

Prólogo

En el vasto y complejo panorama de la salud mental en nuestra sociedad contemporánea, la depresión se destaca como un desafío omnipresente que afecta a personas de todas las edades y orígenes. En este contexto, la terapia cognitivo conductual emerge como un faro de esperanza y eficacia en el tratamiento de la depresión. Este curso, que se extiende como un viaje de conocimiento y transformación, se adentra a fondo en los fundamentos y aplicaciones de la terapia cognitivo conductual en el abordaje de la depresión.

En el corazón de este curso radica la idea de que la formación en terapia cognitivo conductual no solo enriquece la práctica clínica, sino que también es una fuerza poderosa para mejorar la calidad de vida de quienes enfrentan la depresión. A medida que exploramos las bases teóricas de la terapia cognitivo conductual y su aplicación práctica, los participantes adquieren una comprensión integral de cómo esta terapia basada en evidencia puede marcar una diferencia significativa en la vida de las personas que luchan contra la depresión.

Si bien se mostrarán las diferentes clasificaciones y características de algunos trastornos depresivos, este documento tratará de centrarse especialmente en el trastorno de depresión mayor, recordando la importancia de que cada uno de los cuadros mencionados se trate de forma individualizada por los profesionales en salud pertinentes según el caso. Pues las intervenciones de terapia cognitivo conductual son complejas, ya que incluyen múltiples componentes de contenido y se pueden realizar de diferentes maneras. Así, el presente escrito es una breve introducción o esquema general que tiene como objetivo principal familiarizar al lector con este tipo de terapia.

Este curso es, en última instancia, un compromiso con la transformación, un camino hacia la mejora tanto de la práctica terapéutica como de la calidad de vida de quienes buscan sanar y encontrar esperanza en medio de la batalla contra la depresión.

MÓDULO I

¿Qué es la depresión?

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), **más de 300 millones de personas en todo el mundo se ven afectadas por la depresión**, y estimaciones recientes indican números aún más altos. Los trastornos depresivos son altamente prevalentes en todo el mundo y afectan a personas de todas las edades y ubicaciones geográficas. Aunque pueden manifestarse en cualquier momento de la vida, su inicio más común se encuentra en la adolescencia y adultos jóvenes, y las mujeres tienen el doble de probabilidades de verse afectadas en comparación con los hombres. Asimismo, abarcan una amplia gama de condiciones clínicas, desde síntomas menores y temporales hasta situaciones graves que resultan en una marcada discapacidad social y ocupacional.

Generalmente, se manifiestan a través de una **combinación de síntomas** que involucran aspectos cognitivos, emocionales, conductuales, fisiológicos, interpersonales, sociales y ocupacionales; pudiendo variar en gravedad, y manifestándose junto con episodios recurrentes de la enfermedad, por ejemplo. Y es que, la depresión a menudo coexiste con otros trastornos psiquiátricos y médicos, como trastornos de ansiedad, adicciones, trastorno obsesivo-compulsivo, diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares. Además, contribuyen indirectamente a la carga de otros trastornos, como el suicidio y las enfermedades cardiovasculares.



Etiología

Tienen una **progresión relativamente crónica y también altas tasas de incidencia y prevalencia**, por lo que se consideran uno de los principales desafíos de salud en todo el mundo. Los trastornos depresivos son afecciones complejas y multifactoriales en las que se entrecruzan diversos factores de influencia, aunque no se ha identificado una causa exacta. Se reconoce que tanto componentes genéticos como ambientales contribuyen a su desarrollo.

En términos de **predisposición genética**, se estima que alrededor del 50% de la etiología de la depresión se debe a la herencia, aunque esta cifra puede variar en la denominada "depresión de inicio tardío". Por lo tanto, es más común encontrar casos de depresión entre los familiares de primer grado de los pacientes, y la concordancia entre gemelos idénticos es notablemente alta. Además, se ha observado que los factores genéticos pueden influir en la respuesta depresiva ante eventos adversos.

Otras teorías se centran en alteraciones en las concentraciones de neurotransmisores, como la regulación anormal de la neurotransmisión colinérgica, catecolaminérgica (noradrenérgica o dopaminérgica), glutamatérgica y serotoninérgica. La desregulación neuroendocrina también es considerada un factor importante, involucrando ejes como el hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, hipotálamo-hipófisis-tiroides y hipotálamo-hipófisis-hormona de crecimiento.

Además de estos factores biológicos, se reconocen **elementos psicosociales en la génesis de la depresión**. Situaciones de estrés significativo en la vida diaria, especialmente eventos como separaciones y pérdidas suelen preceder a episodios de depresión mayor, aunque generalmente no provocan una depresión intensa de larga duración, excepto en personas con predisposición a trastornos del estado de ánimo.

Las personas que han experimentado un episodio de depresión mayor tienen un mayor riesgo de sufrir recaídas en el futuro. Aquellas con menor flexibilidad emocional y/o tendencia a la ansiedad tienden a ser más propensas a desarrollar un trastorno depresivo, a menudo careciendo de las habilidades sociales necesarias para lidiar con las presiones de la vida. Las comorbilidades con otros trastornos mentales también aumentan el riesgo de padecer depresión.

A nivel demográfico, las mujeres muestran un riesgo mayor, aunque no se ha establecido una teoría que explique completamente esta diferencia. Posibles factores incluyen una mayor exposición o respuesta al estrés diario, niveles elevados de monoaminoxidasa (una enzima que degrada neurotransmisores asociados con el estado de ánimo), tasas más altas de disfunción tiroidea y cambios endocrinos relacionados con la menstruación y la menopausia. En el caso de la depresión periparto, los síntomas aparecen durante el embarazo o en las semanas posteriores al parto (depresión posparto), donde se considera la participación de factores endocrinos, aunque no se ha identificado una causa específica.

En los trastornos afectivos estacionales, los síntomas siguen un patrón estacional, generalmente manifestándose en otoño o invierno, y tienden a ser más frecuentes en regiones con inviernos largos y rigurosos.

Es importante señalar que los síntomas o trastornos depresivos pueden surgir en el contexto de diversas condiciones médicas, como trastornos tiroideos y suprarrenales, tumores cerebrales benignos y malignos, accidentes cerebrovasculares, VIH/SIDA, enfermedad de Parkinson y esclerosis múltiple. Además, ciertos medicamentos, como los corticosteroides y ciertos beta-bloqueantes, pueden desencadenar o acompañar trastornos depresivos, al igual que el abuso de sustancias recreativas como el alcohol y las anfetaminas. Los efectos tóxicos de estas sustancias o los síntomas de abstinencia a menudo se asocian con síntomas depresivos transitorios (Ghasemi et al., 2017).

Síntomatología

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition, DSM-V, en inglés), los síntomas principales son:

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es [1] **estado de ánimo deprimido** o [2] **pérdida de interés o de placer**.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). [Nota: En **niños y adolescentes**, el estado de ánimo puede ser irritable.]
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. [Nota: En los **niños**, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.]
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas). Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.



E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Especificar:

- Con características mixtas.
- Con características melancólicas.
- Con características atípicas.
- Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo.
- Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo.
- Con catatonía.
- Con inicio en el periparto.
- Con patrón estacional (solo episodio recurrente).



Clasificación en el DSM-V

El DSM-V presenta la siguiente clasificación de los trastornos depresivos atendiendo al tiempo de duración, temporalidad y etiología:

- Trastorno depresivo especificado y no especificado
- Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo
- De depresión mayor (incluye el episodio depresivo mayor)
- Distimia/Trastorno depresivo persistente
- Trastorno disfórico premenstrual
- Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento
- Derivado de otra afección médica

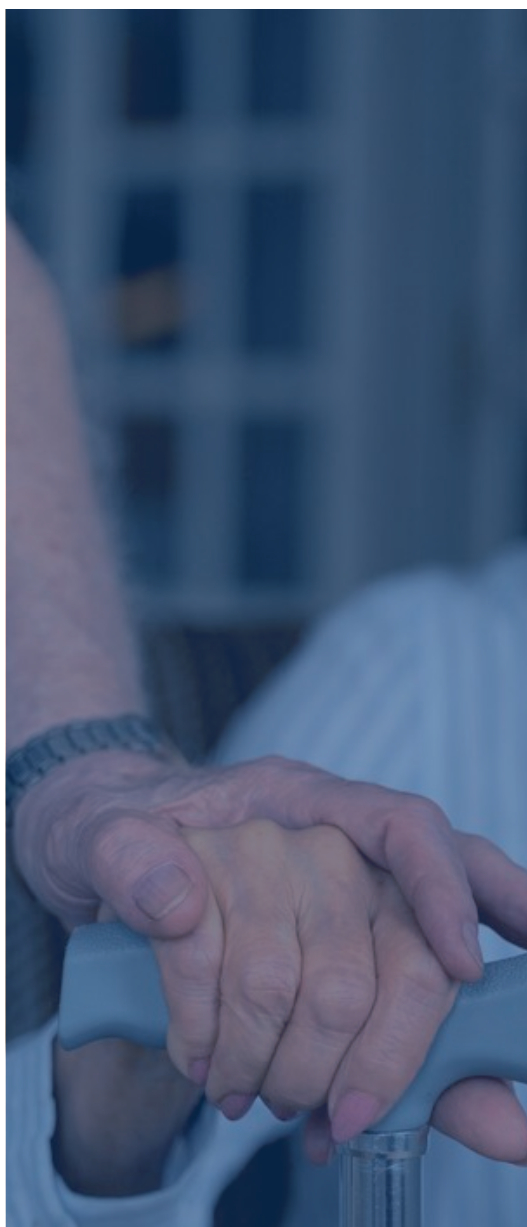
La edición incluye, en relación con la cuarta edición, el trastorno disruptivo por desregulación anímica y añade el trastorno disfórico premenstrual. Este primero trata de evitar el sobrediagnóstico y tratamiento de trastorno bipolar en menores de 18 años. En cuanto al segundo, se constituye como un tipo de depresión tras la ovulación con alto impacto en la funcionalidad. Sumado a ello, se añade un nuevo especificador de síntomas ansiosos específicos (que enfatiza la importancia de atender a aquellos que aparezcan en cuadros depresivos) y el criterio de exclusión de duelo es eliminado.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico de los trastornos depresivos se fundamenta en la identificación de los indicadores y síntomas, junto con los criterios clínicos previamente mencionados. Se emplean preguntas específicas de respuesta cerrada para determinar si los pacientes presentan los síntomas requeridos por el DSM-V para diagnosticar la depresión mayor. Para distinguir entre los trastornos depresivos y las fluctuaciones normales del estado de ánimo, se debe observar una angustia considerable o una disminución en el funcionamiento social, laboral y en otras áreas importantes.

La gravedad se determina mediante la **intensidad del sufrimiento y la discapacidad, tanto en términos físicos como en el ámbito social y laboral, y también según la duración de los síntomas**. Es crucial que un profesional de la salud pregunte de manera sensible pero directa a los pacientes acerca de pensamientos o planes de autolesiones o de hacer daño a otros, antecedentes de amenazas o intentos de suicidio, y otros factores de riesgo. La presencia de psicosis y catatonía sugiere una depresión severa, mientras que características melancólicas indican una depresión de gravedad moderada o severa. Los problemas físicos concurrentes, así como los trastornos por abuso de sustancias y de ansiedad, pueden agravar la situación.

Es esencial distinguir entre los **trastornos depresivos y la desmoralización o la tristeza**. Otros trastornos mentales, como los trastornos de ansiedad, pueden imitar o complicar el diagnóstico de la depresión, y en ocasiones, se presentan en combinación. Asimismo, es necesario diferenciar la depresión mayor (trastorno unipolar) del trastorno bipolar.



Por otra parte, en pacientes de edad avanzada, la depresión, a menudo, se manifiesta como demencia depresiva, que comparte muchos signos y síntomas con la demencia, como la ralentización psicomotora y la falta de concentración. Sin embargo, en casos de demencia temprana, la depresión puede preceder a la demencia. En general, cuando existe incertidumbre en el diagnóstico, se debe considerar el tratamiento de un trastorno depresivo. Diferenciar los trastornos depresivos crónicos, como la distimia, de los trastornos por abuso de sustancias puede ser complicado, especialmente cuando coexisten y se influyen mutuamente.

Finalmente, como hemos mencionado, es importante **descartar causas físicas de los síntomas depresivos**. El hipotiroidismo es un factor común que puede desencadenar síntomas de depresión, especialmente en la población anciana. La enfermedad de Parkinson, en particular, puede manifestarse con síntomas similares a la depresión, como la falta de energía, la expresión reducida y la disminución de la movilidad. Se requiere una evaluación neurológica exhaustiva para descartar esta afección [Coryell, 2022].

Evaluación inicial

Existen varios cuestionarios breves disponibles para detectar la depresión, los cuales pueden ayudar a identificar algunos síntomas depresivos. No obstante, el diagnóstico no debe basarse únicamente en estos cuestionarios. Sin embargo, estas herramientas resultan útiles para identificar a las personas en riesgo que requieren una evaluación más profunda. Algunas de las herramientas de detección más utilizadas son el **Cuestionario de Salud del Paciente-9** (*Patient Health Questionnaire*, PHQ-9, en inglés) y el **Inventario de Depresión de Beck** (*Beck Depression Inventory*, BDI, en inglés).

Ningún resultado en análisis de laboratorio es específico de los trastornos depresivos. No obstante, se realizan pruebas de laboratorio para descartar problemas físicos que puedan desencadenar la depresión. Esto incluye análisis de sangre completo, medición de los niveles de hormona estimulante de la tiroides y electrolitos, así como análisis de vitamina B12 y ácido fólico de rutina. En hombres mayores, se puede medir también la testosterona. En algunos casos, se pueden realizar pruebas para detectar el uso de drogas ilegales.

