

La depresión mayor y la psicosis como trastornos mentales: una realidad vigente

Lisset Lisbeth Moren Rivera*

RESUMEN

La depresión mayor y la psicosis son trastornos mentales que se han potenciado en los últimos años, diversos factores han incidido en ello, como el sometimiento a eventos estresantes, las alteraciones biológicas y la predeterminación genética. El propósito de la investigación es estudiar el trastorno de depresión mayor y la psicosis como trastornos mentales, con la finalidad de comprender sus causas, síntomas y tratamientos, así como la eventual relación clínica que puede existir entre ellos. Este estudio es de naturaleza cualitativa descriptiva, por lo que se realiza una revisión bibliográfica acerca de las dos variables investigadas. En la depresión mayor, la estrategia médica debe ser integral -farmacológica y psicológica- de manera que se logre una incidencia positiva para evitar recaídas y lograr una buena respuesta médica. La psicosis requiere atención farmacológica, psicológica y rehabilitadora, es necesario contar con apoyo familiar y con un equipo médico especializado y multidisciplinario. Según estudios, en los casos de presencia de síntomas de depresión en pacientes diagnósticos con psicosis aguda, la depresión tiende a desaparecer cuando se implementa el tratamiento antipsicótico y comienza el proceso de remisión de la psicosis.

Palabras clave: Depresión mayor; Psicosis; Trastornos mentales.

Major depression and psychosis as mental disorders: a current reality

ABSTRACT

Major depression and psychosis are mental disorders that have increased in recent years, various factors have had an impact on it, such as submitting to stressful events, biological alterations and genetic predetermination. The purpose of the research is to study major depressive disorder and psychosis as mental disorders, in order to understand their causes, symptoms and treatments, as well as the eventual clinical relationship that may exist between them. This study is of a qualitative descriptive nature, which is why a bibliographic review is carried out on the two variables investigated. In major depression, the medical strategy must be comprehensive -pharmacological and psychological- in order to achieve a positive incidence to avoid relapses and achieve a good medical response. Psychosis requires pharmacological, psychological and rehabilitative care, it is necessary to have family support and a specialized and multidisciplinary medical team. According to studies, in cases of presence of symptoms of depression in patients diagnosed with acute psychosis, depression tends to disappear when antipsychotic treatment is implemented and the psychosis remission process begins.

Keywords: Major depression; Psychosis; Mental disorders.

* Comisario General del Cuerpo de Investigaciones Científicas, Penales y Criminalísticas (C.I.C.P.C.). Licenciada en Ciencias Policiales, Abogada, Médico Cirujano.. <https://orcid.org/0009-0006-2332-7577>. Correo-e: ubamoren51@gmail.com

Introducción

Un trastorno mental es un síndrome que afecta de forma significativa el estado cognitivo, las emociones o el comportamiento de las personas, produciendo disfunción psicológica, biológica y del desarrollo, que deriva en su función mental. Según la Organización Mundial de la Salud, para el año 2019, una de cada ocho personas en el mundo padecía algún tipo de trastorno mental -unas 970 millones de personas-, con estimaciones de aumento entre 26% y 28% en el año 2020 por la Covid-19 (Organización Mundial de la Salud, 2022).

La depresión mayor y la psicosis son trastornos que se han potenciado en los últimos años. Tanto la depresión mayor como la psicosis son padecimientos que presentan diversidad de síntomas, por eso, en ocasiones su diagnóstico resulta tardío o inexacto, y pueden complicarse si se presentan en el marco de una enfermedad concomitante. Los tratamientos deben apuntar a una restauración de la funcionalidad personal y social del paciente.

Dada esta realidad que afecta a millones de personas a nivel mundial, este trabajo tiene como propósito estudiar el trastorno de depresión mayor y la psicosis como trastornos mentales, con la finalidad de comprender sus causas, síntomas y tratamientos, así como la eventual relación clínica que puede existir entre ellos.

A tal efecto, se estructura este artículo con un nivel de comprensión acorde con el propósito propuesto, mediante una revisión de literatura atinente a estas dos variables -depresión mayor y psicosis-, la explicación del método aplicado, la sistematización de los resultados, y las valoraciones en la discusión. Por último, se presentan las conclusiones y las referencias de las bibliografías citadas textual y contextualmente.

1. Revisión de la Literatura

El *Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales* considera a la depresión como un trastorno del estado de ánimo, y expone distintos criterios para el diagnóstico de diferentes formas de trastornos depresivos, tales como: trastorno de depresión mayor, distimia o trastorno depresivo persistente, trastorno de desregulación del estado de ánimo disruptivo, trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo inducido por sustancias / medicamentos, trastorno depresivo debido a otra afección médica, otros trastornos depresivos, trastorno depresivo no especificado (American Psychiatric Association, 2013). La depresión puede ser definida según Retamal (1998) como:

Uno de los tipos de alteración del ánimo, consistente en su disminución, con un grado variable de pérdida de interés o dificultad para experimentar placer en las actividades habituales y acompañado de diversos síntomas psíquicos (tristeza, alteraciones de la concentración, memoria, etc) y físicos (disminución de la libido, anorexia-hiperfagia, etc) (p.9).

A los efectos de esta investigación, la primera variable a abordar está relacionada con la depresión mayor o el denominado trastorno depresivo mayor (TDM) el cual, en líneas generales, implica un trastorno mental que presenta síntomas varios: emocionales, cognitivos, fí-

sicos, conductuales, marcados por sentimientos de tristeza, desesperanza y falta de interés y entusiasmo. Las personas que padecen este tipo de trastorno normalmente ven limitadas sus actividades cotidianas, presentando cuadros de irritabilidad, llanto, retraimiento social, fatiga, culpa y sensación de inutilidad.

La etiología o causa de este TDM es compleja, pues puede atender a diversos factores: genético, fisiológico, hormonal, estrés, psicológicos y sociales. A este respecto, son diversas las hipótesis que han surgido en relación a la etiología del TDM, resumidas de la siguiente manera: hipótesis de las monoaminas en la depresión mayor; importancia de la serotonina en la depresión mayor; papel de la noradrenalina en la depresión mayor; Hipótesis Neurotrófica de la depresión mayor; hipótesis pro-inflamatoria de la depresión; hipótesis del déficit de GABA en la depresión mayor; hipótesis del glutamato en la depresión; factores genéticos en el trastorno de depresión mayor; hipótesis del estrés crónico en la depresión (Pérez P., Cervantes R., Hijuelos G., Pineda C., & Salgado B., 2017).

Para la determinación clínica del TDM, es necesario atender la presencia recurrente, diariamente por el lapso de dos semanas de al menos 5 de los siguientes síntomas, y en los cuales siempre debe estar presente el primero o el segundo de los mencionados a continuación: 1. estado de ánimo depresivo o irritable la mayor parte del día (tristeza profunda, desesperanza); 2. disminución del interés en las actividades placenteras y la capacidad de experimentar placer (anhedonia) la mayor parte del día; 3. significativo aumento o pérdida de peso (cambio de > 5% en un mes); 4. disminución o aumento del apetito casi todos los días; 5. insomnio o hipersomnia; 6. agitación o retardo psicomotor; 7. fatiga o pérdida de energía; 8. sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada (que puede llegar a ser delirante); 9. disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o tomar decisiones; 10. pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, intentos de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo (American Psychiatric Association, 2013).

Estos síntomas deben causar malestar clínicamente significativo o deterioro en el ámbito social, laboral y en otras áreas de funcionamiento, además, el episodio no puede atribuirse a efectos fisiológicos por alguna sustancia o por otra afección médica (American Psychiatric Association, 2013).

Otros dos aspectos a destacar, tienen que ver con que la depresión mayor no se explica mejor por algún trastorno psicótico, como por ejemplo la esquizofrenia. Además, en el TDM no se verifican episodios maníacos o hipomaníacos (American Psychiatric Association, 2013).

Se puede identificar una extensa lista de tratamientos de fármacos, farmacoterapia o tratamientos farmacológicos, la gran mayoría de ellos presenta efectos adversos, tardan entre dos y tres semanas en producir algún efecto antidepresivo, no obstante, son la primera elección para el tratamiento con una efectividad superior al 50%. Se recomienda que estos tratamientos farmacológicos se extiendan entre seis y doce meses en los casos de un primer episodio del

TDM. Para Piñar S., Suárez B., & De La Cruz V (2020), cuando “se habla de tratamiento farmacológico puramente, éste se reserva para casos de moderados a severos” (p.11).

Entre los tratamientos farmacológicos se encuentran: inhibidores de la recaptura de serotonina (ISRS); inhibidores de la recaptura de serotonina y norepinefrina (IRSN); inhibidores de la recaptura de noradrenalina y dopamina (IRND); inhibidores selectivos de recaptura de noradrenalina (ISRN); agonistas de melatonina; antagonistas alfa-2; moduladores de la serotonina; inhibidores de la monoamino oxidada (IMAO); antidepresivos tricíclicos (ATC); antidepresivos multimodales (Piñar S., Suárez B., & De La Cruz V., 2020).

A parte de estos tratamientos farmacológicos, también existen tratamientos como la terapia cognitiva y la psicoterapia interpersonal, aplicadas individualmente (monoterapia) o en combinación con alguna farmacoterapia. En opinión de Pérez P., Cervantes R., Hijuelos G., Pineda C., & Salgado B. (2017), “además, dada la preocupación acerca de los efectos secundarios de algunos medicamentos antidepresivos, se recomienda el uso de la terapia cognitiva para el tratamiento de la depresión”(p.87).

La segunda variable de la investigación tiene que ver con la denominada psicosis, cuya concepción clínica ha generado diversas conjeturas, definiciones, posturas y teorías. Por una parte, existe una tendencia de entender a la psicosis como una enfermedad genética del cerebro, por tanto, bajo esta perspectiva, Tizón (2014) define a la psicosis como “la pérdida del sentido de la vida psíquica que tiene su base en la bioquímica cerebral” (p.18). Por otra parte, otra tendencia afirma que la psicosis es una forma de experiencias de vida, es decir, que son formas de vivir, de adaptarse después de grandes dificultades iniciales, en tal sentido, Tizón (2014) indica que, son “formas sufrientes, dolorosas, vías alteradas de relación y adaptación, pero los pacientes con psicosis tienen sus propias experiencias y su mundo interno o intimidad” p.19).

En todo caso, la psicosis es un estado de confusión extremo, que es resultado de situaciones externas y de las presiones o estresores externos o internos de la persona. Para Tizón (2014), ese estado de confusión “esa descompensación o episodio, por lo general, suele estar precedido por meses y años en los que el individuo ha dado muestras de problemas mentales...se ha manifestado en ocasiones enormemente triste o profundamente distraído o desconfiado, o con estados de ansiedad y miedos repetidos”(p.20).

En este sentido, existen factores que afectan la vulnerabilidad de la persona, tales como: los factores genéticos, pues la psicosis es proporcional al número de genes compartidos, aunque puede haber psicosis sin antecedentes familiares o no darse la enfermedad aunque haya varios miembros afectados; los factores biológicos, que se deben a una hiperactividad de la dopamina o una mayor sensibilidad de los receptores dopaminérgicos en el cerebro, complicaciones durante el embarazo, deficiencias nutricionales o traumatismos craneales, pueden ser considerados como elementos biológicos que potencian posibles situaciones de psicosis; los factores medioambientales, tales como sucesos traumáticos, problemas

familiares, sociales o laborales, el consumo de sustancias tóxicas; factores estresantes o estrés, es decir, la percepción de no contar con recursos suficientes para hacer frente a determinadas situaciones en un momento en específico, puede ser un factor, que si bien no produce la psicosis, si puede potenciar su aparición o empeorar sus síntomas dado que provoca ansiedad, depresión, entre otras (Conserjería de Sanidad, 2008).

La psicosis enmarca varios tipos de trastornos, dentro de los cuales se encuentra el espectro de la esquizofrenia (que es la forma más conocida de la psicosis), entre estos trastornos se pueden mencionar: trastorno esquizotípico, trastorno delirante, trastorno psicótico breve, trastorno esquizofreniforme, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos, trastorno psicótico debido a otra afección médica (American Psychiatric Association, 2013).

En el caso de la esquizofrenia, por ser la forma más común de psicosis, dos o más de los síntomas que se mencionan a continuación deben estar presentes durante un período de un mes, y al menos uno de ellos debe ser alguno de los tres primeros: 1. delirios; 2. Alucinaciones; 3. discurso desorganizado; 4. comportamiento muy desorganizado o catatónico; 5. síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia) (American Psychiatric Association, 2013).

Otros elementos a considerar son: durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, las relaciones interpersonales y de cuidado estén por niveles bajos; los signos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses; es necesario descartar el trastorno esquizoafectivo y el depresivo o bipolar; descartar el trastorno por efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica; tomar en cuenta la existencia de algún trastorno del espectro autista o de trastornos de comunicación de inicio en la infancia (American Psychiatric Association, 2013).

El tratamiento de la psicosis es multidimensional porque incluye tratamiento farmacológico, tratamientos de tipo psicológico e intervenciones sociales. El tratamiento farmacológico comúnmente conocido son los antipsicóticos o neurolépticos, que tienen como función reducir los síntomas y prevenir su aparición, y controlar síntomas como las alucinaciones y los delirios (síntomas positivos) y, en ocasiones, pueden influir en síntomas como el aislamiento, la dificultad de concentración y la falta de energía (síntomas negativos). Esta medicación es clave para evitar recaídas, por ello la necesidad de su suministro aun cuando los síntomas hayan desaparecido.

Los tratamientos psicológicos tienen una tendencia educativa, ya que persigue hacer comprender a la persona y a sus familiares la naturaleza y las características del padecimiento, enseñándoles como identificar los síntomas ante una recaída y estimular modos de vida saludables que promuevan la recuperación e impidan la reaparición, todo mediante la estimulación de capacidades cognitivas y tratamientos psicoeducativos.

Por su parte, la intervención social, tiene como finalidad desarrollar habilidades sociales y laborales -con estrategias grupales o individuales- para conseguir la integración de la persona a su entorno social.

Métodos

Este estudio es de naturaleza cualitativa descriptiva, en tal sentido, se realiza una revisión bibliográfica atendiendo a autores y especialistas con publicaciones electrónicas en libros, compendios y revistas científicas. Esta revisión permite obtener información clave para la redacción inicial y su posterior sistematización en los resultados, discusión y conclusiones. La técnica utilizada es el análisis bibliográfico o análisis de contenido que viabiliza la definición del problema, la formulación de objetivos, la revisión literaria y la descripción, análisis e interpretación de datos. El instrumento aplicado está representado en las fichas de trabajo de carácter mixto, para registrar los datos extraídos de todas las fuentes de información consultadas

La población está referida al universo de información contenida en textos e investigaciones de especialistas acerca de las variables abordadas. Por su parte, la muestra tomada como parte de ese universo relacionado con los temas estudiados, se configura en los criterios expuestos por la American Psychiatric Association (2014); Conserjería de Sanidad del Gobierno de Cantabria (2008); Oosthuizen, P., et al. (2006); Organización Mundial de la Salud (2021, 2022); Pérez P, E., et al. (2017); Piñar S., G., et al. (2020); Retamal, P. (1998); Tizón, J. L. (2014).

Resultados

El TDM es una patología multifactorial en cuyo diagnóstico pueden incidir factores biológicos, genéticos y psicosociales, por ello, el abordaje terapéutico de este trastorno debe ser meticuloso, porque en ocasiones los síntomas que se experimentan se asumen como algo “normal”, por tanto, la estrategia médica debe ser integral -farmacológica y psicológica- de manera que se logre una incidencia positiva para evitar recaídas y lograr una buena respuesta médica. A continuación, se sistematizan sus causas, síntomas comunes, prevalencia y tratamiento.

Trastorno Depresivo Mayor (TDM)	
Causa / Etiología	Biológicas: • Amino biogénas. • Alteraciones de la regulación hormonal. • Trastornos inflamatorios. • Consideraciones neuroanatómicas. Genéticas: • Herencia familiar: si un padre tiene un trastorno de ánimo, su descendencia tiene un riesgo del 10 al 25% de presentarlo, si ambos padres lo presentan tiene el doble del riesgo. • Genes: el gen COMT, el alelo FKBP5, el gen BDNF, y el gen 5-HTTLPR.

Trastorno Depresivo Mayor (TDM)	
Causa / Etiología	Psicosociales: • Situaciones vitales y estrés ambiental: el estrés puede producir cambios en la biología del cerebro (estrés por violencia constante, abuso físico o sexual en la infancia, entre otros). Otros factores de riesgos (algunos): • Enfermedad medica concomitante. • Medicamentos: glucocorticoides. • Dolor crónico. • Eventos de vida adversos.
Síntomas comunes	Tristeza profunda, desesperanza, estado de ánimo depresivo o irritable; Disminución del interés en las actividades placenteras y la capacidad de experimentar placer; Aumento o pérdida de peso, o disminución o aumento del apetito; Insomnio o hipersomnia; Agitación o retardo psicomotor; Fatiga o pérdida de energía; Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada; Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse; Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.
Prevalencia	Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que afecta a un 3,8% de la población en el mundo, incluidos un 5% de los adultos y un 5,7% de los adultos de más de 60 años. A escala mundial, aproximadamente 280 millones de personas tienen depresión (Organización Mundial de la Salud, 2021).
Tratamiento	Farmacológicos: Inhibidores de la recaptura de serotonina; Inhibidores de la recaptura de serotonina y norepinefrina; Inhibidores de la recaptura de noradrenalina y dopamina; Inhibidores selectivos de recaptura de noradrenalina; Agonistas de melatonina; Antagonistas alfa-2; Moduladores de la serotonina; Inhibidores de la monoamino oxidada; Antidepresivos tricíclicos; Antidepresivos multimodales. Psicoterapia: puede aplicarse como monoterapia o en combinación con algún fármaco (bajo supervisión médica), especialmente recomendada para evitar recaídas.

Cuadro: Elaboración propia (2023). Algunos datos citados de (Piñar S., Suárez B., & De La Cruz V., 2020).

Por otra parte, tal como se ha comentado, la psicosis es una enfermedad mental, representada por varias patologías o espectros que tienen en común síntomas de delirios y alucinaciones, el desarrollo en la persona puede ocurrir de forma paulatina a lo largo del tiempo con síntomas que pasan desapercibidos, o también puede aparecen bruscamente, con síntomas evidentes. Comúnmente, las personas que sufren algún episodio psicótico, si son tratadas de forma oportuna y correcta, se pueden recuperar completamente. Como se advirtió anteriormente, la esquizofrenia es la forma más conocida de la psicosis, por ello, se hace referencia especial. En todo caso, la psicosis requiere atención farmacológica, psicológica y rehabilitadora, de tal manera, que es necesario contar con apoyo familiar y con un equipo médico especializado y multidisciplinario. A continuación, se sistematizan sus causas, síntomas comunes, prevalencia y tratamiento.

Psicosis (Esquizofrenia)	
Causa / Etiología	Factores genéticos: en ocasiones la psicosis puede ser producto de genes heredados. Factores biológicos: por la hiperactividad de la dopamina o una mayor sensibilidad de los receptores dopaminérgicos en el cerebro; complicaciones durante el embarazo; deficiencias nutricionales; traumatismos craneales. Factores medioambientales: sucesos traumáticos; problemas familiares, sociales o laborales; el consumo de sustancias tóxicas. Factores estresantes o estrés: la percepción de no contar con recursos suficientes para hacer frente a determinadas situaciones en un momento en específico.
Síntomas comunes	Síntomas positivos: Alucinaciones; Delirios; Alteraciones en la forma del pensamiento. Síntomas negativos: Cambios en el comportamiento habitual; Falta de energía o motivación; Higiene personal insuficiente; Dificultad para expresar emociones; Bloqueo del habla; Dificultades para concentrarse o prestar atención a algo; Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar de ciertas cosas.
Prevalencia	A escala mundial, la esquizofrenia afecta a aproximadamente 24 millones de personas, es decir, a 1 de cada 300 personas (0,32%). En los adultos, la tasa es de 1 de cada 222 personas (0,45%) -No es tan común como muchos otros trastornos mentales-, normalmente aparece al final de la adolescencia o entre los 20 y los 30 años de edad (Organización Mundial de la Salud, 2022).
Tratamiento	Farmacológico: antipsicóticos o neurolépticos. Tratamientos psicológicos: mediante la estimulación de capacidades cognitivas y tratamientos psicoeducativos, persigue hacer comprender a la persona y a sus familiares la naturaleza y las características del padecimiento. Intervenciones sociales: para desarrollar habilidades sociales y laborales.

Cuadro: Elaboración propia (2023). Algunos datos citados de (Conserjería de Sanidad, 2008).

Discusión

En el TDM se presenta la acumulación de factores emocionales y de comportamientos que derivan en baja autoestima, impotencia, y en los casos más severos, existen tendencias suicidas o de autolesión. Como se observa, se está en presencia de un complicado trastorno que afecta tanto la estabilidad emocional, como las relaciones personales e interpersonales del sujeto que lo padece.

En todo caso, con independencia de la causa que produzcan el TDM, el diagnóstico del mismo según la American Psychiatric Association (2013) “se basa en si es un episodio único o recurrente, la gravedad actual, la presencia de características psicóticas y el estado de remisión” (p.107).

El tratamiento indicado para el TDM abarca fármacos antidepresivos (farmacoterapia) hasta la psicoterapia interpersonal. El objetivo principal de los tratamientos antidepresivos, según Piñar S., Suárez B., & De La Cruz V (2020) “es lograr la remisión total de los síntomas y restaurar la funcionalidad del paciente” (p.10). En referencia a los tipos de tratamientos de terapia cognitiva existentes, va a depender del padecimiento a tratar, pues cada tipo de

psicoterapia tiene distintos formatos adaptados a cada paciente, de acuerdo a su sintomatología, características, recurrencia, patología y padecimiento, para ello el paciente debe estar suficientemente preparado. Estas terapias pueden ser cara a cara, terapias en grupo, terapias en línea e, incluso, vía telefónica.

En relación a la psicosis, la misma se manifiesta en cambios en el estado de ánimo y del pensamiento, a la persona le resulta difícil entender cómo se siente y se comporta. En cuanto a las causas que dan lugar a este estado mental, se dice que no hay factor concreto, como señala la Conserjería de Sanidad (2008) se “considera que la psicosis tiene un origen multifactorial, es decir, que hay un conjunto de factores que interaccionando unos con otros, pueden provocar que una persona desarrolle un episodio psicótico” (p.15).

Los episodios de psicosis se producen en tres fases, cuya duración varía entre personas: la fase prodrómica, cuando la persona experimenta cambios en sus sentimientos, pensamientos y percepciones; la fase aguda, cuando se experimentan alucinaciones, delirios o desorden en los pensamientos; y, la fase de recuperación o remisión, cuando se produce la desaparición gradual de los síntomas cuyo tiempo depende del tiempo que tiene la persona en padecimiento. Estos episodios pueden incluso ocurrir solo una vez en la vida (Conserjería de Sanidad, 2008).

Como se observa, los síntomas de la depresión y de la psicosis (esquizofrenia) tienen distintas causas, incluso, tratamientos clínicos distintos, no obstante, para Oosthuizen, Emsley, Niehaus, Koen, & Chiliza (2006) “se ha propuesto la posibilidad de que los síntomas de depresión puedan constituir una característica central de la esquizofrenia en sí misma” (p.172). Precisamente, los resultados obtenidos en la investigación citada:

confirman...que los síntomas de depresión son más intensos durante la fase psicótica aguda que a lo largo de la fase pospsicótica de la esquizofrenia. La mayoría de estos síntomas desaparece al poco tiempo del inicio del tratamiento con antipsicóticos. El grado de depresión durante la fase pospsicótica es generalmente bajo, aunque estos síntomas pueden persistir o emerger en algunos pacientes (p.174).

En efecto, el TDM y la psicosis, en particular la esquizofrenia, son trastornos mentales de distinta naturaleza, no obstante, algunos estudios demuestran que en las personas pacientes de esquizofrenia son comunes los síntomas de la depresión, especialmente cuando se experimentan síntomas psicóticos agudos.

Conclusiones

Estos trastornos mentales, depresión mayor y psicosis, son patologías con una alta prevalencia a nivel mundial, cuyos componentes biológicos, sociales y genéticos influyen de forma significativa en el curso de la enfermedad.

Los trastornos depresivos se caracterizan por una sensación de tristeza cuya intensidad y duración puede afectar la cotidianidad de la persona. No obstante, la depresión puede manifestarse de distintas formas, con expresión de diferentes síntomas por lo cual se hace necesario

la aplicación de varias herramientas para su tamizaje o identificación clínica. El tratamiento debe redundar en combinar la terapia farmacológica con la psicoterapia, para lograr eficacia en sus resultados, aunque la remisión total dependerá de la condición particular de cada paciente.

La psicosis implica una desconexión de la realidad cuyo tratamiento va a depender de una evaluación exhaustiva de los síntomas primarios: delirios, alucinaciones, comportamiento psicomotor anormal, discurso desordenado, síntomas negativos (bloqueo del habla, falta de concentración).

En los casos de presencia de síntomas de depresión en pacientes diagnósticos con psicosis aguda, la depresión tiende a desaparecer cuando se implementa el tratamiento antipsicótico y comienza el proceso de remisión de la psicosis.

Ante esta realidad de intensificación de casos de trastornos mentales, dada la prisa de la cotidianidad de la vida, mención especial merece el tema de la gestión del estrés, dado que los altos niveles de estrés crónico o sostenido pueden afectar el funcionamiento del sistema nervioso central con impacto duradero e importante a nivel cerebral, lo cual deriva en afecciones cognitivas que propician trastornos como la depresión mayor y la psicosis. Esta gestión del estrés debe monitorearse desde edades tempranas -especialmente, en casos de abusos y maltratos- para evitar el desarrollo de episodios depresivos o psicóticos en edades adultas.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Londres: American Psychiatric Publishing.
- Conserjería de Sanidad. (2008). *Guía de Psicoeducación para familias de personas diagnosticadas de psicosis*. Cantabria: Gobierno de Cantabria.
- Oosthuizen, P., Emsley, R., Niehaus, D., Koen, L., & Chiliza, B. (2006). *Relación entre depresión y remisión de en primer episodio de psicosis*. World Psychiatry. **Revista oficial de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA)**, 4(3).
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 6 de marzo de 2023, de Organización Mundial de la Salud. **Depresión**: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression#:~:text=La%20depresi%C3%B3n%20es%20una%20enfermedad,personas%20tienen%20depresi%C3%B3n%20\(1\).](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression#:~:text=La%20depresi%C3%B3n%20es%20una%20enfermedad,personas%20tienen%20depresi%C3%B3n%20(1).)
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 6 de marzo de 2023, de Organización Mundial de la Salud. **Trastornos Mentales**: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 6 de marzo de 2023, de Organización Mundial de la Salud. **Esquizofrenia**: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>.

- Pérez P., E., Cervantes R., V., Hijuelos G., N., Pineda C., J., & Salgado B., H. (2017). *Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor.* **Rev Biomed**(28), 89-115.
- Piñar S., G., Suárez B., G., & De La Cruz V., N. (2020). *Actualización sobre el trastorno depresivo mayor.* **Revista Médica Sinergia**, 5(12), 1-17.
- Retamal, P. (1998). *Depresión. Guía para el paciente y la familia.* Santiago de Chile: Editorial Universitaria S.A.
- Tizón, J. L. (2014). *Entender la Psicosis.* Barcelona: Herder Editorial.