

Escuela de Enfermería: “Casa Salud Valdecilla”



EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA DEPRESIÓN MAYOR

Nurse's role in major depression disorder

Autora: Elena Quintana Calderón

Directora: María Elena Castro Fernández

Acceso al grado de Enfermería

Universidad de Cantabria, “Casa Salud Valdecilla”

-ÍNDICE-

1. RESUMEN	1
2. INTRODUCCIÓN	
2.1. Situación actual	2
2.2. Objetivos	2
2.3. Estrategias de búsqueda bibliográficas	3
2.4. Descripción de los capítulos	3
3. CAPÍTULOS	
<u>3.1 CAPÍTULO I: La depresión como factor determinante de salud</u>	
3.1.1. ¿Qué es la depresión?	4
3.1.2. Epidemiología	4
3.1.3. Etiología	4
3.1.3.1. Factores psicológicos	5
3.1.3.2. Factores sociales	5
3.1.3.3. Factores biológicos	5
3.1.4. Síntomas	6
3.1.5. Clasificación	7
3.1.6. Diagnóstico de la enfermedad	8
3.1.7. Comorbilidad depresión-enfermedad física	9
3.1.8. Depresión y riesgo de suicidio	10
<u>3.2 CAPÍTULO II: tratamiento</u>	
3.2.1. Tratamiento farmacológico	11
3.2.1.1. Clasificación	11
3.2.2. Tratamiento con psicoterapia	13
3.2.3. Terapia electroconvulsiva	14
3.2.4. Investigaciones recientes en este campo	14
<u>3.3 CAPÍTULO III. Papel de la enfermera: Atención Primaria VS Hospitalización</u>	
3.3.1. Papel de Enfermería: atención primaria	17
3.3.2. Papel de Enfermería: hospitalización psiquiátrica	22
3.3.3. Colaboración atención primaria-salud mental	25
4. CONCLUSIONES	26
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27

1.-RESUMEN

Resumen

Los problemas de salud mental están a la orden del día: más de 300 millones de personas padecen depresión, un incremento del 20% en 10 años. Las enfermedades mentales son la principal causa de años perdidos por discapacidad. La comorbilidad entre depresión y enfermedades médicas es más frecuente de lo que pensamos y, además, esa asociación es bidireccional, es decir, la depresión puede ser causa de enfermedades o puede ser consecuencia de estas.

El tratamiento de la depresión en el adulto debería ser integral e individualizado en función de los hallazgos clínicos y de otros factores, como el historial de salud, la disponibilidad de los tratamientos, la preferencia de los pacientes y el apoyo familiar e institucional que posea. El manejo de la depresión debería incluir la coordinación con todos los profesionales involucrados en la recuperación del paciente depresivo.

Una mejor comprensión de en qué consiste la depresión y de cómo puede prevenirse y tratarse, contribuirá a reducir la estigmatización asociada a los pacientes con esta patología y conllevará un aumento del número de personas que piden ayuda.

Summary

Mental health diseases are a big problem in our society: over 300 million people suffer from depression, an increase of 20% in 10 years. Mental illnesses are the main cause of disability. Moreover, the comorbidity between depression and medical illnesses is very frequent. Indeed, this association is bidirectional: the depression could be the cause or the consequence.

The treatment of depression in the adult should be comprehensive and individualized according to the clinical findings and other factors, including health reports, availability of treatments, patient's preference and family and institutional support. Management of depression should include coordination with all professionals involved in the management of depressive patients.

A better understanding of what depression consists of and how it can prevent it and treat it, may help to reduce the stigmatization associated with patients depressed and would increase the number of people asking for help.

2.-INTRODUCCIÓN

2.1. Situación actual

Los problemas de salud mental están a la orden del día: más de 300 millones de personas padecen depresión, un incremento del 20% en 10 años. Las enfermedades mentales son la principal causa de años perdidos por discapacidad¹.

Se estima que las enfermedades mentales consumen entre el 3-4% del PIB de la Unión Europea debido principalmente a pérdidas de productividad al posicionarse como principal causa de jubilación anticipada y percepción de pensiones por discapacidad^{2,3}. Según un nuevo estudio dirigido por la OMS en el que se calculan por primera vez los beneficios tanto sanitarios como económicos de la inversión en el tratamiento de las enfermedades mentales más frecuentes en el mundo, las inversiones actuales en salud mental son muy inferiores a lo recomendable. La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%: cada dólar invertido en la ampliación y mejora del tratamiento de la ansiedad y la depresión rinde 4 dólares en mejora de la salud y la capacidad de trabajo².

Entre los años 1990-2013, el número de personas con depresión o ansiedad ha aumentado en cerca de un 50%, de 416 millones a 615 millones de personas. La OMS estima que durante las emergencias 1 de cada 5 personas se ve afectada por ansiedad o por depresión².

En nuestro país, la prevalencia de la depresión mayor es inferior a la del resto de los países europeos, con una prevalencia-vida del episodio depresivo de 10,6% y una prevalencia-año del 4,0%. Por el contrario, la edad de inicio es menor y posee altas tasas de comorbilidad y cronicidad⁴.

La comorbilidad entre depresión y enfermedades médicas es más frecuente de lo que pensamos y, además, esa asociación es bidireccional, es decir, la depresión puede ser causa de enfermedades o puede ser consecuencia de estas.

Según la OMS existen varios obstáculos que impiden una atención eficaz de personas con un trastorno depresivo. El primer obstáculo y más importante es la evaluación clínica inexacta: existe una carencia en el servicio sanitario de especialistas en el ámbito y una gran falta de recursos disponibles⁵. La depresión es un trastorno que se puede prevenir y tratar, además es posible realizar un diagnóstico de forma fiable y tratarse por especialistas en el ámbito de la atención primaria. A menudo, las personas con depresión no son correctamente diagnosticadas, mientras que otras personas que en realidad no padecen esta enfermedad son diagnosticadas erróneamente y tratadas con psicofármacos⁶. Más de la mitad de los afectados en todo el mundo por este tipo de trastorno no recibe un tratamiento eficaz para la depresión⁶.

Una mejor comprensión de en qué consiste la depresión y de cómo puede prevenirse y tratarse contribuirá a reducir la prevalencia de esta enfermedad y la estigmatización asociada a los pacientes con esta patología. Asimismo, contribuirá a aumentar la eficacia del tratamiento elegido.

2.2. Objetivos

- Mejorar el reconocimiento de las necesidades de salud mental en los centros de salud.
- Promover la implementación de acciones de promoción y prevención en salud mental en la población desde atención primaria.

- Fomentar la identificación temprana, tratamiento y atención de personas con problemas de salud mental.
- Mejorar la atención y el manejo de pacientes por parte de enfermería con problemas psicosociales en atención primaria.
- Potenciar la colaboración interdisciplinar en la detección precoz y posterior tratamiento de la depresión.
- Promover los conocimientos de la población acerca de la naturaleza de la salud mental y del trastorno mental.

2.3. Estrategias de búsqueda

La estrategia de búsqueda llevada a cabo para realizar el presente trabajo ha sido la búsqueda bibliográfica de información científica a través de diversas fuentes.

Para realizar este estudio, he realizado un trabajo de investigación profundo usando bases de datos como PubMed, NNN Consult, Cuiden, Scielo, Cochrane Library y Google académico. Las palabras más utilizadas en la búsqueda bibliográfica han sido: *depresión, enfermería, Atención Primaria, Salud Mental, papel de enfermería, tratamiento.*

Los criterios de inclusión y/o exclusión de los artículos y libros encontrados ha sido una fecha de publicación como máximo desde el 2000, tanto en español como en inglés, teniendo siempre presente la vigencia de la información proporcionada, contrastando la información obtenida a través de diversas fuentes.

Además de los artículos y libros, se consultaron páginas web de organismos oficiales como la Sociedad Española de Psiquiatría y la Organización Mundial de la Salud, entre otros.

2.4. Descripción de los capítulos

El objetivo principal de este trabajo se centra en mostrar los papeles que tiene enfermería en el manejo y abordaje de la depresión en dos ámbitos bien diferenciados: atención primaria y hospitalización psiquiátrica. El presente trabajo está dividido en tres capítulos en base a una temática común.

En el primer capítulo se realiza una descripción acerca de la enfermedad: en qué consiste, síntomas que provoca y la repercusión que tienen los mismos en las personas que padecen este trastorno. Desde una perspectiva global de la enfermedad se permite captar una visión conjunta del trastorno y las consecuencias nefastas que provocan en la vida de los enfermos mentales.

En el segundo capítulo se muestran las diferentes formas de abordaje de la depresión: el tratamiento farmacológico, la psicoterapia y la terapia electroconvulsiva (TEC). El apartado de farmacología está centrado en los fármacos antidepresivos más utilizados, indicaciones y reacciones adversas. En cuanto a la psicoterapia, la más utilizada y efectiva es la terapia cognitivo-conductual, potenciando los efectos del tratamiento farmacológico en combinación con el mismo.

El tercer y último capítulo se centra en el papel de enfermería en dos ámbitos bien diferenciados: la atención primaria y la hospitalización psiquiátrica. Se describen las actuaciones por parte de enfermería que se llevan a cabo en cada entorno, tan diferentes y tan complementarios a la vez.

3.-CAPÍTULOS

CAPÍTULO I: La depresión como factor determinante de salud

3.1.1.¿Qué es la depresión?

Según la OMS la depresión es un *“trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”*⁶. Este trastorno mental es multicausal, resultado de la interacción entre factores psicológicos, sociales y factores biológicos. Puede llegar a cronificarse, dificultando gravemente la capacidad personal de hacer frente a los problemas cotidianos. La presentación de esta enfermedad puede ser leve, moderada o grave⁶.

Según la Organización Mundial de la Salud, de los 340 millones de pacientes que padecen este trastorno, sólo un 25 % de ellas tienen acceso a un tratamiento efectivo⁷.

Los acontecimientos vitales negativos y cargados de estrés se relacionan con el inicio de la depresión. Sin embargo, no es suficiente el hecho de valorar los cambios vitales en sí mismos; es necesario tener presente la susceptibilidad individual, el significado de los cambios para cada individuo y la capacidad de este para enfrenarse a dichas situaciones estresantes, así como su red de apoyo, familiar e institucional, y su situación socioeconómica. Los acontecimientos vitales no influyen de igual manera en todas las personas⁸. Los acontecimientos vitales que suelen precipitar la sintomatología depresiva son las pérdidas importantes de familiares/amigos, los acontecimientos no deseables que nos generan mucho estrés, los que no podemos controlar y los que suponen una gran amenaza para nosotros mismos.

Existe una estrecha relación de influencia entre la ansiedad y depresión y el proceso de salud-enfermedad.

3.1.2. Epidemiología

El trastorno depresivo mayor se inicia a cualquier edad, pero hay más probabilidades de que este trastorno comience en la pubertad. La incidencia de esta enfermedad es del 5-6% de la población, con una prevalencia de entre un 5 y un 11% a lo largo de toda la vida⁵.

La probabilidad de padecer depresión es casi el doble en mujeres que en hombres⁵ siendo más grave la presentación de los síntomas en las mujeres: experimentan depresiones más prolongadas y/o recurrentes, a edades más tempranas y con una menor calidad de vida (aumento de peso, ansiedad y mayores manifestaciones físicas de la enfermedad)⁹.

El riesgo de recurrencia de la enfermedad es mayor en pacientes cuyo episodio anterior fue grave, en las personas jóvenes y en las personas que a lo largo de su vida han presentado múltiples episodios de depresión.

3.1.3. Etiología

Este trastorno mental es de origen multifactorial, su probabilidad de desarrollo está influenciado por varios factores de riesgo, entre los que se incluyen: factores psicológicos, sociales y los factores biológicos.

3.1.3.1. Factores psicológicos

La interpretación del sujeto sobre un suceso en particular es más importante que el suceso en sí mismo. Es decir, las personas que tienden a evaluar negativamente todo lo que les ocurre a su alrededor tienden a ser personas depresivas⁸.

3.1.3.2. Factores sociales

Existe una relación entre la depresión y ciertos factores sociales como la cultura, la raza y el apoyo social. Las personas depresivas, independientemente de que exista un factor biológico o no, tienen asociados problemas sociales desencadenantes de la enfermedad⁸.

Los acontecimientos vitales estresantes están reconocidos como precipitantes de los episodios de depresión mayor. Los acontecimientos adversos inesperados durante la etapa de la infancia son clasificados por el DSM-V como un potente conjunto de factores de riesgo que contribuyen a contraer un trastorno depresivo mayor en la edad adulta¹⁰. También es necesario tener presente la susceptibilidad individual, el significado y la importancia de los cambios para cada individuo y la capacidad de este para enfrenarse a situaciones estresantes, así como su red de apoyo y su situación socioeconómica.

3.1.3.3. Factores biológicos

Dentro de este apartado, se incluyen factores genéticos y factores neuroquímicos, es decir, la alteración en el funcionamiento de los circuitos cerebrales.

Factores genéticos

Las personas que poseen un familiar de primer grado con un trastorno depresivo mayor, poseen un riesgo mayor (entre 2 y 4 veces más) de padecer este tipo de trastorno que la población general¹⁰. Se considera que el 40-50% del riesgo de padecer depresión es genético, aunque no se han encontrado los genes específicos responsables. Hay algunos estudios de farmacogenética, que incluyen polimorfismos en distintas proteínas reguladoras de los sistemas de neurotransmisión serotoninérgica, incluyendo el transportador de serotonina o incluso el factor neurotrófico derivado de cerebro (BDNF) que está estrechamente relacionado con procesos de neuroplasticidad y neurogénesis en el cerebro adulto (revisado en Fabbri y Serretti, 2015)¹¹.

A pesar de la amplia investigación en este campo, los resultados no son del todo concluyentes. De este tipo de estudios se puede concluir que los factores genéticos son predisponentes, pero no condicionantes, es decir, puedes tener depresión sin que necesariamente otro miembro de tu familia la tenga¹².

Factores neuroquímicos

Aunque se desconoce con precisión las áreas y regiones cerebrales que pueden estar involucradas en la depresión, la teoría más ampliamente aceptada y en la que se basan la mayoría de los fármacos disponibles en clínica es la denominada "Hipótesis monoaminérgica de la depresión"¹³ según la cual en esta enfermedad hay un déficit de monoaminas a nivel del sistema nervioso central, fundamentalmente serotonina y/o noradrenalina. Estos sistemas están integrados en una red de circuitos neuronales que ayudan al procesamiento y regulación de emociones, así como los sistemas de gratificación y recompensa¹² (figura 1).

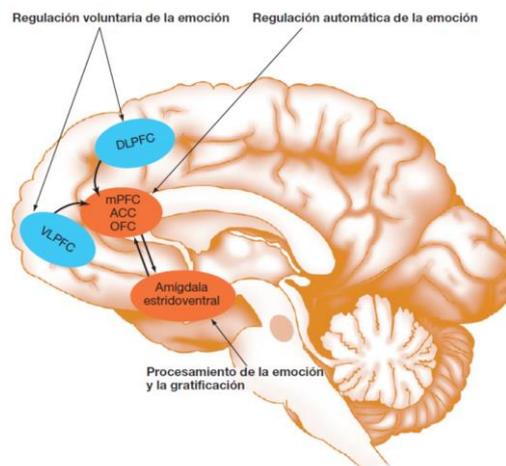


Figura 1. Circuitos cerebrales implicados en la depresión. Principales sistemas neuronales implicados en el procesamiento de las emociones y la gratificación. ACC: corteza cingulada anterior; DLPFC: corteza prefrontal dorsolateral; mPFC: corteza prefrontal medial; OFC: corteza orbitofrontal; VLPFC: corteza prefrontal ventrolateral. Fuente: de Castro et al., 2014¹².

Por otra parte, la acción mantenida de factores estresantes contribuye a la aparición de la depresión. Este hecho apunta que el eje hipotálamo-hipofisario marcado por la hiperactividad del sistema CRF-ACTH y el sistema hipotalámico *Melanin Concentrating Hormone* (MCH) son sistemas que están fuertemente implicados en la patogenia de la enfermedad¹².

En pacientes con depresión se objetiva un aumento de actividad *glutamatérgica* y una reducción de la función *gabaérgica*, así como el aumento en la producción de *citocinas* proinflamatorias¹². Finalmente, existe la posibilidad que se pierda la capacidad de plasticidad sináptica en respuesta al estrés como consecuencia de un deterioro en la expresión de *factores neurotróficos*, lo que propiciaría una reducción de la capacidad para mantener el nivel de *neurogénesis* que se aprecia en los pacientes adultos depresivos¹².

3.1.4. Síntomas

Los síntomas depresivos, la gravedad de los mismos, así como la frecuencia y duración varían según la persona y su enfermedad. Los principales síntomas se recogen en la tabla 1.

En base al número y a la intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves. Aunque si existe diferencia en la incidencia del trastorno mayor entre hombres y mujeres (casi el doble de probabilidad siendo mujer), no se manifiesta diferencias claras en cuanto a síntomas, curso, respuesta al tratamiento y consecuencias funcionales¹⁰.

Tabla 1. Principales síntomas de un trastorno depresivo.

SÍNTOMAS
Sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad o vacío
Sentimientos de desesperanza y/o pesimismo
Sentimientos de culpa, inutilidad y/o impotencia
Irritabilidad
Pérdida de interés en las actividades que disfrutaba con anterioridad
Fatiga, cansancio y falta de energía
Alteraciones del sueño: insomnio, dormir demasiado, despertar muy temprano
Alteraciones en la alimentación: comer excesivamente/pérdida apetito
Ideas suicidas/intentos autolíticos
Dolores persistentes, dolores de cabeza, problemas digestivos o malestar persistente

Fuente: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) ¹⁰.

Elaboración propia.

La persistencia de síntomas depresivos durante la remisión de la enfermedad, aunque sean leves, es un factor que predice claramente la recurrencia: a mayor persistencia de síntomas mayor es la probabilidad de recaída.

3.1.5. Clasificación

En función del número de los síntomas y la intensidad de los mismos, los episodios del trastorno se pueden denominar como leves, moderados o graves. Las personas depresivas con episodios leves encontrarán dificultades para continuar con su rutina laboral y social a diferencia de las personas depresivas con un episodio grave, las cuales no mantendrán o reducirán al mínimo las actividades sociales y laborales habituales¹⁰.

1. *Depresión endógena (maníaca-depresiva)*. Este tipo de depresión no tiene causa externa manifiesta. Las personas con depresión endógena experimentan alteraciones del sueño y del apetito, sentimientos de culpa, dificultad de concentración y baja autoestima¹⁴. Existen dos tipos de depresión endógena:
 - *Depresión unipolar (depresiva)*: los individuos presentan un estado de ánimo deprimido la mayor parte del día durante al menos dos semanas, aunque normalmente suele perdurar más en el tiempo. Este tipo de depresión se acompaña de pérdida del interés y/o del placer en casi todas las actividades¹⁰.

- *Trastorno bipolar (maníaco-depresivo)*: se combinan episodios maníacos y depresivos separados por intervalos con un estado de ánimo normal. Los episodios maníacos cursan con estado de ánimo irritable, hiperactividad, disminución de la necesidad de dormir, ánimo elevado, logorrea y autoestima elevada.
- 2. *Depresión exógena (neurótica-reactiva)*. Obedece a una causa externa generalmente bien definida como por ejemplo la pérdida de un ser querido o enfermedad grave. Este tipo de depresión depende de la calidad y cantidad del estímulo ambiental estresor y la naturaleza individual del ser humano¹⁴.
- 3. *Depresión orgánica*. Se produce como consecuencia de los síntomas físicos de una enfermedad o por los efectos secundarios de determinados medicamentos. Una vez solucionado el problema orgánico primario la depresión desaparece, puesto que en este caso el problema no provoca ningún tipo de estrés^{6, 14}.

3.1.6. Diagnóstico de la enfermedad

Algunos estudios señalan que sólo un 20% de los pacientes con un trastorno de depresión mayor son diagnosticados en el medio de la Atención Primaria¹⁵. Este hecho se debe, principalmente, a que los síntomas psicológicos de la depresión como la falta de autoestima, la sensación de cansancio o la falta de concentración entre otros, no están incluidos dentro de la exploración habitual o se pasan por alto no dándoles importancia.

Los criterios para el diagnóstico de un trastorno depresivos recogen en la tabla 2.

Tabla 2. Criterios diagnósticos de un trastorno depresivo.

A. Episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o trastorno mental orgánico.
C. Síndrome somático: algunos de los síntomas depresivos pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Habitualmente, el síndrome somático se considera presente cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características: Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras. Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta. Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual. Empeoramiento matutino del humor depresivo. Presencia de enlentecimiento motor o agitación. Pérdida marcada de apetito. Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes. Notable disminución del interés sexual.

Fuente: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V)¹⁰. Elaboración propia.

Según el DSM-V para el diagnóstico de la depresión mayor, el paciente debe presentar cinco (o más) de los siguientes síntomas durante el periodo depresivo de al menos dos semanas, representando un cambio respecto a las actividades previas del sujeto, acompañándose de un malestar clínico significativo y/o un deterioro social y laboral¹⁰ (tabla 3).

Tabla 3. Criterios diagnósticos de Trastorno Depresión Mayor.

<p>A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.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, o disminución del apetito casi todos los días.4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.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).9. 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.
<p>B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en los social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p>
<p>C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.</p>
<p>D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.</p>
<p>E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaníaco.</p>

Fuente: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V)¹⁰. Elaboración propia.

3.1.7. Comorbilidad depresión- enfermedad física

Con frecuencia, la depresión coexiste con otras enfermedades que pueden presentarse antes de la depresión, causar dicha depresión y/o puede ser el resultado de esta. Esta relación de bidireccionalidad, como explicábamos brevemente en la introducción, tiene un gran impacto en el deterioro de la salud, así como en la atención y tratamiento recibidos¹⁶. Cuando la depresión se presenta junto con otras enfermedades físicas, el decremento en salud es superior al de la depresión sola, las enfermedades físicas aisladas e incluso al de las enfermedades físicas crónicas combinadas sin depresión.

La prevalencia de la depresión en pacientes con enfermedades de base, es un 20% mayor que el del resto de la población. Esta elevada prevalencia se debe, en parte, a los efectos secundarios derivados de los tratamientos que reciben o de las secuelas que provocan algunas enfermedades y que tienen una gran influencia sobre el estado de ánimo de los pacientes¹⁷.

La depresión provoca un empeoramiento significativo del pronóstico de una enfermedad asociada a aquel paciente que la padece. Asimismo, este trastorno mental influye negativamente en la adherencia al tratamiento, especialmente en las enfermedades crónicas, como por ejemplo la diabetes, dónde una buena adherencia al tratamiento es fundamental¹⁸.

3.1.8. Depresión y riesgo de suicidio

El suicidio es un importante problema de salud pública. Según cifras oficiales, el suicidio es la causa de muerte no natural más frecuente en España, por delante de los accidentes de tráfico¹⁹. Cada año casi 1 millón de personas se quitan la vida según un estudio realizado por la OMS y otras muchas otras lo intentan⁶. Se trata de un fenómeno global que afecta tanto a países pobres como a países con altos ingresos afectando tanto a hombres como a mujeres en una proporción 1:2, según un estudio llevado a cabo por la Universidad de Los Ángeles, California²⁰. En las mujeres hay mayor riesgo de intentos de suicidio y el riesgo de suicidio consumado es menor, según el DSM-V¹⁰.

La depresión mayor es uno de los factores asociados a la conducta suicida, además se posiciona como el mejor predictor de intentos de suicidio y suicidios llevados a cabo. Sin embargo, hay investigaciones que muestran que entre un 13% y un 40% de las personas que se suicidan no cumplen con los criterios diagnósticos de Trastorno por Depresión Mayor.

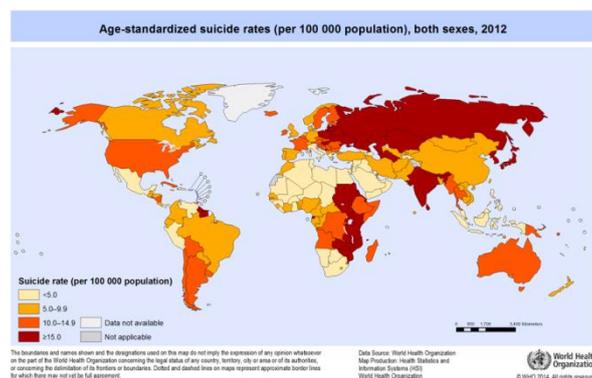


Figura 2. Tasas estandarizadas de suicidio a nivel mundial.

Fuente:http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global_AS_suicide_rates_bothsexes_2015.png?ua=1

El suicidio y los comportamientos suicidas normalmente son el resultado de problemas o situaciones personales que se perciben como imposibles de superar o manejar. El suicidio es multicausal, uno de los principales factores de riesgo es padecer una enfermedad psiquiátrica, que se identifica en un 90-95% de suicidios consumados²¹. **La persona que decide suicidarse no tiene por qué tener un trastorno mental. Sin embargo, la mayoría** de los intentos de suicidio suelen tener de base algún trastorno mental.

CAPÍTULO II: tratamiento

Los modelos escalonados de tratamiento permiten ajustar las intervenciones y el tratamiento al paciente en función de su estadio depresivo y su evolución. Estos modelos tienen una estructura piramidal de modo que el primer escalón estaría indicado para la depresión leve. En los casos en los que no se consiguiese los resultados esperados y aumentase la gravedad de la enfermedad, se pasaría al siguiente escalón asistencial⁴ (figura 3).



Figura 3. Modelo escalonado en el manejo de la depresión.

Fuente: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf.

3.2.1. Tratamiento farmacológico

La selección del fármaco se realiza en función del cuadro clínico del paciente y de su perfil de reacciones adversas. El principal problema del tratamiento con fármacos antidepresivos es que la respuesta terapéutica tarda entre 2-4 semanas en aparecer, y de 4-6 semanas para conseguir un pleno efecto terapéutico. Además, una proporción elevada de pacientes sigue sin responder a estos fármacos y presentan recaídas con frecuencia.

Los fármacos antidepresivos no modifican el estado del ánimo en los individuos que lo toman, su efecto se basa en suprimir las ideas o sentimientos depresivos. Estos fármacos no son euforizantes y tampoco crean adicción, no obstante, pueden provocar una fase de excitación maníaca en algunos pacientes¹².

3.2.1.1. Clasificación

i. FÁRMACOS BLOQUEANTES DE LA RECAPTACIÓN DE AMINAS

Antidepresivos tricíclicos (ATC)

- Son fármacos que inhiben, en mayor o menor medida, la recaptación de noradrenalina y serotonina y, además, bloquean los receptores de diversas aminas biógenas (colinérgicos, serotoninérgicos, alfa-drenérgicos, entre otros), contribuyendo a la aparición de múltiples reacciones adversas. Aunque actualmente no se consideran de primera elección todavía son ampliamente utilizados. El primer antidepresivo tricíclico que apareció en la clínica en la década de los 60 fue la imipramina, y a partir de ese momento mediante modificaciones de su estructura fueron apareciendo los antidepresivos tricíclicos que están actualmente en el mercado¹² (tabla 4).

Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS)

- Como su propio nombre indica, estos fármacos inhiben selectivamente la recaptación de serotonina. Poseen una baja afinidad por los receptores aminérgicos y por tanto su perfil de reacciones adversa es más favorable, lo que los convierte en fármacos de primera elección. Dentro de este grupo se incluyen fármacos como la fluoxetina, paroxetina y citalopram, entre otros (tabla 4).

Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina

- Estos fármacos inhiben la recaptación de serotonina y noradrenalina, de forma similar a los antidepresivos tricíclicos, pero a diferencia de ellos afectan en menor medida a los receptores de aminas biógenas. Suelen ser además mejor tolerados que los tricíclicos. Los fármacos de elección dentro de este grupo son principalmente la venlafaxina y la duloxetina¹².

Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (ISRN)

- Solamente afectan a la noradrenalina inhibiendo su transportador y la incidencia de efectos secundarios es relativamente baja. Como único representante destaca la reboxetina¹².

Otros antidepresivos

- Dentro de esta categoría se incluyen fármacos con mecanismos de acción muy variados como la trazodona, el bupropión y la mirtazapina.

ii. INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA (IMAO)

Fueron los primeros antidepresivos que aparecieron en clínica. Estos fármacos inhiben la monoaminoxidasa (MAO), lo que provoca una elevación inicial de serotonina y noradrenalina. Los IMAO se clasifican en dos grandes grupos: inhibidores irreversibles y no selectivos (tanilcipromina) e inhibidores reversibles y selectivos de la MAO-A (moclobemida). Aunque no son ampliamente utilizados, se consideran fármacos de elección en casos resistentes cuando falla el tratamiento con los antidepresivos IRSS y otros antidepresivos¹².

iii. OTROS ANTIDEPRESIVOS

La agomelatina es un antidepresivo cuyo mecanismo de acción difiere notablemente de los anteriores antidepresivos. Actúa como agonista de los receptores de melatonina produciendo una resincronización de los ciclos circadianos que se encuentran alterados durante el curso de la depresión. Mejora la sintomatología depresiva y la calidad del sueño.

El alprazolam es un fármaco ansiolítico que se utiliza en pacientes con sintomatología mixta entre ansiedad y depresión. Al tratarse de una benzodiacepina posee un riesgo de producir dependencia¹².

Tabla 4. Clasificación de los principales antidepresivos

Tabla 32-1 Perfiles de las acciones monoaminérgicas de los fármacos antidepresivos								
Fármacos	Acción preferente sobre recaptación de aminas	Afinidad sobre receptores						
		Acetilcolina <i>Muscarínicos</i>	Noradrenérgicos α_1	Serotonérgicos α_2	Dopaminérgicos <i>5-HT₁</i>	Histaminérgicos <i>5-HT₂</i>	Acetilcolina <i>D₂</i>	Noradrenérgicos <i>H₁</i>
Tricíclicos terciarios								
Amitriptilina	5-HT, NA	+++	+++	++	+	++		+++
Clomipramina	5-HT, NA	++	+++	+	+	++	+	++
Doxepina	5-HT, NA	++	+++	+	+	++		+++
Imipramina	5-HT, NA	++	++	+	+	+		++
Trimipramina	5-HT, NA							
Tricíclicos secundarios								
Amoxapina	NA > 5-HT	0	++	0	+	++	++	++
Bupropión	NA, DA							+
Desipramina	NA > 5-HT	+	+	+	0	+	0	+
Maprotilina	NA > 5-HT	+	+	+	0	+	+	+++
Nortriptilina	NA > 5-HT	++	++	+	+	++		++
ISRS								
Citalopram	5-HT	+	+	0	0	+		+
Escitalopram	5-HT	+	+	0	0	+		+
Fluoxetina	5-HT	0	0	0	0	+	+	+
Fluvoxamina	5-HT	+	+	+	0	+		0
Paroxetina	5-HT	+	0	0	0	0		0
Sertralina	5-HT	+	+	+	0	+		0
Vilazodona	5-HT				+++	0		
Varios								
Agomelatina*		0	0	0	0	++	0	0
Duloxetina	5-HT, NA	0	0	0	0	0	0	0
Mianserina	NA > 5-HT	+	+++	+++	0	+++	0	+++
Mirtazapina	5-HT, NA	+	+	+++	+	++	0	+++
Reboxetina	NA	0	0	0	0	+	0	+
Trazodona	5-HT	0	++	0	++	+++	0	+
Venlafaxina	5-HT, NA	0	0	0	0	0	0	0

*Este fármaco presenta afinidad por los receptores de melatonina (MT1 y MT2).

Fuente: Castro et al.(2004)¹².

3.2.2. Tratamiento con psicoterapia

En muchos casos de depresión leve o en otros tipos de depresión no siempre el tratamiento con psicofármacos es el tratamiento de elección¹². En muchos otros, se ha demostrado que es más efectivo el tratamiento con antidepresivos si se complementa con la psicoterapia.

Las terapias psicológicas que han demostrado ser una herramienta eficaz para el tratamiento de la depresión son las terapias conductuales, psicodinámicas de grupo y de familia y especialmente las terapias cognitivas³.

La terapia cognitiva es un tratamiento centrado en problemas concretos que intenta identificar y cambiar creencias, actitudes y conductas negativas para el individuo que provocan desadaptación y que contribuyen al sufrimiento emocional²². Para llevar a cabo este tipo de intervención es necesario la voluntariedad de las personas que van a participar puesto que deberán colaborar activamente en el proceso.

Esta terapia explica el desarrollo de los trastornos depresivos y el mantenimiento de los mismos en base a factores determinantes como, por ejemplo, las expectativas negativas respecto a sí mismo, los otros y el futuro, las actitudes o creencias disfuncionales, carencia de habilidades sociales, entre otros²².

Mediante este mecanismo se muestra al paciente cómo todos los pensamientos y sentimientos negativos están relacionados con nuestras acciones y cómo nos sentimos posteriormente: cada una de las partes puede afectar a las demás, provocando un sentimiento distinto.

Partiendo de una misma situación, dependiendo como se interprete, da lugar a diferentes resultados. El esquema básico de la terapia cognitiva (figura 4) se puede simplificar como un triángulo en dónde ubicaremos los pensamientos, acciones y sentimientos en cada vértice de dicho triángulo²². Los pensamientos se relacionan con los sentimientos y emociones que tengamos y a su vez con las acciones que llevemos a cabo. Por ejemplo: un paciente que se encuentre depresivo puede pensar de sí mismo "no puedo hacer nada con esto". Este pensamiento hará que el paciente se frustre consigo mismo (sentimiento) y aparecerán sentimientos de ira. El resultado será que el paciente lllore, se comportará de manera pasota lo que provocará falta de iniciativa al pensar que no puede realizar cierta actividad (acciones).



Figura 4. Esquema básico de la terapia cognitiva.

Fuente: <http://www.sepsiq.org/file/Royal/LA%20TERAPIA%20COGNITIVO-CONDUCTUAL.pdf>.

La terapia cognitivo-conductual enseña al individuo a romper este círculo vicioso de sentimientos, pensamientos y acciones negativas que hacen que el individuo se sienta mal y pueda llegar a crear situaciones que le hagan sentirse aún peor. Los beneficios del tratamiento perduran en el tiempo y muestra muchas ventajas respecto a otras terapias psicológicas^{23,24}.

3.2.3. Terapia electroconvulsiva

En los últimos años se ha demostrado la eficacia de otros tratamientos en el manejo de la depresión mayor, como el de la terapia electroconvulsiva (TEC). Se considera una de las alternativas para los casos de depresión resistente al tratamiento. Sin embargo, una proporción elevada de pacientes (50%) sigue sin responder a ella y, además, presenta recaídas con frecuencia y/o no suele tolerar sus efectos adversos, principalmente trastornos de la memoria.

Según queda reflejado en un estudio realizado por Erika Martínez-Amorós et al (2012), el efecto terapéutico de la terapia electroconvulsiva depende de la producción de una convulsión generalizada del paciente con una duración adecuada bajo sedación con un anestésico de corta duración. En España, el anestésico más utilizado es el propofol y pentotal²⁵.

3.2.4. Investigaciones recientes en este campo

Otro método no invasivo para el tratamiento de la depresión resistente al tratamiento consiste en la estimulación magnética transcraneal, aunque se encuentra todavía en fase experimental y que ha mostrado también cierto grado de efectividad en el tratamiento del trastorno por estrés postraumático y el trastorno obsesivo-compulsivo.

CAPÍTULO III. Papel de Enfermería: ATENCIÓN PRIMARIA VS HOSPITALIZACIÓN

3.3.1. Papel de Enfermería: atención primaria

En los últimos años las demandas en atención primaria en salud mental han aumentado notablemente. La depresión es una de las enfermedades mentales con mayor prevalencia en atención primaria, entre un 13.9-29% de los pacientes atendidos en la consulta de atención primaria presentan dicho trastorno ^{26,27}.

Prevención y promoción de la salud mental

El ámbito de la atención primaria es un ámbito idóneo para prevenir la aparición de enfermedades mentales por varias razones principales:

1. Es el nivel asistencial más cercano a la población.
2. Es una institución social con un contacto continuo de personas a lo largo del año y de la vida de cada uno de ellos.
3. Los pacientes consultan de forma repetida y continuada a los profesionales de atención primaria en los que depositan su confianza.
4. Los trastornos emocionales que no se detectan precozmente por los médicos de atención primaria tienen una peor evolución.

El personal de enfermería de los centros de salud juega un papel relevante, fundamental en la prevención de los trastornos mentales y en la promoción de una buena salud mental de la población a la que atiende²⁸.

Cantabria con casi 200 centros de salud repartidos a lo largo de todo el territorio permite mantener una cobertura óptima, permitiendo llevar un seguimiento a los pacientes más individualizado desde dos ámbitos: el propio de la comunidad y el familiar. Este hecho facilita por un lado la continuidad de los cuidados y por otro genera un mayor impacto en las actividades de prevención y promoción de la salud mental que se lleven a cabo. De esta forma se evitará la perpetuación futura de trastornos psicosociales graves y, en ocasiones, irreparables¹⁹.

La enfermera evaluará las necesidades de tipo preventivo de los individuos de la comunidad a la que atiende, centrando la atención en los grupos más vulnerables: niños, adolescentes, mujeres, familias con problemas y ancianos²⁸. El enfoque de la prevención se centrará en los factores de estrés que provocan la desadaptación de los grupos de personas anteriormente mencionados. Sus actuaciones van dirigidas a preservar y mantener la máxima autonomía del paciente depresivo, la atención y soporte a sus familias y potenciar su reinserción social y laboral²⁸.

Las actividades de promoción de la salud mental se centran principalmente en la creación de condiciones individuales, comunitarias y del entorno que permiten un desarrollo óptimo (tanto psicológico como psicofisiológico) para mejorar la calidad de vida de todos los individuos de la población. Es necesario reducir los factores de riesgo que favorecen la aparición de dichos trastornos y la promoción de factores de protección relacionados con el trastorno mental de la depresión, con el objetivo final de reducir su prevalencia e incidencia²⁹.

Hay evidencia científica que demuestra la eficacia de los programas de prevención y promoción de la salud mental. Según se menciona en el artículo de Eva Jané-Llopis (2004), existen varios experimentos que demuestran la eficacia de estas intervenciones: un programa

escolar redujo la aparición de nuevos casos de depresión tras un año realizando una intervención de promoción. Tras el estudio, solamente el 14.5% del grupo experimental se le diagnosticó depresión en comparación con el 25.7% de los adolescentes del grupo control²⁹.

La prevención de las enfermedades mentales como la depresión, no debe reducirse única y exclusivamente a la actividad clínico-asistencial. Estas actividades se deben de desarrollar de manera conjunta junto con medidas educativas e informativas, asistenciales, tecnológicas y legislativas y jurídicas para promover salud mental a través de diferentes esferas³⁰.

Valoración inicial

En la consulta de enfermería de atención primaria, en dónde la enfermera tiene contacto directo con todos los pacientes de su cupo, deberá reconocer los pacientes potencialmente depresivos mediante la entrevista personal, identificando signos y síntomas de características depresivas. A todos esos pacientes se les deberá pasar Inventario de Depresión de Beck para confirmar o no las sospechas. Este cuestionario es una herramienta eficaz para identificar problemas psicosociales de cada individuo y su nivel de depresión.

El Inventario de depresión de Beck (BDII) es un instrumento autoadministrado de 21 ítems. En cada ítem la persona que rellena el cuestionario tiene 4 opciones entre las que tiene que elegir una frase que describa su estado de ánimo durante las últimas dos semanas. Cada uno de los cuatro ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y en base a la gravedad de la misma y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total que varía de 0 a 63 puntos. La puntuación mínima se correspondería en un rango con puntuaciones entre 0-13. A partir de 14 puntos sería el corte para considerar depresión leve hasta los 19. Entre los 20 y los 28 depresión moderada y mayor que 29 depresión grave³².

A partir de una puntuación de 14 (depresión leve) se deberá derivar al paciente a la consulta del médico para que valore la necesidad de prescribir un tratamiento adecuado. La enfermera propondrá incluirle dentro de los programas grupales psicoeducativos y deberá llevar un seguimiento de la evolución del paciente mediante controles rutinarios sobre su estado de depresión en su consulta de enfermería⁵.

Relación terapéutica

La relación terapéutica es aquella que se establece entre la enfermera y el paciente. Se puede afirmar que esta relación es una relación profesional, que se basa en la interacción persona-enfermera cuyo objetivo primordial es la recuperación del paciente³³.

Un mecanismo indispensable para el manejo de la depresión es crear con el paciente una relación de confianza que será clave para poder aplicar los cuidados que necesite. Mediante esta relación la enfermera llegará a conocer a su paciente y a establecer un vínculo con él para poder proporcionar unos cuidados de manera eficaz e individualizados, adaptados a las necesidades de cada paciente y de su situación vital. La relación terapéutica enfermera-paciente se convertirá en un cuidado, ya que aporta al paciente un fuerte apoyo emocional.

Es de gran importancia la adquisición por parte de enfermería de conocimientos necesarios para participar de forma efectiva en dicha relación, así como habilidades y actitudes para generar una relación de ayuda que sea eficaz. Las cualidades que debe de tener toda relación terapéutica con el respeto mutuo, la empatía por el prójimo y el reconocimiento³³.

Toda relación terapéutica se establece entre dos agentes sociales distintos, los cuales, aportan diferentes puntos de vista, diferentes valores, cualidades y vivencias. Es por ello que toda observación que realice la enfermera condicionará la eliminación de cierta información mediante selección del contenido que más importante le parezca, siempre hay una interpretación inevitable del discurso del otro³⁴.

Los principales elementos de los factores personales en el profesional sanitario son: orientación teórica, uso del lenguaje, variables individuales y las variables socio-culturales.

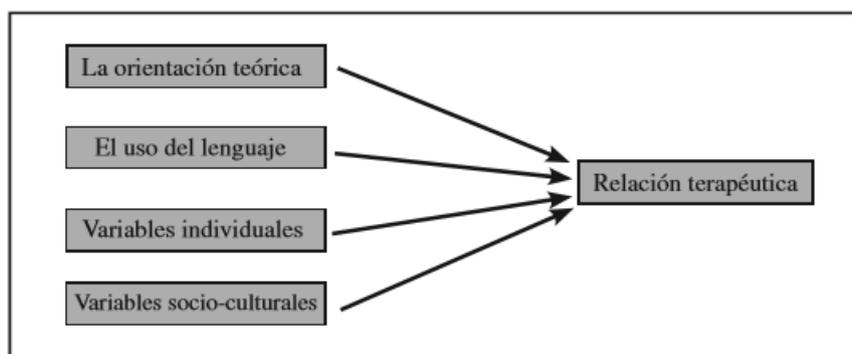


Figura 5. Principales elementos de los factores personales para establecer una relación terapéutica.

Fuente: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n96/v25n4a03.pdf>

El enfoque individual que tiene el observador y oyente al seleccionar determinada información y descartar otra se conoce como orientación teórica.

La empatía es un requisito indispensable a la hora de iniciar la relación terapéutica. Esta cualidad permitirá a la enfermera acceder al mundo interior del paciente y percibir con claridad el significado que tiene para el paciente su existencia vital. Durante la relación enfermera-paciente no se deben realizar juicios de valor, hay que hacerle saber que se evaluará la situación inicial en base a sus valores y experiencias vitales. Esto contribuirá a que el individuo active sus propias estrategias de afrontamiento para superar la situación³⁴.

Las variables socio-culturales más conocidas son la etnia, el género y la edad aunque también influyen la clase social, los ingresos económicos, la situación política del país... entre otros muchos.

Dentro de las variables individuales, el nivel de adaptabilidad de la enfermera a contextos nuevos es una de las más importantes. Esta debe tener una gran capacidad de retrospectión, conocerse a sí misma muy bien y ser rígida en el mantenimiento de los esquemas y valores propios³⁴.

Cada relación terapéutica es única y depende exclusivamente de las personas que las conforman. Cada persona tiene sentimientos, pensamientos y formas de actuar distintas, es por ello que esta relación se tendrá que adecuar a las personas que forman dicha relación, al contexto y momento³⁵.

El ámbito de la atención primaria es el idóneo para establecer una relación terapéutica puesto que se genera en un ambiente conocido y cómodo para el paciente. Además, la accesibilidad a los profesionales sanitarios y el conocimiento de la familia y del contexto que aportan los profesionales del centro de salud favorecen la coordinación con los dispositivos especializados y los servicios sociales, tan importante en este tipo de pacientes¹⁹. Desde los centros de salud, la enfermera deberá dedicar tiempo a conocer al paciente: en su consulta podrá llegar a

comprender el universo personal del paciente, determinar y confirmar qué resulta importante o significativo para él y escuchar la historia personal del propio paciente³⁶.

Uno de los problemas subyacentes que se nos presenta es la influencia de lo personal en lo profesional ya que la empatía produce una proximidad afectiva que se debe regular para no perder la distancia terapéutica necesaria. La enfermera no deberá experimentar la misma situación personal del paciente para poder comprender cómo se siente, así como tampoco es necesario que esté de acuerdo con la actitud que posea, simplemente debe comprender sus sentimientos y emociones que subyacen bajo el comportamiento que adopta.

La relación terapéutica enfermera-paciente en el ámbito de la salud mental es fundamental para poder realizar intervenciones enfermeras eficaces, para poder trabajar con el paciente y ayudarlo en el transcurso de su enfermedad. De esta relación no sólo sale beneficiado el paciente, sino también la enfermera puesto que esta relación supone para ella una experiencia y crecimiento personal³⁵.

Adhesión al tratamiento

La falta de adherencia en el tratamiento se asocia con una disminución de la eficacia del tratamiento en la depresión mayor, traduciéndose en un aumento de la probabilidad de recurrencias y la persistencia de la sintomatología depresiva²⁶.

Desde la consulta de enfermería se debe enseñar a los pacientes con tratamiento antidepresivo acerca de los medicamentos que les han sido prescritos por el facultativo. La enfermera debe conocer el modo de acción de los antidepresivos, efectos secundarios e interacciones con el fin de explicárselo a los pacientes y que estos sean conocedores de su tratamiento individualizado, fomentando la adhesión de dicho tratamiento. Es necesario hacer hincapié en la importancia de tomar la medicación diaria y no abandonar el tratamiento para obtener resultados positivos³⁷.

Terapia psicológica

Mediante la terapia psicológica se intenta ayudar al individuo con depresión a cambiar ciertos hábitos, influyendo sobre su estilo de vida y sus costumbres. Requiere un seguimiento prolongado por parte de la enfermera y una intervención continuada.

Los objetivos que se intentan alcanzar a través de la psicoterapia son la disminución de recaídas al complementarlo con otras medidas terapéuticas, como el tratamiento farmacológico, la potenciación del cumplimiento terapéutico mejorando la relación con el personal sanitario y reducir la carga emocional familiar³. Esta es efectiva si se realiza de inicio a fin, sin interrupciones. Por ello, la enfermera deberá asegurarse que el paciente está decidido verdaderamente a seguir el tratamiento psicológico.

El ámbito de la atención primaria es el idóneo para realizar la terapia al generar una comunicación entre el profesional de enfermería y el paciente, colaborando de una forma efectiva en el afrontamiento de la situación patológica y en la recuperación, por medio de la comunicación a nivel emocional y personalizado.

Psicología positiva

Las técnicas psicológicas que más se utilizan para tratar a individuos depresivos se basan principalmente en la eliminación de emociones negativas. Debido a este hecho, las investigaciones acerca de las emociones se han centrado en el conocimiento de las negativas, aquellas que provocan sufrimiento y que, si se obvian, pueden generar problemas graves.

Existe un nuevo concepto de tratar la depresión que se centra en estimular emociones positivas como alegría, esperanza, felicidad, etc. en pacientes con depresión. Experimentar emociones positivas facilita la adquisición de formas de comportamiento y estados mentales que preparan al individuo para enfrentar con éxito las posibles dificultades y adversidades. Por ejemplo, las personas que experimentaron niveles más elevados de emociones positivas antes de los ataques del 11 de septiembre de 2001 en Nueva York se recuperaron más rápido de los efectos traumáticos de dichos eventos, así queda objetivado en el artículo de Nansook Park, Christopher Peterson, Jennifer K. Sun, 2013³⁸.

Entre los beneficios de la psicología positiva se encuentran:

- Gestionar las emociones de forma equilibrada.
- Alcanzar un mayor éxito en las relaciones interpersonales.
- Afrontar las dificultades con optimismo y resiliencia.
- Aumentar la eficacia en la resolución de conflictos.

La psicología positiva aparece como un nuevo punto de vista a la hora de entender la psicología y la salud mental y sirve como complemento y apoyo al tratamiento psicológico ya existente³⁹.

Desde atención primaria se puede instruir a los individuos depresivos en la psicología positiva a través de varios ejercicios diferentes y fáciles de realizar, con el fin de aumentar los niveles de bienestar y reducir la sintomatología depresiva de los pacientes. Algunos de los ejercicios son los siguientes:

- Escribir una carta de agradecimiento a una persona importante en la vida del paciente y compartirla con él/ella.
- Escribir una vez al día durante una semana tres cosas positivas dignas de agradecer y sus causas.
- Escribir recuerdos sobre una época en la que el individuo mostrara sus mejores características y leerla cada noche durante una semana con el objetivo de reflexionar sobre las fortalezas presentes^{40, 41}.

Grupos psicoeducativos

Los grupos psicoeducativos aparecen como una experiencia muy positiva y beneficiosa para aquellos individuos que participan en dichos grupos. Los miembros de un mismo grupo comparten una serie de características:

- Las motivaciones y los objetivos comunes son los mismos.
- Cumplen y comparten las normas previamente establecidas.
- Mantienen una interacción frecuente y cara a cara.
- Los participantes se definen a ellos como miembros del grupo y son definidos por otras personas como pertenecientes a dicho grupo.

Los grupos de ayuda son útiles ya que proporcionan tiempo para compartir sentimientos, preocupaciones, pensamientos, intereses personales al resto del grupo. Además, promueven el apoyo mutuo y permiten a estas personas ser entendidas y comprendidas por otras que

están pasando por una situación similar. A través de estas terapias, los individuos que padecen el trastorno depresivo se dan cuenta que no están solos en el afrontamiento de esta enfermedad³⁵.

El objetivo fundamental de la terapia en grupo es enseñar a aprender a entender y controlar los pensamientos negativos: disminuyendo los pensamientos que nos hacen sentir mal y aumentando los que nos producen un mejor estado del ánimo, evitando así sufrimientos innecesarios. La enfermera deberá potenciar la participación en los grupos de apoyo existentes en la comunidad como los grupos parroquiales, asociaciones de vecinos, entre otros.

Ejercicio físico

El ejercicio es un sugestivo nuevo planteamiento del tratamiento de los trastornos depresivos de leve a moderada severidad⁴². Los pacientes depresivos que lo practican habitualmente tienden a tener puntuaciones más bajas de depresión que aquellos sedentarios. Los pacientes aprecian el ejercicio físico como uno de los elementos más importante en los programas de tratamiento integral.

Actualmente, la prescripción por parte de los profesionales sanitarios de ejercicio físico y la adherencia por parte de los pacientes a las recomendaciones sobre el ejercicio físico son, ambas dos, insuficientes. El entrenamiento de la aptitud física por parte de enfermería es un elemento valioso en los programas integrales de tratamiento para la depresión⁴². La actividad física permite liberar energía acumulada e incrementa los sentimientos de bienestar, logro y control en aquellas personas que lo practican.

La enfermera deberá fomentar la participación de los pacientes depresivos en actividades de ejercicio físico, si se desea en un primer momento de manera individual para posteriormente unirse a otros³⁷.

3.3.2. Papel de Enfermería: hospitalización psiquiátrica

Síndrome serotoninérgico

Los pacientes polimedcados con tratamiento con fármacos que inhiben la recaptación de serotonina poseen un riesgo mayor de padecer el “Síndrome serotoninérgico” caracterizado por la triada clínica de alteración del *status* mental, trastornos disautonómicos y alteraciones neuromusculares. Este síndrome se produce por una sobre-estimulación de receptores de serotonina, centrales y periféricos⁴³. Normalmente, el cuadro sintomático se resuelve tras suspender el fármaco vinculado a su producción pasadas 24 horas. Hay ocasiones en que los pacientes progresan en fallo multiorgánico y mueren⁴³.

Los criterios diagnósticos para el Síndrome serotoninérgico son:

- Aumento de dosis o inicio reciente de un agente serotoninérgico a un tratamiento preestablecido, y la presencia de 4 síntomas mayores o 3 síntomas mayores y dos menores (tabla 5).

Tabla 5. Síntomas “Síndrome serotoninérgico”

SÍNTOMAS MAYORES Y MENORES		
<i>Alteración</i>	<i>Síntomas mayores</i>	<i>Síntomas menores</i>
Status mental	Confusión Coma	Hiperactividad Agitación Insomnio
Autonómica	Hipertermia Diaforesis (sudoración)	Taquicardia Taquipnea Disnea Hipo/Hipertensión
Neuromuscular	Mioclonus e hipertonia (espontáneo, inducible, ocular) Hiperreflexia Temblor	Diarrea Incoordinación Midriasis Akatisia Ataxia

Fuente: Young P, et al (2008)⁴³.

- Estos síntomas no deben ser el resultado de un trastorno psiquiátrico previo al inicio del tratamiento con el agente serotoninérgico ni a una intensificación del mismo.
- No debe haber sido introducido un tratamiento antipsicótico, ni aumentadas sus dosis antes de la presentación de los síntomas.
- Se deben excluir causas infecciosas, metabólicas, endócrinas o tóxicas.

Si se sospecha que el cuadro de inestabilidad puede ser producido por el *síndrome serotoninérgico* se debe avisar al facultativo y controlar la frecuencia del pulso y la presión arterial del paciente en todo momento.

En todos los pacientes de riesgo se debe detectar signos y síntomas de inestabilidad fisiológica en lo que respecta a la evolución del estado del paciente e informar de los signos y síntomas tempranos de posible síndrome serotoninérgico.

Adhesión al tratamiento

Una vez prescrito el tratamiento farmacológico por el facultativo, es importante que el paciente sea conocedor del tratamiento, que conozca sus posibles efectos secundarios y el modo de acción de los fármacos. Para ello, la enfermera es responsable de conocer los efectos secundarios y las interacciones de los medicamentos de todos los antidepresivos para enseñar al paciente acerca de su tratamiento y poder resolver todas sus dudas³⁷.

La enfermera debe remarcar la importancia de una correcta adhesión al tratamiento, evitando la autodosificación y el abandono del tratamiento por propia iniciativa, así como alentar al paciente a informar de la aparición de efectos secundarios¹².

En el inicio del tratamiento con fármacos antidepresivos es necesario incrementar el apoyo a los pacientes que comienzan a tomar la medicación. Aunque la mayoría de los efectos secundarios de los fármacos antidepresivos disminuyen las primeras semanas, los efectos

beneficiosos son más lentos de aparecer¹². Este hecho puede provocar dos reacciones en el paciente: por un lado, el abandono del tratamiento por desesperanza y por otro, la intoxicación por sobredosificación, es por ello que el paciente diagnosticado de este trastorno, no debe de disponer libremente de altas cantidades de medicamento prescrito.

Se deberán tomar precauciones especiales en el caso de que el tratamiento farmacológico elegido sea IMAO:

- Control rutinario de la tensión arterial para prevenir su aumento repentino.
- Cumplir con las restricciones alimenticias pautadas por el médico: evitar alimentos con alto contenido tiramínico.

Riesgo de suicidio

Como hemos mencionado anteriormente, el trastorno de la depresión mayor es uno de los factores asociados a la conducta suicida. En el caso de que pacientes depresivos posean ideaciones suicidas o lo verbalicen deberán permanecer bajo vigilancia. Tan pronto como se detecte ideación suicida en el paciente, se deberá valorar el riesgo. La enfermera deberá evaluar sistemáticamente el riesgo de suicidio en todo paciente diagnosticado de depresión mayor.

El personal de enfermería es la responsable de mantener la vigilancia, dependiendo del grado de peligro y del nivel de supervisión necesario, esta podrá llegar a ser continua, las 24 horas del día³⁷.

El principal objetivo en este tipo de pacientes es mantener la seguridad del sujeto potencialmente suicida además de prevenir las lesiones autoinfligidas⁴⁴.

Es necesario seguir una serie de actuaciones para proporcionar seguridad al paciente:

- Mantener al paciente en una habitación especial, solo y sin ningún tipo de estímulo.
- Guardar determinada distancia con el paciente.
- Reducir al mínimo la cantidad de tiempo destinada a la intimidad del paciente.
- Retirar cualquier objeto que pudiese servir para el intento autolítico: vasos de cristal, cordones, cinturón...
- La enfermera deberá asegurarse que el paciente haya tomado todos los medicamentos prescritos.

Cuando el riesgo de autolisis sea considerado como moderado-alto, la enfermera podrá establecer un contrato de "no suicidio". Este contrato es un compromiso formal por parte del paciente en el que se especifica detalladamente que no va a intentar hacerse daño o suicidarse en el tiempo pautado por ambos dos interesados, la enfermera y el paciente. En el caso de experimentar pensamientos, ideaciones o impulsos suicidas con cierta intensidad deberá contactar con el personal adecuado antes de llevar a cabo cualquier conducta destructiva⁴⁴.

En un principio, el tiempo mínimo de contrato tendrá que ser de dos semanas, revisando dicho margen y ajustándolo adecuadamente a cada paciente.

3.3.3. Colaboración Atención Primaria-Salud Mental

Los modelos de atención colaborativa han sido aplicados para mejorar el abordaje de la depresión mayor en el ámbito de atención primaria. Estos modelos de colaboración, basados

en el Chronic Care Model, potencian la intervención de las llamadas *care manager*. Las *care manager* son enfermeras especializadas cuyo objetivo primordial es la mejora de la calidad de vida de las personas depresivas y el bienestar personal. Estas planifican planes de cuidados en función de las necesidades individuales de cada individuo y coordina las intervenciones de los profesionales que intervienen en el manejo de este tipo de pacientes^{5, 45}.

Un estudio reciente llevado a cabo por Carlos Calderón et al, 2015 resalta la vigente carencia de coordinación entre los distintos niveles de atención en el tratamiento y seguimiento de los pacientes diagnosticados de depresión mayor. Se ha demostrado que las estrategias que integran ambos niveles de atención, Atención Primaria y la atención especializada en salud mental, han demostrado ser más efectivas que aquellas que implican una sola actividad⁴⁶.

4.-CONCLUSIONES

- La depresión es una enfermedad que afecta a todo tipo de personas sin importar la edad, sexo ni la condición social. Provoca angustia mental y puede afectar a la capacidad de las personas para realizar tareas cotidianas, impidiendo al enfermo trabajar y participar en la vida familiar y comunitaria. La depresión no tratada o tratada ineficazmente puede llegar a provocar el suicidio.
- La prevención de esta enfermedad es la principal medida que se debe llevar a cabo para reducir su prevalencia en nuestra sociedad.
- La detección precoz de personas con problemas de salud mental como la depresión mayor mejoraría el pronóstico de los pacientes. Para lograr este objetivo es necesario incrementar el cribado en atención primaria y el manejo de pacientes con problemas psicosociales por parte de enfermería en atención primaria.
- La elección de la modalidad y el ámbito de tratamiento se debería realizar en función de los hallazgos clínicos y de otros factores, como las preferencias del paciente, la capacidad de apoyo familiar y/o institucional, la historia previa, etc. El tratamiento idóneo para las personas depresivas debería ser integral y abarcar todas las intervenciones tanto las psicoterapéuticas como psicosociales y las farmacológicas.
- Es recomendable que tanto el paciente como su familia y amigos tengan un papel activo en la toma de decisiones sobre el tratamiento y el desarrollo del mismo. Deben sentirse apoyados durante el proceso del tratamiento y el desarrollo del plan de cuidados estandarizado potenciando de esta forma, la adquisición de estrategias de afrontamiento.
- Existe una carencia de coordinación entre los distintos niveles de atención en el tratamiento y seguimiento de los pacientes diagnosticados de depresión mayor. han demostrado ser más efectivas que aquellas que implican una sola actividad. La creación de un modelo de colaboración entre los distintos niveles de atención, atención primaria y la especialidad en salud mental, han demostrado ser más efectivas que aquellas que implican una sola actividad, mejorando los resultados del tratamiento y seguimiento de los pacientes depresivos.

5.-BIBLIOGRAFÍA

- (1) Día Mundial de la Salud - 7 de abril de 2017 [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2017 [citado 10 Junio 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/es/>
- (2) La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400% [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2017 [citado 10 Junio 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>
- (3) Pérez González S. Intervenciones y cuidados enfermeros en la asistencia domiciliaria. Fornés Vives J, Gómez Salgado J. Principales problemas de Salud Mental e intervención enfermera. 1ed.Madrid. Enfo ediciones; 2008. p. 577-599
- (4) Álvarez Ariza M, Atienza Merino G, González García A, et al. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto [monografía en Internet] Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014 [Citado 15 de Mayo de 2017] Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf
- (5) García-DelgadoMorente M.A, Gastelurrutia M, FausDáder M. Guía de seguimiento farmacoterapéutico sobre depresión.[monografía en internet] Granada: Grupo de Investigación en AtenciónFarmacéutica, Universidad de Granada; 2003. [Citadoel 24 de Abril de 2017]. Disponible en http://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA_DEPRESION.pdf
- (6) Depresión [Internet]. Organización Mundial de la Salud (OMS). 2017 [Citado 12 Junio 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>.
- (7) Mitjans M, Arias B. La genética de la depresión: ¿qué información aportan las nuevas aproximaciones metodológicas?. [Internet] 2012 Actas Psiquiatría. 40(2):70-83 [Citado 12 Junio 2017]. Disponible en: <https://www.actapsiquiatria.es/repositorio/14/76/ESP/14-76-ESP-70-83-680417.pdf>
- (8) Josué Díaz L, Torres Lio-Coo V, Urrutia Zerquera E, et al. Factores psicosociales de la depresión. [Internet] 2006 Revista Cubana Medicina Militar. 35 (3) [Citado 12 Junio 2017]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v35n3/mil09306.pdf>
- (9) J. Sramek J, F. Murphy M, R.CutlerN. Sexdifferences in the psychopharmacological treatment of depression. [Internet] Diciembre 2016 Dialogues in clinical neuroscience. 18(4): 447–457. [Citado 12 Junio 2017]. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5286730/>)
- (10) American Psychiatric Association. Trastorno de depresión mayor. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ªed.Madrid: Editorial médica panamericana; 2014.
- (11) Fabbri, C. and Serretti, A. Pharmacogenetics of Major Depressive Disorder: Top Genes and Pathways Toward Clinical Applications. Current Psychiatry Reports [Internet] 2015 [Citado 30 de mayo del 2017] 17(7):50. Disponible en <https://link.springer.com/article/10.1007/s11920-015-0594-9>

- (12) Armijo J., Mediavilla A. Fármacos antidepresivos y antimaníacos. En: Florez Beledo J, director. Farmacología humana (6a. ed.). 1st ed. Barcelona: ElsevierHealthSciencesSpain - T. 2013.p. 533-47
- (13) Schildkraut JJ.- The catecholamine hypothesis of affective disorders. A review of supporting evidence. American Journal of Psychiatry. 1967 Sep. 4(3):203-17.
- (14) Comunidad de Murcia. Guía de práctica clínica de los trastornos depresivos. Murcia: Comunidad de Murcia; Servicio Murciano de Salud 2010. [Citado el 22 de junio del 2017] Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/GPCtrastornosdepresivos.pdf>
- (15) Giner J, Saiz Ruiz J, Bobes J Et al. Consenso español de salud física del paciente con depresión. Revista Psiquiatría y Salud Mental [Internet] 2014 [Citado 12 de Junio 2017] 7:195-207. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-consenso-espanol-salud-fisica-del-S1888989114000627>
- (16) Aragonès E, Piñol J.L, Labad A. Comorbilidad de la depresión mayor con otros trastornos mentales comunes en pacientes de atención primaria. Atención Primaria [Internet] 2009. [Citado 12 de Junio 2017] 41 (10):545-51. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-comorbilidad-depresion-mayor-con-otros-S0212656709001905>.
- (17) Portellano-Ortiz C, Garre-Olmo J, Calvo-Perxas L, et al. Depression and associated variables in people over 50 years in Spain. Revista Psiquiatría Salud Mental [online] 2016. [Citado 12 de mayo del 2017] 347(11). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27939026>
- (18) Castillo-Quan J, Barrera-Buenfil D, Pérez-Osorio J, et al. Depresión y diabetes: de la epidemiología a la neurobiología. Revista Neurología [internet] 2010 [Citado el 20 de junio del 2017]; 51: 347-59. Disponible en: <https://psyciencia-jcne1wfflvxc1r.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2015/04/depression-y-diabetes-epidemiologia.pdf>
- (19) Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, et al. Recomendaciones para la prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Atención Primaria [Internet] 2016 [Citado el 13 de junio 2017] 48(1):77-97. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-linkresolverrecomendaciones-prevencion-los-trastornos-salud-S0212656716301895>.
- (20) Sramek J, F. Murphy M, R. Cutler N. Sex differences in the psychopharmacological treatment of depression. Dialogues in clinical neuroscience. [Internet] 2016 [Citado 13 junio 2013] 18(4): 447-457 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5286730/>
- (21) Gómez-Durán E, Forti-Buratti M.A, Gutiérrez-López B, et al. Trastornos psiquiátricos en los casos de suicidio consumado en un área hospitalaria entre 2007-2010 Revista Psiquiatría Salud Mental [Internet] 2016 [Citado 13 de junio 2017] 9:31-8. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-trastornos-psiquiatricos-los-casos-suicidio-S188898911400038X>.

- (22) Sociedad Española de Psiquiatría. La terapia cognitivo-conductual [Internet] Editor: Timms P. [Citado 13 de junio 2017] 2007. Disponible en: <http://www.sepsiq.org/file/Royal/LA%20TERAPIA%20COGNITIVO-CONDUCTUAL.pdf>.
- (23) Rodríguez Biglieri R, Vetere G. Manual de terapia cognitiva conductual de los trastornos de ansiedad [Online] 1ed. Buenos Aires: Editorial Polemos; 2011. p. 33-35. [Citado el 18 de mayo del 2017]. Disponible en: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=QmydAwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA9&dq=terapia+cognitiva+conductual+&ots=vfMSDc5lap&sig=sE3dcy_rKfitv_6RBBXxhJgFw1s#v=onepage&q&f=false
- (24) Muñoz R, Aguilar-Gaxiola S, Guzmán, J. Manual de terapia individual para el tratamiento cognitivo-conductual de depresión [monografía en Internet]. Rand. Santa Mónica, CA; 2000 [Citado 20 de mayo del 2017]. Disponible en: https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/monograph_reports/2005/MR1198.5.pdf
- (25) Martínez-Amorós E, Gálvez Ortiz V, PorterMoli M, et al. Propofol y pentotal como agentes anestésicos en la terapia electroconvulsiva: un estudio retrospectivo en el trastorno depresivo mayor. Revista de Psiquiatría y Salud Mental [Internet] 2014. [Citado 13 de junio del 2017] 7(1):42-7. Disponible en <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-propofol-pentotal-como-agentes-anestésicos-S1888989113000153>
- (26) Serrano M.J, Vives M, Mateu C, et al. Adherencia terapéutica en pacientes depresivos de atención primaria: un estudio longitudinal. Actas Psiquiatría [Internet] 2014. [Citado 13 de junio 2017] 42(3):91-8. Disponible en: <https://www.actapsiquiatria.es/repositorio/16/89/ESP/16-89-ESP-91-98-756711.pdf>
- (27) González, N. L., Sarriés, A. G., de Jalón Aramayo et al Concordancia en el diagnóstico entre atención primaria y salud mental. Atención primaria [Internet] 2008 [Citado 13 de junio 2017] 40(6): 285-289. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656708703457>
- (28) Millán Salgado M, Giner Jiménez D, Gómez Salgado J. Interconsulta psiquiatría. Fornés Vives J, Gómez Salgado J. Principales problemas de Salud Mental e intervención enfermera. 1ed. Madrid. Enfo ediciones; 2008. p 599-644
- (29) Jané-Llopis E. La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría [Internet] 2004. [Citado 13 de junio del 2017] 89. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000100005
- (30) Organización Mundial de la Salud (OMS). Promoción de la salud mental. Informe de la Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias en Colaboración con la Fundación Victorian para la Promoción de la Salud y la Universidad de Malbourne. Ginebra: OMS; 2004. [Citado el 1 de mayo del 2017] Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf
- (31) Muñoz, J. y Fernández-Hermida, J. R. La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los test. Papeles del Psicólogo [Internet] 2010 [Citado el 4 de junio del 2017] 31, 108-121. Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1801.pdf>

- (32) Beltrán M.C, Freyre M.A. El Inventario de Depresión de Beck: su validez en población adolescente. *Terapia Psicológica* [Internet] 2012 [Citado el 22 de mayo del 2017], 30(1) 5-13. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art%2001.pdf>
- (33) Vidal Blan R, Adamuz Tomás J, Feliu Baute P. Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. *Enfermería Global* [Internet] 2009 [citado 13 de junio del 2017] 8(3) Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/75311/73051>
- (34) García Laborda A, Rodríguez Rodríguez J.C. Factores personales en la relación terapéutica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* [Internet] 2005 [Citado 13 junio 2017] 25 (96):29-36. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n96/v25n4a03.pdf>
- (35) Novel G. La relación enfermera-paciente. Novel Martí G, LLuchCanut M.T, Miguel López de Vergara M.D. *Enfermería psicosocial y salud mental*. Barcelona: Masson; 2000. p.217-226
- (36) Virani T, Taït A, McConnell H, et al. Establecimiento de la relación terapéutica. Guías de buenas prácticas en enfermería. [Monografía en internet] Ontario: Asociación profesional de Enfermeras de Ontario. 2006. [Citado 28 de mayo del 2017] Disponible en: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/2014_RTerapeutica_spp_022014_-_with_supplement.pdf
- (37) Garret B. Trastornos del estado del ánimo. O'Brien P, Kennedy W, Ballard K. *Enfermería Psiquiátrica*. México: McGraw-Hill Interamericana; 2001. P.321-338.
- (38) Park N, Peterson C, Sun J. La Psicología Positiva: investigación y aplicaciones. *Terapia psicológica* [Internet] 2013 [Citado 7 de abril 2017] 31(1). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071848082013000100002&script=sci_arttext&lng=en
- (39) Poseck B. Psicología positiva: una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del psicólogo* [Internet] 2006 [Citado 28 marzo 2017] 27(1), 3-8. Disponible en: <http://papelesdelpsicologo.es/pdf/1279.pdf>
- (40) Vazquez C, Hervás G, Samuel M Y Ho. Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: fundamentos y aplicaciones. *Psicología Conductual* [Internet] 2006 [consultado 17 de mayo del 2017] 14 (3), pp. 401-432. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Gonzalo_Hervas/publication/228338310_Intervenciones_clinicas_basadas_en_la_psicologia_positiva_fundamentos_y_aplicaciones/links/0912f51017d097c6fb000000/Intervenciones-clinicas-basadas-en-la-psicologia-positiva-fundamentos-y-aplicaciones.pdf
- (41) Cataluña Sesé D, Espinosa Bonacho R, Muñoz del Moral C, et al. Manual de ejercicios de psicología positiva aplicada. Colegio oficial de psicólogos de Madrid [Internet] (sin fecha) [Citado el 18 de junio del 2017] Disponible en: http://www.copmadrid.org/web/img_db/publicaciones/manual-psicologia_definitivo-pdf-58aeb107d234f.pdf
- (42) Iglesias Martínez B, Olaya Velázquez I, Gómez Castro M.J. Prevalencia de realización y prescripción de ejercicio físico en pacientes diagnosticados de ansiedad y depresión.

- Atención Primaria [Internet] 2014 [Citado el 15 de mayo del 2017] 47:428-37. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-prevalencia-realizacion-prescripcion-ejercicio-fisico-S0212656714003643>
- (43) Young P, Finn B.C, Álvarez F, et al. Síndrome serotoninérgico. Presentación de cuatro casos y revisión de la literatura. Anales de Medicina Interna [Internet] 2008 [Citado el 14 de mayo del 2017] 25 (3) Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992008000300006.
- (44) De la Torre Martí M. Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. [Internet] Madrid: Centro de Psicología Aplicada;2013 [Citado 2 de abril del 2017] Disponible en: https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/protocolo_ideacion_suicida.pdf
- (45) Calderón Gómez C, Mosquera Metcalfe I, Balagué Gea L, et al. Modelos de colaboración entre atención primaria y salud mental en la asistencia sanitaria a las personas con depresión: resultados principales y retos metodológicos de una meta-revisión sistemática. Revista Española de Salud Pública[Internet] 2014 [Citado el 12 de mayo del 2017] 88 (1) Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272014000100008
- (46) Calderón C, Balagué L, Iruin A, et al. Colaboración atención primaria-salud mental en la asistencia a pacientes con depresión: evaluación de una experiencia piloto. Revista Atención Primaria [Internet] 2016 [Citado el 28 de marzo del 2017] 48 (6):356-365. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-linkresolver-colaboracion-atencion-primaria-salud-mental-asistencia-S0212656715002656>

