y pensamientos sin temor a ser juzgada o reprendida.

Al igual que en el apartado anterior, a continuación, proponemos una serie de ejemplos de pautas muy generales que pueden ser de ayuda para familiares y allegados:

- Ofrecer soporte emocional, comprensión, afecto y paciencia en lugar de juzgar y calificar negativamente.

- Reforzar logros y signos de mejoría, esto ayudará a la persona afectada a ser consciente de dicha mejoría y reforzará su autoestima.
- Apoyar sin llegar a sobreproteger. Hay que ser conscientes de que la persona todavía puede ser autónoma y no necesita que lo hagamos todo por ella.
- No ignorar nunca comentarios acerca de pensamientos o planes suicidas. Podrían ser una petición de ayuda.
- Proponer, sugerir, animar a realizar actividades que puedan hacerle sentir mejor, pero sin llegar a imponer, obligar o forzar, o el efecto será contraproducente.

■

## DEPRESIÓN Y SUICIDIO

Cada año, el suicidio es la causa de más de 3500 muertes en España, lo que implica que unas 10 personas al día acaban con su vida, esto es aproximadamente el doble de muertes que las causadas por accidente de tráfico. Estos datos han convertido al suicidio la principal causa externa de muerte (Anseán, 2014).

Por su parte, la depresión es el factor de riesgo suicida más determinante, ya que aproximadamente la mitad de las personas que se quitan la vida sufren un trastorno depresivo. Igualmente, los sentimientos de desesperanza son el síntoma más fuertemente relacionado con las tentativas suicidas de las personas con cuadros depresivos, y aspectos como un tratamiento deficiente o alta hospitalaria reciente e inicio de mejoría sintomática se han relacionado con el suicidio consumado en personas deprimidas (Navío y Villoria, 2014).

Por otro lado, aunque todavía están pendientes de estudio, Barraclough et al. han identificado ciertas características que podrían constituir factores de riesgo suicida entre personas con depresión, como pueden ser el número de tentativas previas, los problemas de memoria, el insomnio, la ausencia de apoyo (familiar y/o social) o la ansiedad. De todos modos, sí existen ciertas señales de alarma comunes (Acinas, 2014) que

pueden ayudar a las personas cercanas a identificar un posible riesgo suicida:

- Comentarios negativos sobre sí mismo, su vida o su futuro, p. ej. “Mi vida no tiene sentido”, “Las cosas no van a mejorar nunca”, “Quiero terminar con todo”, “Sin mí el mundo sería un lugar mejor”.
- Comentarios acerca del acto suicida o la muerte, p. ej. “Me gustaría dormirme y no despertarme más”, “No merece la pena seguir viviendo”.
- Despedidas inusuales, p. ej. “Siempre te querré”, “Quiero que sepas que siempre has sido un apoyo para mí”.
- Expresión de sentimientos de desesperanza, inutilidad, soledad, liberación...
- Cambios conductuales repentinos que pueden ir en dos direcciones: un aumento significativo de la irascibilidad, la agresividad, insomnio... o un periodo de calma y tranquilidad repentino tras una etapa de gran agitación, lo cual se puede interpretar erróneamente como una señal de mejoría.
- Falta de implicación en actividades grupales.
- Regalar objetos muy personales a los que tienen gran apego.
- Indiferencia a elogios y refuerzos.
- Cerrar cuentas de redes sociales si las tienen.

- Resolver asuntos pendientes.

El suicidio provoca en los familiares y allegados una amplia gama de sentimientos que pueden ir desde la tristeza hasta la ira, pasando por la culpa (Jiménez et al., 2014). Esta última es el sentimiento por excelencia de los supervivientes del suicidio consumado, ya que a menudo aparecen pensamientos del tipo “¿cómo no me pude dar cuenta?” o “tenía que haberlo evitado”, por ello es esencial que tengan claro, tanto familiares como allegados, que ante una situación como esta, no existe ningún culpable, y que ninguno de ellos es responsable de la medida que tomó su familiar, ya que fue una decisión personal, basada en sus emociones y pensamientos. En los casos en los que la culpa, la tristeza o la ira son muy elevadas o interfieren en su vida diaria, es importante que los supervivientes vean a un profesional para tratar este tema y poder retomar su vida, integrando de manera adecuada la pérdida de su ser querido.



## BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Anseán, A. (2014). *Suicidios. Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida. 2ª edición, revisada*. Madrid: Fundación Salud Mental España.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. A Coruña: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t).

Nivoli, A., Cruz, N., González-Pinto, A., Colom, F., & Vieta, E. (2019). Capítulo 4: Tratamiento de la depresión mayor en pacientes con respuesta insuficiente inicial. En E. Vieta Pascual, & V. Pérez Sola, *Depresiones bipolares y unipolares*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es>

Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J., Fernández Rodríguez, C., & Amigo Vázquez, I. (2013). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces. Adultos*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Popova, V., Daly, E. J., Trivedi, M., & al., e. (2019). Efficacy and Safety of Flexibly Dosed Esketamine Nasal Spray Combined With a Newly Initiated Oral Antidepressant in Treatment-Resistant Depression: A Randomized Double-Blind Active-Controlled Study. *The American Journal of Psychiatry*, 176(6): 428-438.

Sanz, J., & Vázquez, C. (2010). Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas. En A. Belloch, B. Sandín, & F. Ramos, *Manual de psicopatología. Edición revisada. Volumen II* (págs. 271-298). Madrid: McGraw-Hill.

Stahl, S. M. (2009). *Psicofarmacología esencial*. Barcelona: Ariel Neurociencia.

Vallejo Pareja, M. (2016). *Manual de terapia de conducta. Tomo I*. Madrid: Dykinson.

Vázquez, C., & Sanz, J. (2010). Trastornos del estado de ánimo: Aspectos clínicos. En A. Belloch, B. Sandín, & F. Ramos, *Manual de psicopatología. Edición revisada. Volumen II* (págs. 233-267). Madrid: McGraw-Hill.





*Saúde Mental*

