



Escuelas Universitarias Gimbernat (EUG)

Grado de Enfermería

Trabajo de Final de Grado (TFG)

**Cuidados de enfermería
al paciente con depresión mayor
desde una perspectiva eudaimónica**

.....

**Nursing care
to the patient with major depression
from a eudaimonic perspective**

Revisión crítica de la literatura científica

Autora: Melania Palma Rodriguez

Tutora/Doctora: Cecilia Brando Garrido

Barcelona, 28 de Mayo de 2021

Escuelas Universitarias Gimbernat (EUG)

Grado de enfermería

PRESENTACIÓN DEL TRABAJO DE FINAL DE GRADO (TFG)

Este documento es el resultado del Trabajo de Final de Grado (TFG) para optar al título de Diplomada Universitaria en Enfermería (DUE), siendo su autora responsable de su contenido. Se trata por tanto de un trabajo que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos.

Nombre y Apellidos de la Autora: Melania Palma Rodriguez.

Título del TFG: “Cuidados de enfermería al paciente con depresión mayor desde una perspectiva eudaimónica”.

Centro: Escuelas Universitarias Gimbernat (EUG).

Dirección del centro: Avinguda de la Generalitat, 202, (08174) Sant Cugat del Vallès, Barcelona.

Nombre y Apellidos de la Tutora/Doctora: Cecilia Brando Garrido.

Autorizo a que este trabajo sea presentado el próximo 28 de Mayo de 2021.



May 2021

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo es fruto de horas y horas de esfuerzo, sobre todo a nivel personal y reflexivo. Sin embargo, esto no habría sido posible sin personas que me han apoyado en muchos sentidos.

Quiero agradecer a mi tutora Cecilia Brando Garrido, Diplomada Universitaria en Enfermería (DUE), Doctorada en Psicología de la Salud y el Deporte y profesora titular en el Grado de Enfermería en las Escuelas Universitarias Gimbernat (EUG). Gracias por las enseñanzas que me has transmitido a lo largo de la carrera, por tu acompañamiento en las prácticas clínicas, y sobre todo, por motivarme a enfocar mi Trabajo de Final de Grado (TFG) hacia la salud mental positiva. Gracias por todas las revisiones, correcciones y sugerencias que han contribuido a mejorar mi trabajo significativamente. Y sobre todo porque este enfoque está siendo terapéutico para mí.

También quiero dar las gracias a personas que nunca me han soltado la mano. A mi pareja, pilar básico, gracias por apoyarme y ayudarme, por tratar de entenderme, por darme mi espacio y mi tiempo para recuperarme sin presiones y hacerme la vida más fácil. Gracias por quererme incondicionalmente, porque a fin de cuentas, tú estás viviendo y sufriendo esto conmigo.

A mi madre, el vivo ejemplo de cómo resurgir de las adversidades de la vida. Gracias por tu amor infinito, por tanto y tanto que me das, por ayudarme de todas las maneras posibles y estar siempre a mi lado. Gracias por tu bondad, tu generosidad y por los valores que me has enseñado. Te admiro y te amo.

Gracias a mi familia, especialmente, a mis tías. Gracias por estar siempre a mi lado. Me dais vida, literalmente.

A mis perros, Jordan y Gía, llegasteis cuando más os necesitaba y sin duda sois mi mejor terapia.

A todos ellos, todo mi amor y gratitud.

~

La palabra eudaimonia etimológicamente se compone de las palabras "eu" ("bueno") y "daimōn" ("espíritu"), designa el mayor bienestar humano y se traduce como: fluir (flow), conexión profunda con uno mismo, vida sana y plena, florecimiento humano, felicidad y prosperidad.

~

RESUMEN

Introducción: A nivel mundial, aproximadamente 350 millones de personas sufren de depresión mayor. Es la principal causa mundial de discapacidad y se la relaciona con el 90% de los suicidios consumados. En la actualidad existe una pobre respuesta a esta problemática. Hay diferentes enfoques sobre cuál es el origen de la depresión, que a la vez, defienden abordajes diferentes y difíciles de consensuar, y excluyen y dejan al margen otros determinantes de la salud mental como las presiones sociales y del medio ambiente. Además, la línea de tratamiento parece ir encaminada exclusivamente al tratamiento con “antidepresivos” (por varios alicientes), pese a las carencias y dificultades que muestran, y a que se les relaciona con altas tasas de suicidio. Por ello se hace necesario hallar otra forma de cuidar la salud mental que se base en un modelo más humano y real, que deposite una mayor confianza en las personas para salir adelante a pesar de las adversidades y facilite la recuperación y el crecimiento personal.

Objetivo: Diseñar una propuesta de intervención de enfermería basada en la psicología positiva que pueda ayudar a mejorar la salud mental y la calidad de vida de las personas con depresión mayor.

Metodología: Se realizó una búsqueda bibliográfica y análisis de la literatura científica sobre la depresión mayor, la salud mental positiva y la psicología positiva durante los meses de septiembre de 2020 a mayo de 2021. Para la búsqueda se establecieron unos criterios de búsqueda y se utilizaron bases de datos y otras fuentes de información como: Medline (PubMed), SciELO, ScienceDirect, Google Académico, WHO, WFMH, NIMH, CSME, AEESME....

Resultados: Como resultado se presenta una propuesta de intervención que consiste en una adaptación del Decálogo de Salud Mental Positiva elaborado por la Dra. María Teresa Lluch-Canut en 2011. Esta versión va dirigida específicamente a pacientes con depresión mayor y tiene un enfoque derivado de la felicidad.

Conclusiones: Es indispensable dejar de favorecer a la teoría biológica y al abordaje meramente farmacológico de la depresión mayor, que resulta simplista e inocuo y proviene de modelos patógenos de salud mental. Y por ende, subyace la necesidad de abrir paso a modelos salutógenos que se

enfoquen en capacitar a la persona en estilos de vida más saludables (psíquicos, físicos, emocionales, familiares, sociales, laborales, ambientales...) que favorezcan su salud mental positiva y le enseñen a saber ser y estar en la vida.

Palabras clave: Depresión Mayor, Calidad de vida, Estigmas, Tratamiento, Suicidio, Enfermera, Enfermería, Cuidados de enfermería, Salud mental, Salud mental positiva, Psicología positiva y Resiliencia.

ABSTRACT

Introduction: Worldwide, approximately 350 million people suffer from major depression. It is the world's leading cause of disability and is associated with 90% of completed suicides. Currently there is a poor response to this problem. There are different approaches to what is the origin of depression, which at the same time, defend different approaches that are difficult to agree on, and exclude and leave aside other determinants of mental health such as social and environmental pressures. In addition, the line of treatment seems to be aimed exclusively at treatment with "antidepressants" (for various reasons), despite the deficiencies and difficulties they show, and the fact that they are related to high suicide rates. For this reason, it is necessary to find another way of caring for mental health that is based on a more human and real model, which places greater trust in people to get ahead despite adversity and facilitates recovery and personal growth.

Objective: Design a proposal for a nursing intervention based on positive psychology that can help improve the mental health and quality of life of people with major depression.

Method: A bibliographic search and analysis of the scientific literature on major depression, positive mental health and positive psychology was carried out during the months of September 2020 to May 2021. For the search, search criteria were established and databases were used. data and other sources of information such as: Medline (PubMed), SciELO, ScienceDirect, Google Scholar, WHO, WFMH, NIMH, CSME, AEESME....

Results: As a result, an intervention proposal is presented that consists of an adaptation of the Positive Mental Health Decalogue prepared by Dr. María Teresa Lluch-Canut in 2011. This version is specifically aimed at patients with major depression and has an approach derived from happiness.

Conclusions: It is essential to stop favoring the biological theory and the merely pharmacological approach to major depression, which is simplistic and innocuous and comes from pathogenic models of mental health. And therefore, underlies the need to open the way to salutogenic models that focus on training the person in healthier lifestyles (mental, physical, emotional, family, social,

work, environmental ...) that favor their positive mental health and teach you to know how to be and be in life.

Key words: Major Depression, Quality of life, Stigma, Treatment, Suicide, Nurse, Nursing, Nursing care, Mental health, Positive mental health, Positive psychology and Resilience.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	2
2. JUSTIFICACIÓN	4
3. OBJETIVOS	6
3. 1. Objetivo general	6
3. 2. Objetivos específicos	6
4. METODOLOGÍA	7
4. 1. Términos de búsqueda	7
4. 2. Bases de datos y fuentes de información	8
4. 3. Estrategias de búsqueda bibliográfica	8
4. 4. Criterios de inclusión y exclusión	9
4. 5. Limitaciones	9
4. 6. Gestión de la información	9
5. MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL	10
5. 1. ¿Qué es la depresión mayor?	10
5. 2. Prevalencia e impacto global	10
5. 3. Cuadro depresivo (signos y síntomas)	11
5. 4. Discapacidad, comorbilidad e impacto en la calidad de vida	12
5. 5. Recaídas y suicidio	13
5. 6. Estigmatización	14
5. 6. 1. Estigma internalizado (autoestigma)	14
5. 6. 2. Estigma en (o desde) la familia	14
5. 6. 3. Estigma institucional	15
5. 6. 4. Estigma público	15
5. 7. Diagnóstico	15
5. 8. Etiología (causas)	17
5. 8. 1. Teoría biológica	17
5. 8. 2. Teoría cognitiva	18
5. 9. Abordaje del paciente con depresión mayor	18
5. 9. 1. Tratamiento farmacológico	19
5. 9. 2. Tratamiento psicológico	19
5. 10. Políticas sanitarias, industria farmacéutica e inversión en salud mental	20

5. 11. Impacto del estrés en la salud mental	23
5. 12. De modelos patógenos a modelos salutógenos	25
5. 13. Salud Mental Positiva	26
6. DESARROLLO	29
7. CONCLUSIONES	34
8. RESULTADOS: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	35
8. 1. Justificación	35
8. 2. Objetivos	35
8. 2. 1. Objetivo general	35
8. 2. 2. Objetivos específicos	36
8. 3. Metodología	36
8. 4. Población diana	36
8. 5. Diseño	37
8. 6. Resultados esperados (hipótesis)	39
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40

ABREVIATURAS	
EUG	Escuelas Universitarias Gimbernat
TFG	Trabajo de Final de Grado
DUE	Diplomada Universitaria en Enfermería
NLM	Biblioteca Nacional de Medicina/National Library of Medicine
MeSH	Medical Subject Headings
OMS/ WHO	Organización Mundial de la Salud/World Health Organization
WFMH	Federación Mundial de Salud Mental/World Federation for Mental Health
NIMH	Instituto Nacional de Salud Mental/National Institute of Mental Health
CSME	Confederación Salud Mental España
AEESME	Asociación Española de Enfermería de Salud Mental
INE	Instituto Nacional de Estadística
DSM-V	5ª edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
QLDS	Escala de depresión de la calidad de vida/Quality of Life Depression Scale
APS	Atención Primaria de Salud
NA	Noradrenalina
DA	Dopamina
5-HT	Serotonina
ACh	Acetilcolina
IMAO	Inhibidores de la monoaminoxidasa
ISRS	Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina
TCC	Terapia cognitivo-conductual
ONGs	Organizaciones No Gubernamentales
TEC	Terapia electroconvulsiva
SMP	Salud Mental Positiva
MMSMP	Modelo Multifactorial de Salud Mental Positiva
CSMP	Cuestionario de Salud Mental Positiva
DSMP	Decálogo de Salud Mental Positiva
EpIS	Educación para la Salud
CAPs	Centros de Atención Primaria

1. INTRODUCCIÓN

La depresión mayor ha venido siendo un fenómeno encubierto pero a la vez muy latente ya que está extendida por todo el mundo y presenta cada vez cifras más elevadas. A nivel mundial, aproximadamente 350 millones de personas, sufre de depresión (1). Se trata de la principal causa de deterioro psicológico y se caracteriza por una gran tristeza y sentimientos de vacío existencial (2). Además, afecta negativamente a todo el organismo ya que provoca grandes repercusiones en la dimensión biológica, psicológica, emocional, espiritual, física, familiar, social y económica de la persona. El cuadro depresivo dificulta gravemente el desarrollo de la vida diaria, de hecho, la depresión mayor es la principal causa mundial de discapacidad (3), lo que a su vez empeora la misma depresión en sí, generando un círculo vicioso del que resulta complejo salir y que puede llevar a la persona a la comisión del suicidio como expresión máxima de enajenación existencial (4).

La persona con depresión mayor no solo tiene que lidiar con el sufrimiento que esta conlleva, sino que también tiene que batallar con múltiples problemáticas como por ejemplo las estigmatizaciones, así como con la pobre respuesta que obtiene cuando trata de buscar ayuda (o más bien auxilio).

En la actualidad, hay diferentes enfoques sobre cuál es el origen de la depresión, que a la vez, defienden abordajes diferentes y difíciles de consensuar, y que además excluyen y dejan al margen otros determinantes de la salud y de la conducta humana, como la historia personal del sujeto y su experiencia subjetiva a los factores sociales y ambientales (5). Por ello, propongo una revisión de los modelos más predominantes; la teoría biológica y la cognitiva. Estos enfoques suponen que el problema se encuentra en el cerebro de la persona, ya sea por variantes genéticas que provocan alteraciones a nivel de neurotransmisores (2) los cuales dan origen tanto a emociones placenteras como a desagradables (1), o bien por un triple déficit en el sistema de creencias que lleva a la persona a percibirse a sí misma, al mundo y al futuro en términos negativos (6). Por lo que en esta misma línea, los tratamientos que más se utilizan son el farmacológico, el psicológico o ambos a la vez (7), pero ambos presentan carencias y problemáticas. No obstante, el abordaje que se hace hoy en día de este tipo de pacientes por un

lado es nulo en más de la mitad de los afectados en todo el mundo (y más del 90% en muchos países) (3), y por otro lado, en caso de ser abordado, la línea de tratamiento parece favorecer a la teoría biológica ya que va encaminado exclusivamente al tratamiento con “antidepresivos”. Por lo que se hace necesario conocer tanto a que se debe esta carencia de abordaje, como cuáles son las razones para que se priorice esta línea de tratamiento, pese a que cada vez va ganando más peso la hipótesis que entiende el psicofármaco como una sustancia que ayuda a sobrellevar una situación debido a los efectos psicoactivos que provoca (8), que las tasas de remisión son muy modestas (2), que han demostrado importantes efectos adversos y que un elevado número de suicidios se ha asociado al consumo de antidepresivos (5).

Se entiende que una recopilación de conocimientos científicos sobre cómo se está protegiendo y promoviendo la salud mental de las personas que sufren depresión mayor desde modelos patógenos, es lo que justifica la necesidad de abrir camino a otras formas de cuidar que se basen en un modelo más positivo, centrado en la salud, que facilite la recuperación y el crecimiento personal (9). Asimismo, es lo que justifica la meta que pretendo alcanzar con este trabajo que es diseñar una propuesta de intervención de enfermería basada en la psicología positiva para las personas que sufren depresión mayor.

2. JUSTIFICACIÓN

La decisión para desarrollar mi TFG entorno a la depresión mayor ha sido por varios motivos. A lo largo de mi trayectoria profesional como auxiliar de enfermería he tenido la oportunidad de trabajar y aprender en diferentes servicios de salud mental. Siempre he tenido preferencia por esta rama de la salud, pues me ha generado cierta inquietud y atracción la complejidad y el poder de la mente. Además, me ha sido imposible no darme cuenta de los problemas que tenemos para hacer frente a los pacientes con trastornos mentales, y sobre todo, las estigmatizaciones, discriminaciones, desigualdades y vulneración de derechos que estos sufren. Problemáticas que también he vivido y sufrido por seres queridos con trastornos mentales, así como por experiencia propia con el tema que nos ocupa.

Basándome en mi experiencia como paciente he sufrido todo lo que conlleva esta situación, y por tanto, también he tenido que hacer frente a sentirme incomprendida por mí misma y por los demás (estigmas), a tolerar que relacionaran mi situación de salud con mi personalidad y a un abordaje que considero que ha sido más que pésimo. Resumiendo mucho, recibir ayuda por la vía pública no ha sido posible, así que mientras pude mantener mi trabajo y mis ingresos recurrí a la vía privada. Aquí me traté con una psicóloga con la que realice terapias que me hicieron remover cielo y tierra sobre mi pasado, y que si bien en algunos aspectos me fue bien cambiar conductas, nunca creí que ni mis creencias ni mis pensamientos fueran erróneos. Asimismo, también me traté con una psiquiatra que considero oportuno y necesario que empezará a tomar “antidepresivos”, en mi caso Fluoxetina. Pero esta situación no se sostuvo demasiado y en unos meses (por motivos de salud) tuve que dejar mi trabajo, por lo que ya no me podía permitir tener apoyo y seguimiento de un profesional. Poco después empezó la pandemia por Covid-19 y mi situación y el cuadro depresivo se agravó. Pasaba días, días y días sin salir de casa, me aislé más si cabía, estaba muy triste, era incapaz de cuidarme en condiciones, me sentía vacía y empecé a replantearme la vida. Entonces en pleno confinamiento volví a pedir ayuda en la vía pública. A los días me llamó mi nueva doctora y le conté como me había tratado en los últimos meses, que había dejado los “antidepresivos” a la par que dejé de ir al centro privado y que

necesitaba ayuda porque tenía ideas que ponían en riesgo mi vida. Una vez más, la respuesta fue que la lista de espera para ir al psicólogo era muy larga, que tal vez no me llamarían en un año, y que, probablemente, después las visitas serían demasiado espaciadas en el tiempo. Me comentó que hablaría con el psiquiatra y días después me volvió a llamar. La respuesta esta vez fue decisiva para mí. La doctora (a la que no conozco) me dijo que el psiquiatra (al que no conozco) le dijo que empezará otra vez a tomar Fluoxetina, esta vez duplicando la dosis, y que si tenía problemas para dormir me podían recetar Lorazepam. En ese momento sentí rabia, colgué el teléfono y decidí que no me interesaba la “ayuda” que me ofrecían, que tenía y quería salir de esto sola.

Entonces creí que el TFG era una oportunidad para profundizar en el conocimiento de la depresión, en como se ve y como se trata, y que también era una oportunidad para encontrar otras maneras de cuidar la salud mental, que a la par, me ayudarán a hacerle frente a la depresión confiando más en mí. No obstante, aunque no estuviera viviendo está situación, la salud mental nos concierne a todos si queremos ser felices; el cerebro está en el cuerpo y sin salud mental no hay salud.

3. OBJETIVOS

3. 1. Objetivo general

Diseñar una propuesta de intervención de enfermería basada en la psicología positiva que pueda ayudar a mejorar la salud mental y la calidad de vida de las personas con depresión mayor.

3. 2. Objetivos específicos

- Profundizar en el conocimiento de la depresión mayor.
- Identificar las problemáticas que encontramos para abordar correctamente al paciente con depresión mayor.
- Indagar sobre otros enfoques más saludables de salud mental.
- Integrar la psicología positiva en los cuidados de enfermería en el abordaje del paciente con depresión mayor.

4. METODOLOGÍA

En el presente estudio se llevó a cabo una revisión de la literatura científica que surgió de la necesidad de revisar críticamente cómo se concibe y se trata hoy en día al paciente con depresión mayor, así como de la necesidad de descubrir otros enfoques más humanos, reales y saludables sobre salud mental que se puedan integrar en los cuidados de enfermería y que puedan ayudar a mejorar el bienestar psicológico y la calidad de vida de estos pacientes. Para cumplir con los objetivos fijados dicha revisión fue llevada a cabo en el transcurso de septiembre de 2020 a mayo de 2021.

4. 1. Términos de búsqueda

Con relación a los términos empleados para la revisión de la literatura se utilizaron las palabras clave mencionadas a continuación (Tabla 1). En la base de datos Medline/PubMed se utilizó el thesaurus desarrollado por la Biblioteca Nacional de Medicina/National Library of Medicine (NLM) llamado Medical Subject Headings (MeSH). Los términos de búsqueda MeSH más utilizados incluyeron las palabras clave y también se mencionan a continuación (Tabla 1).

Tabla 1. Términos de búsqueda

<i>Castellano</i>	<i>Término MeSH</i>
Depresión Mayor	Major Depression
Calidad de vida	Quality of life
Estigmas	Stigma
Tratamiento	Treatment
Suicidio	Suicide
Enfermera	Nurse
Enfermería	Nursing
Cuidados de enfermería	Nursing care
Salud mental	Mental health
Salud mental positiva	Positive mental health
Psicología positiva	Positive psychology
Resiliencia	Resilience

4. 2. Bases de datos y fuentes de información

Una vez establecidas las palabras clave se procedió a la búsqueda de la literatura científica en diferentes bases de datos como:

- Medline (PubMed).
- SciELO.
- ScienceDirect.
- Google Académico.

Asimismo, se consultaron otras fuentes de información, así como otros organismos y asociaciones oficiales como:

- Organización Mundial de la Salud/World Health Organization (OMS/WHO).
- Federación Mundial de Salud Mental/World Federation for Mental Health (WFMH).
- Instituto Nacional de Salud Mental/National Institute of Mental Health (NIMH).
- Confederación Salud Mental España (CSME).
- Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME).

4. 3. Estrategias de búsqueda bibliográfica

En la búsqueda para llevar a cabo la revisión de la literatura se emplearon las palabras clave de manera independiente o bien la combinación de varias, según la base de datos o fuente de información consultada.

En Medline (PubMed) se combinaron en la ecuación de búsqueda las palabras clave en término MeSH, con los entroncamientos y el operador booleano. Para formar la ecuación de búsqueda se utilizó el operador booleano *AND*, de manera que se obtuvieran resultados de todos los términos MeSH introducidos. Los operadores booleanos *OR* y *NOT* no se utilizaron. En cuanto a los entroncamientos se utilizó (*) para recuperar algunas palabras desde la raíz y obtener resultados de todas sus derivaciones, como por ejemplo, se utilizó con la palabra “nurs*” para obtener las palabras derivadas con esa raíz como: nurse, nursing o nursing care.

En el resto de fuentes de información, así como otros organismos y asociaciones oficiales se buscaron las palabras clave en término libre y se incluyeron varias en la misma búsqueda para obtener resultados que dieran respuesta a los objetivos fijados.

4. 4. Criterios de inclusión y exclusión

Antes de realizar la búsqueda bibliográfica se establecieron los criterios de inclusión y exclusión para todas las bases de datos y fuentes de información consultadas.

Los criterios de inclusión fueron artículos científicos:

- Publicados en castellano, catalán e inglés.
- De acceso gratuito al texto completo.
- Que dieran respuesta a las metas y objetivos fijados en este estudio.

Los criterios de exclusión fueron artículos científicos:

- A los que no se pudiera acceder al texto completo por ser de pago.
- Que proporcionarán información irrelevante para el tema de estudio.

4. 5. Limitaciones

A la hora de realizar la búsqueda y encontrar literatura científica que resultara completa sobre la depresión mayor se encontraron ciertas limitaciones. Por ello, fue necesario recurrir a varios artículos y, en ocasiones, se buscaron las palabras clave de manera independiente sin crear una ecuación de búsqueda. Asimismo, la literatura que relacionara la psicología positiva con estos pacientes ha sido débil y muy escasa. En esta misma línea, pese a la escasez, se han podido encontrar artículos relevantes que relacionaran la psicología positiva con los cuidados de enfermería y que daban respuesta al objetivo de este trabajo.

4. 6. Gestión de la información

Para insertar la bibliografía en el trabajo y que está fuera fácil de organizar y gestionar se usó el gestor bibliográfico Mendeley y se tomó como base el estilo Vancouver de la NLM.

5. MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

5. 1. ¿Qué es la depresión mayor?

La depresión es mucho más que estar triste. Aunque la mayoría de personas experimentan tristeza de vez en cuando, como respuesta a algún acontecimiento de vida, en ocasiones, perdura a lo largo del tiempo provocando malestar e interfiriendo gravemente en el día a día (10). Estudios empíricos evidencian que cuando no se logra vivir la vida con sentido se origina una frustración existencial (vacío existencial), un estado cognitivo-emocional-motivacional negativo caracterizado por la duda sobre la satisfacción vital, percepción de falta de control sobre la propia vida y ausencia de metas vitales. La vivencia de un abismo que nos separa de los demás, de la realidad y de nosotros mismos acompaña a este estado, pudiendo llevar a la comisión de suicidio como expresión máxima de enajenación existencial (4).

5. 2. Prevalencia e impacto global

La depresión es un importante problema de salud pública por su elevada prevalencia, la marcada discapacidad que produce, el impacto en la calidad de vida y el incremento en el uso de los servicios sanitarios, con consecuencias económicas anuales estimadas en 118 billones de euros en Europa (11). A nivel mundial, aproximadamente 350 millones de personas, uno de cada diez adultos, sufre de depresión (1). De hecho, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en los últimos datos publicados, alerta de que este será, para el año 2050, el principal problema de salud (12).

En nuestro país la depresión es la enfermedad mental más prevalente. Según la última encuesta de salud llevada a cabo en el año 2017 por el Instituto Nacional de Estadística (INE), un 6,68% de la población española (aproximadamente tres millones de personas) habría recibido un diagnóstico de depresión ese año, Sin embargo, si tenemos en cuenta que solo el 58% de las personas que padecen depresión buscan ayuda en los servicios sanitarios de salud, es posible que esta cifra no esté informando correctamente sobre la magnitud del problema. Asimismo, la escasez de estudios epidemiológicos nacionales hace complejo tener una estimación precisa de la evolución de la prevalencia de la depresión en España (12).

Cabe remarcar, que en todos los países en los que se han realizado estudios estadísticos las cifras revelan uniformemente que las mujeres padecen el doble de depresión que los hombres. En España, se ha estimado que un 14% de las mujeres ha sufrido en algún momento de su vida un episodio depresivo mayor, frente al 6% de hombres (13). Además, el riesgo de comorbilidad y cronicidad también es mayor en la mujer (14).

5. 3. Cuadro depresivo (signos y síntomas)

La depresión mayor es la principal causa de deterioro psicológico y se caracteriza por una gran tristeza, sentimientos de vacío existencial y por un amplio y complejo cuadro clínico caracterizado por signos y síntomas cognitivos, emocionales, físicos y del comportamiento (2), algunos de ellos sin explicación médica (3) (Tabla 2).

Tabla 2. Cuadro depresivo (algunos signos y síntomas de la depresión mayor).

Cuadro depresivo
<ul style="list-style-type: none"> ● Síntomas neurovegetativos como: taquicardia, disnea, sensación de opresión en el pecho, cefaleas fronto-occipitales y occipitocervicales, rigidez de nuca, sensación de presión cefálica, zumbidos de oídos y debilidad general (15). ● Fatiga psíquica, tendencia a la irritabilidad y excitación (15). ● Dificultad de concentración y memorización (3). ● Dolores y molestias (16) como: cefaleas, dolores cervicales y escapulohumerales, dorsalgias, lumbalgias, dolor de piernas y meralgias parestésicas (cosquilleo, entumecimiento y ardor en la parte externa del muslo). En las mujeres además de trastornos menstruales como la dismenorrea se dan problemas en pelvis y aparato genitourinario (15). ● Oscilaciones de la tensión arterial (hipotensión o hipertensión), palpitaciones, taquicardia, tendencia a la lipotimia, aumento de secreción sudoral y palidez del rostro (15). ● Cambios en el apetito y en el peso (16) (disminución de apetito o ingesta excesiva de alimentos) (15). ● Problemas digestivos (16) como: espasmos gastrointestinales, pesadez epigástrica, náuseas y vómitos, estreñimiento o diarreas (15). ● Trastornos del sueño (15) (dificultad para dormir o dormir demasiado) (16).

- Irritabilidad e inquietud (16).
- Vértigos y lentitud/torpeza psicomotora (15).
- Cansancio, falta de energía y disminución de la actividad (3).
- Aumento de la autocrítica, infravaloración, baja autoestima y sumisión en conflictos (17).
- Dificultad para tomar decisiones, inutilidad, culpabilidad e impotencia (16).
- Llanto y retraimiento social (1).
- Disminución acusada de la capacidad para sentir placer en todas o casi todas las actividades de la vida (18).
- Trastornos en la esfera sexual (15) como la falta de libido (1).
- Gran tristeza, labilidad emocional, apatía, falta de sentido de la vida, sentimiento de vacío y desesperanza (19).
- Nihilismo, verbalizaciones desesperadas sobre sí mismo, el mundo y el futuro y deseo de suicidarse (20).

La depresión puede causar un gran sufrimiento y, a su vez, esta puede generar más disfunción y empeorar la situación vital de la persona y, por consiguiente, la propia depresión (3). La teoría de la desesperanza sugiere que debido a que el paciente tiene una expectativa negativa generalizada que le indica que todo va a salir mal, al sentirse frustrado y sin energía siente que no puede cambiar esta situación, y se resigna a su situación que opera como una causa próxima suficiente de depresión (18).

5. 4. Discapacidad, comorbilidad e impacto en la calidad de vida

La depresión mayor es la principal causa mundial de discapacidad (3). Asimismo, por sí sola, representa un 4,3% de la carga mundial de morbilidad. Las personas con depresión mayor tienen una probabilidad de muerte prematura un 40-60% mayor que la población general, ya que esta influye en otras enfermedades, que a menudo no son atendidas (21). Se presenta con frecuencia en combinación con enfermedades neurológicas, cardiovasculares, gastrointestinales, musculoesqueléticas, respiratorias y endocrinas (22).

La persona que lo porta sufre, no sólo a causa de los síntomas inherentes a su enfermedad, sino también por su incapacidad para trabajar y asumir cabalmente sus responsabilidades familiares tanto en lo económico como en el cumplimiento de las rutinas de la vida diaria (23).

En el ámbito del trabajo representa una de las primeras causas de pérdida de productividad y absentismo laboral y guarda relación con el incremento de accidentes laborales, una mayor utilización de los servicios de salud y la jubilación anticipada. En el caso de España, según datos publicados por el INE, solo el 21% de los pacientes con depresión están trabajando (12).

La familia al enfrentar la depresión de uno de sus componentes vivencia cambios sustanciales y transformaciones, pues los papeles familiares y las rutinas de la vida diaria son intensamente modificados. Los familiares de estas personas, afectadas también por las consecuencias de la enfermedad, se ven obligadas a proporcionar apoyo psicológico, físico, económico, entre otros, y a soportar junto con el familiar enfermo, el impacto del estigma y la discriminación (23). Por lo tanto, daña el cerebro y el corazón del paciente pero también el de la familia (12). Asimismo, lo más habitual es que su red social también se vea mermada, las relaciones deterioradas, y como consecuencia, su libertad como persona se esté reduciendo (8). Es importante respaldar que en casos extremos el individuo no es capaz de procurarse el mínimo cuidado (18).

Así, entre los criterios de la 5ª edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor encontramos la condición de que “los síntomas provoquen malestar clínicamente significativo y/o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo”. Por lo que se puede afirmar que depresión y calidad de vida son expresiones antagónicas (24).

5. 5. Recaídas y suicidio

El trastorno depresivo mayor tiene una historia natural de recuperación y recurrencia (25). En estudios realizados en España se ha observado que el trastorno es recurrente en un número significativo de sujetos: aproximadamente el 50% de las personas que experimentan un episodio de depresión mayor tienen otro; el 70% con dos tienen tres; y el 90% con tres tienen un cuarto (20). El suicidio es una problemática de salud pública, que ha incrementado significativamente en el mundo. Según la OMS cada año se suicidan alrededor de 800 mil personas (26). Dicho en cifras más impactantes, y que suelen llegar mejor a la población, se estima que cada 40 segundos se suicida una persona en alguna parte del mundo y muchos más intentan suicidarse (12).

El riesgo de suicidio de los pacientes diagnosticados con depresión mayor es tres veces mayor que en la población general (27). De hecho, los expertos señalan que el 90% de las personas que cometen suicidio tienen un problema de salud mental, principalmente depresión (12).

5. 6. Estigmatización

La estigmatización de las enfermedades mentales, incluida la depresión, sigue siendo un obstáculo para que las personas de todo el mundo pidan ayuda (28). Algunos investigadores de temáticas relativas al estigma han planteado que esta condición, en salud mental, puede clasificarse de la siguiente manera: el estigma internalizado en las personas con una enfermedad mental (autoestigma), el estigma de (o desde) la familia, el estigma institucional y el estigma público. Los cuatro tipos de estigma están interrelacionados en un proceso complejo y múltiple como es la estigmatización (29).

5. 6. 1. Estigma internalizado (autoestigma)

En lo relativo al estigma en los sujetos que padecen una enfermedad mental, su manifestación más grave es el internalizado o autoestigma. Esta condición se refiere a la internalización, por parte del paciente, de las actitudes negativas que ha recibido (29). Aún en nuestros días los problemas de salud mental tienen un gran estigma en la sociedad, donde el simple hecho de acudir al psiquiatra “marca” a la persona, y que cuando es diagnosticado termina haciendo invisible y ocultando el problema a su entorno con el fin de que no ser marcado (12). Es importante destacar que actualmente diversas investigaciones han determinado que alrededor del 40% de las personas con trastornos mentales graves presentan altos niveles de autoestigma (29).

5. 6. 2. Estigma en (o desde) la familia

El estigma en la familia es una condición en la que se transmite la devaluación por estar asociado a una persona estigmatizada, siendo frecuente que se produzca un nivel semejante de aislamiento y exclusión social al que viven los pacientes. Sin embargo, cabe señalar que los familiares también pueden ser fuente de prejuicios y actos discriminatorios hacia el paciente (29). La experiencia de la depresión se caracteriza por síntomas perceptibles por las personas que conviven con el enfermo, pero que no siempre son reconocidos como manifestaciones de una enfermedad, generando discomfort al paciente. Los síntomas psíquicos, emocionales y físicos de la persona enferma son, para

los familiares, de difícil manejo y percibidos con mayor énfasis, cuando comienzan a interferir en la vida particular y en la propia relación (23).

Asimismo, partimos de la base de que las personas con las que nos relacionamos son las que determinan una buena parte de nuestra salud mental. El entorno puede sentar las bases de la recuperación, apoyar, animar y sostener a la persona cuando todo se viene abajo. En otras ocasiones, hay personas involucradas que, con toda la buena intención del mundo, acaban haciendo más mal que bien a la salud mental de la persona. La mayor parte de la sociedad carece de conocimientos básicos y de herramientas para apoyar de una forma efectiva al ser querido. Hay que tener en cuenta que cuanto menos información tenga el entorno, menos apoyo social habrá (8).

5. 6. 3. Estigma institucional

Respecto al estigma institucional, éste se vincula con las políticas tanto de instituciones públicas como privadas (incluidos los profesionales que en ellas ejercen). Algunos estudios indican que, a pesar de que las actitudes de los profesionales de la salud hacia la enfermedad mental son más positivas que las del público general, son frecuentes las actitudes paternalistas o negativas, especialmente en cuanto al pronóstico y las (supuestas) limitadas posibilidades de recuperación de las personas con enfermedad mental. Respecto al estigma proveniente de los servicios de salud, es interesante destacar que juega un rol esencial en la generación de actitudes estigmatizadoras, y se posiciona, además, como un agente cuya autoridad tiende a perpetuar la estigmatización por medio del poder social que representa (29).

5. 6. 4. Estigma público

Por último, el estigma público se produce cuando la comunidad se comporta con estereotipos y prejuicios negativos hacia los pacientes y, en consecuencia, actúa discriminatoriamente hacia ellos (29).

5. 7. Diagnóstico

Su diagnóstico es complejo debido tanto a la dificultad de delimitar los diferentes signos y síntomas y el propio síndrome de sentimientos y conductas a determinadas situaciones vitales, como por la gran variabilidad clínica presente en los cuadros depresivos (30). La psicopatología no sólo varía entre los distintos pacientes sino también entre los distintos episodios de la vida de un mismo paciente (17).

Generalmente, el diagnóstico de la depresión lo hace el médico de familia, el psicólogo o el psiquiatra mediante la entrevista clínica teniendo en cuenta la información que aporta el paciente, familiares y allegados. A veces, como apoyo a la entrevista, utilizan cuestionarios o tests (10). En relación con la investigación científica, dos son los instrumentos principalmente utilizados, uno la Escala de Hamilton (aplicada en una entrevista) y el Inventario de Beck (auto-aplicado). Estos instrumentos evalúan la depresión pero no establecen de por sí el diagnóstico (25). Según la clasificación del DSM-V para que haya un diagnóstico de episodio depresivo mayor es necesario que el paciente presente al menos un síntoma emocional y cuatro síntomas cognitivos o somáticos. Además, estas manifestaciones tienen que estar presentes, como mínimo, durante un período de 2 semanas (30).

Finalmente, el clínico utiliza a menudo instrumentos adicionales que exploran el funcionamiento global de la persona (25). La Escala de Depresión de la Calidad de Vida/Quality of Life Depression Scale (QLDS) persigue evaluar cómo la enfermedad y su tratamiento determinan la calidad de vida del paciente deprimido. Sin embargo, nada nos dicen dichas escalas de la vivencia que experimenta el mismo paciente o los familiares respecto a su enfermedad (24). La evidencia muestra que para los propios psiquiatras existen importantes dificultades al momento de plantear un diagnóstico adecuado y no es de extrañar que el médico general tenga al menos las mismas dificultades. Se ha visto que en Atención Primaria de Salud (APS), la depresión suele ser sobrediagnosticada, subdiagnosticada y tratada de manera insuficiente (17).

En ocasiones se confunde un síntoma como es la tristeza, con la depresión y ésta con un diagnóstico psiquiátrico. Sin embargo, un síntoma aislado no es necesariamente patológico (la tristeza no tiene por qué serlo) y no constituye por sí mismo un trastorno. La tristeza es sólo uno de los síntomas del síndrome depresivo, ciertamente uno de los más importantes pero, no es suficiente ni necesario para considerar que alguien tiene un cuadro depresivo (14). Por otro lado, quien sufre una depresión recurre en busca de ayuda y refleja su problema de salud como un dolor intenso alargado en el tiempo; esto provoca desconcierto en el médico, que tiende a atender únicamente los síntomas somáticos sin sospechar que detrás de ellos se encuentra instalada la depresión. La depresión se caracteriza por la presencia de síntomas

neurovegetativos que no son perceptibles, por ello también es llamada “depresión enmascarada u oculta”. Estadísticas epidemiológicas de la OMS reflejan que la mitad o dos terceras partes de las personas que acuden a medicina general presentan síntomas característicos de los trastornos emocionales sin lesiones orgánicas, y no es hasta después de revisiones periódicas que se presentan síntomas somáticos objetivables a los que el médico entonces atiende. Ante este tipo de casos el desconocer como diagnosticar una depresión es igual de grave como si se llegase a ignorar un problema cardiovascular agudo (15).

5. 8. Etiología (causas)

La epidemiología en el campo de la salud mental tiene que afrontar las dificultades que conlleva la multicausalidad de la mayoría de los trastornos (31). No obstante, respecto a la depresión mayor hay dos teorías que son las más extendidas respecto a su origen.

5. 8. 1. Teoría biológica

Se ha reportado que alrededor de 200 genes están relacionados con el trastorno depresivo mayor (1). Se ha vinculado con variantes genéticas en los genes codificantes para proteínas involucradas en la regulación de las monoaminas, señalización intracelular, neurotransmisión glutaminérgica, serotoninérgica, factores neurotróficos, eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, entre otras (2). En el ser humano, el control de las emociones está regulado por el sistema límbico (denominado el “cerebro emocional”) cuyo funcionamiento está regulado por diversas vías nerviosas que liberan transmisores químicos como la noradrenalina (NA), dopamina (DA), la serotonina (5-HT) y la acetilcolina (ACh), entre otros, los cuales interaccionan de una manera compleja para dar origen tanto a emociones placenteras como a desagradables (1). De esta manera, la hipótesis monoaminérgica (deficiencia absoluta de neurotransmisores mediadores de procesos afectivos) explicaría el constructo de la depresión (2).

La primera y más sencilla aproximación de los factores hereditarios implicados en un trastorno nace de la observación de la familia y del estudio de la prevalencia del trastorno entre sus miembros. Este tipo de estudios han confirmado que entre los familiares de un paciente con depresión mayor (padres y hermanos, 50% de genes compartidos) existe un aumento importante

de la prevalencia de esta patología (15%) respecto a la observada entre la población general (5,4%). Los estudios familiares, sin embargo, tienen el inconveniente de que no controlan el factor ambiental, por lo que se considera que el modelo del umbral de susceptibilidad sería uno de los que mejor explicarían la transmisión de la enfermedad. Esta interacción podría explicarse mediante la sensibilidad genéticamente mediada a los factores ambientales a los que se expone una persona a lo largo de la vida. Esto supone que determinados genotipos (genotipos de riesgo) conferirían una mayor probabilidad de sufrir el trastorno en comparación con otros (genotipos de no riesgo) ante una misma exposición a un factor de riesgo ambiental (30).

En esta misma línea de razonamiento, el paralelismo con la biología es lo primero que se esgrime como argumento de la depresión en la mujer. Esto supone que el ciclo biológico (menstruaciones, embarazo, menopausia, climaterio) de la mujer es el responsable de la producción de la depresión que aparece en ese período de su vida. La depresión premenstrual, la depresión postparto, la depresión del ama de casa, el síndrome del «nido vacío»... (13).

5. 8. 2. Teoría cognitiva

Uno de los enfoques más influyentes dentro de los modelos cognitivos fue el de Aaron T. Beck (1967-1976). Según este autor, la base de la depresión se encuentra en un triple déficit en el sistema de creencias que lleva a la persona a percibirse a sí misma, al mundo y al futuro en términos negativos. Esta triada cognitiva, implica errores sistemáticos en el pensamiento y en el procesamiento de la información, que genera en las personas depresivas distorsión de la realidad (6).

5. 9. Abordaje del paciente con depresión mayor

Los tratamientos que más se utilizan son el farmacológico, el psicológico o ambos a la vez (7). No obstante, la pauta de actuación más frecuente en APS en casos de depresión sigue el siguiente patrón: el 50,8% de los pacientes son tratados con psicofármacos, el 29% son remitidos a psiquiatría, el 11,5% reciben consejo sanitario, el 7,5% psicoterapia y el 1,2% reciben información sobre pautas de vida (32).

5. 9. 1. Tratamiento farmacológico

Los tratamientos farmacológicos fueron los primeros en establecerse y son los más utilizados. Se vale de cinco categorías de fármacos: antidepresivos tricíclicos, antidepresivos tetracíclicos, inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y antidepresivos atípicos (25). Los antidepresivos actuales, a pesar de sus distintos mecanismos de acción, tienen como común denominador la regulación de sistemas de neurotransmisión monoaminérgica (NA, DA, 5-HT, ACh...) y comparten similar eficacia. Cabe mencionar que, además de estos, existen otras estrategias terapéuticas que incluyen la terapia electroconvulsiva, la terapia magnética transcraneal y la estimulación magnética profunda, entre otras. Recientemente, los avances en esta línea de investigación sobre la neurobiología de la depresión involucran ahora al sistema glutaminérgico, por lo que a su vez, ha contribuido al descubrimiento de los efectos antidepresivos de la Ketamina (un antagonista del receptor NMDA glutamato) (2).

5. 9. 2. Tratamiento psicológico

Referente a los tratamientos psicológicos, hay tres que están bien establecidos. Son la terapia conductual (que incluye seis variantes: programa de actividades agradables, entrenamiento en habilidades sociales, curso para el afrontamiento de la depresión de Lewinsohn, terapia de autocontrol, terapia de solución de problemas y terapia conductual de pareja), la terapia cognitiva de Beck y la psicoterapia interpersonal de Klerman (25).

La terapia cognitiva de Beck tiene el gran mérito de ser un tratamiento diseñado específicamente para la depresión. Concibe la terapia como un enfoque psicoeducativo, diseñado tanto para modificar cogniciones como conductas, de modo que no en vano se denomina también (y quizá más justamente) terapia cognitivo-conductual (TCC) (25). La TCC es un modelo que trabaja ayudando al paciente a que cambie sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más equilibradas y adaptativas para combatir sus problemas o en este caso la depresión. Además de aprender a modificar estas cogniciones distorsionadas se exhorta a los pacientes a modificar creencias que son la base de esos pensamientos automáticos (18). Se ha demostrado que la TCC es la más eficaz,

prácticamente equivalente a personas tratadas con antidepresivos como la Fluoxetina (19).

5. 10. Políticas sanitarias, industria farmacéutica e inversión en salud mental

Los gobiernos y sus relaciones con Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) son los principales responsables de planificar y asignar en todos los sectores pertinentes el presupuesto necesario para fomentar la salud mental de la población (21). Sin embargo, casi un tercio de los países todavía carecen de un presupuesto específico para la ello. De los países que tienen asignado un presupuesto, el 21% gasta en salud mental menos del 1% del presupuesto sanitario general (33).

Los recortes afectan de manera específica a los recursos de salud, con restricciones del acceso a los servicios y disminución de las coberturas, políticas estrictas en materia de prescripción farmacológica, recortes en plantilla, cierres de servicios... (5). La mayor escasez de recursos es en lo relativo a recursos humanos (33). El número de profesionales sanitarios generales y especializados que se ocupan de la salud mental es insuficiente en los países de ingresos bajos y medios. Casi la mitad de la población mundial vive en países en los que hay un psiquiatra para atender a 200.000 o más personas (21). Por ello, más de la mitad de los afectados en todo el mundo (y más del 90% en muchos países) no recibe tratamiento (3).

Esta falta de inversiones favorece la posición dominante de las multinacionales farmacéuticas en aspectos claves de un sistema sanitario público como la salud mental. La industria farmacéutica se define a sí misma como «una gran corporación, abierta al conocimiento público, que depende de la investigación y desarrollo para poder crecer y tener beneficios». Actualmente los cambios que se han producido en la propia industria y en el contexto político, económico y social no la sostienen. Para muchos, actualmente la industria (psico)farmacológica se parece más a una gran corporación, de difícil acceso al conocimiento público, que depende fundamentalmente de la promoción o el marketing, para poder crecer y ganar cada vez más y más beneficios. En unas décadas la industria farmacéutica ha pasado a ser una de las actividades más lucrativas, apareciendo en el listado anual que elabora la revista Fortune sobre

las 500 industrias con más ganancias. Los psicofármacos en particular se sitúan entre los más rentables (34).

Basándose en evidencias científicas o comerciales, la realidad es que la mayoría de las personas con problemas de salud mental, son tratados con psicofármacos. Desde la industria este hecho es muy celebrado. Desde posiciones más críticas sin embargo, se cuestiona por un lado la sobreutilización de los psicofármacos y sus consecuencias y, por otro, cómo los intereses comerciales están determinando la calidad de los ensayos clínicos (34). En un reciente metaanálisis se halló que el predictor de respuesta al antidepresivo más fuerte era el hecho de que la industria farmacéutica patrocinase el estudio (35). Tradicionalmente, los ensayos clínicos eran proyectados, llevados a la práctica e interpretados por investigadores académicos, pero las empresas han ido sustituyéndolos por investigadores privados, sin lazos con las universidades y los organismos públicos, que al final son los que controlan el proceso. Esto tergiversa por completo los ensayos clínicos, que son diseñados desde el principio para favorecer a sus productos. Se pueden poner muchísimos ejemplos de sesgos en la investigación de los psicofármacos, desde cómo se seleccionan los pacientes, los criterios clínicos, los tamaños muestrales, la duración de los estudios, el registro de efectos secundarios.... Este modelo está propiciando que la oferta asistencial sea la prescripción de psicofármacos como abordaje casi exclusivo de los trastornos mentales. Y no sólo psicofármacos, la terapia electroconvulsiva (TEC) también vale para su tratamiento (34).

Hasta hace unos años se pensaba que los problemas de salud mental eran enfermedades que podían curarse con medicamentos dado que atacaban la causa fisiológica. Sin embargo, cada vez va ganando más peso la hipótesis que entiende el psicofármaco como una sustancia que ayuda a sobrellevar una situación debido a los efectos psicoactivos que provoca. Algo que puede ayudar a entender el papel de los psicofármacos es el considerarlos como unas muletas. Estas no nos quitan el dolor de la pierna, ni tampoco hacen que un hueso fracturado se arregle en menos tiempo. Sin embargo, nos permiten andar cuando tenemos una pierna mal (8).

Además los antidepresivos han demostrado importantes efectos adversos (5). Muchas personas que han hecho uso de ellos manifiestan haber abandonado

la capacidad de reflexionar, una completa anulación emocional y vivir como un autómatas (8). Y otro punto controvertido es el papel de los tratamientos antidepresivos como presuntos desencadenantes de las crisis suicidas. Un elevado número de suicidios se ha asociado a mayor consumo de antidepresivos, pero esto no ha podido relacionarse de manera causal y clara con la reducción del suicidio (5).

Asimismo, las tasas de remisión son muy modestas (2). Un porcentaje considerable de pacientes siguen sin responder al tratamiento y han manifestado su preferencia por recibir apoyo en lugar de psicofármacos, y por tanto, se han presentado también altas tasas de abandono del tratamiento. De hecho, hasta una cuarta parte de los pacientes a los que se les prescriben antidepresivos en APS recoge una sola receta y no continúa el tratamiento (35).

Existe una enorme presión desgastante para los profesionales, tanto si actúan como si no. Hoy en día la respuesta tanto a la depresión como al suicidio procede únicamente de los servicios sanitarios, concretamente, del ámbito de la salud mental. Se traslada la responsabilidad de la sociedad al sistema sanitario, con la consiguiente culpabilización y consecuencias legales, así como vivencia de fracaso laboral. Pero los profesionales sanitarios ejercen a menudo algoritmos y protocolos impuestos externamente de los que no se sienten partícipes en ese proceso deliberativo. Así se ven obligados y sometidos a seguir una serie de directrices que a veces no sienten que reflejen adecuadamente su juicio profesional. En contraposición, muchos se aferran al protocolo a seguir, en un afán puramente defensivo frente a la amenaza de las reclamaciones y denuncias de usuarios y familiares o de las sanciones y amonestaciones de la jerarquía sanitaria (5).

Las estrategias de mercado pueden terminar por secuestrar el pensamiento psíquico debido a su enorme poder de influencia sobre la investigación, la información científica, la formación, la capacitación, la práctica clínica y los incentivos de los profesionales. Parte de la profesión psiquiátrica es conscientemente cómplice de este secuestro mientras que otra parte sufre en mayor o menor medida un síndrome de Estocolmo que le impide valorar con independencia y criterio propio la influencia de los intereses comerciales de las farmacéuticas (34). Los profesionales tenemos un papel fundamental en este

fenómeno, ya que sin nuestra participación no se podrían seguir extendiendo los límites de la enfermedad mental, tal y como pretenden ciertos intereses políticos, económicos y sociales (5). Pues el estigma y las violaciones de los derechos humanos de quienes padecen estos trastornos agravan el problema, aumentando su vulnerabilidad, acelerando y reforzando su caída en la pobreza y dificultando su atención y rehabilitación (33).

5. 11. Impacto del estrés en la salud mental

En los últimos años se han manifestado numerosas voces a nivel internacional que ponen en entredicho la consistencia científica de los enfoques de base biológica y farmacológica en salud mental (5). Con esta perspectiva tan reduccionista se obvian otros determinantes de la salud y de la conducta humana, como la historia personal del sujeto y su experiencia subjetiva a los factores sociales y ambientales (5). Los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales incluyen no solo características individuales como la capacidad para gestionar nuestros pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales (21).

Por un lado, son numerosos los estudios que ponen de manifiesto que las personas sometidas a situaciones de alta adversidad, fuertemente estresantes y generadoras de desesperanza, pueden caer en un estado de vacío existencial, de depresión (4). Se ha demostrado que cada evento estresante que experimentamos puede tener impactos importantes y duraderos en nuestro cerebro, alterando su estructura y función (1). Algunos estudios indican que cuando las personas se sienten deprimidas, las sustancias químicas que utilizan las células del cerebro para comunicarse, los neurotransmisores, parecen no estar en equilibrio por déficit funcional (10). También se ha reportado consistentemente que el nivel de cortisol se encuentra elevado en las personas deprimidas (1).

El estrés puede ser definido como el conjunto de demandas sociales y presiones del medio que sobrepasan la capacidad del individuo para ajustarse a las mismas, y suponen una amenaza al equilibrio psicológico del individuo (6). Por tanto, la estabilidad/inestabilidad de las condiciones sociales y ambientales es una variable relevante para la salud psicológica de la persona (31). La falta de control que tiene la persona sobre el medio está asociada al

sentimiento de distanciamiento y separación con respecto a sus ideas, sentimientos y acciones, sujetos al control o decisión de otros, que hunden sus raíces en las condiciones de existencia fijadas por la sociedad y la posición social (6).

Por otro lado, mientras que la teoría cognitiva concibe la depresión como resultado de pensamientos inadecuados, distorsionando al individuo la realidad de forma negativa, otros enfoques dicen que se trata de un problema psicológico, porque es la persona quien la sufre, y social porque no es sino en el contexto social del individuo donde dicha experiencia cobra sentido. Al mismo tiempo, la teoría cognitiva tiende a considerar la existencia de una baja autoestima como si se tratara de un sesgo cognitivo relacionado con la percepción del yo, sin embargo, las experiencias de estrés, junto con los factores de afrontamiento, entre los que se incluyen la autoestima y el apoyo social, dependen de la posición social, que expone a las personas a situaciones de dominio o de falta de control sobre el medio. La respuesta más efectiva es típica de personas que ocupan un alto estatus social, que muestran una menor vulnerabilidad, resultado de la disponibilidad de recursos efectivos que tienen a su alcance para hacer frente a la enfermedad. Son las personas que pertenecen a clases sociales más desfavorecidas las que tienen una mayor probabilidad de sufrir en sus vidas acontecimientos que inciden sobre el control del medio y, en consecuencia, sobre su persona (6).

Vale la pena decir, que los factores psicosociales que conducen a la mujer a la depresión no son sino el espíritu mismo del estereotipo de la feminidad. Las mujeres de nuestra cultura son formadas en «formas de ser mujer», que las condicionan y las proveen de mecanismos psíquicos potenciadores de depresión. Los rasgos que describen al modelo de feminidad más generalizado son los siguientes: sensibilidad, fragilidad, dulzura, complacencia, ausencia de agresividad, ausencia de competencia, pasividad, obediencia, necesidad de contacto afectivo, dependencia... (13). Cabe destacar que la depresión es uno de los problemas de salud más prevalentes en relación con la violencia de género. Sin olvidar las formas de violencia de género más sutiles o menos visibles y por tanto menos demostrables, como el maltrato psicológico (12). Se puede concluir que lo que predispone a la mujer a la depresión es su propio rol.

Es la feminidad misma, tal como está concebida en nuestra sociedad, el factor de mayor riesgo para la depresión (13).

5. 12. De modelos patógenos a modelos salutógenos

La OMS define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Y según esta misma, la salud mental es concebida como “un estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y aporta algo a su comunidad” (21). Aunque lo cierto es que la aplicación real de esa ambiciosa definición no ha sido, ni mucho menos, como habría sido deseable. Y en parte ha sido así porque no ha ido acompañada de un estudio de la salud completa, de esa salud en positivo que va más allá de la ausencia de enfermedad (36).

Es evidente que los profesionales de la salud mental tenemos la predisposición de ayudar a nuestros pacientes, pero nuestra formación está encaminada a trabajar con la enfermedad (31). Hasta cierto punto, esta dirección es totalmente lógica y adecuada. Pero la falta de equilibrio acerca del otro polo, de los procesos salutógenos, ha desnivelado peligrosamente la balanza (36). Este gran énfasis ha hecho descuidar los aspectos positivos que por naturaleza propia tienen los seres humanos (9).

Vivimos en la cultura del pensamiento positivo, en nuestro propio “mundo feliz”, donde se considera que una vida buena tiene que ser buena para algo, más que por sí misma, y dónde no hay cabida para las emociones ni para los sentimientos naturales etiquetados como negativos, que deben ser reprimidos o suprimidos médicamente (5). Y así, en un proceso de medicalización, se busca en los fármacos la solución a problemas personales y sociales (35). Cuando se prescribe un antidepresivo se ha de valorar muy cuidadosamente que puede que se esté sucediendo a un sobretratamiento debido a la psiquiatrización de los problemas de la vida, sin que pueda confirmarse la existencia de un trastorno mental de base. Puede que estemos pautando un tratamiento que no procede, que estemos usando una medicación “innecesaria” a sabiendas de que no es inocua y que, en muchos casos, tiene una eficacia limitada y discutible (5). Una intervención de estas características desresponsabiliza al individuo de sus sentimientos, que pasan a ser gestionados por un médico a través de la prescripción de un antidepresivo. Se

fomenta la adopción de una postura pasiva ante la propia vida y se contribuye a que crea que debe tomar antidepresivos siempre que se encuentre triste o con cierto malestar psicológico (35).

Debemos intentar reconducir el estudio de la respuesta humana ante la adversidad con el fin de desarrollar nuevas formas de intervención que se basen no tanto en la patología y el trastorno sino en un modelo más positivo, centrado en la salud, basado en intervenciones que faciliten la recuperación y el crecimiento personal. Los profesionales de la salud mental debemos centrarnos en establecer los principios resilientes, con el fin de poder contribuir al desarrollo de las potencialidades y recursos de las personas para salir adelante a pesar de la adversidad, y no sumergirlas únicamente en los traumas, trastornos y consecuencias negativas. Lo que se deduce de las investigaciones actuales sobre trauma y adversidad, es que las personas son mucho más fuertes de lo que se ha venido considerando. Se ha subestimado la capacidad natural de los seres humanos de resistir y "rehacerse" (9).

5. 13. Salud Mental Positiva

En la primera década del siglo XX se hizo gran hincapié en que la salud mental era "algo más que ausencia de enfermedad". Por otro lado, se quiso eliminar el componente estigmatizador del término "enfermedad mental" reforzando la idea de un enfoque centrado en la salud. Fue así como en 1947, en una conferencia internacional de profesionales se acordó utilizar el término salud mental para referirse tanto a la salud como a la enfermedad mental (37).

El concepto Salud Mental Positiva (SMP) fue acuñado por primera vez por Marie Jahoda quien, en 1958, publicó una monografía, basándose en los planteamientos teóricos más actuales de aquella época, procedentes de la psicología humanista, del psicoanálisis y de la antipsiquiatría (38). El concepto ha sido ampliamente referenciado por los autores que se han centrado en el estudio de la perspectiva positiva de la salud mental, pero el único intento que se conoce de operativizar los planteamientos conceptuales de esta autora es el trabajo realizado por María Teresa Lluch-Canut, que en 1999 publicó su tesis doctoral (38). Desarrolló un Modelo Multifactorial de Salud Mental Positiva (MMSMP) para poner en marcha y hacer realidad el constructo de SMP a partir de 6 factores (39). Posteriormente, para evaluar el MMSMP, construyó un Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSMP). configurado por 39 ítems

distribuidos entre los 6 factores del MMSMP (38). Finalizado este trabajo intentó trasladar los factores conceptuales a un nivel más operativo y elaboró un Decálogo de Salud Mental Positiva (DSMP) (37).

El DSMP es un conjunto de 10 recomendaciones que aportan sugerencias para cuidar la SMP propia y de los demás (38). Estas recomendaciones son:

1. Valorar las cosas buenas que tenemos en nuestra vida.
2. Poner cariño en la vida diaria. La felicidad está entre nosotros escondida en el día a día.
3. No ser muy severos con nosotros mismos ni con los demás; comprensión y tolerancia son buenos tónicos.
4. No dejar que las emociones negativas bloqueen nuestra vida; sentir la emoción y dejarla ir.
5. Tomar conciencia de los buenos momentos cuando están pasando, disfrutando del presente, además de recordar lo bueno del pasado y esperar cosas buenas del futuro.
6. Sentir y llorar sin miedo. Ahora bien, si son muy intensos, persistentes y/o incapacitantes, hay que pedir ayuda.
7. Buscar espacios y actividades para relajarnos mentalmente.
8. Ir resolviendo los problemas que vayan surgiendo con predisposición a buscar soluciones. Si los problemas se acumulan, la salud mental tiembla.
9. Cuidar nuestras relaciones interpersonales.
10. Pintar la vida con humor para que tenga más color (39).

María Teresa Lluch-Canut definió la SMP como “un constructo dinámico y fluctuante que engloba sentimientos, pensamientos y comportamientos positivos y negativos; en este sentido es igual de saludable reír y sentirse contento cuando están pasando cosas buenas que llorar y estar triste cuando se presentan problemas, pérdidas o decepciones” (38).

En este sentido, la promoción de la SMP está integrada e inmersa de forma implícita en todos los cuidados de enfermería. Puede ser aplicada tanto en situaciones de salud como en situaciones de enfermedad (mental/física) y siempre dirigida a reforzar y potenciar el máximo nivel de salud posible (39).

La “psicología positiva” no se limita al estudio de lo “positivo”; no tiene nada que ver con el extendido movimiento de “pensamiento positivo”; ni tampoco

deja fuera lo “negativo”. A veces, se ha confundido la naturaleza del movimiento al plantear que niega o desestima los aspectos negativos del ser humano, o que abandona o minimiza la presencia del sufrimiento. Lo cierto es que lejos de esa acusación, el sufrimiento humano, está dentro de la psicología positiva y nunca dejó de estarlo, pues las emociones negativas son tremendamente útiles para la supervivencia (36). La terapia en base a la psicología positiva para pacientes con depresión tiene un enfoque derivado de la felicidad y el optimismo, que obliga a las personas a pensar de forma positiva y no centrarse en la patología, como se hace tradicionalmente (40). El concepto de crecimiento postraumático hace referencia al “cambio positivo que un individuo experimenta como resultado del proceso de lucha que emprende a partir de la vivencia de un suceso traumático”, es decir, a la capacidad para afrontar situaciones adversas o potencialmente traumáticas y afrontarlas como retos o desafíos más que como amenazas (36).

6. DESARROLLO

Es indiscutible que a pesar de siglos y siglos de estudio, la contradicción y falta de consenso de los diferentes enfoques sobre cuáles son las causas de la depresión mayor, parecen estar jugando un papel clave en el inadecuado diagnóstico, así como posteriormente en el pobre abordaje de estos pacientes. Y si bien es cierto que la complejidad del ser humano y el abanico de alteraciones psíquicas, emocionales, físicas, sociales... dificultan conocer el patrón de la depresión, también es cierto, que hay múltiples factores que parecen incidir en las posibilidades de sufrirla, y que hoy en día se están ignorando y dejando al margen.

Por un lado, la teoría biológica presupone que el problema está en el cerebro de la persona atribuyendo la depresión a “variantes genéticas que provocan alteraciones a nivel de neurotransmisores” (2), “los cuales dan origen tanto a emociones placenteras como a desagradables” (1). Sin embargo, se desconoce el patrón genético de transmisión y además, referente a las alteraciones neuroquímicas, otros estudios muestran que “cada evento estresante que experimentamos puede tener impactos importantes y duraderos en nuestro cerebro, alterando su estructura y función” (1). El estrés ha sido tremendamente infravalorado en el desarrollo de la depresión, pero como señala J. García-Alandete (4) las personas sometidas a situaciones de alta adversidad, fuertemente estresantes y generadoras de desesperanza, pueden caer en un estado de vacío existencial, de depresión.

Asimismo, los estudios genéticos que se han llevado a cabo parecen respaldar la idea de que la depresión se da ante focos estresantes, tal y como se puede ver en el modelo del umbral de susceptibilidad que hace referencia “a la sensibilidad, genéticamente mediada a los factores de riesgo ambientales a los que se expone una persona a lo largo de la vida” (30).

En este mismo rumbo, hemos podido ver como supuestamente la mayor prevalencia de la depresión en la mujer se relaciona con su naturaleza biológica, que cree que “el ciclo biológico (menstruaciones, embarazo, menopausia, climaterio) es el responsable de la producción de la depresión que aparece en ese período de su vida” (13). Sin embargo, tal y como señala E. Dio-Bleichmar (13) se puede concluir que lo que predispone a la mujer a la

depresión es su propio rol. Es la feminidad misma, tal como está concebida en nuestra sociedad, el factor de mayor riesgo para la depresión.

Por otro lado, sucediendo a la teoría biológica le sigue la teoría cognitiva, que cree que “la base de la depresión se encuentra en un triple déficit en el sistema de creencias que lleva a la persona a percibirse a sí misma, al mundo y al futuro en términos negativos” (6). Sin embargo, eso es mucho presuponer, y excluye las situaciones vitales adversas a las que puede estar sometida la persona y que le pueden llevar a esas cogniciones y conductas típicas del cuadro depresivo. Un claro ejemplo de ello es que “la teoría cognitiva tiende a considerar una baja autoestima como si se tratara de un sesgo cognitivo” (6), pero cabe recordar, que los enfoques sociológicos defienden que “las experiencias de estrés, junto con los factores de afrontamiento (entre los que se incluye la autoestima y el apoyo social), dependen de la posición social, que expone a las personas a situaciones de dominio o de falta de control sobre el medio” (6).

Asimismo, esta falta de consenso sobre cuáles son las causas de la depresión, evidentemente, implica que estos enfoques también defienden diferentes líneas de tratamiento. En primer lugar, en el campo de las ciencias de la salud y la psiquiatría, la teoría biológica se ha interesado en abordar la depresión desde su causa biológica (si es que la hubiera) y ha contribuido al tratamiento con un holgado armamento de psicofármacos. Pero estos tratamientos antidepresivos, desde luego, muestran problemáticas de suma importancia. Los llamados “antidepresivos” parecen no atacar a la causa de la depresión, por lo que como dice J. Erro (8) no “cura” la enfermedad, si no que la atenúa, y además, “las tasas de remisión son muy modestas” (2). También “han demostrado importantes efectos adversos” (5) y “muchas personas han manifestado una completa anulación emocional y vivir como un autómata” (8). Además, un “elevado número de suicidios se ha asociado al consumo de antidepresivos” (5).

En segundo lugar, en el campo de la psicología, la teoría cognitiva se ha interesado en abordar la depresión desde su causa cognitiva (si es que la hubiera) y ha contribuido al tratamiento con las psicoterapias, particularmente, “la TCC que ha demostrado una eficacia prácticamente equivalente a personas tratadas con antidepresivos como la Fluoxetina” (19). Y si bien en algunos

casos puede ser acertado llevar a juicio creencias y pensamientos erróneos, así como conductas y tratar de corregirlas por otras más saludables, “este tipo de tratamiento se enfoca sólo en la disminución de los síntomas negativos propios de la persona como criterio de mejora” (40). Esto tal y como hemos mencionado con anterioridad presupone que el problema está en el cerebro de la persona pero de otro modo; en sus pensamientos, y por tanto, cree que es la personalidad de la persona la que hay que corregir.

No obstante, “la realidad es que la mayoría de las personas con problemas de salud mental, son tratados con psicofármacos” (34), ya que han sido en los que se han invertido todos los esfuerzos y recursos (por alicientes varios), y por tanto debemos poner el foco en ello. La depresión y el suicidio están alcanzando cifras espeluznantes en nuestro país y en el mundo entero. Y si bien es acertado que la falta de consenso sobre como vemos y tratamos la depresión tiene un impacto nefasto en la población que la sufre, quizás más acertado es aún decir, que esta situación viene reforzada por la poca relevancia conferida al tema y la escasa inversión en salud mental, “que favorece la posición dominante de las multinacionales farmacéuticas en aspectos claves de un sistema sanitario público” (34).

Recordemos las desigualdades presupuestarias que sufre la salud mental respecto a otras patologías, con datos que afirman que de “los países que tienen asignado un presupuesto, el 21% gasta en salud mental menos del 1% del presupuesto sanitario general” (33), fomentando así, como dicen E. Navarrete-Betancort, J. Herrera-Rodríguez y P. León-Pérez (5) restricciones del acceso a los servicios, disminución de las coberturas, políticas estrictas en materia de prescripción farmacológica, recortes en plantilla, cierres de servicios..., y provocando que “más de la mitad de los afectados en todo el mundo (y más del 90% en muchos países) no reciba tratamiento” (3). Prescribir antidepresivos es más rápido y económico para el sistema sanitario (que recorta y ahorra en profesionales y en otras estrategias terapéuticas) y además es un negocio muy fructífero para las multinacionales farmacéuticas, que recordemos que “han pasado a ser de las industrias con más ganancias, apareciendo en el listado anual que elabora la revista Fortune, y que los psicofármacos se sitúan entre los más rentables” (34). Pero no olvidemos las dudas que circulan sobre los ensayos clínicos de estos fármacos, donde se ha

confirmado que “tradicionalmente, eran llevados a la práctica e interpretados por investigadores académicos, pero las empresas han ido sustituyéndolos por investigadores privados, sin lazos con las universidades y los organismos públicos, y que esto tergiversa por completo los ensayos clínicos, que son diseñados desde el principio para favorecer a sus productos” (34). Pero en esta tendencia a medicar tan latente, y sin tener en cuenta todo lo que hoy se sabe sobre el tema que nos ocupa, parece ser que las nuevas líneas de investigación han abierto la puerta a un nuevo foco terapéutico; modificar la neurotransmisión del glutamato, no de los sistemas de neurotransmisión monoaminérgicos como se ha venido haciendo, lo que “ha contribuido al descubrimiento de los efectos antidepresivos de la Ketamina” (2).

Esto quiere decir a su vez, que las multinacionales farmacéuticas también vienen condicionando desde hace tiempo tanto la formación como la práctica clínica de los profesionales de la salud, vetando que se lleven a cabo otros enfoques más éticos y humanos. Y así, carentes de otros modelos más salutógenos, como dicen Navarrete-Betancort, J. Herrera-Rodríguez y P. León-Pérez (5) se ven obligados y sometidos a seguir una serie de directrices que a veces no sienten que reflejen adecuadamente su juicio profesional. Es importante hacer mención, que con estas prácticas el profesional sanitario puede experimentar que sus cuidados están guiados y limitados en un solo sentido, coartación del desarrollo profesional, desmotivación para formarse en salud mental, culpabilidad y frustración por no poder ofrecer la ayuda que desearía, y un fuerte estrés ya que “existe una enorme presión desgastante para los profesionales, tanto si actúan como si no, ya que se traslada la responsabilidad de la sociedad al sistema sanitario, pese a que el abordaje puramente biológico no es el adecuado” (5).

La escasez de recursos humanos, el cierre de servicios, la inaccesibilidad para acceder a los servicios sanitarios públicos, las largas lista de espera, las visitas demasiado espaciadas, la escasez de tiempo en las consultas, el tratamiento farmacológico como método único, la falta de apoyo, la privatización de los servicios sanitarios públicos.... Todas estas problemáticas, que provienen de meros intereses económicos, y ajenas a los profesionales de la salud, en definitiva se traducen como una vulneración, discriminación y negación a un derecho universal y fundamental como es la atención a la salud mental. Los

profesionales de la salud estamos en una posición difícil y decisiva ante tanta problemática, pero “hay que tener en cuenta que sin nuestra participación no se podrían seguir extendiendo los límites de la enfermedad mental, tal y como pretenden ciertos intereses políticos, económicos y sociales” (5).

Como resultado de todo esto, se puede percibir la incongruencia de que en el ámbito de la salud mental se fomentan modelos patógenos, donde el foco de atención se centra en las debilidades de la persona y en su patología. Hoy en día, la depresión está poderosamente asociada a un pobre pronóstico, que le dice al paciente que sus posibilidades de recuperación son muy limitadas y que para sentirse bien necesita fármacos (lo que a su vez se vive como falta de control sobre uno mismo). Pero como dicen A. Ortiz-Lobo y C. Lozano-Serrano (35) una intervención de estas características desresponsabiliza al individuo de sus sentimientos y se fomenta la adopción de una postura pasiva ante la propia vida, y como plantean Navarrete-Betancort, J. Herrera-Rodríguez y P. León-Pérez (5) puede que se esté sucediendo a la psiquiatrización de los problemas de la vida, sin que pueda confirmarse la existencia de un trastorno mental de base.

En este sentido, como perspectiva complementaria a los enfoques dominantes en el marco de la salud mental, considerados sosegados e insuficientes, la integración de la psicología positiva en el abordaje del paciente con depresión supone un modelo salutógeno, más humano y real, que deposita una mayor confianza en la capacidad del paciente para hacerse cargo de su propia salud. Pues como refleja C. González-Zúñiga-Godoy (9) los profesionales de la salud mental debemos centrarnos en establecer los principios resilientes, con el fin de poder contribuir al desarrollo de las potencialidades y recursos de las personas para salir adelante a pesar de las adversidades, y no sumergirlas únicamente en los traumas, trastornos y consecuencias negativas.

En esta perspectiva, como dice María Teresa Lluch-Canut (38) “es el momento de cuidar la Salud Mental Positiva (SMP) propia y de las personas a las que atendemos. Es el momento de que las enfermeras y enfermeros de salud mental elaboren programas específicos de intervención para ayudar a las personas y familias que se encuentran en múltiples situaciones de dificultad y sufrimiento, a mantener y potenciar el bienestar, la fuerza y la resistencia mental: la SMP”.

7. CONCLUSIONES

En resumen, hoy por hoy, las presiones sociales y del medio ambiente se toman como factores de riesgo, y no propiamente como causas. Sin embargo, la evidencia científica lleva a la reflexión de que quizás la persona no nace con una alteración anatómica y/o funcional en el cerebro, ni es negativo y pesimista por naturaleza. Y que esto más que equipararse a causas podrían ser las consecuencias que se producen en la salud mental de la persona cuando esta se ve sometida a situaciones fuertemente estresantes que le resultan complejas de hacer frente con resiliencia y que pueden tener un gran impacto en el cerebro tanto a nivel anatómico como funcional. Y que tal vez, lo que hoy en día se toman como causas de la depresión se deberían incluir en el cuadro clínico como manifestaciones de la depresión, y asimismo, lo que se toman como factores de riesgo podrían equipararse a causas. Pues conocer los daños en el cerebro y las cogniciones y conductas que se dan una vez instaurada la depresión, no es lo mismo que saber cuáles son sus causas.

En cuanto al abordaje se hace indispensable dejar de favorecer al tratamiento farmacológico como método casi exclusivo, ya que es inocuo e insuficiente para hacer frente a este problema de salud. Y por ende, subyace la necesidad de dejar de trabajar desde modelos patógenos y de abrir paso a modelos salutógenos que se enfoquen en capacitar a la persona en estilos de vida más saludables (psíquicos, físicos, emocionales, familiares, sociales, laborales, ambientales...) que favorezcan su salud mental positiva y le enseñen a saber ser y estar en la vida.

En este sentido, finalizo mi TFG habiendo cumplido el objetivo propuesto que era diseñar una propuesta de intervención de enfermería basada en la psicología positiva para las personas con depresión mayor, que en si misma tiene un enfoque derivado de la salud y la felicidad.

8. RESULTADOS: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

8. 1. Justificación

El decálogo que se presenta a continuación es una adaptación del Decálogo de Salud Mental Positiva (DSMP), elaborado por la María Teresa Lluch-Canut (Enfermera especialista en Salud Mental, Doctora en Psicología y Catedrática de Enfermería Psicosocial y Salud Mental en la Universidad de Barcelona) en el 2011. Esta versión va dirigida específicamente a los pacientes con depresión mayor, y en él se presentan sencillas recomendaciones que pueden ser útiles para cuidar y reforzar la SMP de estos pacientes.

Esta propuesta de intervención responde a un modelo salutógeno, más humano y real, donde se tienen en cuenta todas las dimensiones de la persona y su situación personal, pero que a su vez se centra fundamentalmente en empoderarla y fortalecerla frente a la tendencia de convertirla en consumidora de pastillas. Se trata de una serie de sugerencias que potencian factores fundamentales para gozar de salud, y en definitiva, para ser más feliz. Pues nadie nos ha enseñado que la SMP es posible si nos esforzamos y seguimos el camino correcto, hacia lo que nos hace vibrar y nos hace felices, hacia nosotros mismos.

Aclaraciones: Quiero aclarar que no se trata de intrusismo laboral, más bien de unir diferentes disciplinas por un objetivo común que nos concierne a todos, la salud mental de la personas. La psicología de la salud hace referencia a cuando cualquier área de la salud se nutre de la psicología para ofrecer cuidados de calidad y mejorar así la salud y calidad de vida de las personas. Enfermería juega un papel fundamental en cuanto a la modificación de los estilos de vida en el paciente con depresión mayor e integrar la psicología positiva a nuestros cuidados podría contribuir de manera significativa a ello.

8. 2. Objetivos

8. 2. 1. Objetivo general

Potenciar la salud mental positiva en el paciente con depresión mayor y mejorar su calidad de vida mediante una adaptación del Decálogo de Salud Mental Positiva que la Dra. María Teresa Lluch-Canut elaboró en 2011.

8. 2. 2. Objetivos específicos

- Favorecer el autoconocimiento.
- Tomar conciencia sobre nuestra actitud ante las adversidades y fomentar la resiliencia.
- Fomentar pensamientos, sentimientos y comportamientos saludables.
- Proporcionar conocimientos básicos de psicología positiva.
- Empoderar al paciente sobre su propia salud.

8. 3. Metodología

Este decálogo supone aceptación del cuadro depresivo (entender el rol que este juega), pero sobretodo, compromiso con la felicidad. En este sentido, las 10 recomendaciones se adaptan a la situación de vida del paciente con depresión mayor y las problemáticas que este sufre (tristeza, déficit de autocuidado, aislamiento...), y propone llevar a la vida diaria una serie de recomendaciones, a pesar de la tristeza y la falta de energía que se pueda tener, para que así las personas se puedan dar cuenta de los efectos que puede tener integrar la psicología positiva en el día a día, especialmente, frente a la depresión.

8. 4. Población diana

Dirigido específicamente a pacientes con depresión mayor.

8. 5. Diseño

Decálogo de Salud Mental Positiva para los pacientes con depresión mayor	Recomendación 1: Valorar las cosas buenas que tenemos en nuestra vida
	Cada día de tu vida contiene pequeños instantes de felicidad. Mantente expectante y da las gracias por cada persona, cosa o situación que te haga sentir dichoso. La vida es un regalo... ¡Disfruta de poder ser, existir y vivir!.
	Recomendación 2: Poner cariño en la vida diaria... la felicidad está entre nosotros escondida en el día a día
	Pon cariño y amor en las pequeñas cosas de la rutina del día a día. Sobre todo en tu autocuidado. Cuida tu alimentación. Practica la vitalidad, a tu ritmo, en contacto con la naturaleza y en horas de sol. Procura dormir 7-8h diarias y evitar la siesta, trata de acostarte y levantarte a la misma hora todos los días y si te cuesta conciliar el sueño realiza alguna actividad relajante (leer, tomar un baño... o poner música en la cama que suponga cierto esfuerzo oírlo). Si los estudios o el trabajo te suponen un gran esfuerzo trata de resistir y ten en cuenta que es una oportunidad para aprender, para desarrollarte como profesional, para relacionarte y para crecer como persona. Pero cuida el estrés y si la situación te supera y necesitas dejarlo, sé honesto y amable contigo mismo y hazlo. Cuando te sientas preparado retómalo sin miedos, porque no se tiene miedo a trabajar en sí, se tiene miedo a no estar a la altura y “fallar”. Pero eso es anticiparse, y en el caso de “fallar”, somos humanos.
	Recomendación 3: No ser muy severos con nosotros mismos ni con los demás; comprensión y tolerancia son buenos tónicos.
	Acéptate, perdónate y déjate en paz, tanto por los errores cometidos como por las cosas que no hiciste como habrías deseado. Céntrate en los pequeños pasitos que das que te hacen superarte, y no en lo que por el momento no puedes hacer. Confía en ti y mírate hacia adentro, actúa según tus propios valores y creencias, pensamientos y emociones, y da de ti lo que eres. Y en caso de querer cambiar siéntete libre para hacerlo porque eso es evolucionar y crecer. Del mismo modo no seas muy exigente con los demás, cada uno hace lo que puede cuando puede, así que sé amable, respetuoso y empático.
	Recomendación 4: No dejar que las emociones negativas bloqueen nuestra vida; sentir la emoción y dejarla ir.
	No existen emociones malas, solo emociones reales y necesarias, así que valida y experimenta esa emoción, y luego superala de la manera más saludable para que no te bloquee y puedas seguir disfrutando de la vida. La tolerancia, la compasión, la gratitud, el amor, el perdón, el olvido... son buenos tónicos para dejar ir emociones negativas.

Decálogo de Salud Mental Positiva para los pacientes con depresión mayor	Recomendación 5: Tomar conciencia de los buenos momentos cuando están pasando, disfrutando del presente, además de recordar lo bueno del pasado y esperar cosas buenas del futuro.
	Trata de vivir más el presente, tomando conciencia y saboreando los buenos momentos cuando están pasando. Absorbe todo lo que te da la vida como: la calidez de un abrazo, los rayos del sol, bañarse en el mar, reír y disfrutar con seres queridos.... Escribir en un diario las cosas buenas que te han pasado en el día, te ayudará a ser más consciente de lo que te hace feliz y te pintará el camino a seguir.
	Recomendación 6: Sentir y llorar sin miedo. Ahora bien, si son muy intensos, persistentes y/o incapacitantes, hay que pedir ayuda
	¡Si te apetece llorar, házlo!. No tienes que fingir y decir que “estás bien” cuando no lo estás. No ocultes o camufles tu dolor ni lo que te pasa y no reprimas lo que piensas ni lo que sientes. No estar bien a veces es normal, experimenta esos sentimientos, pero trata de controlar la intensidad, la frecuencia y la duración para que cada vez resulten menos incapacitantes. Y siempre que lo necesites, busca ayuda.
	Recomendación 7: Buscar espacios y actividades para relajarnos mentalmente
	Puede que tengas la sensación de que sientes todo y nada a la vez, que no dejaras de sentir ese vacío y no volverás a adaptarte a la vida, pero esto se debe a la ausencia de emociones positivas. Intenta cada día hacer algo con lo que disfrutes y que te ayude a despejar la mente, como por ejemplo: ver una película, escuchar música, cantar, bailar, escribir, pintar, meditar, hacer yoga, correr, pasear por la playa o por la montaña, tomar el sol, bucear en el mar, quedar con alguien para tomar algo.... Lo que sea que te guste y te haga feliz (es un antidepresivo magnífico). En este sentido, viajar es una de las mejores cosas que podemos hacer, sal al mundo, recorre pueblos, conoce a personas, experimenta....
	Recomendación 8: Ir resolviendo los problemas que vayan surgiendo con predisposición a buscar soluciones. Si los problemas se acumulan, la salud mental tiembla
	Ser previsoros está bien, pero sobrepensar solo nos lleva a pensamientos anticipatorios y así a sufrir por algo que no sabemos si pasará. Si surge una dificultad, retrasa la toma de decisiones importantes hasta que te encuentres mejor (si así lo necesitas) pero recuerda que los problemas son parte de los vaivenes de la vida, así que trata de resolverlos a medida que surgen con predisposición para buscar soluciones y alternativas lo antes posible. Afronta las dificultades con resiliencia, transformando los problemas en retos, lo negativo en positivo y abórdalas con inteligencia buscando lo mejor para ti.

<p>Recomendación 9: Cuidar nuestras relaciones interpersonales</p> <p>El mundo te presta a personas tan especiales por un momento que con ellas te llevas amor incondicional para toda la vida, así que cuídalas y enfócate en vivir momentos bonitos con ellos. Dedicar tiempo a tus seres queridos: escríbeles, llámales, queda con ellos... ¡sal de casa!. Y si no te apetece salir de casa invítales a que vengan a verte. Y si te sientes incomprendido no les culpes, no lo hacen con mala intención, simplemente no han pasado por una depresión, y eso es algo muy bueno. Ten paciencia y comparte con ellos como te sientes para que cada día puedan entenderte un poco mejor y puedan apoyarte.</p> <p>También es importante que establezcas límites y te alejes de vínculos tóxicos (aunque sean familiares), de personas con las que no te sientes bien. Trata de rodearte de personas que te generen paz, serenidad, bienestar... y te ayuden a avanzar.</p>
<p>Recomendación 10: Pintar la vida con humor para que tenga más color</p> <p>Quizás creas que esta situación es la peor que estás viviendo, pero piensa cuál es la actitud más inteligente y saludable para trascenderlo y superarlo. No “eres” el cuadro depresivo, sino que “estás” pasando por una situación de salud, con cosas buenas y cosas malas, de las que aprenderás, sanarás y crecerás como persona. Es decir, la depresión pasará a formar parte de tu bagaje y te hará más resiliente. ¡Enfócate en hacerte feliz cada día e intenta tomarte la vida con humor!. Y recuerda: ¡Solo por dentro se sale!.</p>

8. 9. Resultados esperados (Hipótesis)

Al tratarse del TFG esta propuesta de intervención no se ha llevado a la práctica por lo que no se dispone de resultados. Sin embargo, la bibliografía científica encontrada al respecto apoya la idea de que las intervenciones de enfermería basadas en la psicología positiva pueden ser la respuesta para tratar al paciente con depresión mayor desde un modelo más salutógeno de salud. Se trata de un DSMP que se cree que podría ser más eficiente que los tratamientos farmacológicos y podría mejorar la salud mental y la calidad de vida de las personas con depresión mayor. Otro de sus beneficios es que raramente se cree que pudiera tener efectos secundarios dicho decálogo.

Por el momento, el decálogo puede ser una herramienta útil para que el paciente pueda empezar a indagar en esta vertiente positiva y empiece a hacer cambios positivos en su vida. No obstante, lo ideal es que este decálogo fuera llevado a cabo a la práctica clínica por enfermería en un programa de Educación para la Salud (EplS) en los Centros de Atención Primaria (CAPs) u otras infraestructuras destinadas para promover la salud mental. Y por tanto, requeriría proceder al desarrollo de este programa en un futuro.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez-Padilla E, Cervantes-Ramírez V, Hijuelos-García N, Pineda-Cortés J, Salgado-Burgos H. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. *Rev Biomed* [Internet]. 2017;28:89–115. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/revbiomed/v28n2/2007-8447-revbiomed-28-02-73.pdf>
2. Pérez-Esparza R. Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. *Rev Fac Med UNAM* [Internet]. 2017;60(5):7–16. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422017000500007
3. Organización Mundial de la Salud. Depresión. Datos y cifras [Internet]. Ginebra. 2020. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
4. García-Alandete J. Psicología positiva, bienestar y calidad de vida. Enclaves del Pensam [Internet]. 2014;16:13–29. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/enclav/v8n16/1870-879X-enclav-8-16-00013.pdf>
5. Navarrete-Betancort E, Herrera-Rodríguez J, León-Pérez P. Los límites de la prevención del suicidio. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* [Internet]. 2019;39(135):193–214. Available from: <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v39n135/2340-2733-raen-39-135-0193.pdf>
6. Álvaro-Estramiana J, Garrido-Luque A, Schweiger-Gallo I. Causas sociales de la depresión. Una revisión crítica del modelo atributivo de la depresión. *Rev Inter Soc (RIS)* [Internet]. 2010;68(2):333–48. Available from: <http://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/328/334>
7. Hernández-Benitez C, García-Rodríguez A, Leal-Ugarte E, Peralta-Leal

- V, Durán-González J. Factores ambientales relacionados a trastornos depresivos. *Rev Med Inst Mex Seg Soc* [Internet]. 2014;52(5):574–9. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2014/im145t.pdf>
8. Erro J. Saldremos de esta. In: *Guía de salud mental para el entorno de la persona en crisis* [Internet]. 2016. p. 1–74. Available from: <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/5147>
 9. González-Zúñiga-Godoy C. La psicología positiva: un cambio en nuestro enfoque patológico clásico. *Rev Psic Lib* [Internet]. 2004;10:82–8. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68601009>
 10. Ministerio de Sanidad. La depresión. Información para pacientes, familiares y allegados. *Avalia't* [Internet]. 2014;1–37. Available from: <https://runa.sergas.es/xmlui/handle/20.500.11940/13744>
 11. Nicanor-Mori J. Historia natural de la depresión. *Rev Per Epid* [Internet]. 2010;14(2):1–5. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3987256>
 12. Navio-Acosta M, Pérez-Sola V. Depresión y suicidio 2020. Documento estratégico para la promoción de la salud mental [Internet]. 2020. p. 1–260. Available from: <https://sepb.es/webnew/wp-content/uploads/2020/09/LibroBlancoDepresionySuicidio2020.pdf>
 13. Dio-Bleichmar E. La depresión en la mujer. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* [Internet]. 1991;11(39):283–7. Available from: <http://ww.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15234/15095>
 14. López-Ibor M. Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. *An Medi Inter Mad* [Internet]. 2007;24(5):209–11. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v24n5/editorial.pdf>
 15. Chávez-Chávez K. La depresión enmascarada desde la sintomatología neurovegetativa. *Rev Psyc* [Internet]. 2015;7(10):1–7. Available from: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/view/23124>

16. National Institute of Mental Health. Depresión. Información básica [Internet]. 2016. p. 6. Available from: https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion-sp/19-mh-8079spdf_159009.pdf
17. Botto A, Acuña J, Jiménez J. La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. Rev Med Chil [Internet]. 2014;142:1297–305. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v142n10/art10.pdf>
18. Puerta-Polo J, Padilla-Díaz D. Terapia cognitiva-conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. Duazary [Internet]. 2011;8(2):251–7. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=512156315016>
19. Rosique-Sanz M, Sanz-Aparicio T. Tratamiento cognitivo-conductual en depresión mayor, distimia e ideación autolítica persistente. Anál y Mod Conduct [Internet]. 2013;39(159–160):17–23. Available from: http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/9861/Tratamiento_cognitivo_conductual.pdf?sequence=2
20. Vázquez-González F. La técnica de solución de problemas aplicada a la depresión mayor. Psicothema [Internet]. 2002;14(3):516–22. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72714302>
21. World Health Organization. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 [Internet]. Ginebra. 2013. p. 54. Available from: https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/
22. Aguado A, García del Álamo M. Gastrointestinal comorbidity and symptoms associated with depression in patients aged over 60 years. Semergen [Internet]. 2020;46(1):27–32. Available from: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1138359319300991?token=C7C047EF448E77DA931E178EE0BC7D032ADFB20FDC738AD227DCE1B CAA53F1A91EA697338DE49D5EFA697C9F2CB9F170>
23. Pezo-Silva MC, Komura-Hoga L, Costa-Stefanelli M. La depresión

- incluida en la historia de la familia. *Text Contex Enf* [Internet]. 2004;13(4):511–8. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=%22S0104-07072004000400002%22&script=sci_arttext
24. Benitez-Moreno J. Calidad de vida y funcionalidad en la depresión. *Semergen* [Internet]. 2009;35(1):50–6. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-calidad-vida-funcionalidad-depresion-X1138359309908990>
 25. Pérez-Álvarez M, García-Montes J. Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema* [Internet]. 2001;13(3):493–510. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72713314>
 26. Benítez-Camacho É. Suicidio: el impacto del Covid-19 en la salud mental. *Med y Étíc* [Internet]. 2021;32(1):15–39. Available from: <http://publicaciones.anahuac.mx/bioetica/article/view/469>
 27. Baca-García E, Aroca F. Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. *Sal Ment* [Internet]. 2014;37(5):373–80. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v37n5/v37n5a3.pdf>
 28. World Health Organization. Hablemos de la depresión [Internet]. Ginebra. 2017. Available from: <https://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/campaign-essentials/es/>
 29. Mascayano-Tapia F, Lips-Castro W, Mena-Poblete C, Manchego-Soza C. Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Sal Ment* [Internet]. 2015;38(1):53–8. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=56982Fuente>
 30. Mitjans M, Arias B. La genética de la depresión: ¿qué información aportan las nuevas aproximaciones metodológicas? *Act Esp Psiq* [Internet]. 2012;40(2):70–83. Available from: <https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/34951799/14-76-ESP-70-83->

680417.pdf?1412145538=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3Dgenetica_de_la_depresion.pdf&Expires=1609951839&Signature=RwpPQdVoLOydg4AMS51n6sbelZHXPT3-kh3-GubPy1ZrqEsmYnITGWNFRxiQA

31. Lluch-Canut M. Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva [Internet]. Evaluación en Ciencias del Comportamiento: Metodología y Aplicaciones. 1999. Available from: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/42359>
32. Alonso-Blanco C, Villalvilla-Soria D. Plan de cuidados estandarizado del paciente con trastornos depresivos en el ámbito de atención primaria. Nursing (Lond) [Internet]. 2004;22(1):49–53. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0212538204715678>
33. World Health Organization. Programa de acción para superar las brechas en salud mental [Internet]. Ginebra. 2008. p. 48. Available from: https://www.who.int/mental_health/publications/9789242596205/es/
34. Mata-Ruiz I, Ortiz-Lobo A. Industria farmacéutica y psiquiatría. Rev Asoc Esp Neuropsiq [Internet]. 2003;86:49–71. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352003000200005&script=sci_arttext&lng=en
35. Ortiz-Lobo A, Lozano-Serrano C. El incremento en la prescripción de antidepresivos. Aten Prim Salam [Internet]. 2005;35(3):152–5. Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/82624073.pdf>
36. Hervás G. Psicología positiva: una introducción. Rev Interun Form Prof [Internet]. 2009;23(3):23–41. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27419066003>
37. Lluch-Canut M. Decálogos de Salud Mental Positiva adaptados a diferentes situaciones y/o personas afectadas por circunstancias de la pandemia de Coronavirus COVID-19. Col Dep Dig UB (OMADO) [Internet]. 2020;1–27. Available from:

<http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/155018>

38. Lluch-Canut M. Cuida la Salud Mental Positiva: un abordaje para afrontar con más fuerza mental la situación generada por la pandemia de Coronavirus COVID-19. Dep Dig Univ Barc (UB) [Internet]. 2020;1–7. Available from: <http://hdl.handle.net/2445/155397>
39. Lluch-Canut M. Promoción de la salud mental positiva. Rev Enf y Sal Ment [Internet]. 2015;1:23–6. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6145927>
40. Cuadra-Peralta A, Veloso-Besio C, Puddu-Gallardo G, Salgado-García P, Peralta-Montecinos J. Impacto de un programa de psicología positiva en sintomatología depresiva y satisfacción vital en adultos mayores. Psic Reflex Crit [Internet]. 2011;25(4):644–52. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722012000400003&script=sci_arttext&tlng=es

~

“Prefiero morir en el mar nadando hacia un nuevo mundo,
que quedarme quieta en la playa con los brazos cruzados”

– Florence Nightingale.

~