



DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i4.3554

El panorama existente de la depresión. Revisión

Bibliográfica

María Antonieta Flores Salinas

antos1890@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-8217-7816>

Karen Sofía Suscal Peláez

ksuscal02@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-4631-3091>

Bryam Esteban Coello García

bryamestebancoello@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-2497-0274>

Santiago Andrés Vintimilla Pesántez

santiagovintimillap@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-1450-6128>

Universidad de Cuenca

Azuay – Ecuador

RESUMEN

Introducción: la depresión es una enfermedad, con síntomas, tales como: estado de ánimo deprimido, pérdida de interés, cambios en el apetito, insomnio o hipersomnias; presentes durante más de dos semanas. **Objetivo:** examinar cómo se ha abordado y manejado a este tipo de pacientes, y la efectividad que presentan las terapias, tanto farmacológicas como no farmacológicas, basado en artículos de revisión de los últimos cinco años. **Metodología:** se realizó una búsqueda de un total de 43 artículos originales y de revisión, recolectados desde la base de datos Cochrane Library, PubMed y Google Scholar, con el término “Depresión”. Los documentos se encontraron en idioma español e inglés. Se excluyeron algunos artículos por falta de información actualizada y falta de relevancia para nuestra revisión bibliográfica. **Resultados:** existe un pilar fundamental para el tratamiento de la depresión, basado en terapias psicológicas (elemento primario y fundamental), farmacoterapia y como última línea, la terapia electroconvulsiva. Los fármacos que se utilizan en general son los inhibidores de la recaptura de serotonina y los inhibidores de la recaptura de serotonina y noradrenalina. Existen otras terapias como la acupuntura, musicoterapia, que han demostrado cierto beneficio. **Conclusiones:** a lo largo de este tiempo, se ha determinado que las modalidades diagnósticas actuales han permitido diagnosticar precozmente y a un mayor número de personas que sufren depresión, iniciando con psicoterapia, y administrando fármacos antidepresivos en falta de respuesta a la psicoterapia.

Palabras clave: *depresión; distimia; psicoterapia; Inhibidores de la Captación de Serotonina; Inhibidores de Recaptación de Serotonina*

Correspondencia: antos1890@gmail.com

Artículo recibido: 10 julio 2022. Aceptado para publicación: 10 agosto 2022.

Conflictos de Interés: Ninguna que declarar

Todo el contenido de **Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar**, publicados en este sitio están

disponibles bajo Licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) 

Cómo citar: Flores Salinas, M. A., Suscal Peláez, K. S., Coello García, B. E., & Vintimilla Pesántez, S. A. (2022). El panorama existente de la depresión. Revisión Bibliográfica. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(4), 6166-6185. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i4.3554

The existing landscape of depression. Bibliographic Review

ABSTRACT

Introduction: depression is an illness, with symptoms, such as: depressed mood, loss of interest, changes in appetite, insomnia or hypersomnia; present for two weeks. **Objective:** to examine how these patients have been approached and managed, and the effectiveness of both pharmacological and non-pharmacological therapies, based on review articles from the last five years. **Methodology:** a total of 43 original and review articles, collected from the Cochrane Library, PubMed and Google Scholar databases, were searched for the term "Depression". The documents were found in Spanish and English. Some articles were excluded due to lack of updated information and lack of relevance for our literature review. **Results:** there is a fundamental pillar for the treatment of depression, based on psychological therapies (primary and fundamental element), pharmacotherapy and, as a last line, electroconvulsive therapy. The drugs generally used are serotonin reuptake inhibitors and serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors. There are other therapies such as acupuncture, music therapy, which have shown some benefit. **Conclusions:** throughout this time, it has been determined that current diagnostic modalities have made it possible to diagnose early and a greater number of people suffering from depression, starting with psychotherapy, and administering antidepressant drugs in the absence of response to psychotherapy.

Keywords: *depression, dysthymia, psychotherapy, Serotonin Uptake Inhibitors, Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitors.*

INTRODUCCIÓN

Esta revisión bibliográfica busca mejorar los conocimientos de los médicos generales respecto a la depresión, dado que se ha convertido en un problema de salud mundial que crece cada día, por lo que es de vital importancia dominar estrategias para su correcto diagnóstico y tratamiento desde el primer nivel de salud.

Según la organización mundial de la salud, la depresión es una enfermedad que se caracteriza por una tristeza persistente y una falta de interés o placer en actividades que previamente eran gratificantes y placenteras, que además es frecuente en todo el mundo y se estima afecta a un 3,8% de la población, incluidos un 5% de los adultos y un 5,7% de los adultos de más de 60 años.

La depresión se ha convertido en un problema de salud serio, especialmente cuando es recurrente y de intensidad moderada a grave, afectando y alterando la calidad de vida de los pacientes y en el peor de los casos, puede desencadenar en suicidio, que constituye la cuarta causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años.

En la actualidad existen tratamientos para esta enfermedad, pero se ven obstaculizados por la falta de recursos y de proveedores de atención de salud capacitados. Es por ello que la OMS se encuentra desarrollando programas y estrategias que sirvan para mitigar las barreras que se presentan hoy en día en la prevención, diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad, que ya constituye una pandemia (OMS, 2021).

METODOLOGÍA

Esta revisión bibliográfica se enfocó en resumir los aspectos más relevantes sobre el diagnóstico y tratamiento de la depresión en los últimos 5 años. En ella, se analizó un total de 43 artículos, tanto de revisión como artículos originales. Se utilizaron solo 30 del total de las bibliografías debido a que las 13 restantes no tenían relevancia. De apoyo se utilizaron recursos como PubMed, Google Scholar, Elsevier, Science Direct y Cochrane; las palabras claves para la búsqueda de la información fueron: “depresión”, “síntomas depresivos” y “nuevas tendencias del tratamiento de la depresión”.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el pasado se creía que la depresión se presentaba sólo en adultos mayores; sin embargo, con el paso de los años se ha evidenciado que la prevalencia en mayores de 65 años es del 1 al 4 %, una prevalencia similar o incluso menor que otros grupos. No obstante, es necesario aclarar que algunos grupos de adultos mayores tienen altas tasas de síntomas depresivos; tal es el caso de aquellos con enfermedades crónicas en un 25 %; incluso, adultos mayores en asilos, presentan una prevalencia desde el 25 al 50 % (Casey, 2017).

También sería importante hablar de la depresión menor que es una depresión subsindrómica que se caracteriza por presentar uno de dos de los síntomas depresivos principales más uno de tres síntomas adicionales y se asocia con niveles de incapacidad similar a la depresión mayor.

Otro concepto relevante a tener en consideración es la Distimia (anteriormente conocido como Desorden Depresivo Persistente en el DSM-5); esta es una forma crónica que es menos severa que la depresión mayor que dura dos o más años y tiende a comenzar en etapas tempranas de vida, persistiendo hasta la vejez (Wilkinson et al, 2018) (Haigh, 2018).

La incidencia de depresión por año es alrededor del 15 %, variando entre países. Como ejemplos tenemos: Suecia presenta una incidencia del 16.4 %, Beijing del 10.5 %, México entre el 26 y 66 %, Perú con 9.8 %, Colombia con 11.5 % en mujeres y 4 % en hombres y Chile, entre el 7.6 y el 16.3 %. En un reporte de 2018, Ecuador presentó una prevalencia de 39 %, considerando como factores de riesgo la edad mayor a 65 años, presencia de otras enfermedades, situación social, estado civil, entre otros (Calderón, 2018).

Otras situaciones donde la prevalencia aumenta, es la ausencia de pareja, vivir en instituciones de cuidado y la falta de independencia física; el matrimonio y la depresión se asocian dependiendo del soporte social y del tipo de relación que la pareja tenga. (Sjöberg et al, 2017).

En un estudio realizado en Singapur en 2016, se demostró que esta patología fue mayor en pacientes entre 75 y 84 años; y existía una asociación con la presencia de comorbilidades, escasa satisfacción de vida y con la presencia de discapacidad (Subramaniam et al, 2016).

Un estudio realizado en Colombia en 2012, mencionó que los factores que pueden llevar a presentar depresión son: ser mayor de 90 años, vivir solo, ser de sexo femenino, presentar dependencia, pérdida de autocontrol, sensación de ser una carga para el cuidador y no tener recursos de tipo sociales (Segura, 2015).

Otro estudio realizado el 2007 en México, demostró que la depresión era prevalente en el sexo femenino, en una relación de tres a uno con los hombres y dentro de los desencadenantes se tuvo la ausencia de apoyo social, el aislamiento, ausencia de convivencia familiar y la dependencia para realizar actividades de la vida diaria. También se observó que los pacientes hospitalizados tienen mayor riesgo de presentar depresión de manera temprana, debido a la presencia de enfermedades crónicas degenerativas, tales como: diabetes, Parkinson, Alzheimer, hipertensión arterial, hipotiroidismo y artritis (Martínez, 2007).

Un estudio realizado en 2008, menciona que la depresión aumentó el riesgo de presentar cáncer, artritis, enfermedades cardiovasculares y enfermedades neurológicas (efecto producido por la disminución de la respuesta inmune); es más, la mortalidad cardíaca es tres veces mayor en pacientes que presentan depresión. Otro efecto que provoca esta patología, es el aumento del riesgo de suicidio o de la aparición de actos violentos, que se exacerban con la presencia de problemas relacionados con el abuso, de drogas, aislamiento social y falta de empleo (Bousoño, 2022)

En otro estudio realizado en 2019, se demostró que la pérdida de la audición duplica el riesgo de desarrollar depresión e incrementa el riesgo de ansiedad y otros trastornos

mentales. Junto con la alteración de la visión, la pérdida de la audición es un determinante con un efecto significativo en la comunicación y el bienestar, lo que puede llevar al adulto mayor a presentar aislamientos, independencia reducida, alteraciones cognitivas, e incluso, la muerte (Levertón, 2019). Por lo tanto, la presencia de alteraciones a nivel auditivo y visual, conlleva al paciente a tener una calidad de vida reducida, que posteriormente se convierte en depresión

Ahora, existen varios elementos que se toman en cuenta a la hora de mencionar factores influyentes en la progresión de la depresión. En acápites anteriores mencionamos que la presencia de aislamiento conlleva a la depresión; no obstante, un estudio realizado en 2017, demostró que la soledad, al afectar social y emocionalmente al paciente, tiene un impacto distinto. Se definió también que, ser mujer, tener entre 50 a 65 años, estar separado o divorciado, desempleado/a, con bajo nivel de educación y con ingresos familiares insuficiente, se asocia con depresión (Zhang et al, 2018). Este estudio confirma los argumentos mencionados en el estudio realizado en 2012 realizado en Colombia, el cual, menciona que estos mismos factores eran los elementos que, al estar presentes, producían una mayor probabilidad de desarrollar depresión.

¿Qué sucede en relación factores de riesgo?

- **Aspecto Biológico:** Se ha evidenciado que la depresión y la enfermedad cardiovascular se relacionan, donde inclusive, la depresión se manifiesta primero y aumenta la incidencia de la hipertensión. Algunos otros estudios han demostrado que las emociones positivas pueden reducir la incidencia a 10 años de enfermedad cardiovascular. Otro elemento importante son las enfermedades cerebrovasculares, a la cual, se le denomina Depresión Vascular (manifestaciones depresivas posterior a un evento cerebrovascular) (Sassarini, 2016).
- **Aspecto funcional:** Uno de los determinantes es la alteración en la movilidad y la marcha. En un estudio realizado en México, demostraron este efecto, considerando que un porcentaje de pacientes dependientes por presentar algún tipo de disfunción (62 %), presentaban depresión. Existe un 10 % de adultos mayores que denotan síntomas de fragilidad (disminución de masa muscular, fuerza, energía disminuida y disminución de reservas fisiológicas) (Sassarini, 2016).
- **Aspecto cognitivo:** Existe una dificultad en la integración social; y se ha determinado que existe una relación entre Alzheimer y depresión (Sassarini, 2016).
- **Conciliación del sueño:** No se sabe a ciencia cierta si el insomnio es un factor o es una consecuencia, de tal forma que, los que presentan insomnio, tienen mayor riesgo de presentar depresión y agravamiento del insomnio.
- **Aspectos sociales:** El aislamiento y el bajo estatus socioeconómico se asocia fuertemente a la depresión (Sassarini, 2016).
- **Aspectos económicos:** Bajos ingresos y disminución de la cohesión social (Sassarini, 2016)
- **Aspectos Demográficos:** La depresión es mayor en las mujeres mayores de edad, pobres, aquellos que están en asilos y en áreas rurales. Las mujeres, tienen 2 veces más riesgo de sufrir un episodio de depresión, con mayor riesgo en el estado peri y postmenopausia. Los predictores de depresión incluyen síntomas vasomotores y fumar; sin embargo, su mayor factor de riesgo es algún antecedente pasado.

El tratamiento incluye antidepresivos, terapia de reemplazo hormonal, psicoterapia y modificación de estilos de vida (Zis et al, 2017).

- **Aspectos Anatómicos:** Se ha planteado la hipótesis en base al tamaño del hipocampo, parahipocampo, amígdala y corteza prefrontal. Otra teoría maneja la presencia de alteración en la secreción y acción de neurotransmisores, tal como la serotonina; sin embargo, esta teoría tiene su fundamento cuando afecta a personas vulnerables, como aquellos con dolores crónicos, donde la patogénesis de la depresión y de dicho dolor se provoca por una neuroinflamación (Malhi et al, 2018).

¿Qué sucede en relación al diagnóstico?

La importancia del diagnóstico se basa en la utilización de test diagnósticos y la presencia de síntomas; lógicamente, es necesario tener un poco de experiencia y de intuición para poder detectar a pacientes que no tienen una sintomatología tan evidente. Es necesario mencionar que ninguno de los síntomas es patognomónico por lo que se encuentran en otras patologías psiquiátricas. Sin embargo, existen algunos síntomas que son más específicos de los trastornos psiquiátricos, como: anhedonia (disminución de sensación placentera) (síntoma más importante para el diagnóstico), síntomas más evidentes en ciertas horas de vigilia, sensación de culpa, fatiga, pérdida o aumento de peso e insomnio. El diagnóstico se debe realizar después de un episodio que ha durado dos semanas o más. Si este episodio no se ha resuelto y se ha extendido en el tiempo, se denomina Depresión Crónica. Si los síntomas depresivos se presentan por al menos dos años, sin existir un periodo de remisión, la condición se denomina Desorden depresivo persistente o Distimia (Baader et al 2012). La depresión se puede manifestar de varias formas con una combinación de síntomas, que llevan a una dificultad en la detección; sobre todo, con la presencia de otras enfermedades. El estar atento a la sintomatología, incrementa la probabilidad de diagnóstico; ya que, existe una proporción considerable en quienes no se llega a la detección de esta patología. Para este proceso existe un cuestionario llamado Patient Health Questionnaire (PHQ-9), con preguntas breves y generalmente aceptado en los pacientes que ayudan al personal médico a la detección de estos; se determina que la presencia de 5 o más ítems positivos, determinan la presencia de depresión mayor. Rutinariamente, se debe preguntar al paciente su sentir y la presencia de sintomatología (Baader et al 2012). En la tabla 1 se presenta el cuestionario.

Tabla 1: Patient Health Questionnaire (PHQ) traducido en español (Sadler et al, 2018)

Durante las últimas 2 semanas ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?	Nunca	Varios Días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Tener poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Sentirse desanimado, deprimido o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Problemas en dormirse o en mantenerse dormido, dormirse demasiado	0	1	2	3
4. Sentirse cansado o tener poca energía	0	1	2	3
5. Tener poco apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6. Sentir falta de amor propio, o que sea un fracaso o que decepcionara a sí mismo o a su familia	0	1	2	3
7. Tener dificultad para concentrarse en cosas tales como leer periódico o mirar televisión	0	1	2	3
8. Se mueve o habla tan lentamente que otra gente se podría dar cuenta, o de lo contrario, está tan agitado o inquieto que se mueve mucho más de lo habitual	0	1	2	3
9. Se le han ocurrido pensamientos de que sería mejor estar muerto o de qué haría daño de alguna manera	0	1	2	3
Si usted se identificó con cualquier problema en este cuestionario, ¿cuán difícil se le ha hecho cumplir con su trabajo, atender su casa, o relacionarse con otras personas debido a estos problemas?				
Nada en absoluto	Algo difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil	

Fuente: BAADER M, Tomas et al. Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.*

¿Qué variaciones existen en relación al tratamiento?

Psicoterapia:

Se ha determinado que la psicoterapia es la intervención de primera línea para la depresión leve a moderada. Se ha evidenciado una eficacia de respuesta del 48 %. Un estudio realizado 2019 menciona que, entre las diferentes técnicas para el tratamiento no farmacológico de la depresión se encuentran: terapia cognitivo-conductual, con eficacia del 66 % (identifica y modifica pensamientos negativos que afectan las emociones y el comportamiento), activación conductual, con eficacia del 74 % (manejando actividades positivas e incrementando interacciones positivas), y la psicoterapia interpersonal (abordar problemas interpersonales de manera estructurada). Cualquiera de las técnicas que sean utilizadas, debe ser utilizada según la situación del paciente. Otro estudio del 2018 ha demostrado que la psicoterapia interpersonal ayuda cuando los problemas interpersonales son prominentes; la activación conductual incrementa la motivación y las iniciativas, y la terapia cognitivo-conductual ayuda a modificar los pensamientos distorsionados que llevan a la depresión; además, se ha evidenciado mejoría en la higiene del sueño, reduciendo considerablemente el insomnio, y promoviendo la relajación (Cuijpers et al, 2019). Un ejemplo de actividades que se pueden realizar, sobre todo en adultos mayores, se encuentran numeradas en la tabla 2. Si no existe mejoría después de seis semanas, se debe iniciar farmacoterapia o derivar al servicio de Psiquiatría.

La terapia de solución de problemas, el paciente aprende a solucionar problemas, en base a las soluciones que el mismo paciente las encuentre; el paciente elige la mejor, se realiza un esquema para realizarlo y ejecutarlo para resolver el problema. Si no se resuelve, el paciente vuelve a realizar este procedimiento (Azariah et al, 2019). Otra terapia utilizada es la Terapia de resolución de problemas impartida por consejeros no profesionales, y estos profesionales, enseñan estrategias acerca de mejor cuidado personal y aumento de realización de actividades placenteras. Esto sirvió para aliviar tensiones interpersonales (Gitlin et al, 2017) (Navas et al, 2016) (Park et al, 2019).

Tabla 2. Estudio realizado en adultos mayores de la parroquia Sangolquí, Quito -Ecuador. 2015(Sailema & Mayorga, 2021).

Actividades recomendadas para los adultos mayores con Depresión	
<i>Los Lagartos</i>	Se entrega al paciente una caja con una cantidad de pinzas, y se pide que coloquen las piezas alrededor de la caja usando solo la mano derecha; y después se pidió cambiar de mano.
<i>Seguir la línea</i>	Se colocan trazos definidos, y se pide al paciente que siga con lápices de colores
<i>Pinta la figura</i>	Colorear figuras
<i>Arma la figura</i>	Armar como un rompecabezas
<i>Unir los puntos</i>	Es una figura incompleta con puntos, cuyo objetivo es unir los puntos con pinturas.
<i>Tangram</i>	Se trata de armar nuevas figuras, usando su creatividad
<i>“Hagamos bolitas”</i>	Se utiliza papel para formar bolas de papel de varios tamaños
<i>“Realiza tu figura favorita”</i>	Se brinda plastilina para formar varias figuras
<i>Dibuja tu mano en papel</i>	Dibujar el contorno de la mano asentada en el papel
<i>Pasa la pelota</i>	Se entrega una pelota, que van pasando al resto de adultos mayores, sin hacer caer. Paulatinamente, se aumenta el número de las pelotas
<i>Repite la figura</i>	El paciente tiene que replicar en el aire la figura solo usando sus miembros inferiores
<i>Pisa la pelota</i>	Sentados, los adultos pisaron una pelota con un pie y se le indican movimientos a realizar
<i>Armar una pirámide</i>	Se entrega palos de helado a los pacientes para que formen una pirámide
<i>“Clasifícalos”</i>	Se le pide al paciente que separe una mezcla de semillas, dependiendo si es alverja, maíz o frijol
<i>“Cubre la oveja”</i>	Se entrega una oveja empresa, y se pide a los pacientes que la llenen de algodón
<i>Recuerda la figura</i>	Se entregan fichas con distintos modelos, y deben buscar entre las fichas, los pares.

<i>Jenga</i>	Sacar piezas de los diferentes niveles y colocarlos encima
<i>Cruzar el laberinto</i>	Se entrega varios laberintos y deben resolverlos
<i>“A quién se parece tu globo”</i>	Se entrega a cada adulto mayor un globo, y se le pide que dibujen el rostro de sus compañeros
<i>Origami</i>	Se entrega hojas de papel donde deben realizar figuras de origami

Consecuencias de realizar estas actividades
<ul style="list-style-type: none"> - Cambios positivos del estado anímico - Disminución de niveles de ansiedad y tensión - Disminución de melancolía - Disminución de hostilidad y cólera - Aumento de autoestima - Disminución de la depresión

Fuente: Mencías JX, Ortega DM, Zuleta CW, Calero S. Mejoramiento del estado de ánimo del adulto mayor a través de actividades recreativas. Lecturas: educación física y deportes. 2015. Enero;20(212):1-13.

¿Cuáles son las terapias farmacológicas actualmente estudiadas?

Antes de nada, los antidepresivos tienen efectos secundarios, que se manifiestan en base a la severidad; los efectos secundarios son menores en depresión leve y es mayor en depresión moderada a severa. En un ensayo STAR*D, se realizó un inicio del tratamiento basado en un algoritmo de cuatro niveles. El Citalopram es prescrito en el primer paso. Si el tratamiento fue insatisfactorio, se añaden terapias alternativas según se mantengan en el nivel uno. En el nivel dos, se decide el cambio de la medicación Citalopram por otros más comúnmente utilizados (Sertralina, Venlafaxina o Bupropión); si no mejora con eso, se añade otro medicamento o se añade la terapia cognitivo-conductual. En un estudio multicéntrico se comparó la eficacia de la amitriptilina, mirtazapina, paroxetina, sertralina, venlafaxina y escitalopram, sin encontrar diferencias significativas en 8 semanas. Para depresión moderada a severa, la medicación de primera línea incluye los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina, bupropión y mirtazapina. Existen tres medicaciones aprobadas por la FDA para el manejo de la depresión: Vilazodona, Levomilnacipran y Vortioxetina. Las guías de la Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments incluye Vortioxetine and milnacipran como opción de primera línea y Vilazodona como opción de segunda línea. Las clases más antiguas de antidepresivos, como los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de la monoaminoxidasa, tienen un perfil de riesgo mayor que los agentes más nuevos, por lo que, estos nuevos medicamentos normalmente se utilizan solo si otros agentes son ineficaces. Siempre los antidepresivos se deben elegir en base a la presencia de efectos adversos (el objetivo principal es minimizar

los efectos adversos), así como la presencia de otros desórdenes psiquiátricos o síntomas específicos.

Por tanto, medicamentos como la Paroxetina y la Mirtazapina no son administrados durante el día en pacientes con fatiga diurna. En cambio, si existe dificultad para dormir, medicamentos sedantes se deben administrar en la noche para promover el sueño. Cuando se inicia una medicación, siempre se utiliza la dosis más baja, con ajuste de la misma cada dos semanas. Aunque la mejoría no es evidente sino hasta dos semanas, los alivios completos de los síntomas no son evidentes sino hasta ocho a doce semanas. Si no se evidencia una mejoría sustancial, se debe rotar de medicación antidepressiva. Si se evidencia una mejoría parcial con la dosis máxima tolerada de una medicación, se debe añadir un antidepressivo de otra clase. La psicoterapia se debe utilizar junto con la medicación antidepressiva, ya que se evidencia una efectividad muy evidente a comparación que el uso únicamente de la medicación. Una vez que se evidencia una remisión, el tratamiento antidepressivo se debe continuar como mínimo por seis meses más. Si hay alto riesgo de reaparición (dos o más episodios pasados, síntomas residuales o la presencia de síntomas severos), el tratamiento se debe mantener por dos años o más. La recurrencia de los síntomas es común después de un episodio. En general, los antidepressivos de primera línea, tienen efectos adversos manejables. No se debe utilizar inhibidores de la recaptación de serotonina o inhibidores de la recaptación de noradrenalina y serotonina con inhibidores de la monoaminoxidasa, antidepressivos tricíclicos, tramadol, triptanos, ondansetrón o metoclopramida, porque puede generar el Síndrome Serotoninérgico (presencia de agitación, confusión, fiebre, que puede progresar a convulsiones, coma y la muerte) (Jiang et al, 2021). Los diferentes tipos de medicamentos antidepressivos y su dosificación, se encuentran descritas en la tabla 3. Como guía, se presenta un esquema que muestra la forma general del tratamiento de la depresión en la tabla 4.

Tabla 3. Esquema general medicamentos utilizados y su dosis

Medicamento	Dosis
Inhibidores selectivos de la recaptación de Serotonina	
Fluoxetina	20 - 80 mg/día
Sertralina	50 - 200 mg/día
Paroxetina	10 - 60 mg/día
Fluvoxamina	50 - 300 mg/día
Citalopram	10 - 40 mg/día
Escitalopram	5 - 20 mg/día
Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina	
Venlafaxina	37.5 - 225 mg/día
Desvenlafaxina	50 - 100 mg/día
Duloxetina	60 mg/día
Otros agentes	
Levomilnacipran	20 - 120 mg/día
Bupropion	50 - 450 mg/día
Mirtazapina	15 - 45 mg/día
Vilazodona	10 - 40 mg/día
Vortioxetina	10 - 20 mg/día
Agomelatina	25 - 50 mg/día

Fuente: Park LT, Zarate CA Jr. Depression in the Primary Care Setting. *N Engl J Med.* 2019;380(6):559-568. doi:10.1056/NEJMcp1712493

Tabla 4. Esquema general del tratamiento de la depresión

Objetivo			
El principal objetivo del tratamiento es completar la remisión de la depresión con una recuperación funcional completa y desarrollo de resiliencia			
Medidas generales			
<ul style="list-style-type: none"> - Suspender cualquier medicamento que potencialmente reduce el estado de ánimo - Inculcar una buena higiene de sueño y enseñar el correcto uso de los medicamentos que usa - Implementar adecuados cambios de estilos de vida 			
Intervenciones			
<i>Genéticas</i>	<i>Terapias Psicológicas</i>	<i>Farmacoterapia</i>	<i>Terapia electroconvulsiva</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación - Intervenciones de baja intensidad - Grupos de soporte - Empleo - Adecuado alojamiento 	<ul style="list-style-type: none"> - Terapia cognitivo conductual - Terapia interpersonal - Atención plena basado en terapia cognitiva 	Primera línea <ul style="list-style-type: none"> - Inhibidores de la recaptación selectiva de serotonina, Inhibidores de la recaptación de noradrenalina y serotonina, Inhibidores de la recaptación 	Unilateral <ul style="list-style-type: none"> - Derecha unilateral Bilateral <ul style="list-style-type: none"> - Bitemporal - Bifrontal
		de noradrenalina y dopamina. <ul style="list-style-type: none"> - Agonista de la Melatonina Segunda línea <ul style="list-style-type: none"> - Antidepresivos tricíclicos - MAOis 	

Estrategias

- Farmacoterapia combinada y terapia psicológica
- Incremento de la dosis de antidepresivos si amerita
- Sumar otra medicación antidepresiva con litio o medicación antipsicótica
- Antidepresivos combinados

Fuente: Malhi GS, Mann JJ. Depression. *Lancet*. 2018;392(10161):2299-2312.
doi:10.1016/S0140-6736(18)31948-2

Depresión de adultos mayores en tiempos de COVID-19

En un estudio realizado en Ambato - Ecuador en 2021, evaluó cómo afectó la pandemia del COVID-19 en 5374 adultos mayores con depresión; se evidenció que la edad promedio fue de 71 años, con mayor prevalencia en mujeres, en un 51 %. Los factores predisponentes para el desarrollo de esta enfermedad fueron el encierro, el miedo a contraer la enfermedad y la pérdida de independencia. Las consecuencias generadas por la pandemia fueron la dificultad de conciliación del sueño, tristeza y disminución del apetito. Finalmente, se evidenció que 1365 pacientes presentaron depresión severa, 1657 tuvieron depresión moderada, 847 con depresión leve y 1505 sin depresión (Uphoff et al, 2020).

Horizontes a considerar durante el manejo de la depresión

Las personas suelen presentar en algunos casos una resistencia al tratamiento; lo que es un elemento limitante para la calidad de vida de aquellos que la padecen. Ahora bien, un ensayo realizado en 2021 implementó el uso de terapias electro-convulsivas (a pesar de presentar pérdida de memoria como efecto adverso) como una alternativa para el tratamiento del mismo; no obstante, no existe hasta el momento evidencia que respalde su uso (Aalberts et al, 2017). En este mismo panorama, un ensayo realizado en 2020 también planteó el uso de la terapia de activación conductual, terapia basada en la realización de actividades que le parezca agradable para el paciente, para una mejoría de los síntomas, demostrando resultados considerablemente beneficiosos (Smith et al, 2018).

Una técnica bastante interesante que se estudio en un ensayo de 2017 y que ha sido utilizado ha sido la musicoterapia., esta terapia, al ser añadida al tratamiento medico convencional, disminuye los niveles de ansiedad, disminuye los síntomas y aumenta la funcionalidad (Barbato et al, 2018). También, se ha determinado que el uso de la acupuntura tiende a disminuir la gravedad de ésta (Nieuwenhuijsen et al, 2020). Un aspecto importante es que la terapia psicológica no solo debe limitarse al paciente que presenta depresión, sino también a la pareja y la familia. Este efecto se determinó en un estudio realizado en 2018, donde se demostró que reduce los síntomas y mejora las relaciones de pareja (Wilkinson & Izmeth, 2016). Otro aspecto importante es la presencia de problemas en el campo laboral.

En este tipo de pacientes, se prefiere combinar terapia clínica y una intervención que se oriente en el trabajo, debido a que produce una disminución en los días de ausencia del paciente debido a la depresión; un efecto adicional es el aumento de la funcionalidad en el trabajo (Van Leeuwen et al, 2021).

Finalmente, un dato de vital interés es que la terapia médica siempre debe mantenerse por lo menos durante 1 año para disminuir el riesgo de una recurrencia (30); aparte, se debe tener precaución en la interrupción del antidepresivo, ya que la interrupción brusca puede producir una recaída (reaparecimiento tras una mejoría) (Moriarty et al, 2021). Finalmente, en quienes presentan depresión psicótica, se recomienda administrar un antidepresivo junto con un antipsicótico, ya que ha demostrado una buena efectividad (Kruizinga et al, 2021).

CONCLUSIONES

- La depresión es una enfermedad limitante de la calidad de vida de las personas que la padecen, por lo que su diagnóstico y tratamiento precoz son de vital importancia.
- La modalidad terapéutica inicial más beneficiosa es la psicoterapia, donde se puede complementar con actividades en grupo. En casos que la psicoterapia no sea suficiente, se puede administrar fármacos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, inhibidores de la recaptación de noradrenalina y serotonina, cuya efectividad ha sido bien demostrada si se combina con la psicoterapia. Las demás terapias, como la acupuntura, musicoterapia, se utilizan como complemento de la terapia de base.
- Por tanto, la depresión en la actualidad, se puede diagnosticar y manejar adecuadamente si se utilizan los recursos que tenemos a nuestro alcance y los sabemos aprovechar.
- Es importante que se sigan desarrollando estrategias y programas a nivel mundial que sirvan para prevenir, diagnosticar y tratar esta enfermedad para que sus casos no sigan incrementando y además sirvan para generar un enfoque social de conciencia respecto a este gran problema de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Organización mundial de la salud, temas de salud, “Depresión”, 13 de septiembre de 2021: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/depression>
- Casey D. A. (2017). Depression in Older Adults: A Treatable Medical Condition.
- *Primary care*, 44(3), 499–510. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2017.04.007>
- Wilkinson, P., Ruane, C., & Tempest, K. (2018). Depression in older adults. *BMJ (Clinical research ed.)*, 363, k4922. <https://doi.org/10.1136/bmj.k492>

- Haigh, E., Bogucki, O. E., Sigmon, S. T., & Blazer, D. G. (2018). Depression Among Older Adults: A 20-Year Update on Five Common Myths and Misconceptions. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 26(1), 107–122.
<https://doi.org/10.1016/j.jagp.2017.06.011>
- Calderón M, Diego. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Medica Herediana*, 29(3), 182-191.
<https://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408>
- Sjöberg, L., Karlsson, B., Atti, A. R., Skoog, I., Fratiglioni, L., & Wang, H. X. (2017). Prevalence of depression: Comparisons of different depression definitions in population-based samples of older adults. *Journal of affective disorders*, 221, 123–131. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.011>
- Subramaniam, M., Abdin, E., Sambasivam, R., Vaingankar, J. A., Picco, L., Pang, S., Seow, E., Chua, B. Y., Magadi, H., Mahendran, R., & Chong, S. A. (2016). Prevalence of Depression among Older Adults-Results from the Well-being of the Singapore Elderly Study. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 45(4), 123–133.
- Segura-Cardona, Alejandra, Cardona-Arango, Doris, Segura-Cardona, Ángela, & Garzón-Duque, María. (2015). Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012. *Revista de Salud Pública*, 17(2), 184-194. <https://doi.org/10.15446/rsap.v17n2.41295>
- Martínez-Ordaz, Verónica Araceli, & Esquivel-Molina, Carlos Gerardo, & Martínez-Mendoza, Jesús Alfonso, & Velasco-Rodríguez, Víctor Manuel (2007). Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45(1), 21-28. [fecha de Consulta 21 de julio de 2022]. ISSN: 0443-5117. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745525004>
- Bousoño, M., Baldomero, B., Álvarez, E., Eguiluz, I., Martín, M., Roca, M., & Urretavizcaya, M. (2022). Complicaciones de la depresión a largo plazo. *Actas Esp. Psiquiatr*, 36(2): 44-52.
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/fr/ibc-62781?lang=es>
- Leverton T. (2019). Depression in older adults: hearing loss is an important factor.

BMJ (Clinical research ed.), 364, l160. <https://doi.org/10.1136/bmj.l160>

- Domènech-Abella, J., Lara, E., Rubio-Valera, M., Olaya, B., Moneta, M. V., Rico-Uribe, L. A., Ayuso-Mateos, J. L., Mundó, J., & Haro, J. M. (2017). Loneliness and depression in the elderly: the role of social network. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 52(4), 381–390. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1339-3>
- Zhang, Y., Chen, Y., & Ma, L. (2018). Depression and cardiovascular disease in elderly: Current understanding. *Journal of clinical neuroscience : official journal of the Neurosurgical Society of Australasia*, 47, 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2017.09.022>
- Sassarini D. J. (2016). Depression in midlife women. *Maturitas*, 94, 149–154. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.09.004>
 - Zis, P., Daskalaki, A., Bountouni, I., Sykioti, P., Varrassi, G., & Paladini, A. (2017). Depression and chronic pain in the elderly: links and management challenges *Clinical interventions in aging*, 12, 709–720. <https://doi.org/10.2147/CIA.S113576>
- Malhi, G. S., & Mann, J. J. (2018). Depression. *Lancet (London, England)*, 392(10161), 2299–2312. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31948-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31948-2)
- Baader M, Tomas, Molina F, José Luis, Venezian B, Silvia, Rojas C, Carmen, FaríasS, Renata, Fierro-Freixenet, Carlos, Backenstrass, Mathias, & Mundt, Christoph. (2012). Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 50(1), 10-22. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272012000100002>
- Sadler, P., McLaren, S., Klein, B., Harvey, J., & Jenkins, M. (2018). Cognitive behavior therapy for older adults with insomnia and depression: a randomized controlled trial in community mental health services. *Sleep*, 41(8), 10.1093/sleep/zsy104. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsy104>
- Cuijpers, P., Quero, S., Dowrick, C., & Arroll, B. (2019). Psychological Treatment of Depression in Primary Care: Recent Developments. *Current psychiatry reports*, 21(12), 129. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1117-x>
- Azariah, F., Sequeira, M., Cohen, A., Dias, A., Morse, J. Q., Anderson, S. J., Cuijpers,

P., Patel, V., & Reynolds, C. F., 3rd (2019). Problem-Solving Therapy for Older Adults at Risk for Depression: A Qualitative Analysis of the Depression in Later Life Trial. *American journal of psychotherapy*, 72(4), 88–94. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20190009>

● Gitlin, L. N., & Aravena, J. M. (2017). Nonpharmacologic Treatments for Depression in Older Adults. *JAMA*, 318(13), 1283–1284. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.12020>

● Navas M, Ortega M, Zuleta W, Santiago Calero Morales. (2016). Mejoramiento del estado de ánimo del adulto mayor a través de actividades recreativas. ResearchGate; 20(212). Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/317040847 Mejoramiento del estado de animo del adulto mayor a traves de actividades recreativas](https://www.researchgate.net/publication/317040847_Mejoramiento_del_estado_de_animo_del_adulto_mayor_a_traves_de_actividades_recreativas)

● Park, L. T., & Zarate, C. A., Jr (2019). Depression in the Primary Care Setting. *The New England journal of medicine*, 380(6), 559–568. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1712493>

● Sailema VA, Mayorga DJ. (2021). LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES POR COVID- 19 DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA. Revista Científica Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Técnica del Norte; 8(1). Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/32607>

● Jiang, J., Zhang, C., Li, C., Chen, Z., Cao, X., Wang, H., Li, W., & Wang, J. (2021). Magnetic seizure therapy for treatment-resistant depression. En *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2021, Issue 6). Wiley. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd013528.pub2>

● Uphoff, E., Ekers, D., Robertson, L., Dawson, S., Sanger, E., South, E., Samaan, Z., Richards, D., Meader, N., & Churchill, R. (2020). Behavioural activation therapy for depression in adults. En *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Wiley. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd013305.pub2>

Aalbers, S., Fusar-Poli, L., Freeman, R. E., Spreen, M., Ket, J. C., Vink, A. C., Maratos, A., Crawford, M., Chen, X.-J., & Gold, C. (2017). Music therapy for depression. En *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2017, Issue 11). Wiley. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd004517.pub3>

● Smith, C. A., Armour, M., Lee, M. S., Wang, L.-Q., & Hay, P. J. (2018). Acupuncture

for depression. En Cochrane Database of Systematic Reviews (Vol. 2018, Issue 3). Wiley. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd004046.pub4>

- Barbato, A., D'Avanzo, B., & Parabiaghi, A. (2018). Couple therapy for depression. En Cochrane Database of Systematic Reviews. Wiley. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd004188.pub3>

- Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J. H., Neumeyer-Gromen, A., Verhoeven, A. C., Bültmann, U., & Faber, B. (2020). Interventions to improve return to work in depressed people. En Cochrane Database of Systematic Reviews (Vol. 2020, Issue12). Wiley. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd006237.pub4>

- Wilkinson, P., & Izmeth, Z. (2016). Continuation and maintenance treatments for depression in older people. En Cochrane Database of Systematic Reviews (Vol. 2016, Issue 9). Wiley. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd006727.pub3>

- Van Leeuwen, E., van Driel, M. L., Horowitz, M. A., Kendrick, T., Donald, M., De Sutter, A. I., Robertson, L., & Christiaens, T. (2021). Approaches for discontinuation versus continuation of long-term antidepressant use for depressive and anxiety disorders in adults. En Cochrane Database of Systematic Reviews (Vol. 2021, Issue 4). Wiley. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd013495.pub2>

- Moriarty, A. S., Meader, N., Snell, K. I., Riley, R. D., Paton, L. W., Chew-Graham, C. A., Gilbody, S., Churchill, R., Phillips, R. S., Ali, S., & McMillan, D. (2021). Prognostic models for predicting relapse or recurrence of major depressive disorder in adults. En Cochrane Database of Systematic Reviews (Vol. 2021, Issue 5). Wiley. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd013491.pub2>

Kruizinga, J., Liemburg, E., Burger, H., Cipriani, A., Geddes, J., Robertson, L., Vogelaar, B., & Nolen, W. A. (2021). Pharmacological treatment for psychotic depression. En Cochrane Database of Systematic Reviews (Vol. 2021, Issue 12). Wiley. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd004044.pub5>