



**Universidad de Valladolid**

**Facultad de Enfermería**

**GRADO EN ENFERMERÍA**

**[ ALTERNATIVAS A LA MEDICACIÓN  
EN EL TRATAMIENTO DE LA  
DEPRESIÓN:  
LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS ]**

**Autor/a: Ricardo García Barrigón.**

**Tutor/a: Eva Muñoz Conejero.**

## **RESUMEN**

El tratamiento actual de la depresión, basado en antidepresivos, está comenzando a ser cuestionado respecto a su utilidad en favor de los tratamientos psicológicos, por lo que el objetivo principal de este trabajo consiste en demostrar mediante una revisión bibliográfica la utilidad y aplicabilidad en el ámbito sanitario, resaltando la enfermería, de los tratamientos psicológicos como alternativas a la medicación.

Las terapias psicológicas que cuentan con mayor apoyo empírico son la terapia de conducta, la terapia cognitivo-conductual y la psicoterapia interpersonal. Cada vez más organismos de peso en el área de la salud están dando su apoyo a la introducción de estas terapias. Por ello, la formación del personal de enfermería en los tratamientos psicológicos más utilizados podría resultar de gran utilidad como apoyo para la mejor adhesión al tratamiento por parte de los pacientes, además de llevar a una mejor evaluación en cuanto al funcionamiento de la misma.

Los resultados obtenidos muestran que las psicoterapias son un tratamiento útil para gran proporción de los casos de depresión. Pese a ello, la falta de profesionales en el Sistema de Salud capacitados para realizar dichas terapias dificulta la demostración de su utilidad y enlentece su introducción como terapias de elección en el sector.

**Palabras Clave: Depresión, antidepresivos, tratamientos psicológicos, enfermería.**

## ÍNDICE DE SIGLAS:

ACV: Accidente Cerebro-Vascular.

APA: Asociación Americana de Psiquiatría (*American Psychiatry Association*).

CAD: Curso para el Afrontamiento de la Depresión.

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades.

DALYs: Años de Vida Ajustados por la Discapacidad (*Disability Adjusted Life Years*).

DSM: Manual de Trastornos Mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*).

EAP: Asociación Europea de Psicoterapia.

IMAO: Inhibidores de la Monoaminoxidasa.

INDI: Intervenciones para la Mejora de la Depresión (*Interventions for Depression Improvement*).

IRND: Inhibidores de la Recaptación de Noradrenalina y Dopamina.

IRSN: Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Noradrenalina.

ISRN: Inhibidores de los Receptores de Serotonina y Noradrenalina.

ISRS: Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina.

NICE: Instituto Nacional de la Salud y la Excelencia Clínica de Reino Unido (*National Institute for Health and Clinical Excellence*).

OMS: Organización Mundial de la Salud.

TCC: Terapia Cognitivo - Conductual.

SNS: Sistema Nacional de Salud.

## **ÍNDICE:**

**Pág.**

<b>INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>2</b>
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>4</b>
<b>METODOLOGÍA.....</b>	<b>4</b>
<b>DESARROLLO.....</b>	<b>5</b>
<b>1.- DEPRESIÓN. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.....</b>	<b>5</b>
<b>2.- TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS PARA LA DEPRESIÓN.....</b>	<b>10</b>
<b>2.1.- TERAPIA DE CONDUCTA.....</b>	<b>11</b>
<b>2.2.- TERAPIA COGNITIVA.....</b>	<b>15</b>
<b>2.3.- PSICOTERAPIA INTERPERSONAL.....</b>	<b>16</b>
<b>3.- OTRAS TERAPIAS.....</b>	<b>16</b>
<b>4.- ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN.....</b>	<b>17</b>
<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>20</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>22</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>22</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>26</b>

## **INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.**

El término depresión se refiere, en el ámbito sanitario, a un trastorno mental con afectación cognitiva, emotiva y conductual, normalmente asociado a la tristeza y sentimientos de inutilidad<sup>1,2</sup>.

Se calcula que esta enfermedad afecta del 3% al 5% de la población general, datos que aumentan hasta el 5-10% en lo que se refiere a la población atendida en Atención Primaria, y hasta un 9-16% de las personas hospitalizadas<sup>4</sup>. Existen también diferencias entre hombre y mujeres, dándose en una proporción de 1,5 a 3 veces más en mujeres<sup>3,5</sup>.

La depresión es, además, causante de grandes gastos sanitarios y costes en la productividad laboral, dado que además de la propia patología, viene asociado un alto riesgo de comorbilidades y un aumento del tiempo de baja e inactividad laboral<sup>6</sup>. Este hecho, se debe en parte a que es un trastorno no correctamente tratado en una elevada proporción de los casos: se calcula que de un 50-60%; sino que es asumido como reacción normal incluso cuando es desadaptativa, creando una tendencia terapéutica que evita los efectos beneficiosos de su tratamiento<sup>4</sup>.

En cuanto a las enfermedades asociadas, se ha visto relación entre la depresión y patologías cardíacas, endocrinas, neurológicas, renales, oncológicas e, incluso, con otros trastornos mentales. La relación más significativa se ha encontrado con el cáncer, donde, dependiendo del tipo, tratamiento y pronóstico, se encuentra una prevalencia de entre el 22 y el 29%<sup>1,7</sup>. La comorbilidad no sólo incluye una tendencia favorable al desarrollo de estas patologías, sino también un peor seguimiento y respuesta ante el tratamiento de las mismas<sup>3</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que, al llegar a 2020, la Depresión se habrá colocado en la segunda posición en el ranking de los Años de Vida Ajustados por la Discapacidad (DALYs, por sus siglas en inglés: *Disability Adjusted Life Years*), escala que calcula la pérdida de años de vida “sana” comparando el estado de salud ideal con el estado de salud actual<sup>4,8</sup>.

Estas estadísticas hacen obvia la importancia de un tratamiento eficaz para este trastorno. Desde la Psiquiatría, el tratamiento de elección ha sido esencialmente farmacológico<sup>9</sup>. Sin embargo, revisiones como la de Pérez Álvarez y García Montes (2001) llevan poniendo en duda desde hace años la eficacia del tratamiento farmacológico, promoviendo el incremento del uso de terapias psicológicas, cuya eficacia en este campo ha quedado demostrada. Además, se critican los inconvenientes de los tratamientos farmacológicos en cuanto a efectos adversos<sup>10</sup>, aunque a pesar de ello, la utilización de antidepresivos en España entre el año 2000 y el 2013, ha aumentado un 200%, con cifras semejantes en el resto de la Unión Europea<sup>11</sup>.

La OMS y el Instituto Nacional de la Salud y la Excelencia Clínica de Reino Unido (NICE: *National Institute for Health and Clinical Excellence*) también rechazan la utilización exclusiva de los fármacos antidepresivos, aconsejando la incursión en los tratamientos de mayor número de terapias psicológicas como tratamiento alternativo o combinado con otros, dependiendo de cuál sea la mejor opción para el paciente<sup>12, 13</sup>.

En España, el Ministerio de Sanidad aboga ya por la intervención psicológica en la depresión, independientemente de su gravedad, resaltando la importancia de establecer un tratamiento psicoeducativo. Además, ha desarrollado el modelo de Intervenciones para la Mejora de la Depresión (INDI: *Interventions for Depression Improvement*), que señala la utilidad de las intervenciones psicológicas y a la enfermería la labor de facilitar este tipo de tratamientos, junto con la evaluación de su eficacia y adherencia<sup>14</sup>.

Las evidencias encontradas apuntan a un posible cambio en los próximos años del enfoque del tratamiento de la depresión. La formación teórica en Enfermería incluye, aparte de formación farmacológica, bases psicosociales para un trato más humano de los pacientes, sin embargo, aún es extraña la formación en otros tipos de tratamiento y, dado que la labor de la enfermería no se puede reducir a la subordinación de la medicina, sería importante incluir las aportaciones de otras áreas que puedan favorecer la labor real de esta disciplina: el cuidado de las personas.

Para el caso de la depresión, sería de gran utilidad conocer y poner en práctica en determinadas circunstancias las bases de los principales tratamientos psicológicos, lo que ayudaría a los profesionales de enfermería a realizar una intervención más integral y les otorgaría capacidad para evaluar mejor la evolución de los pacientes.

## **OBJETIVOS.**

Principal: exponer la utilidad de los tratamientos psicológicos de la depresión como terapias alternativas a la medicación de gran aplicabilidad en el ámbito sanitario.

Secundarios:

- Conocer la eficacia comparativa de los tratamientos psicológicos en referencia a los farmacológicos.
- Identificar las bases de las psicoterapias con mayor aplicabilidad en el ámbito sanitario.
- Explicar la mejoría que podría suponer la formación de los profesionales de enfermería en tratamientos psicológicos para el cuidado de los pacientes.

## **METODOLOGÍA.**

La metodología utilizada para la realización de esta revisión bibliográfica se ha basado en la búsqueda de información presente en monografías y artículos disponibles en internet, a través de buscadores como PubMed, EBSCO, LILACS o JAMA, además de las páginas web oficiales de la Organización Mundial de la Salud, la Asociación Americana de Psiquiatría y del Instituto Nacional de la Salud y la Excelencia Clínica de Reino Unido.

También fueron consultados libros disponibles en la biblioteca del Edificio de Ciencias de la Salud de Valladolid y en la de la Escuela Superior de Enfermería de Santa María, en Oporto.

## **DESARROLLO**

### **1.- DEPRESIÓN. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.**

Los dos grandes sistemas de clasificación de las enfermedades mentales son la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), de la Organización Mundial de la Salud y el Manual de Trastornos Mentales (DSM), de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), que cuentan con criterios propios para el diagnóstico de las diferentes patologías mentales, incluidas entre ellas los trastornos o episodios depresivos<sup>1,2</sup>.

Según la CIE, durante los Episodios Depresivos, el sujeto sufre un estado de ánimo bajo, una reducción de su energía habitual y una disminución de la actividad. Se reduce también la autoestima y se producen alteraciones en el sueño y la alimentación. Esta clasificación establece tres criterios diagnósticos<sup>2</sup>:

- Duración del episodio mayor a dos semanas.
- Ausencia de episodios hipomaníacos o maníacos.
- Imposibilidad de atribución del episodio al consumo de sustancias psicoactivas o a trastornos mentales orgánicos.

Por su parte, la otra gran clasificación, el DSM, en su quinta edición reconoce como representante de los trastornos depresivos el Trastorno Depresivo Mayor, cuyos criterios diagnósticos son la presencia, durante al menos dos semanas, de cómo mínimo cinco de los siguientes síntomas<sup>1</sup>:

- Humor depresivo subjetivo u observado por otros durante la mayor parte del día.
- Disminución marcada del interés o placer por las actividades habituales.
- Cambios por aumento o disminución en apetito y peso, sin existencia de dieta.
- Somnolencia diaria o casi diaria.



- Agitación o disminución psicomotriz.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimientos excesivos de culpabilidad o inutilidad.
- Disminución de la capacidad para concentrarse o tomar decisiones.
- Pensamientos relacionados con la muerte, incluyendo ideación suicida con o sin plan específico.

Al igual que en la CIE, estos síntomas no deben poder asociarse al consumo de sustancias psicoactivas ni deben haberse producido episodios maníacos a lo largo de la vida del sujeto.

Además, los médicos cuentan con la práctica ayuda de diferentes test, que son utilizados para establecer un diagnóstico más preciso o para ver el grado de afectación del trastorno. Los test más frecuentemente utilizados en el caso de la depresión son:

#### 1. Inventario de Depresión de Beck.

En la última edición del Inventario, sus autores lo definen como una herramienta dirigida a determinar la severidad de la depresión en adolescentes y adultos. Consta de 21 ítems de respuesta múltiple y tiene la característica de poder ser auto-aplicado. Sus autores también señalan que sus resultados no establecen un diagnóstico, sino que debe ser utilizado para el cribado y confirmación del trastorno<sup>15</sup>.

A pesar de los apuntes de los autores, este inventario es considerado como uno de los de mayor fiabilidad para el diagnóstico. Otra de las razones de su extendido uso es que responde a una valoración subjetiva que realiza el paciente sobre sí mismo, siendo la autopercepción de evolución positiva una de las claves del tratamiento de la Depresión (ANEXO I-A)<sup>10, 16, 17</sup>.

## 2. Escala de Hamilton.

Contando la versión original también con 21 ítems, la Escala de Hamilton se define como una herramienta para la evaluación de la depresión. Se trata de una escala no auto-aplicable que es utilizada en la entrevista clínica con el objetivo de evaluar la gravedad de los síntomas de la patología y valorar los cambios<sup>10</sup>. Cada pregunta tiene de 3 a 5 respuestas y una puntuación total de 0 a 52, correspondiendo el 52 al mayor grado de depresión<sup>18</sup>.

Esta escala cuenta con el apoyo del NICE como herramienta útil de evaluación del trastorno (ANEXO I-B)<sup>13, 18</sup>.

## 3. Escala de Funcionamiento Global.

Pese a no ser una escala diseñada para la evaluación de la depresión, su uso queda justificado dada la utilidad en la valoración del impacto de la depresión en la vida cotidiana, así como para comprobar la eficacia de los tratamientos. La escala valora hasta 100 puntos, puntuación que representa la satisfacción total en la resolución de problemas relacionados con la vida diaria, representando la menor de 50, síntomas graves en dicha resolución (ANEXO I-C)<sup>10, 19, 20</sup>.

Una vez diagnosticado el trastorno depresivo, es necesario llevar a cabo un correcto tratamiento. Para ello, la terapia de elección ha sido tradicionalmente farmacológica<sup>4, 13</sup>.

Asociaciones como la APA continúan promoviendo el uso de fármacos como la primera y principal opción para el tratamiento de la depresión, aunque optan por las terapias psicológicas para el tratamiento de los episodios depresivos leves y moderados<sup>9</sup>.

En la siguiente tabla se incluyen las grandes familias de antidepresivos, junto a los principales principios activos que representan cada una de ellas.

**Tabla 1: Principales grupos de antidepresivos (Elaboración propia a partir de APA, 2010; Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad, 2014)<sup>9,14</sup>.**

<b>Tricíclicos</b>	<b>Imipramina, Amitriptilina, Clormipramina, Nortriptilina, Doxepina.</b>
<b>Inhibidores de la Monoaminoxidasa (I-MAO)</b>	<b>Iproclozida, Isocarboxazida, Moclobemida, Fenelzina, Selegilina.</b>
<b>Tetracíclicos</b>	<b>Maprotilina, Mianserina, Trazodona.</b>
<b>Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS)</b>	<b>Fluoxamina, Fluoxetina, Paroxetina, Sertralina, Escitalopram.</b>
<b>Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Noradrenalina (ISRN)</b>	<b>Reboxetina, Atomoxetina, Maprotilina.</b>
<b>Inhibidores de la Recaptación de Noradrenalina y Dopamina (IRND)</b>	<b>Bupropion.</b>
<b>Inhibidores de los Receptores de Serotonina y Noradrenalina (IRSN)</b>	<b>Venlafaxina, Mirtazapina, Duloxetina.</b>

Los primeros medicamentos antidepresivos fueron los Tricíclicos, que junto a los I-MAO y los tetracíclicos, son considerados los antidepresivos clásicos. En la actualidad, debido a sus efectos adversos y las interacciones con otros medicamentos, su uso ha decaído<sup>9,21</sup>.

Para salvar esas limitaciones, nació el grupo de los ISRS, medicamentos sintéticos con muchos menos efectos adversos<sup>21</sup>. Pero a pesar del menor número de interacciones, los ISRS han sido objeto de duras críticas debido a que cuentan también con menor eficacia<sup>10</sup>.

El futuro de los antidepresivos podría residir en el grupo de los IRSN, con la Venlafaxina al frente. En ocasiones considerados como los antidepresivos de nueva generación, se trata de fármacos relativamente nuevos, ya con gran aplicación en el

campo de la salud mental debido a una mejor relación efectos terapéuticos-adversos, y cuyo uso podría seguir extendiéndose<sup>9,21</sup>.

La eficacia del tratamiento farmacológico ha sido demostrada desde la aparición de los primeros fármacos antidepresivos, sin embargo, también han sido notables sus efectos adversos, destacando entre ellos los descritos en la Tabla 2.

**Tabla 2: Efectos adversos de los principales grupos de antidepresivos (Elaboración propia a partir de APA, 2010)<sup>9</sup>.**

<b>Tricíclicos</b>	<b>Sedación, ganancia de peso, complicación de patologías cardíacas, disfunción sexual, síntomas anticolinérgicos (boca seca, sudación excesiva, hipertensión, estreñimiento).</b>
<b>Inhibidores de la Monoaminoxidasa (I-MAO)</b>	<b>Cefalea, confusión, insomnio, diaforesis, diarrea, hipertermia, hipotensión ortostática agravada, crisis hipertensivas, ganancia de peso. Producen interacciones con tricíclicos, ISRS, IRSN y múltiples alimentos (Algunas carnes, queso, cerveza, vino tinto).</b>
<b>Tetracíclicos</b>	<b>Somnolencia, disfunción eréctil, complicación de patologías cardíacas</b>
<b>Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS)</b>	<b>Diarrea, vómitos, náuseas, trastornos del sueño, disfunción sexual, ganancia de peso.</b>
<b>Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Noradrenalina (ISRN)</b>	<b>Vómitos, náuseas, síntomas anticolinérgicos (boca seca, sudación excesiva, hipertensión, estreñimiento).</b>
<b>Inhibidores de la Recaptación de Noradrenalina y Dopamina (IRND)</b>	<b>Cefaleas, temblores, agitación, insomnio, estreñimiento.</b>
<b>Inhibidores de los Receptores de Serotonina y Noradrenalina (IRSN)</b>	<b>Vómitos, náuseas, disfunción sexual, síntomas anticolinérgicos (boca seca, sudación excesiva, hipertensión, estreñimiento).</b>

Hay que destacar también la importancia que tiene la interrupción inadecuada del tratamiento farmacológico, pues se asocia a la aparición de síntomas de dependencia como: irritabilidad, náuseas, insomnio, inestabilidad en la marcha, sudoración y parestesias. Estos efectos adversos aparecen también, a corto plazo, tras la finalización del tratamiento<sup>14</sup>.

## **2.- TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS PARA LA DEPRESIÓN.**

La rama de la Psicología presente en el ámbito sanitario se denomina Psicología Clínica, que se define como una disciplina científico-profesional que proporciona modelos conceptuales explicativos de los trastornos mentales y del comportamiento, así como las estrategias complementarias o alternativas para la prevención, la evaluación, el tratamiento y la rehabilitación de esos trastornos<sup>22</sup>.

La presencia de psicólogos en el Sistema Nacional de Salud (SNS) ha brillado tradicionalmente por su ausencia. En la actualidad el número sigue siendo reducido, aunque cada vez son más las asociaciones que insisten en la mayor inclusión de este colectivo en la Atención Primaria y Especializada<sup>23, 24, 25</sup>.

En España, estudios como el llevado a cabo por Sánchez Reales y colaboradores en 2015 mostraron la gran utilidad de la implantación de un dispositivo ambulatorio de Psicología Clínica como método para descongestionar la Atención Primaria. Los resultados mostraron, además de la reducción en la sobrecarga de pacientes con trastornos mentales, una disminución del uso de medicación de un 25, 19%<sup>25</sup>.

El acceso de los psicólogos al sistema de salud se obtiene mediante la realización del Máster en Psicología General Sanitaria o mediante la especialización en Psicología Clínica, que cuenta además con un periodo de residencia. Al contrario que en otros países, sobre todo de Latinoamérica, una vez dentro del SNS los psicólogos quedan prácticamente limitados a las áreas asociadas a la Salud Mental, sin presencia en otras especialidades<sup>23, 26</sup>.

Estos psicólogos con formación sanitaria son los encargados del desarrollo de los tratamientos psicológicos, que cuentan con una teoría, un modelo y un método de

aplicación. A través de la evaluación del paciente, se encargan de decidir sobre la duración y los recursos que se van a movilizar para la realización de las terapias, así como de los aspectos principales sobre los que tratar<sup>22</sup>.

La Asociación Europea de Psicoterapia (EAP) ha definido la psicoterapia como “un tratamiento o intervención terapéutica integral, deliberada y planificada, basada en una formación amplia y específica en alteraciones del comportamiento, enfermedades o necesidades más amplias de desarrollo personal, relacionadas con causas y factores psicosociales y psicosomáticos”<sup>14</sup>. Los profesionales que pueden haber sido formados como psicoterapeutas son médicos, trabajadores sociales o psicólogos, siendo este último grupo el mayoritario.

Los tratamientos psicológicos que cuentan con mayor evidencia experimental en el tratamiento de la depresión son: la Terapia de Conducta, la Terapia Cognitiva y la Psicoterapia Interpersonal<sup>9, 10, 13, 27</sup>.

## 2.1.- LA TERAPIA DE CONDUCTA.

La Terapia de Conducta ofrece un tratamiento completo tanto de la depresión como de cualquier trastorno psicológico. No es una terapia estructurada como, por ejemplo, la Terapia Cognitiva, sino que bajo este nombre se engloban seis terapias independientes<sup>10</sup>.

### a- Programa de Actividades Agradables.

Consistente en 12 sesiones, este programa forma parte de la Terapia Cognitiva, como Activación Conductual, y del Curso de Afrontamiento de la Depresión. Existe evidencia que avala su utilidad de forma aislada y, aunque no es común su uso de esta manera, se ha llegado a considerar una de las terapias más útiles e, incluso, por algunos autores, la parte útil de la Terapia Cognitiva<sup>10, 14</sup>.

El Programa de Actividades Agradables se basa en la eliminación de la apatía característica de los pacientes depresivos, con el objetivo de que comiencen a retomar actividades de forma autónoma. Incluye un conjunto de estrategias como el entrenamiento asertivo, la relajación, la toma de decisiones, la solución de problemas, la comunicación y el manejo del tiempo; intentando dar control sujeto sobre sus propias acciones en un amplio abanico de situaciones sociales diferentes<sup>10, 14</sup>.

Básicamente trata de realizar tareas sencillas y gratificantes en un inicio, para ir encaminando al sujeto hacia la realización de otras tareas más complejas y devolverle la autonomía perdida.

Desde la Teoría Conductiva, se justifica atribuyendo a las acciones del sujeto un *feedback* negativo en cuanto a las respuestas obtenidas del medio. Esta relación, poco a poco, ha ido mermando el número de acciones del sujeto, que deja de actuar al no obtener resultados positivos<sup>10, 14</sup>.

#### b- Entrenamiento de Habilidades Sociales.

También basado en 12 sesiones, esta terapia busca el desarrollo de habilidades sociales en tres clases de conductas<sup>10</sup>:

- Aserción Negativa: implica la mejora de conductas que protegen los intereses propios de la persona, buscando que sea capaz de defender sus derechos y opiniones.

- Aserción Positiva: representa la promoción de la expresión de sentimientos positivos hacia otras personas.

- Habilidades Conversacionales: supone, básicamente, saber mantener una conversación. Mediante práctica, se ensaya para situaciones que puedan surgir en la vida diaria, ya sea en familia, en el trabajo o en cuanto al ocio.

Mediante esta terapia se busca el establecimiento y fortalecimiento de redes sociales, que suelen verse gravemente afectadas en la Depresión. En general, los estudios defienden su eficacia respecto al placebo, pero existe controversia en la comparación con otras terapias psicológicas y con la medicación<sup>10</sup>.

#### c- Curso para el Afrontamiento de la Depresión (CAD).

El CAD es un programa para el tratamiento de la depresión que cuenta con su propio manual y un cuaderno de actividades. En su origen era destinado en exclusiva a la población adulta, pero ha sido ampliado abarcando otros grupos sociales como adolescentes, ancianos o minorías<sup>10</sup>.

El CAD se basa en 12 sesiones, a las que se suman dos de apoyo al mes y a los seis meses de la última. Es un tratamiento psico-educativo que tiene incluido entre sus contenidos el programa de experiencias agradables, el entrenamiento en habilidades sociales, la modificación de cogniciones, mantenimiento de motivaciones y, en su última sesión, los “planes de vida”, donde se tratan los valores personales y las metas de los participantes<sup>10, 28</sup>.

En el manual se describen detalladamente las características de la teoría base, las actitudes que deben adoptar los psicoterapeutas y el contenido de cada una de las sesiones<sup>28</sup>.

Uno de los grandes logros de esta terapia ha sido conseguir ser efectiva en pacientes refractarios al tratamiento farmacológico<sup>10</sup>.

#### d- Terapia de Autocontrol.

La Terapia de Autocontrol fue desarrollada por Lynn Rehm en 1977 para una intervención de entre 6 y 12 sesiones, individuales o en grupo<sup>10</sup>.

Esta terapia asume que la depresión surge por déficits en el manejo de la conducta de uno mismo, que es la herramienta del sujeto para llegar a sus metas. Así, su objetivo principal es promover la autodeterminación del paciente en cuanto a su conducta. Se intenta invertir los pensamientos negativos respecto a sus acciones, que suelen actuar con una retroalimentación hacia el polo más desadaptativo<sup>29</sup>.

A pesar de haber demostrado su eficacia, no es un tratamiento de elección, pues ha sido objeto de escrupulosos estudios en los que se ha criticado su falta de especificidad, además de producirse el auge de otras terapias psicológicas como la Cognitiva o la Psicoterapia Interpersonal<sup>10</sup>.



#### e- Terapia de Solución de Problemas.

Tiene como principio que la depresión surge de situaciones problemáticas a las que el sujeto no ha sabido reaccionar. La falta de respuesta crea una baja tasa de retroalimentación, por lo que la persona va acumulando esos problemas<sup>10, 14</sup>.

Con esta base, la terapia consistirá en establecer estrategias y desarrollar conductas para afrontar los problemas. Se describen cinco fases en la resolución de los problemas: orientación del problema, definición, generación de alternativas, toma de decisiones y verificación de la solución<sup>30</sup>.

Su eficacia ha sido demostrada por diversos estudios experimentales, sin embargo su aplicabilidad está más reducida a las depresiones exógenas, las que cuentan con una causa externa, pues en las depresiones endógenas es difícil localizar los problemas sobre los que esta terapia actúa, si los hay<sup>a</sup>. Además, dicha eficacia ha sido fundamentada tomando la terapia de forma aislada, no encontrándose en su combinación con fármacos cambio alguno respecto al tratamiento exclusivo con antidepresivos<sup>14</sup>.

#### f- Terapia Conductual de Pareja.

Este tratamiento, el último del grupo de las terapias de conducta, trata la depresión en un contexto interpersonal, dando mayor importancia al entorno que otras terapias. Siguiendo este punto, no se trata de atribuir las causas de la depresión a la insatisfacción marital, pero sí se ha visto que la afectación de la relación favorece la aparición de síntomas depresivos, así como que la recuperación de una buena relación conyugal es clave en el tratamiento de la depresión<sup>10, 14</sup>.

Esto se justifica por la pérdida de apoyo social que supone una mala relación de pareja, una base de seguridad para con el entorno en general. La solución a dicho problema estaría en recuperar las actividades agradables en detrimento de conductas agresivas o exclusivas, restableciendo así la base de seguridad.

Siendo más frecuente en mujeres la depresión asociada a insatisfacción marital, los estudios se han centrado sobre todo en el sexo femenino, obteniendo las pacientes significativas mejorías<sup>10, 14</sup>.

## 2.2.- LA TERAPIA COGNITIVA.

La Terapia Cognitiva o Cognitivo-Conductual (TCC) fue desarrollada por Aaron Beck desde finales de los años cincuenta y tiene la particularidad de ser una terapia psicológica creada específicamente para la depresión aunque, puede ser utilizada para otros trastornos psicológicos. Es la terapia más reconocida y utilizada en el ámbito de la salud mental<sup>9, 10, 14</sup>.

Se basa en la concepción de la depresión como fruto de los pensamientos negativos del sujeto sobre sí mismo, sobre el mundo y sobre el futuro. Estos pensamientos desde la perspectiva cognitiva suponen errores en el procesamiento de la información, siendo la labor de esta terapia la resolución de tales procesos cognitivos erróneos<sup>10, 14</sup>.

La terapia de Beck incluye entre 15 y 25 sesiones, que además de las básicas incluyen las de continuación y terminación. Durante las sesiones se incide con un enfoque psico-educativo tanto en la modificación de pensamientos como de conductas. De esta manera, se enseña a los sujetos las bases de la teoría cognitiva de la depresión, originada por sus propios pensamientos, para enseñarles después estrategias que les ayuden a evitar dichos pensamientos.

La TCC incluye, además de estas técnicas cognitivas, técnicas conductuales, entre las que se incluye la Activación Conductual, basado en el Programa de Conductas Agradables.

Esta terapia es una de las que cuenta con mayor soporte empírico, habiéndose demostrado su eficacia equiparable a la medicación en el tratamiento de los trastornos depresivos leves<sup>9, 12</sup>. En cuanto a los trastornos depresivos graves, el tratamiento farmacológico se demostró superior a corto plazo, sin embargo, también fue superior en el número de pacientes con recaída, siendo en este caso la TCC más fiable como terapia preventiva de repetición de episodios depresivos. Este último punto ha servido para convertir a la TCC también en tratamiento de mantenimiento tras el tratamiento inicial de la depresión. Se ha demostrado que es superior en eficacia durante el mantenimiento al tratamiento farmacológico, sin ser relevante si la terapia inicial era psicológica o farmacológica<sup>10, 14</sup>.

### 2.3.- LA PSICOTERAPIA INTERPERSONAL.

La Psicoterapia Interpersonal, en contraposición a las anteriores, no parte de una teoría psicológica como base. Se trata de un procedimiento terapéutico cuyos criterios han sido establecidos de manera clínico-empírica, es decir, que actúa sobre áreas que se ven alteradas en las personas que sufren esta patología<sup>9</sup>. Estas áreas son cuatro: disputas interpersonales, transición del rol, déficits en habilidades sociales y duelo<sup>10</sup>.

Fue diseñada en principio con el objetivo de ser un tratamiento de mantenimiento, pero rápidamente pasó a ser también opción en tratamiento agudo.

Esta terapia está estructurada en 16 sesiones de una duración aproximada de 50 minutos. Comienza con dos sesiones semanales para pasar después a tener una semanal. Su principal objetivo son las relaciones sociales del sujeto, que analiza para buscar posibles mejoras.

La Psicoterapia Personal ha demostrado una eficacia similar a la medicación en trastornos depresivos moderados y graves<sup>9</sup>, resultando más útil que ésta en el mantenimiento, e incluso, en casos leves, más efectiva que la medicación. Sin embargo, también es la terapia que cuenta con mayor apoyo para la combinación con la medicación, siendo la suma de ambas superior en efecto a su aplicación por separado<sup>14</sup>.

### 3.- OTRAS TERAPIAS.

Existe un gran número de psicoterapias que aseguran ser eficaces para el tratamiento de la depresión. Se puede destacar la terapia psicoanalítica, la terapia familiar sistémica, las terapias breves dinámicas o la terapia estratégica. Sin embargo, la realidad es que en la mayor parte de los casos carecen del respaldo empírico necesario para suponer una terapia de elección en el tratamiento de este trastorno<sup>10</sup>.

El caso de la terapia psicoanalítica es llamativo. A pesar de que se trata de una terapia con una larga tradición, incluida en la guía del tratamiento de la depresión de la

prestigiosa Asociación Americana de Psiquiatría, cuenta sin embargo con el soporte de sólo algunos casos de largo seguimiento y basados en una metodología poco descriptiva, lo que hace poco probable su uso como terapia de elección en el tratamiento de este trastorno<sup>9,10</sup>.

En cuanto a terapias no psicológicas, la estimulación eléctrica del nervio vago, la estimulación transcraneal por corriente directa y la estimulación magnética transcraneana cuentan con el apoyo del NICE. Estos tratamientos, a pesar de su reducida utilización, cuentan con experimentación que avala su utilización como un método eficaz para el tratamiento de trastornos depresivos resistentes a otras terapias<sup>14, 31, 32, 33</sup>. Pese a ello, será necesaria mayor investigación para que estos tratamientos lleguen a formar parte de las de primera elección.

Como última pero no menos importante, se encuentra la Terapia Electroconvulsiva. Se trata de una terapia de alta eficacia, utilizada como último recurso en pacientes agudos con alto riesgo de suicidio o Trastorno Depresivo Mayor resistente a cualquier otro tratamiento. Se calcula que un 70-90% de los pacientes sometidos a esta terapia mejoran en cierto grado la gravedad de su trastorno, pero, pese a su efectividad, acarrea una serie de efectos secundarios graves que incluyen la afectación de la memoria o trastornos cardiovasculares, además de los riesgos asociados a la anestesia (Cefalea, náuseas, vómitos, posibles convulsiones, riesgo bajo de muerte). Pese a no tener contraindicaciones absolutas, existen condiciones que precisan de una vigilancia mayor, como un accidente cerebrovascular (ACV) reciente, hipertensión intracraneal, enfermedades cardíacas, enfermedades hepáticas o pulmonares severas, glaucoma o alteraciones en la coagulación. Uno de los grandes problemas de esta terapia es que sus mecanismos fisiológicos de acción aún no han sido del todo esclarecidos<sup>9, 14, 34, 35</sup>.

#### **4.- ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN.**

En el Proceso de Enfermería, los diagnósticos definidos para establecer el plan de cuidados pueden ser muy variados, atendiendo a las particularidades de cada paciente según las necesidades más afectadas. No obstante, en la evaluación inicial de estos

pacientes, se suele apreciar una afectación similar en cuanto a la clasificación de las 14 Necesidades establecidas por Virginia Henderson. Así, los diagnósticos se construirán en base al grado de afectación de las siguientes necesidades<sup>36,37</sup>:

- Alimentación e Hidratación. En los trastornos depresivos es característico que el sujeto sufra de anorexia, entendida como pérdida de apetito y no la enfermedad mental como tal.
- Eliminación. Frecuente aparición de estreñimiento, por alteraciones en el sistema neurovegetativo.
- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada. La apatía del sujeto induce a una reducción de la movilidad, independientemente del estado físico.
- Sueño y descanso. Otro de los síntomas típicos en la Depresión es el insomnio, que también representa una de las quejas más frecuentes entre las personas que padecen esta patología.
- Vestirse adecuadamente. Puede existir dependencia en este campo debido a la apatía característica de estos pacientes.
- Higiene. La apatía y la disminución de la movilidad afectan también a la necesidad de higiene: las personas deprimidas suelen descuidar su higiene.
- Seguridad. Esta alteración se debe al aumento del riesgo de suicidio. La Depresión representa un riesgo tanto para la persona que la padece como para las de su alrededor.
- Comunicación. Se produce un descenso en el número e intensidad de relaciones sociales.
- Creencias. En personas religiosas, la percepción negativa del entorno se puede asumir como un castigo “divino”, justificado por sus malas acciones. En otros casos, se puede desarrollar una crisis en cuanto a las creencias, que también alimenta el estado depresivo.

- Ocio. Al igual que la Necesidad de Comunicación, la disminución de las relaciones sociales produce una disminución del tiempo de ocio. Uno de los criterios diagnósticos más utilizados, presente también en los test, es la “disminución en el interés por actividades antes satisfactorias”.
- Aprendizaje. La afectación cognitiva limita los intereses de la persona, al mismo tiempo que los disminuye. El paciente depresivo verá disminuida su tendencia a satisfacer su curiosidad.

Dadas estas alteraciones, los diagnósticos más frecuentes que se pueden encontrar en un plan de cuidados se encuentran descritos en la Tabla 3.

**Tabla 3: Diagnósticos de Enfermería en un posible paciente con depresión (Elaboración propia a través de Comunidad de Madrid, 2005; Megías-Lizancos, 2009)<sup>36,37</sup>.**

<b>00080 – Gestión ineficaz del régimen terapéutico</b>	<b>00126 – Conocimientos deficientes</b>
<b>00002 – Desequilibrio Nutricional: ingesta inferior a las necesidades</b>	<b>00124 – Desesperanza</b>
<b>00023 – Retención urinaria</b>	<b>00225 – Riesgo de trastorno de la identidad personal</b>
<b>00015 – Riesgo de estreñimiento</b>	<b>00119 – Baja autoestima crónica</b>
<b>00198 – Trastorno del patrón del sueño</b>	<b>00060 – Interrupción de los procesos familiares</b>
<b>00102 – Déficit de autocuidado: alimentación</b>	<b>00146 – Ansiedad</b>
<b>00108 – Déficit de autocuidado: baño</b>	<b>00150 – Riesgo de suicidio</b>
<b>00109 – Déficit de autocuidado: vestido</b>	<b>00140 – Riesgo de violencia autodirigida</b>
	<b>00138 – Riesgo de violencia dirigida a otros</b>

Observando los diagnósticos establecidos, se puede comprobar que la mayor parte de las acciones de enfermería van encaminadas a cuidados sintomáticos, intentando que el individuo desarrolle las actividades habituales mientras se espera la evolución de la enfermedad. La relación directa entre el tratamiento y los cuidados viene relacionada con el diagnóstico “00080 – Gestión ineficaz del régimen terapéutico”, donde la mayor parte de la función enfermera es la administración segura de medicación, aparte de, por supuesto, la evaluación de la evolución.

Sin embargo, otros diagnósticos como “00126 – Conocimientos deficientes”, “00124 – Desesperanza”, “00225 – Riesgo de trastorno de la identidad personal” o “00119 – Baja autoestima crónica” invitan a una intervención en la que, con una formación adecuada, la enfermería podría resultar realmente útil.

Es verdad que tradicionalmente la enfermería ha incidido ya en estos aspectos, pero carece de bases científicas para su actuación más allá de lo que ofrece la propia experiencia y la formación psicosocial académica. Así, el ideal sería separarse del predominio farmacológico establecido por la Psiquiatría, para buscar bases para una actuación fundamentada en estos cuidados de mayor aspecto cognitivo, siendo en este caso, la Psicología la que otorgaría una fuente de conocimiento más adecuado.

## **DISCUSIÓN.**

La actualidad de la función de enfermería respecto al manejo de la depresión otorga muy poco poder de actuación sobre el tratamiento en sí, dejándose a esta disciplina encargada de una función más relacionada con los síntomas.

Basándonos en los datos disponibles acerca de la eficacia de los tratamientos psicológicos y su comparación con los farmacológicos, no es de extrañar que resulte chocante la actualidad en el tratamiento de la depresión. La eficacia del uso de fármacos ha sido demostrada desde hace años, pero el nacimiento de nuevos fármacos no ha hecho desaparecer la abundante cantidad de efectos adversos que sufren los pacientes. Aún no existe el fármaco “perfecto” para el tratamiento de la depresión<sup>10, 12, 29</sup>.

Por otro lado, las asociaciones de mayor peso en el área comienzan a apoyar la utilización de terapias psicológicas como tratamiento para trastornos depresivos leves, incluyéndolas además como parte de los tratamientos moderados y graves<sup>12, 13, 14</sup>.

La baja tasa de aplicación de los tratamientos psicológicos en favor de la medicación puede ser debida a la falta de profesionales en el SNS capacitados para ejercer este papel, en su mayoría psicólogos. La ausencia de psicólogos en Atención Primaria y su baja presencia en Especializada resulta un factor en contra de la aplicación de terapias psicológicas, dado el gran número de pacientes<sup>22, 23, 26</sup>.

En la situación económica actual, más favorable a los recortes sanitarios, hace poco probable la incursión a gran escala de estos profesionales en el SNS, al menos a corto plazo. Sin embargo, es reseñable que la tendencia en el tratamiento de la depresión está cambiando y, aunque aún sea más teórica que práctica, la presencia de más psicoterapeutas será una reacción a las evidencias que señalan el futuro crecimiento en la utilización de las terapias psicológicas.

La enfermería es una disciplina encargada del cuidado de los pacientes y, como tal, debe nutrirse de toda formación que ayude a su propósito. Así, aunque el futuro del tratamiento de la depresión es incierto, no lo es que las terapias psicológicas resultan efectivas para un gran número de casos, y no sólo en el tratamiento de los trastornos depresivos, sino en gran cantidad de enfermedades mentales. Es obvio que, al no ser los responsables directos del tratamiento, una formación profunda en estas terapias no va a resultar tan fructífera como lo sería para el psicoterapeuta; sin embargo, al igual que los conocimientos sobre medicación, sí resultaría útil conocer las bases de los tratamientos psicológicos existentes, tanto para colaborar en los mismos, como para evaluar sus efectos.

Las principales psicoterapias: la terapia de conducta, la TCC y la psicoterapia interpersonal<sup>10, 29</sup>, son las que cuentan con mayor evidencia a sus espaldas. La elección entre una u otra no dependerá de los profesionales de enfermería. Pese a ello, sí sería importante conocer las implicaciones principales que conllevan cada una de ellas en los pacientes, para asegurar que las personas bajo los cuidados de enfermería lleven a cabo el tratamiento de su patología de la mejor forma posible.



## **CONCLUSIONES.**

I- Los tratamientos psicológicos son útiles como tratamiento único de la depresión leve y moderada, además de algunos casos de depresión grave. Los más utilizados son la terapia de conducta, la terapia cognitivo-conductual y la psicoterapia interpersonal.

II- Pese al crecimiento del consumo de antidepresivos durante los últimos años, es de esperar que las recomendaciones de las grandes organizaciones como la OMS o el NICE, comiencen a variar la tendencia hacia una disminución del tratamiento farmacológico en favor del psicológico.

III- La carencia de profesionales de la psicología en el SNS dificulta la introducción de tratamientos alternativos a la medicación. Además, la situación económica actual puede ralentizar la tendencia al cambio en los tratamientos de la depresión.

IV- La labor de enfermería consiste en procurar los mejores cuidados posibles a los pacientes. Desde esta premisa se asume que la formación debe estar continuamente en actualización para poder asistir así de la manera más avanzada.

V- La formación de los profesionales de enfermería en psicoterapias puede resultar de gran utilidad para la puesta en marcha de estos tratamientos, así como de su adhesión, correcta evaluación y éxito.

## **BIBLIOGRAFÍA.**

1- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5<sup>th</sup> ed. Washington DC, USA. American Psychiatric Publishing; 2013.

2- Organización Mundial de la Salud. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid, España. Editorial Médica Panamericana; 2000.

3- Tung Teng C, de Castro Humes E, Navas Demetrio F. Depressão e comorbilidades clínicas. Rev. Psiquiatr. São Paulo, Brasil. 2005; 32 (3): 149-59.

- 4- Acosta López Molina MR, Weiner CD, Costa Branco J, Jansen K, Mattos de Souza LD, Tomasi E et al. Prevalencia de depresión en usuarios de unidades de atención primaria. Rev Psiq Clín. São Paulo, Brasil. 2012; 39 (6): 194-7.
- 5- Pereira Justo L, Calil HM. Depressão: O mesmo acometimento para homens e mulheres? Rev. Psiq. Clín. São Paulo, Brasil. 2006; 33 (2): 74-9.
- 6- Fry M. A practice nurse guide to common mental health problems: Depression. Practice Nurse 2015; 45 (8): 26-31.
- 7- Borges Bottino SM, Fráguas R, Fariz Gattad W. Depressão e câncer. Rev Psiq Clín. São Paulo, Brasil. 2009; 36 (3): 109-15.
- 8- World Health Organization [Sede web]. Metrics: Disability-Adjusted Life Year (DALY). 2016 [Última actualización 2016; consultado el 20 de mayo de 2016]. Disponible en:  
[http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/metrics\\_daly/en/#](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_daly/en/#)
- 9- American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder. 3<sup>rd</sup> ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2010.
- 10- Pérez Álvarez M, García Montes JM. Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. Psicothema. Oviedo, España. 2001; 13 (3): 493-510.
- 11- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Utilización de medicamentos antidepresivos en España durante el periodo 2000-2013. Madrid, España. 2015.
- 12- World Health Organization [Sede Web]. Depression. 2016 [Última actualización abril 2016; consultado el 24 de mayo de 2016]. Disponible en:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>
- 13- NICE [Sede web]. Depression in adults: Recognition and management. 2009 [Última actualización abril 2016; consultado el 20 de mayo de 2016]. Disponible en:  
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/chapter/1-Guidance>
- 14- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. España. 2014.
- 15- Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory-II. TX: Psychological Corporation. San Antonio, USA. 1996.
- 16- Sanz J, Vázquez C. Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. Psicothema. Oviedo, España. 1998; 10 (2): 303-18.

- 17- Sanz J, Gutiérrez S, Gesteira C, García-Vera MP. Criterios y baremos para interpretar el Inventario de Depresión de Beck-II. *Psicología Conductual*. Madrid, España. 2014; 22 (1): 37-59.
- 18- Purriños MJ. Escala de Hamilton. Servicio de Epidemiología, Dirección Xeral de Saúde Pública. Servicio Galego de Saúde, España. 2013.
- 19- Comunidad de Madrid. Recomendaciones farmacoterapéuticas en Salud Mental. Consejería de Sanidad y Consumo. Madrid, España. 2006; 3.
- 20- Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J. The Global Assessment Scale, a Procedure for Measuring Overall Severity of Psychiatric Disturbance. *Arch Gen Psychiatry*. 1976; 33(6): 766-771.
- 21- Sociedad Española de Psiquiatría & Royal College of Psychiatrists of UK. Antidepresivos. Consejo Editorial de Educación Pública del Royal College of Psychiatrists; 2009.
- 22- Casas Moreno JE. *Psicología Clínica: revisión contextual y conceptual*. Psyconex. Medellín, Colombia. 2014; 6 (9): 7-20.
- 23- Fernández Liria A. La atención psicológica en el Sistema Nacional de Salud. Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2006.
- 24- Pastor Sirera. Un psicólogo en Atención Primaria: un debate necesario en el Sistema Nacional de Salud. *Papeles del Psicólogo*. Valencia, España. 2008; 29 (3): 271-90.
- 25- Sánchez Reales S, Tornero Gómez MJ, Martín Oviedo P, Redondo Jiménez M, Del Arco Jódar R. *Psicología Clínica en Atención Primaria*. Semergen: revista española de medicina de familia. España. 2015; 5: 254-60.
- 26- Sanchez Reales S, Prado Abril J, Aldaz Armendáiz JA. *Psicología Clínica y Psicología General Sanitaria: una aproximación constructiva*. *Psicología Conductual*. Madrid, España. 2013; 21 (1): 189-200.
- 27- Beck J. *Terapia Cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Editorial Gedisa. Barcelona, España. 2000.
- 28- Lewinsohn P, Antonuccio D, Breckenridge J, Teri L. *The Coping with Depression Course*. Castalia Publishing. Eugene, USA. 1984.
- 29- Stark KD, Reynolds WM, Kaslow NJ. A comparison of the relative efficacy of self-control therapy and a behavioral problem-solving therapy for depression in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1987; 15 (1): 91-113.
- 30- Nezu AM, Nezu CM, Perri MG. *Problem-solving therapy for depression: Theory, research, and clinical guidelines*. Oxford, Inglaterra. 1989.

31- NICE [Sede web]. Transcranial direct current stimulation (tDCS) for depression. 2015 [Última actualización agosto 2015; consultado el 25 de mayo de 2016]. Disponible en:

<https://www.nice.org.uk/guidance/IPG530>

32- NICE [Sede web]. Repetitive transcranial magnetic stimulation for depression. 2015 [Última actualización diciembre 2015; consultado el 25 de mayo de 2016]. Disponible en:

<https://www.nice.org.uk/guidance/IPG542>

33- NICE [Sede web]. Vagus nerve stimulation for treatment-resistant depression. 2009 [Última actualización abril 2016; consultado el 25 de mayo de 2016]. Disponible en:

<https://www.nice.org.uk/guidance/IPG330>

34- Díez CM, Ruiz MGH, Fortuny OA, Rodes JER. Factores predictivos de respuesta a la terapia electroconvulsiva en la depresión. *Psiquiatría Biológica*. Elsevier: España. 2014; 21 (2): 72-9.

35- Reyes F, Arancibia H, González A, Pérez C, Elgueta F. Anestesia en terapia electroconvulsiva (TEC). *Rev Chil Anest*. Santiago de Chile, Chile. 2014; 43: 57-66.

36- Comunidad de Madrid. Plan de Cuidados Estandarizado – Paciente con Depresión. Dirección Enfermería del Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid, España. 2005.

37- Megías-Lizancos F, Serrano Parra MD. *Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental*. 2ªed. Madrid, España. Editorial DAE; 2009.

38- Bobes García J, Portilla MP, Bascarán Fernández MT, Sáiz Martínez PA, Bousoño García M. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 2ªed. Ars médica. Barcelona, España. 2002.

39- Ramos-Brieva JA, Cordero Villafáfila A. Validación de la versión castellana de la Escala de Hamilton para la Depresión. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*. 1986; 14: 324-34.

# ANEXOS

## ANEXO I: ESCALAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN.

### A- Inventario de Depresión de Beck.

Se trata de un test mental compuesto por 21 ítems que se utiliza como medida de apoyo para el diagnóstico de un tratamiento depresivo. Una de sus peculiaridades es que puede ser auto-aplicado.

### 5.3. Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI)

1

Instrucciones: A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una cruz el círculo que mejor refleje su situación actual.

1. Estado de ánimo
  - Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos
  - No me encuentro triste
  - Me siento algo triste y deprimido
  - Ya no puedo soportar esta pena
  - Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar
2. Pesimismo
  - Me siento desanimado cuando pienso en el futuro
  - Creo que nunca me recuperaré de mis penas
  - No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal
  - No espero nada bueno de la vida
  - No espero nada. Esto no tiene remedio
3. Sentimientos de fracaso
  - He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc.)
  - He tenido más fracasos que la mayoría de la gente
  - Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena
  - No me considero fracasado
  - Veo mi vida llena de fracasos
4. Insatisfacción
  - Ya nada me llena
  - Me encuentro insatisfecho conmigo mismo
  - Ya no me divierte lo que antes me divertía
  - No estoy especialmente insatisfecho
  - Estoy harto de todo
5. Sentimientos de culpa
  - A veces me siento despreciable y mala persona
  - Me siento bastante culpable
  - Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable
  - Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable
  - No me siento culpable
6. Sentimientos de castigo
  - Presiento que algo malo me puede suceder
  - Siento que merezco ser castigado
  - No pienso que esté siendo castigado
  - Siento que me están castigando o me castigarán
  - Quiero que me castiguen
7. Odio a sí mismo
  - Estoy descontento conmigo mismo
  - No me aprecio
  - Me odio (me desprecio)
  - Estoy asqueado de mí
  - Estoy satisfecho de mí mismo
8. Autoacusación
  - No creo ser peor que otros
  - Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal
  - Me siento culpable de todo lo malo que ocurre
  - Siento que tengo mucho y muy graves defectos
  - Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores
9. Impulsos suicidas
  - Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo
  - Siento que estaría mejor muerto
  - Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera
  - Tengo planes decididos de suicidarme
  - Me mataría si pudiera
  - No tengo pensamientos de hacerme daño
10. Períodos de llanto
  - No lloro más de lo habitual
  - Antes podía llorar, ahora no lloro ni aun queriéndolo
  - Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo
  - Ahora lloro más de lo normal

Fuente: Bobes García et al. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica, 2002<sup>(38)</sup>.

## B- Escala de Hamilton para la Depresión.

Se trata de una escala de 21 ítems que debe ser aplicada por un clínico. Cada pregunta tiene de 3 a 5 respuestas y una puntuación total de 0 a 52, correspondiendo el 52 al mayor grado de depresión.

### 5.1. Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS)

1

<i>Ítems</i>	<i>Criterios operativos de valoración</i>
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre 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 experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio	0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)
4. Insomnio precoz	0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio	0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)
6. Insomnio tardío	0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligero retraso en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil 4. Torpeza absoluta
9. Agitación	0. Ninguna 1. «Juega» con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.
10. Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritabilidad 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla 4. Terrores expresados sin preguntarle

Fuente: Ramos-Brieva et al. Validación de la versión castellana de la Escala de Hamilton para la Depresión, 1986 <sup>(39)</sup>.



C- Escala de Funcionamiento Global.

Se trata de una escala utilizada en Psiquiatría para la valoración del impacto de la depresión en la vida cotidiana, así como para comprobar la eficacia de los tratamientos. La escala valora hasta 100 puntos, que representa la satisfacción de todas las actividades. Puntuaciones menores de 50 indican síntomas graves de afectación de tales actividades.

<b>ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD GLOBAL (EEAG)*</b>	
<b>100... ...91</b>	<i>Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado/a por los problemas de la vida, es valorado/a por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.</i>
<b>90... ...81</b>	<i>Síntomas ausentes o mínimos (por ej., ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, interesado/a e implicado/a en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho/a de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (por ej., una discusión ocasional con miembros de la familia).</i>
<b>80... ...71</b>	<i>Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (por ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); solo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (por ej., descenso temporal del rendimiento escolar).</i>
<b>70... ...61</b>	<i>Algunos síntomas leves (por ej., humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (por ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.</i>
<b>60... ...51</b>	<i>Síntomas moderados (por ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (por ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o escuela).</i>
<b>50... ...41</b>	<i>Síntomas graves (por ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (por ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).</i>
<b>40... ...31</b>	<i>Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (por ej., el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (por ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).</i>
<b>30... ...21</b>	<i>La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (por ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (por ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos).</i>
<b>20... ...11</b>	<i>Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (por ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maníaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (por ej., con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (por ej., muy incoherente o mudo).</i>
<b>10... ...1</b>	<i>Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (por ej., violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.</i>
<b>0</b>	<i>Información inadecuada</i>

\* **Nota:** asignar un único valor (entre 0 y 100), teniendo en cuenta la gravedad de los síntomas y el nivel de actividad. Reflejar el período de tiempo al que se refiere la evaluación (por ej., "actual" o "en el ingreso").

Fuente: Endicott et al. The Global Assessment Scale, a Procedure for Measuring Overall Severity of Psychiatric Disturbance, 1976 <sup>(20)</sup>.