



Universidad de la República
Facultad de Psicología

Depresión clínica y tratamiento con intervenciones en el estilo de vida.

Trabajo Final de Grado
Formato: Monografía

Estudiante: Joaquín **Guillén Arriola** | C.I.: 4.622.925-8

Tutora: Asist. Mag. Valentina **Paz**
Revisor: Asist. Mag. Vicente **Chirullo**

Montevideo, Octubre 2023.

Índice

Agradecimientos.....	3
Resumen.....	4
Abstract.....	5
1. Introducción.....	6
2. Marco Teórico.....	8
2.1 Definición, sintomatología y criterios diagnósticos.....	8
2.2 Etiología de la depresión.....	10
2.3 Prevalencia y factores epidemiológicos de la depresión.....	12
2.4 Factores de riesgo.....	14
3. Tratamientos para la depresión.....	16
3.1 Terapia Cognitivo Conductual (TCC) para la depresión.....	17
3.1.1 Modelo cognitivo de Aaron T. Beck.....	18
3.2 Intervenciones en el estilo de vida.....	21
3.2.1 Actividad Física.....	24
3.2.2 Dieta.....	27
3.2.3 Exposición a la luz solar.....	29
3.2.4 Sueño.....	32
4. Reflexiones finales.....	35
Referencias.....	38

Agradecimientos

La gratitud como menciona Seth J. Gillihan (2018), se ha relacionado con un amplio abanico de resultados posibles, entre los que se incluyen un mejor humor, menor riesgo de depresión, menos estrés, mayor satisfacción vital y relaciones más fuertes. Además, la investigación reciente sugiere que expresar nuestra gratitud a otros es más efectivo incluso que simplemente pensar en ella; y puede ser de lo más eficaz cuando estamos deprimidos.

Por esto, me resulta más que importante agradecer. En primer lugar, me gustaría agradecerle a mi tutora la Mag. Valentina Paz por su incondicional apoyo, acompañamiento a lo largo de todo el trabajo, orientación y guía para la correcta finalización del mismo. Sus comentarios fueron siempre un pilar fundamental para dirigir cada uno de los esfuerzos y desafíos que se fueron presentando a lo largo del trabajo, aportando siempre invalorable intervenciones.

Agradecer también a diferentes profesores que respondieron a preguntas e inquietudes a lo largo de todo el trabajo, aportando una nueva mirada o una bibliografía apropiada para profundizar. A compañeros de la carrera que facilitaron información sobre la temática, motivándome a investigar más y más. A todas las autoridades, personal administrativo y docente de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República (UDELAR), los cuales me han brindado su apoyo, entendiendo la infinidad de consultas y poniendo a total disposición la institución a lo largo de este proceso. A la Institución en la cual trabajo Asistencial Médica Departamental de Maldonado (AMDM IAMPP) y mis compañeros de trabajo, en especial a Silvia Fernández, Oscar de León y Germán Buzeta, por todas las consideraciones y consejos que han tenido conmigo en estos intensos meses de trabajo para que pueda finalizar correctamente mi carrera y Trabajo Final de Grado (TFG). A la Dra. Claudia Volonté, Dra. Valeria Razquin, Dra. Ángeles Piqué, Dr. Manuel Silva, Cra. Silvina Tortorella, Lic. Mariela Grosso, Lic. Nazarena Rodríguez, Lic. Nicolás González, Cristian Morais y Agustin Camacho por su colaboración, conocimientos y apoyo en diferentes etapas tanto del TFG como durante toda mi trayectoria académica.

A mis hijos Juana y Jacinto (los Mellis), a mi esposa Odila, que me bancaron siempre. Este proyecto, implicó quitarle un importante tiempo a la familia y para el cual conté en todo momento con su apoyo incondicional. Agradecer también a mi familia y amigos, en especial a las abuelas (Mary y Noemí), que nos ayudaron muchísimo cuidando a los Mellis durante todo este proceso. **Gracias a todos por su incondicional apoyo** y ánimo en los momentos más difíciles, sin ustedes no hubiera sido posible finalizar mi carrera.

Resumen

La depresión es un problema de salud mental de relevancia que afecta significativamente la calidad de vida de los sujetos. Éste es uno de los trastornos que genera mayor nivel de discapacidad, incluso pudiendo llevar al suicidio. A la fecha, los tratamientos disponibles son todavía parcialmente efectivos. De esta forma, para su abordaje terapéutico, resulta fundamental la utilización de prácticas psicológicas basadas en la evidencia. A través de este Trabajo Final de Grado (TFG) se propone revisar, analizar, sistematizar e integrar la literatura existente acerca de los tratamientos utilizados para la depresión, con foco en aquellos que se centran en intervenir en el estilo de vida. Al comienzo del trabajo se presenta una introducción a la temática, se aborda la definición de depresión clínica, su sintomatología, criterios diagnósticos y factores de riesgo. Para continuar, se presenta el modelo cognitivo para la depresión planteado por Aaron T. Beck, haciendo énfasis en la importancia de identificar y modificar las cogniciones desadaptativas que producen determinadas emociones y conductas, las cuales se relacionan con el estilo de vida de los sujetos. En este sentido, para finalizar, se exponen intervenciones en el estilo de vida (actividad física, dieta, exposición a la luz solar y sueño) que han demostrado ser efectivas para el tratamiento de la depresión. A partir de esta producción teórica se puede concluir que las intervenciones enfocadas en generar cambios en el estilo de vida de las personas con depresión resultan efectivas para disminuir los síntomas depresivos.

Palabras clave: Depresión, Terapia Cognitivo Conductual, Intervención, Estilo de vida.

Abstract

Depression is a highly relevant mental health issue that significantly impacts the quality of life for individuals. It is one of the disorders that generates the highest levels of disability and can even lead to suicide. To date, available treatments are still only partially effective. Therefore, for its therapeutic approach, the use of evidence-based psychological practices is essential. Through this Final Degree Project (TFG), we propose to review, analyze, systematize, and integrate the existing literature on the treatments used for depression, with a focus on those that aim to intervene in lifestyle. At the beginning of the work, an introduction to the topic is provided, addressing the definition of clinical depression, its symptomatology, diagnostic criteria, and risk factors. Subsequently, the cognitive model for depression proposed by Aaron T. Beck is presented, emphasizing the importance of identifying and modifying maladaptive cognitions that produce specific emotions and behaviors, which are linked to the lifestyles of individuals. In this regard, we conclude by presenting lifestyle interventions (physical activity, diet, exposure to sunlight, and sleep) that have proven to be effective in the treatment of depression. Based on this theoretical production, it can be concluded that interventions focused on bringing about lifestyle changes in individuals with depression are effective in reducing depressive symptoms.

Keywords: Depression, Cognitive Behavioral Therapy, Intervention, Lifestyle.

1. Introducción

A través del presente trabajo monográfico en el marco del Trabajo Final de Grado (TFG) de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República se propone realizar una producción de conocimiento teórico, mediante la cual se busca revisar, analizar, sistematizar e integrar diversas producciones académicas respecto al tratamiento del Trastorno Depresivo Mayor (de aquí en adelante denominado “depresión clínica”), centrándose en la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y en los tratamientos con foco en las intervenciones en el estilo de vida, como lo son la actividad física, la dieta, la exposición a la luz solar y el sueño. De esta manera, este trabajo busca responder a través de una recopilación teórica y su respectiva articulación, cuáles son los efectos de la aplicación de este tipo de programas de intervención para el tratamiento de personas con depresión clínica.

En este sentido, al tratarse de una monografía se buscará realizar una producción teórica que pueda ser utilizada para futuros trabajos o investigaciones que se realicen sobre esta temática abordada. El problema de la depresión trae aparejadas consecuencias de gran impacto en nuestra comunidad y advierte necesariamente del requerimiento de producciones académicas orientadas a aumentar la promoción de abordajes con foco en el estilo de vida y la eficacia de los tratamientos disponibles para nuestra población. En la actualidad, la depresión es un desafío tanto para los sistemas sanitarios como para la sociedad en general, debido a su alta prevalencia a nivel mundial, a su impacto negativo en la salud y productividad de las personas, y a su papel como uno de los principales factores de riesgo de suicidio. En referencia al tratamiento de la depresión desde la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), la bibliografía existente es muy amplia y diversa. Asimismo, coexisten numerosas investigaciones referidas al tratamiento de la depresión desde esta perspectiva. Sin embargo, las publicaciones más recientes sobre el tratamiento de la depresión desde la TCC integrando intervenciones en el estilo de vida son escasas. La depresión clínica es un importante problema de salud mental que afecta fuertemente a nuestro país. En este sentido, resulta fundamental para su abordaje terapéutico la utilización de prácticas psicológicas basadas en la evidencia. En esta línea, se estarían integrando diferentes intervenciones psicológicas en un mismo programa de tratamiento.

Resulta importante tanto a nivel académico, social y personal contribuir aportando conocimiento con el objetivo de aumentar la accesibilidad a estos programas de tratamiento a las personas que forman parte de nuestra comunidad y padecen el sufrimiento asociado a

este problema psicológico. A su vez, promover el desarrollo de tratamientos que utilicen programas más cortos, por lo tanto más accesibles, y que alcancen a aquellas personas con menos recursos, usualmente excluidas de estos servicios. Desde mi pensar, resulta importante estudiar este tipo de tratamientos, teniendo en cuenta la situación y contexto sanitario actual, donde en nuestro Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) la demanda a nivel de los prestadores de salud es habitualmente insatisfecha y el acceso a los servicios de salud mental especializados resulta difícilmente viable para ciertos sectores de la población.

Por último, también considero que abordar este trabajo es un importante desafío académico. Desde mi trayectoria e itinerario de formación, estas temáticas fueron brevemente abordadas, lo que me llevó a querer adentrarme en el tema, obtener mayor conocimiento sobre el mismo y adquirir herramientas elementales para mi futuro como profesional. En este sentido, entiendo importante explorar esta temática desde la TCC ya que durante mi formación de grado he tenido mayoritariamente cursos sobre psicoanálisis, por lo cual, abordar este trabajo desde este marco teórico me permitirá finalizar mi carrera habiendo explorado desde lo que son para mí las dos corrientes psicológicas más significativas (psicoanálisis y TCC), ampliando y flexibilizando mi campo conceptual.

2. Marco Teórico

2.1 Definición, sintomatología y criterios diagnósticos

La depresión es un trastorno caracterizado por un descenso persistente en el ánimo y dificultad para experimentar placer. Como lo establece la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2023), es uno de los trastornos de mayor prevalencia, aunque un número importante de los casos no llega a ser diagnosticado, lo que compromete su evolución y llega a plantear riesgos, como la conducta suicida.

Según la OMS (2023), durante un episodio depresivo, la persona experimenta un estado de ánimo deprimido que se conforma por sentimientos de tristeza, irritabilidad y sensación de vacío. Además, la persona experimenta pérdida del disfrute o del interés en actividades durante la mayor parte del día, lo que se denomina anhedonia. Estos síntomas deben presentarse casi todos los días, durante al menos dos semanas. Se presentan a su vez otros síntomas, entre los que se incluyen la dificultad de concentración, sentimiento de culpa excesiva o de autoestima baja, desesperanza con respecto al futuro, pensamientos de muerte o ideación suicida, alteraciones en el sueño, cambios en el apetito y/o en el peso y sensación de cansancio o de falta de energía. Durante un episodio depresivo, la persona afectada experimenta dificultades considerables en su funcionamiento personal, familiar, social, educativo, ocupacional y en otros ámbitos importantes como lo establece el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) de la American Psychiatric Association (APA, 2013). De esta forma, resulta importante lo que propone el DSM-V a nivel nosológico, su descripción, diferencia con otras enfermedades de salud mental y su clasificación de alcance internacional. En este sentido, en anexos se describen los criterios diagnósticos según el DSM-V (APA, 2013) (Ver anexo cuadros 1) y la clasificación internacional de enfermedades (CIE) (Ver anexo cuadro 2).

A nivel de sintomatología, como menciona Seth Gillihan (2018), cuando se está deprimido, los pensamientos, sentimientos y conductas funcionan unidos en un espiral descendente. Un estado de ánimo bajo y una escasa motivación hacen que sea más difícil hallar placer incluso en aquello con lo que se solía disfrutar. Podría decirse entonces que el sujeto ve el mundo y se ve asimismo bajo una luz negativa. De esta forma, se oscurecen los pensamientos y el estado de ánimo, lo que hace más probable que se abandonen o dejen de realizar diferentes actividades, profundizando aún más esta situación.

Diferentes autores mencionan que la depresión se caracteriza por presentar un conjunto de síntomas de predominio afectivo tales como la tristeza patológica, la apatía, la anhedonia, la desesperanza, el decaimiento, la irritabilidad y la sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la rutina diaria. Además, se observa la presencia de síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global, psíquica y física (Kessler y Bromet, 2013; Vigo et al., 2016). En este sentido, los episodios depresivos se pueden clasificar en leves, moderados o graves, en función del número y la intensidad de los síntomas, así como de las repercusiones en el funcionamiento de la persona. A su vez, el episodio depresivo puede ocurrir en una única ocasión (trastorno depresivo de un solo episodio) o en más de una ocasión (trastorno depresivo recurrente) (APA, 2013; OMS, 2023).

Según la OMS (2023), la depresión es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, educativas y familiares, entre otras. La depresión también se asocia a un alto riesgo de suicidio. Cada año se suicidan más de 700.000 personas a nivel mundial, siendo ésta la cuarta causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. Expertos señalan que el 90% de las personas que cometen suicidio tienen un problema de salud mental, principalmente depresión (Martín del Campo, 2019). En este sentido, es recurrente que personas con depresión presentan pensamientos de muerte e ideación suicida sin un plan determinado, así como la consumación del acto (APA, 2013).

Los costos de la depresión son, por lo tanto, importantes para la sociedad (Sobocki et al., 2006). Evaluaciones regulares de los efectos de los tratamientos, así como esfuerzos para identificar los más eficientes son importantes de realizar (Johnsen y Thimm, 2018). En este sentido, una barrera para la atención eficaz es la evaluación errónea. En países de todo tipo de ingresos, las personas con depresión a menudo no son correctamente diagnosticadas, mientras que otras que en realidad no la padecen son a menudo diagnosticadas y tratadas con antidepresivos (OMS, 2020).

2.2 Etiología de la depresión

La depresión es un trastorno complejo que es heterogéneo y multifactorial, cuya etiopatogenia, se puede observar como una combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos los que no son independientes entre sí, sino que se influyen mutuamente favoreciendo la predisposición y vulnerabilidad de la depresión (OPS, 2023).

En este sentido, según la OMS (2023), la depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Quienes han pasado por circunstancias vitales adversas (desempleo, luto, eventos traumáticos, entre otros) tienen más probabilidades de sufrir depresión. A su vez, la depresión puede generar más estrés y disfunción, y empeorar la situación vital de la persona afectada y, por consiguiente, la propia depresión. Por lo cual, la depresión está estrechamente relacionada con la salud física.

Por lo tanto, resulta importante desarrollar una definición de la depresión desde una perspectiva conductual contextual, la que pone como centro la interacción de ese individuo deprimido con el ambiente y los intercambios que allí se producen. En este sentido, Fabián Maero (2019), lo plantea claramente, la depresión se entiende como el conglomerado de respuestas fisiológicas y conductuales que suceden en una persona determinada en el momento en que los intercambios de ésta con el ambiente son de manera sostenida. Ese intercambio desagradable que deriva precipitadamente en malestar llevaría a que esa persona pierda contacto con lo que es importante para sí y su contexto. Esos intercambios aversivos en su mayoría promueven que la persona perciba reacciones fisiológicas desapacibles como tristeza, enojo, entre otros. La sociabilización o la sexualidad, por ejemplo, son conductas que la persona deja de realizar. También, se ven alteradas funciones fisiológicas como la alimentación, el sueño y la cognición. Aparece un crecimiento en la frecuencia de conductas de evitación y escape. Todo lo mencionado anteriormente no serían la causante de la depresión, los puntos expuestos en sí dependiendo del grado de deterioro que presenten, la suma de estos o el intercambio dinámico en distintos niveles podría promover la aparición de síntomas de depresión. Los diferentes puntos tienden a interactuar mutuamente.

De esta forma, se puede identificar diferentes factores que desencadenan que una persona tenga depresión y los mismos podrían estar relacionados a condiciones externas, entre ellas, la hostilidad persistente del ambiente en el cual está inmerso el sujeto. De todas formas, ese ambiente puede ser agradable y las personas deprimirse de todos modos

debido a factores individuales (Fabián Maero, 2019). En esta línea, resulta interesante mencionar que la presencia de otros factores también puede promover el surgimiento de depresión, entre ellos, como menciona Simmonds-Buckley et al. (2019), podemos destacar: procesos psicológicos problemáticos, déficits de habilidades, contacto limitado con actividades significativas, hábitos perjudiciales de salud y condiciones biológicas, circunstancias particulares, socioeconómicas y culturales adversas.

Por otra parte, en relación a los factores genéticos, el trastorno depresivo tiene un componente hereditario. Estudios realizados en familias, gemelos e individuos adoptados han indicado consistentemente la existencia de factores de riesgo genéticos asociados al origen de la depresión. Los estudios en gemelos sugieren una heredabilidad de un 40%-50%. Asimismo, estudios realizados en familias indican que, los familiares de primer grado de individuos con depresión tienen un riesgo de 2 a 3 veces mayor de padecer depresión en algún momento de sus vidas, comparado con quienes no poseen antecedentes familiares (Teruel, 2015; Thapar et al., 2012).

En ese sentido, la serotonina tiene un importante rol, es uno de los principales neurotransmisores del cerebro humano relacionado a la regulación del estado de ánimo, el sueño, el apetito, diversas funciones cognitivas, entre otros. Históricamente se ha vinculado la falta de serotonina con trastornos como la depresión, desempeñando un papel importante en la regulación del bienestar emocional (Trueta, 2012; Mateu Mollá, 2023). Sin embargo, como se ha desarrollado anteriormente, la comprensión de la depresión es más compleja e involucra múltiples factores como biológicos, psicológicos y también ambientales.

Asimismo, ciertos polimorfismos han sido objeto de estudio en relación con la depresión. Específicamente en la región promotora del transportador de serotonina relacionándose con este trastorno. Diversos estudios demostraron una reducida actividad de las neuronas serotoninérgicas en pacientes deprimidos y una reducida concentración de serotonina en determinadas regiones del cerebro como el hipotálamo o la amígdala. La disponibilidad reducida de serotonina se ha asociado a la aparición de síntomas depresivos y el diagnóstico de depresión, especialmente en aquellos individuos expuestos a eventos estresantes (Saveanu y Nemeroff, 2012). No obstante, esta histórica teoría está en discusión actualmente (Moncrieff et al., 2022).

2.3 Prevalencia y factores epidemiológicos de la depresión

Para continuar poniendo en contexto la depresión a nivel local, regional e internacional resulta importante mencionar aquella proporción de individuos que presentan depresión para resaltar su alta prevalencia y aquellos factores epidemiológicos que inciden en la salud de nuestra población.

Según información reciente de la OMS (2023) la depresión es un trastorno mental común y muy frecuente, que afecta a escala mundial a más de 280 millones de personas. Una investigación publicada por la OMS (2023) del Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria que evalúa datos del 2019, refleja que el 3,8% de la población experimenta depresión, incluido el 5% de los adultos (4% entre los varones y el 6% entre las mujeres) y el 5,7% de los adultos mayores de 60 años. En este sentido, podemos identificar como la depresión puede afectar a todas las edades pero claramente existen grupos más afectados.

En ese marco, uno de los síntomas depresivos definidos en el DSM-V (APA, 2013) son pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse. En este sentido, el suicidio es un grave problema de salud pública, con un alto impacto a nivel familiar, social, comunitario y económico. Constituye sin excepción, un acto en extremo trágico. Entre los jóvenes de 15 a 29 años, el suicidio constituye la cuarta causa de muerte a nivel mundial (MSP, 2023). Dentro del continente americano, Uruguay presenta una de las tasas de suicidio más altas. En el año 2021 se suicidaron 758 personas, lo que representa la tasa más alta en los últimos 25 años (21,39 cada 100.000 habitantes) (MSP, 2022). En 2022, esta cifra continúa en aumento, significando que 823 uruguayos –un promedio de dos personas por día– se quitaron la vida en el año. Según los datos recopilados por el Departamento de Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud Pública (MSP), se evidencia una tendencia a la suba de la tasa de suicidios en Uruguay desde el año 2010 hasta la actualidad. En 2010 la tasa de suicidio fue de 16,2 muertes cada 100.000 habitantes, en 2013 se redujo ligeramente a 16,1, sin embargo, en 2016 se observó un aumento significativo de fallecimientos alcanzando un valor de 20,5/100.000 habitantes, cifra que se mantuvo similar en 2019 y 2020. En el año 2021, en plena pandemia, se registró un aumento que alcanzó un valor de 21,6 que continuó en 2022, llegando a 23.2 muertes por suicidio cada 100.000 habitantes, más del doble del promedio regional, que se encuentra en 9 cada 100.000, y solo por debajo de Guayana y Surinam (MSP, 2023).

La evolución de la prevalencia de muertes por suicidio en Uruguay en los últimos años apunta a que, si bien se registra un aumento en esta causa de muerte en todos los grupos edad, los más jóvenes son los que presentan el incremento más marcado. Las cifras oficiales muestran que, en Uruguay, en el año 2021 se suicidaron 16,4 adolescentes de entre 15-19 años por cada 100.000 habitantes, ubicando al suicidio como la primera causa de muerte en esta franja (MSP, 2022). Aunque la mayoría de los adolescentes transita esta etapa sin mayores vicisitudes, entre 13 y 22,5% desarrollará problemas mentales significativos, con consecuencias de alto impacto a nivel personal, familiar, comunitario, sanitario y económico (Benjet et al., 2009; Vicente et al., 2012). Asimismo, los adolescentes con diagnóstico de depresión presentan un riesgo seis veces mayor de presentar ideación y otras conductas suicidas que sus pares con otros diagnósticos o sin diagnóstico alguno (Nock et al., 2013). En este sentido, el estudio elaborado por el MSP (2023) denominado “Suicidio en adolescentes en Uruguay: un análisis desde el sistema de salud”, dentro de sus conclusiones principales establece que “el diagnóstico de trastorno o enfermedad mental estuvo presente en casi la mitad de las historias clínicas analizadas, siendo la depresión, la ansiedad y el uso problemático de sustancias las condiciones de sufrimiento mental más presentes” (p. 44).

En esta línea, el mencionado estudio del MSP (2023) concluye que en Uruguay los suicidios son la principal causa de muerte entre los 15 y 44 años de edad. Los resultados también arrojan cómo las historias clínicas dan cuenta de avisos previos sobre la primera causa de muerte entre los jóvenes uruguayos. Respecto a problemas de salud mental, las historias clínicas incluyen información sobre diagnósticos de trastornos o enfermedades mentales. En el 78% de los casos se había diagnosticado algún trastorno. De los casos que fueron diagnosticados por problemas de salud mental, 50% presentaban depresión y un 33% presentaron más de un problema.

Otra característica importante que presenta la depresión es la duración en el tiempo y la probabilidad de recaída. Patten (2006) a través de los datos obtenidos en dos estudios en población canadiense, una encuesta epidemiológica psiquiátrica transversal con una muestra de 36.984 casos y otro un estudio longitudinal de 17.262 participantes, identificaron que el 13,7% de los pacientes con depresión mayor tienen la enfermedad por más de cinco años. Por otra parte, Friberg et al. (2014) a través de un metanálisis de 122 artículos empíricos publicados en el período 1980-2010 sobre participantes que tenían cambios en el estado de ánimo, analizando un total de 24.867 pacientes procedentes mayoritariamente de Estados Unidos (71 artículos), Europa (40), Canadá (5) y de otras partes del mundo (6) concluyen en su investigación una duración promedio de la enfermedad de 9,4 años para el

trastorno depresivo mayor. En este sentido, Solomon et al. (2000), a través de un estudio examinaron un total de 318 sujetos con depresión, los cuales, fueron seguidos prospectivamente durante 10 años. A través de este estudio multicéntrico, que se llevó a cabo en diferentes centros médicos académicos de Estados Unidos, se obtuvo información muy relevante en lo que refiere a la recurrencia de la depresión. Se observó que la probabilidad de recurrencia acumulada en un año es del 25%, del 42% a los 2 años y del 60% a los 5 años, además de presentar uno de cada diez una recaída.

Por otra parte, en Latinoamérica la depresión mayor es una de las más importantes causas de años de vida con discapacidad y se relaciona con una disminución en la expectativa de vida (Vicente et al., 2005). En esta línea, según el Ministerio de Salud Pública del Uruguay (MSP) (2021) define en el Plan Nacional de Salud Mental aprobado para el periodo 2020-2027, que la discapacidad por enfermedades no transmisibles ocupa casi el 90% del total de los Años Perdidos por Discapacidad (APD) y los Trastorno(s) Mental(es) (TM) el 33%, representando la depresión un 7,6%. En este sentido, su aparición temprana y su curso prolongado hacen que la depresión produzca mayor discapacidad que la diabetes, el infarto o el cáncer (Rubio et al., 2014). También posee, según el último estudio del Global Burden of Disease (GBD), los índices más altos de años de vida ajustados por enfermedad (DALYs) y vividos con enfermedad (YLDs) entre los trastornos mentales (Charlson et al., 2013).

2.4 Factores de riesgo

Como se ha presentado a lo largo del trabajo y a través de la cita de diferentes autores, la depresión tiene un origen multifactorial y es heterogénea. De todos modos, resulta importante mencionar el amplio grupo de factores de riesgo que se han identificado para la depresión, para promover la prevención también a través de la academia. Los factores son variados, pero entre ellos se destacan, factores personales, genéticos, cognitivos, familiares y sociales. De todos modos, se desconoce la incidencia que pueda tener cada uno en función a la etapa de la vida que se esté transitando y las circunstancias en las que se desarrolle (Álvarez et al., 2021).

Entre los factores más frecuentes se pueden mencionar: antecedentes personales y/o familiares de depresión, estar transitando situaciones adversas como ser sentimientos de soledad, separación o divorcio y pérdida del empleo. También se presenta con mayor frecuencia en personas que hayan sufrido abusos sexuales, aquellas que estén transitando

enfermedades crónicas que causen dolor y/o discapacidad, así como presentar problemas económicos. También se identifica en personas de uso problemático de sustancias (drogas, psicofármacos, entre otros), factores genéticos o haber dado a luz recientemente (para el caso de la depresión posparto). Existe evidencia científica que ser mujer, estar de licencia por maternidad (parto reciente) y/o desempleada han sido razones para presentar un mayor riesgo de sufrir depresión (Álvarez et al., 2014).

Por otra parte, diferentes autores acuerdan que las personas que sufren depresión presentan mayor riesgo de suicidio que el resto de la población y puntualizan que esta situación se complejiza cuando se acompañan con antecedentes de intentos de suicidio personales o familiares así como también padecer otros trastornos psiquiátricos. También elementos de aislamiento social como ser: vivir sólo, estar soltero, desempleado y no contar con apoyo familiar. Otros elementos emocionales que configuran un riesgo son la impulsividad, desesperanza y eventos vitales tempranos traumáticos, así como estrés vital y bajo apoyo social o de la pareja, fundamentalmente frente a una separación. Otro elemento que se destaca como factor de riesgo son personas de sexo masculino en edad avanzada con presencia de enfermedades físicas, en especial en el anciano, jóvenes y también el abuso-dependencia de alcohol u otras drogas (Baca y Aroca, 2014; López, 2017, Salvo, 2019; MSP, 2023).

3. Tratamientos para la depresión

Como menciona la OMS (2023) existen tratamientos eficaces para la depresión, incluidos los tratamientos psicológicos y la medicación. En esta línea, la OMS también recomienda que la persona busque cuidados si presenta síntomas depresivos. De esta manera, sugiere que los tratamientos psicológicos son el primer tratamiento contra la depresión y estos pueden combinarse con antidepresivos en casos de depresión moderada y grave, y que los antidepresivos no son necesarios en caso de depresión leve. En este sentido, se puede observar que existen diferentes tipos de abordajes para el tratamiento de la depresión clínica. En esta línea, The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2022), plantea que las intervenciones deben realizarse de forma gradual dependiendo de la intensidad y gravedad de cada uno de los casos, permitiendo maximizar su eficacia.

Por otra parte, resulta importante mencionar los hallazgos de Moncrieff et al. (2004) que han observado que, aunque haya disponibles diferentes tratamientos psicológicos y farmacológicos con una vasta evidencia empírica, si éstos no son acompañados con modificaciones en el estilo de vida, la depresión clínica no se podrá remitir de forma completa. En esta línea, como menciona en su investigación Ferrari et al. (2013), el aumento en la prevalencia de la depresión se podría explicar por cambios en el estilo de vida de la población, entre otros factores que se han desarrollado anteriormente. De esta forma, resulta importante su abordaje según la mirada del TCC y contextual, las que consideran a la persona siempre en relación con su ambiente y su entorno. Por lo tanto, sería necesario intervenir también en el ambiente para poder contribuir definitivamente en la salud mental de estos sujetos que transitan depresión clínica. De esta manera, promover cambios en el estilo de vida que interpele a los sujetos a comprometerse con acciones, modificar, retomar e incluso iniciar actividades importantes, con el fin de mejorar su bienestar y calidad de vida. En este marco, resulta clave identificar aquellos aspectos que puedan ser moldeables del entorno que influyen en que esto ocurra y que tienen una incidencia en esta situación.

Asimismo, resulta interesante pensar a la depresión desde otra mirada, tal como lo propone Fabián Maero (2017) planteando que el tratamiento de este problema psicológico necesita promover un aumento de actividades saludables, facilitando el acceso a las mismas disminuyendo el costo e incrementando a la inmediatez de recompensas para esas actividades, lo que posiciona al tratamiento de la depresión en un continuo de

intervenciones socioambientales en distintos niveles. A lo largo de ese continuo pasamos por intervenciones que apuntan a mejorar las condiciones de vida, intervenciones que fomentan el aumento del apoyo comunitario y el acceso a actividades saludables, intervenciones en el estilo de vida, hasta intervenciones psicoterapéuticas para resolver problemas específicos de acceso a actividades saludables. La psicoterapia, vista desde éste ángulo, no está exenta del contexto social, cultural, político y económico de una persona: tratamos de conseguir que el contexto donde se encuentra incluida esa persona deprimida sea un poco mejor para que ésta alivie su sufrimiento.

3.1 Terapia Cognitivo Conductual (TCC) para la depresión

La TCC es un potente tratamiento psicológico que tiene sus raíces en una teoría integral de las emociones, y de los pensamientos y comportamientos relacionados a esas emociones. Esta teoría puede guiar el descubrimiento de las fuentes de las dificultades emocionales de cada persona (Gillihan, 2018). En este sentido, como menciona Gillihan (2018), la TCC ha surgido en décadas recientes como el enfoque que ha demostrado una mayor eficacia en el tratamiento de un amplio espectro de trastornos psicológicos, entre ellos la depresión. La TCC también es recomendada por la OMS (2023) como uno de los tratamientos psicológicos eficaces contra la depresión.

Como menciona Hofmann et al. (2013), la TCC constituye en su origen un enfoque científico. Esto significa que tanto las teorías de las cuales se nutre como los procedimientos técnicos que aplica han recibido avales empíricos en investigaciones rigurosamente controladas. A su vez, el autor también plantea que se trata de una orientación enfocada en la vinculación del pensamiento y la conducta, y que recoge los aportes de distintas corrientes dentro de la psicología científica, siendo mucho más que una simple fusión (de trabajo clínico) de la psicología cognitiva y la psicología conductista.

En este sentido, Aaron T. Beck, el padre de la Terapia Cognitiva, rebautizó su famoso enfoque terapéutico a «Terapia Cognitivo-Conductual» en consonancia con su inclusión de técnicas conductuales. De esta manera, esta teoría postula que cuando un sujeto se siente deprimido, tiende a tener pensamientos negativos y estos pensamientos aumentarán el estado depresivo. A su vez, esos pensamientos y sentimientos harán crecer la probabilidad de que se evite lo que se teme, lo cual continuará reforzando ese estado depresivo. Una vez que el sujeto comprende estas relaciones, es más fácil que se sienta mejor (ver diagrama 1).

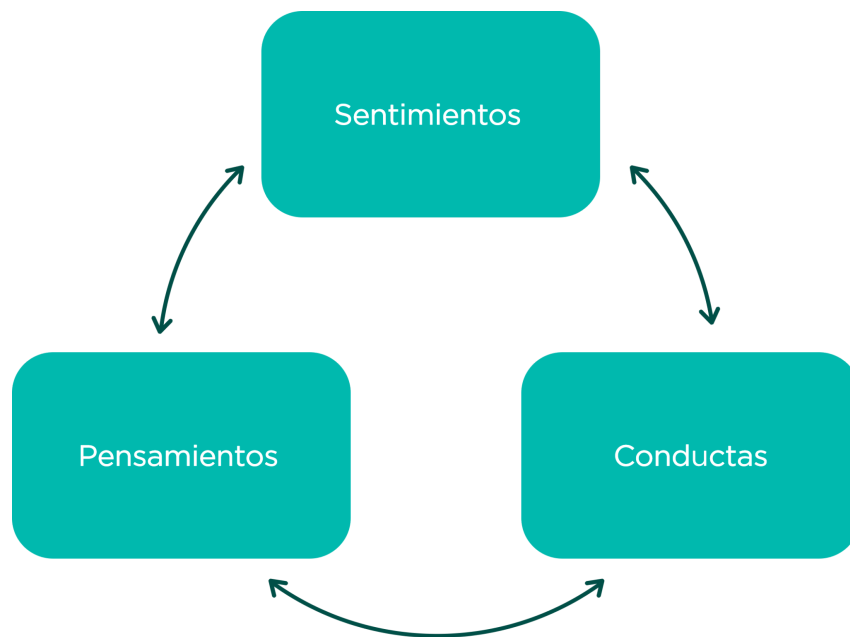


Diagrama 1. Modelo de identificación de patrones disfuncionales según la TCC.

3.1.1 Modelo cognitivo de Aaron T. Beck

El modelo cognitivo de Beck ofrece una hipótesis acerca de la predisposición y la aparición de la depresión. Este modelo sostiene que los individuos ante una situación estimulante no responden automáticamente, sino que antes de emitir una respuesta emocional o conductual, perciben, califican, interpretan, evalúan y asignan significado al estímulo en función de sus supuestos previos o esquemas cognitivos (Ruiz et al., 2012). Los esquemas cognitivos son estructuras organizadas de información que contienen percepciones de uno mismo y de los demás, metas, expectativas y recuerdos, e influyen en la detección, codificación, categorización e interpretación de los estímulos entrantes y la recuperación de la información almacenada (Beck y Dozois, 2011). En este sentido, el psiquiatra Aaron T. Beck (1979) y por otra parte el psicólogo Albert Ellis (1980) propusieron la idea de que los pensamientos tienen poderosos efectos sobre nuestros sentimientos y nuestro comportamiento. De acuerdo con eso, afirmaron que nuestro sufrimiento procede de nuestros pensamientos. Por ejemplo, postularon que la depresión estaba motivada por creencias excesivamente negativas sobre uno mismo y sobre el mundo. Según Beck, lo primero que tiene que hacer el tratamiento es identificar los pensamientos negativos que nos hacen daño y luego trabajar para sustituirlos por otros que sean más adecuados y útiles. Con la práctica, se podrían desarrollar modos de pensar que promoviesen sentimientos y comportamientos positivos (Gillihan, 2018).

En este sentido, Beck en sus comienzos se centró en el tratamiento de la depresión por medio de la identificación de patrones disfuncionales de pensamiento y conducta, generando un proceso terapéutico estructurado, de corto plazo y orientado al presente, para modificar esos patrones disfuncionales. Según planteó el autor, la disfuncionalidad en dichos patrones de pensamientos y sistemas de creencias, serían la causa común de la mayoría de los trastornos psíquicos y generarían a su vez patrones de conducta también disfuncionales. En esta línea, el tratamiento se basaba sobre la premisa de que el cambio psíquico podía lograrse mediante la identificación y modificación de estos pensamientos, para así, mediante un cambio cognitivo profundo, obtener cambios duraderos en el humor y el comportamiento del paciente (Beck, 1964 citado en Beck, 2011).

De esta forma, el abordaje de estos modelos son fundamentales para el tratamiento de la depresión, los cuales se podrían ver potenciados favorablemente con intervenciones en el estilo de vida como se identificará a lo largo de este trabajo. Los estudios realizados por Beck entre las décadas del 60 y 70, lo dirigieron a buscar otras formas de conceptualizar la depresión. El autor como parte de su teoría cognitiva de la depresión desarrolla la “tríada cognitiva”, su trabajo que es pionero en este campo, ha influido significativamente en la TCC, este modelo plantea que los pensamientos negativos que invaden a las personas con depresión, se pueden clasificar en tres categorías: aquellos pensamientos que hacen referencia a sí mismos (las personas que padecen depresión suelen considerarse deficientes e inútiles), los que hacen referencia al mundo (se sienten como derrotados socialmente y no están a la altura de las exigencias, ni tienen la capacidad de superar los obstáculos) y finalmente los referidos al futuro (piensan que esta situación no se puede modificar, por lo que seguirán con ese padecimiento siempre), este modelo teórico es conocido como la tríada cognitiva (Beck, 1979) (ver diagrama 2).

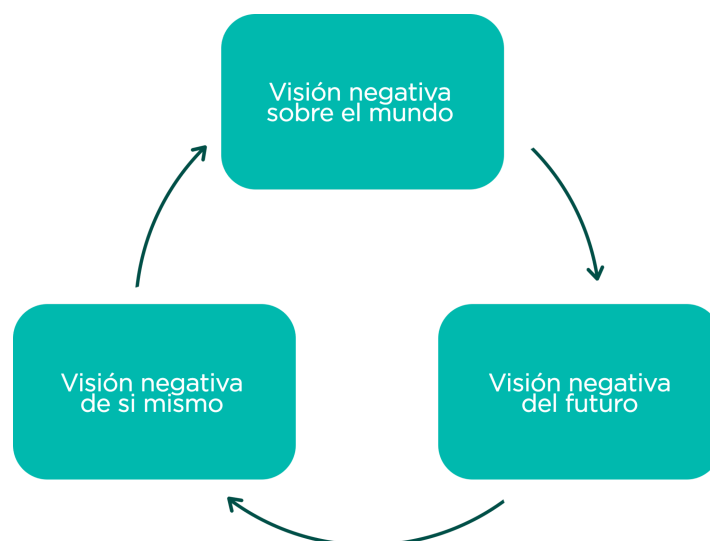


Diagrama 2. Tríada cognitiva de la depresión según el Modelo cognitivo de Aaron T. Beck.

Para Beck, los trastornos psicológicos derivan de distorsiones cognitivas, que son formas equivocadas de pensar que aparecen en forma de pensamientos automáticos, ante determinadas situaciones, y que producen estados emocionales negativos y conductas inadecuadas. Por lo que, las distorsiones cognitivas son un proceso que altera la interpretación de la realidad y es efecto de los esquemas, que contienen creencias centrales y creencias intermedias (reglas actitudes y suposiciones). Estas creencias muchas veces no se ajustan a la realidad. En ese sentido, el producto final son los pensamientos automáticos con distorsiones. También supuestos personales aprendidos en el pasado, que condicionan la percepción e interpretación del pasado, presente y futuro. En esta línea, según este modelo, dichas distorsiones cognitivas son un elemento central de la depresión y todos los efectos relacionados a este trastorno son producto de dichas disfunciones (Sadock et al., 2015). De esta manera, el modelo se fundamenta en tres elementos clave para explicar la esencia psicológica de la depresión: tríada cognitiva, esquemas y errores cognitivos (Beck, 1979), estos factores contribuyentes interactúan entre sí para culminar en depresión. El autor, se refiere a los esquemas como las diferentes representaciones mentales del ser y sus experiencias anteriores, utiliza este término para explicar por qué los individuos deprimidos persisten en actitudes derrotistas, que les ocasionan dolor, incluso pese a evidencia objetiva de factores positivos en su vida. En este sentido, este tipo de intervenciones en el estilo de vida a través de un abordaje sinérgico con el tratamiento psicoterapéutico sería una estrategia clínica favorable. De esta forma, cuando una persona enfrenta una situación en particular, se activa el esquema relacionado con tal circunstancia (Beck, 1979). El sujeto en este momento categoriza y evalúa sus experiencias a través de su propia matriz de esquemas. Resulta interesante observar también la etapa en la que se encuentra la depresión, por ejemplo, en una etapa avanzada el sujeto se ve preocupado con pensamientos negativos constantes y repetitivos, también conocidos como pensamientos rumiantes (Beck, 1979).

En este sentido, resulta importante profundizar sobre estas distorsiones cognitivas. Estos esquemas negativos activados en las personas depresivas los llevan a cometer una serie de errores en el procesamiento de la información que facilitan los sesgos y permiten a la persona con depresión mantener la validez de sus creencias. En esta línea, Beck et al. (1979), enumeraron una serie de distorsiones cognitivas, entre ellas la abstracción Selectiva que se trata de prestar atención a un solo aspecto o detalle de la situación. Los aspectos positivos se suelen ignorar, dando más importancia a los aspectos negativos. Por otra parte, mencionan el pensamiento dicotómico como aquellos acontecimientos que se valoran de forma extrema (bueno o malo; nunca o siempre; todo o nada; blanco o negro, entre otros). También describen a la inferencia arbitraria que consiste en sacar conclusiones de una

situación que no están fundamentadas por los hechos, incluso cuando la evidencia es contraria a la conclusión. La sobregeneralización es otra de las distorsiones mencionadas por los autores, que consiste en extraer sin base suficiente una conclusión general de un hecho particular. Por otra parte, la magnificación y minimización como la tendencia a exagerar lo negativo de una situación, un suceso o una cualidad propia y a minimizar lo positivo. Asimismo, la personalización hace referencia a la costumbre de relacionar los hechos del entorno con uno mismo, mostrándose susceptible, promoviendo una visión catastrófica que consiste en adelantar acontecimientos y, de entre las distintas opciones, pensar que siempre va a ocurrir lo peor. También los autores mencionan las declaraciones de deberías, que consisten en mantener reglas rígidas y exigentes sobre cómo deben suceder las cosas, así como etiquetas globales, las que se refieren a poner etiquetas generales a sí mismo o a los demás sin tener en cuenta otros matices. Por último, la culpabilidad, que refiere a atribuirse a sí mismo o a los demás toda responsabilidad de los acontecimientos, ignorando otros factores que contribuyen a los mismos (IPSIA, 2023).

Por lo tanto, a través de este ciclo continuo de retroalimentación, estos esquemas se vuelven cada vez más densos, más robustos y menos permeables, representando factores de vulnerabilidad para el inicio y reaparición de la depresión. Así, los sujetos deprimidos interpretan las situaciones a través del lente de esa creencia, el cual toma selectivamente aquella información que confirma su creencia, dejando de lado la información que la contradice (Beck, 2002; Beck y Bredemeier, 2016; Gotlib y Joormann, 2010). De esta manera, el Modelo Cognitivo de Beck es uno de los modelos que más ha contribuido para comprender la etiología de la depresión, siendo uno de los más estudiados, con un amplio soporte empírico, modelo fundamental de la TCC y uno de los más utilizados para el tratamiento de dicho trastorno (Beck et al., 2010). En este sentido, resulta importante destacar que tanto Aaron Beck como Albert Ellis, pioneros en la terapia cognitiva, en sus inicios se formaron en psicoanálisis con el objetivo de incluir dicho marco teórico dentro del modelo científico. En el caso de Beck esta formación posteriormente lo llevará a un replanteo del modelo psicoanalítico, hecho que será clave para explicar las características que adoptará la terapia cognitiva (Korman, 2013).

3.2 Intervenciones en el estilo de vida

Para comenzar a desarrollar los tratamientos enfocados en intervenciones en el estilo de vida, resulta importante definir el concepto de salud. En este sentido, como menciona la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2023), la primera definición de

salud aceptada universalmente, fue presentada por Andrija Stampar (1945), el cual la definió como “el estado completo de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedades o invalideces”, definición que un año después fue recogida por la OMS. Años más tarde, en la carta de Ottawa (1986), la cual fue una reivindicación de la promoción de la salud, se enfatizó la relación directa que existe entre las condiciones sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida individuales y la salud.

De esta forma, es de relevancia resaltar los planteos de Lalonde (1974) que propuso un modelo para comprender interacciones entre factores determinantes de la salud, en el que se reconocen el estilo de vida y el ambiente, junto a la biología humana y la organización de los servicios de salud. Lalonde fue un abogado y político que se desempeñó como Ministro de Salud y Bienestar de Canadá, además de publicar diferentes propuestas para reformar el sistema de seguridad social canadiense (OPS, 2023). Desde la antigüedad han preocupado las causas, condiciones o circunstancias que determinan la salud. Varios modelos han intentado explicar la producción o pérdida de salud y sus determinantes. Entre los modelos clásicos, toma especial relevancia el modelo holístico de Laframboise (1973), desarrollado por Lalonde (1974), en el documento Nuevas Perspectivas de la Salud de los canadienses. Según Lalonde, el nivel de salud de una comunidad estaría influido por cuatro grandes grupos de determinantes: estilos de vida y conductas de salud, medio ambiente, biología humana y sistema de asistencia sanitaria (ver diagrama 3).



Diagrama 3. Esquema del modelo holístico de Laframboise (1973)

En lo que respecta a los estilos de vida y conductas de salud se menciona al consumo de drogas, al sedentarismo, la alimentación, el estrés, la conducción peligrosa, entre otros. El grupo de biología humana, refiere a la constitución, carga genética, desarrollo y envejecimiento mientras que el grupo referido al medio ambiente engloba lo que alude a la contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural. Por último, el sistema de asistencia sanitaria apunta a la mala utilización de recursos, sucesos adversos producidos por la asistencia sanitaria, listas de espera excesivas y burocratización de la asistencia. De esta forma, el autor desarrolla un marco conceptual para una comprensión holística de la salud. Entendiendo que el nivel de salud de una comunidad estaría influenciado por estos cuatro determinantes, entre los que se encuentra el estilo de vida y por eso la importancia de su abordaje en este trabajo.

De esta manera, como lo plantea Beatriz Viñuales (2022), los estilos de vida son conductas de riesgo o protectoras que pueden influir negativa o positivamente en la salud de las personas. En este grupo es donde el individuo va a ejercer un cierto mecanismo de control, por lo que sería el determinante más modificable. Como menciona Gómez-Juanes et al. (2017), los componentes que deberían conformar esas estrategias serían: hábitos alimentarios saludables, higiene de sueño adecuada, ejercicio físico y exposición a la luz solar. De esta forma, la autora plantea que los estilos de vida son uno de los mayores condicionantes de la salud en la población. Las conductas de riesgo como el sedentarismo, una dieta poco saludable y el consumo de tabaco y alcohol, son las principales causas de morbimortalidad en países industrializados. Todos los factores que conforman el estilo de vida de un individuo lo hacen más o menos vulnerable en términos de salud (Viñuales, 2022).

Por lo tanto, resulta importante explicitar a qué nos referimos exactamente cuando hablamos de estilo de vida. Mauro García-Toro (2014), plantea que hablamos de una selección consciente de una conducta específica, donde esa elección puede promover o evitar enfermedades en la persona. En este sentido, Thomas Lenz (2011) plantea que las intervenciones en el estilo de vida no tienen la finalidad de sustituir otro tipo de intervenciones ni tampoco de ejecutarse de forma aislada sino de actuar de complemento como un añadido de los tratamientos usualmente utilizados. La “medicina del estilo de vida”, propone la promoción activa de diferentes intervenciones orientadas a ayudar a las personas a disminuir riesgos, fundamentalmente de aparición de enfermedades crónicas. En esta línea, Joseph Firth et al. (2020) también afirma que existe un creciente interés académico y clínico en cómo los "factores de estilo de vida" tradicionalmente asociados con la salud física también pueden relacionarse con la salud mental y el bienestar psicológico.

En este sentido, organismos de salud nacionales como por ejemplo el MSP e internacionales como la OMS, están elaborando directrices para abordar las conductas de salud en la prevención y el tratamiento de las enfermedades mentales. Sin embargo, afirma que la evidencia actual sobre el papel causal de los factores del estilo de vida en la aparición y el pronóstico de los trastornos mentales no está clara por eso la importancia de este tipo de trabajo. Firth et al. (2020) en su trabajo de investigación desarrolla una metarevisión sistemática mediante la cual se encontró que la realización de actividad física, buenos hábitos de sueño y una buena alimentación, entre otros, mejoran los resultados de tratamiento psicológicos como la psicoterapia o los tratamientos farmacológicos en una variedad de trastornos mentales, entre ellos la depresión clínica. Continuando con las conclusiones obtenidas en la investigación de Joseph Firth et al. (2020), en la misma mencionan que resultan fundamentales los nuevos enfoques hacia la prevención (por ejemplo, llevar un estilo de vida saludable) para el tratamiento de enfermedades mentales, los cuales pueden implementarse junto con los tratamientos más tradicionales. En este sentido, la evidencia sobre cuáles son los factores del estilo de vida más relevantes a abordar cuando se pretende prevenir la aparición de una enfermedad mental o reducir los síntomas en personas con enfermedades establecidas, es actualmente limitada.

3.2.1 Actividad Física

Cuando hablamos de actividad física podríamos referirnos a todas aquellas actividades que lleva adelante una persona que demandan movimiento o ejercicio físico de forma cotidiana. Esta definición incluiría un sin fin de actividades entre ellas, el juego, el movimiento corporal, las tareas del hogar, el transporte activo, el trabajo o cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía. En este sentido, resulta importante detallar aún más este concepto, y definir también a que nos referimos cuando hablamos de ejercicio físico. Este se puede definir como una actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física (OMS, 2022).

Diferentes estudios han investigado cómo influye la actividad física y el ejercicio en la salud de la población. La actividad física se considera como un factor clave y una estrategia de salud de segunda línea. En este sentido, tanto la American Psychological Association (APA) (2008) y el National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2009) recomiendan la actividad física en el tratamiento de la depresión leve, la cual promueve la disminución del consumo de fármacos, minimiza las hospitalizaciones y mejora

la salud somática de estos pacientes, además de ser eficaz y beneficiosa en el corto plazo. En este sentido, como lo afirma la OMS (2022) la actividad física reduce los síntomas de depresión.

Actualmente vivimos en una sociedad orientada por el consumo que favorece el sedentarismo, favoreciendo la aparición de diferentes patologías entre las que se incluyen la depresión, la diabetes, el colesterol y las enfermedades músculo esqueléticas. La inactividad física es uno de los principales factores de riesgo de mortalidad por enfermedades no transmisibles. Las personas con un nivel insuficiente de actividad física tienen un riesgo de muerte entre un 20% y un 30% mayor en comparación con las personas que alcanzan un nivel suficiente de actividad física. La actividad física tiene importantes beneficios para la salud del corazón, el cuerpo y la mente, mejorando el bienestar general de la persona. Puede contribuir a reducir los niveles de estrés, así como también ayuda a prevenir la hipertensión, a mantener un peso corporal saludable y puede mejorar la salud mental, la calidad de vida y el bienestar (OMS, 2022). Hosker et al. (2018) mencionan que de 3 a 5 días de ejercicio aeróbico moderado a vigoroso durante 45 a 60 minutos confieren beneficios para el bienestar físico y mental, observando a su vez, beneficios adicionales en aquellos deportes participativos, de interacción con otros.

En una encuesta nacional realizada en 1.200 personas mayores de 18 años de manera telefónica que abarcó distintos puntos del país y realizada por Opción Consultores para Uruguay Presidencia (2016) a fines de 2015, reveló que el 53% de la población consultada, practica algún tipo de actividad física o deporte, lo que representa un 13% más que en el 2005. Por otra parte, un estudio realizado por CIFRA (2021), consultora dedicada a la investigación de mercados y opinión pública, concluye que el 81% de la población considera como muy importante para la salud realizar actividad física, pero sólo un 48% la práctica al menos una vez a la semana. Estos resultados fueron obtenidos a partir de una encuesta nacional telefónica llevada adelante en todo el país a través de una muestra aleatoria estratificada por regiones de 802 casos.

Según la OMS (2022), los modos de vida son cada vez más sedentarios por el uso del transporte motorizado y la utilización cada vez mayor de pantallas para el trabajo, la educación y las actividades recreativas. Los datos demuestran que un mayor grado de sedentarismo está asociado con deficientes resultados de salud. En esta misma línea, Beatriz Viñuales (2022) afirma que el ser humano en sociedades desarrolladas ha bajado el ritmo activo de vida conforme a sus ancestros. En este sentido, Mathers et al. (2009), concluyen que la inactividad física es el cuarto factor de riesgo de mortalidad más

importante y a él se le atribuye un 5,5% del total de las defunciones a nivel mundial, siendo el responsable de 32 millones de muertes producidas anualmente.

Tanto la OMS (2022) como la guía NICE (2009) recomiendan programas de actividad física para el tratamiento de la depresión clínica, existiendo evidencia que ha demostrado que la actividad física regular ayuda a prevenir y controlar sus síntomas, resultando un abordaje recomendado para la prevención de la depresión. Según lo mencionan Hosker et al. (2018), un importante conjunto de investigaciones muestran que ser más activo físicamente tiene beneficios significativos para todos, independientemente de la edad, sexo, raza, origen étnico o nivel de condición física. El estudio de Hosker et al. (2018), también menciona que un creciente cuerpo de literatura sugiere que la actividad física produce beneficios para la salud mental y el bienestar, aunque siguen siendo difíciles de alcanzar, recomendaciones precisas sobre el tipo, la cantidad y la frecuencia. Existen asociaciones positivas de pequeñas a moderadas entre la actividad física y los rasgos positivos de salud mental, incluido el funcionamiento socioemocional y académico. En esta misma línea, Firth et al. (2020) indica que los altos niveles de actividad física reducen el riesgo de depresión y que los efectos persisten en todos los grupos de edad y regiones geográficas analizadas.

De esta manera, el estudio de Hosker et al. (2018), también arroja que aumentar la actividad física puede conferir beneficios a los jóvenes en riesgo de padecer depresión, en personas de todas las edades, géneros y regiones geográficas. El autor menciona que los tratamientos convencionales de primera línea, como la TCC y la psicofarmacología, pueden ser moderadamente efectivos, pero con demasiada frecuencia no logran mejorar algunos síntomas, y los medicamentos conllevan un riesgo de efectos secundarios graves. Intervenciones de tratamiento alternativas o de refuerzo, como la incorporación de actividad física permiten a los profesionales de la salud diseñar un enfoque más integral para el tratamiento de la salud mental de los jóvenes.

Además la actividad física ofrece menores probabilidades de sentir tristeza, reducción de la ideación e intentos suicidas así como la disminución de la desesperanza. A su vez, en este estudio se encontró una relación bidireccional inversa entre los síntomas depresivos y la actividad física. Es decir, al aumentar la actividad física disminuyen los síntomas depresivos, y si aumentan los síntomas depresivos habría una disminución de la actividad física. El autor también propone recomendaciones para la actividad física y menciona que los médicos deberían considerar prescribirla como una forma de promover la salud física y mental en los jóvenes, especialmente dada la creciente evidencia con

respecto al impacto negativo en la salud de las conductas sedentarias. De esta forma, el estudio menciona que es difícil sacar conclusiones sobre el tiempo óptimo de actividad física para obtener beneficios para la salud mental. Sin embargo, las tendencias sugieren que para obtener beneficios, la actividad física debe involucrar al menos 45 a 60 minutos cada día, de 3 a 5 días por semana de actividad aeróbica moderada a vigorosa.

3.2.2 Dieta

Como menciona Gillihan (2018), los alimentos que introducimos en nuestro cuerpo pueden tener un gran impacto en cómo nos sentimos. En este sentido, la dieta podría resultar un punto importante en el abordaje del tratamiento para la depresión. La OMS (2018) menciona que en todo el mundo las dietas insalubres están entre los principales factores de riesgo para la salud. Llevar una dieta sana a lo largo de la vida ayuda a prevenir la malnutrición en todas sus formas, así como diferentes enfermedades no transmisibles y trastornos. Sin embargo, el aumento de la producción de alimentos procesados, la rápida urbanización y el cambio en los estilos de vida han dado lugar a un cambio en los hábitos alimentarios. Actualmente, las personas consumen más alimentos hipercalóricos, grasas, azúcares libres y sal/sodio. Mientras que por otra parte, muchas personas no comen suficientes frutas, verduras y fibra dietética, como por ejemplo cereales integrales. En esta misma línea, Viñuales (2022), agrega que la mayoría de las personas no realizan una dieta equilibrada, consumiendo por norma general más kilocalorías de las que precisa el organismo. Esto, ligado a una vida poco activa o sedentaria, produciría un aumento de peso, llevando al sobrepeso o la obesidad, condiciones que se asocian a niveles de depresión. De esta manera, se puede observar como la dieta se propone como un factor de riesgo (malos hábitos alimenticios) o un factor protector (dieta saludable) en lo que son los trastornos mentales, cobrando un importante protagonismo en el bienestar de los sujetos.

En este sentido, tal como lo mencionan Marot Casañas (2003), Mustard (2005) y Marrero Aliño (2016), el rápido crecimiento en la comprensión del funcionamiento del cerebro ha hecho posible comenzar a analizar su asociación con la alimentación. Una nutrición adecuada y suficiente mantienen la integridad estructural y funcional de las neuronas. En trastornos mentales como la depresión se ha demostrado que hay deficiencias nutrimentales a nivel celular. Un programa de educación alimentaria podría contribuir a promover la salud mental, la prevención y corrección de dichas anomalías. Por lo tanto, como plantea la autora, la manipulación nutricional puede ser muy valiosa en el tratamiento de este tipo de pacientes, comprobando la relación existente entre los factores dietéticos y la enfermedad mental.

En esta misma línea, Hosker et al. (2018), identifican a través de su investigación que patrones nutricionales ricos en una variedad de frutas y verduras, cereales integrales, mariscos y nueces, moderados en productos lácteos bajos en grasa, bajos en carnes rojas y muy limitados en lo que respecta a alimentos procesados, grasas saturadas y trans, azúcares añadidos y sodio, se han asociado con mejores resultados de salud mental a lo largo de la vida. En este sentido, la International Society for Nutritional Psychiatry Research (2015) definió aquellos nutrientes esenciales para asegurar el metabolismo energético de las células cerebrales con relevancia para la prevención y/o manejo de patologías mentales, entre ellas la depresión. Entre estos nutrientes se destaca el rol de los ácidos grasos (omega 3), aminoácidos como el triptófano y la fenilalanina, minerales y oligoelementos como el magnesio y zinc, ácido fólico y los probióticos (Viñuales, 2022).

Sin embargo, en Occidente, las características de la dieta, debido a sus componentes, incrementan la posibilidad de aparición de depresión, al ser poco saludable y desequilibrada (Sathyanarayana Rao et al. 2008; Rahe et al. 2014; SEDCA, 2015; Marc Molendijk et al. 2018; Roger Adan et al. 2019; Heather Francis et al. 2019). En esta línea, la obesidad se ha posicionado en una de las epidemias del siglo XXI, debido a los malos hábitos alimenticios. La alimentación en exceso hace que el cuerpo humano acopie energía con el objetivo de prevenir una restricción calórica prolongada, cuando ese consumo calórico no sucede, hay un incremento de enfermedades físicas debido a alteraciones en el metabolismo (Heo et al. 2003, citado en Gómez-Juanes, 2019).

De esta forma, la obesidad aparece como un factor de riesgo. Las personas con obesidad tienen un 55% más de probabilidades de desarrollar una depresión y las personas con depresión tienen un 58% de mayor riesgo de convertirse en obesas que las personas no deprimidas (Luppino et al., 2010; Pan et al., 2012; Miranda et al., 2019). El género, grado de obesidad, nivel socioeconómico y otras variables que influyen pueden complicar esta asociación (Kangasniemi et al., 2015). De esta forma, en base a los resultados obtenidos en un estudio realizado por Beatriz Cabrera (2022), concluye que la intervención con dieta mediterránea parece reducir la clínica depresiva en estos pacientes, tanto a corto-medio como a largo plazo. La dieta mediterránea es una forma de alimentación basada en las cocinas tradicionales de Grecia, Italia y otros países que bordean al mar Mediterráneo. Es baja en grasas saturadas, alta en grasas monoinsaturadas, rica en antioxidantes, fibra e hidratos de carbono integrales. Prioriza el consumo de pescados, aceite de oliva, frutas, verduras, cereales integrales, legumbres, frutos secos, semillas, hierbas, especias e ingesta moderada de vino. Considera siempre preparaciones y productos frescos, mínimamente procesados, la misma ha demostrado múltiples beneficios para la salud, por su importancia,

además de ser inscrita en el año 2013 en la lista Representativa del Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad por parte de la UNESCO.

Dicha dieta, se relaciona con mejoras en la función endotelial, reducción en la producción de citoquinas que promueven la inflamación, que a su vez disminuye, los niveles del factor neurotrófico derivado del cerebro (Sánchez-Villegas et al., 2011 en Gómez-Juanes, 2019). Además, promueve modificaciones positivas en el proceso responsable del síndrome metabólico, y favorece aumentando el metabolismo de la glucosa, logra reducir la presión arterial y aumentar los valores de la lipoproteína de alta densidad (Sánchez-Villegas et al., 2009). Este patrón de alimentación también modula el funcionamiento del sistema inmunológico, que a su vez modera el riesgo de depresión (Alexopoulos, 2019). En este sentido, la dieta mediterránea está asociada a la reducción de la inflamación y la oxidación, fundamental en la reducción de la depresión (Sánchez-Villegas et al., 2006; Sánchez-Villegas et al., 2009 en Gómez-Juanes, 2019).

Por lo tanto, como menciona Marot Casañas (2003), una dieta poco saludable, rica en ultraprocesados y con déficit de determinadas vitaminas y minerales está relacionada con el riesgo de padecer depresión, así como de su curso clínico y posibles recaídas. Una alimentación saludable puede prevenir y proteger en gran medida la salud mental de los individuos. Sería erróneo pensar que la depresión está exclusivamente causada por una mala alimentación, sin embargo, la evidencia establece una clara relación entre la alimentación y el riesgo de depresión, lo que podría indicar que sí es uno de los factores influyentes.

3.2.3 Exposición a la luz solar

Según un estudio de Beecher et al. (2016), las horas en las que se está expuesto al sol influyen en el estado de ánimo, por encima de otros factores como la temperatura, la contaminación o la lluvia. El estudio de Beecher y colaboradores (2016) concluye que la luz solar nos activa, debido a entre otros, a la producción de serotonina, una de las hormonas responsables de sentirnos felices. La investigación demuestra que algunas personas se sienten más tristes y alicaídas en épocas del año como otoño e invierno, pues la reducción de horas de luz produce cambios en los ritmos circadianos (Marsà, 2020). En las sociedades modernas se observa una disminución en la exposición a la luz natural y un aumento en la exposición a luces artificiales, incluida una diversidad de pantallas que emiten luz azul. Este cambio impacta en el sistema circadiano mediante el retraso e

inhibición de la secreción nocturna de melatonina, afectando el ciclo sueño-vigilia y la calidad del sueño, lo que afecta la salud física y mental.

Por otra parte, Terman (2005), psiquiatra y experto en cronoterapia, realizó un estudio en el que investigó cómo afectan las variaciones lumínicas y de temperatura en los habitantes de Nueva York. De los encuestados, un 50% aseguró sentirse más apático y con menos energía en invierno, frente a un 12% que aseguró sentir la falta de fuerzas más en verano. Además, un 47% aumentó de peso durante los meses de menor luz, un 31% durmió más y otro 31% se sintió más asocial. De esta manera, la exposición a la luz solar sería importante porque genera vitamina D, disminuye la presión arterial, fortalece los huesos, músculos y sistema inmunológico. Por lo tanto, una baja exposición a la luz, afecta de forma directa a nuestro estado de ánimo, lo que puede darse producto de la sintomatología propia de la depresión clínica, como ser, encerrarse (posiblemente en ambientes oscuros) (Siddi, 2023).

Continuando con esta línea, Ivanovic-Zuvic et al. (2010) mencionan que diversos trastornos mentales han sido vinculados con el influjo de los astros sobre el ser humano. Los trastornos más estudiados en este sentido, han sido los trastornos afectivos estacionales (SAD, sigla en inglés para "seasonal affective disorders"). Sin embargo, este estudio reveló que la mayor incidencia de síntomas depresivos en el invierno en sujetos con depresión no se correlacionarían con la nubosidad, lluvias o presión atmosférica, sino que tiene una relación directa con lo que respecta a la cantidad de luz solar y duración del día, lo que avalaría el rol e influencia que tiene la exposición a la luz solar sobre este trastorno. De esta manera, resultaría importante destacar su rol como uno de los factores más relevantes comparado con otras variables ambientales en este tipo de patología.

De esta forma, el autor destaca el efecto de la fototerapia como tratamiento efectivo para los cuadros depresivos, tanto en SAD como en aquellos que no siguen este patrón. La fototerapia es una técnica de tratamiento que emplea radiaciones electromagnéticas de origen natural o artificial para el tratamiento de enfermedades. La luz aplicada puede ser radiación visible, infrarroja o ultravioleta (Real Academia Nacional de Medicina, 2012). La fototerapia se emplea habitualmente en el tratamiento de enfermedades de la piel como el vitíligo y la psoriasis, si bien también se ha demostrado su utilidad en trastornos del estado de ánimo como por ejemplo la depresión (Golden et al., 2005).

Ivanovic-Zuvic et al. (2010) en su estudio, relacionaron la actividad solar con la aparición de trastornos afectivos durante un ciclo solar completo (11 años), encontrándose

que los desórdenes depresivos, poseen una correlación inversa con la actividad solar, esto significa que a medida que aumenta la exposición a la luz solar, disminuyen los síntomas depresivos. Por otra parte, Anna Wirz-Justice (2011), menciona que los primeros estudios sobre los SAD se iniciaron hace 30 años. En ese entonces, se pensó que si los SAD surgían de la presencia de días más cortos, entonces el tratamiento lógico era una luz que simulara un día de verano y funcionó. En esa misma línea, la autora continúa desarrollando que la fototerapia surgió como el primer tratamiento exitoso en psiquiatría basado en principios cronobiológicos y que en la actualidad está establecido como el tratamiento de preferencia para los SAD. En este sentido, resulta muy significativo que la luz también sea un antidepresivo eficaz en la depresión no estacional (Wirz-Justice, 2011).

Por lo tanto, como coadyuvante de los antidepresivos en pacientes depresivos, la luz solar de la mañana acelera y potencia la respuesta antidepresiva. La fototerapia confiere beneficios incluso para pacientes con depresión crónica de 2 años o más y para pacientes geriátricos con depresión, siendo también una alternativa viable para pacientes que rechazan, se resisten o no pueden tolerar la medicación o para quienes los medicamentos pueden estar contraindicados, como en aquellas con depresión perinatal (antes, durante o después del embarazo). Además, la fototerapia se ha utilizado con éxito en otras enfermedades psiquiátricas o neurológicas, como la bulimia nerviosa, el TDAH en niños y adultos, el trastorno límite de la personalidad, la demencia de Alzheimer y la enfermedad de Parkinson (Anna Wirz-Justice, 2011). Por otra parte, en Suiza, otra investigación llevada adelante por Wirz-Justice y Benedetti (2020), enfocada en el estudio de la relación entre los trastornos del estado de ánimo y las alteraciones en los ritmos circadianos y los trastornos del sueño, obtuvo como resultados que la fototerapia, la TCC y el entrenamiento en higiene del sueño podrían ser efectivos para mejorar la depresión.

En este sentido, los datos acumulados sobre la fototerapia respaldan su aplicación más amplia en la práctica clínica psiquiátrica para mejorar los ciclos de sueño-vigilia y no sólo el estado de ánimo. Por lo tanto, a continuación, desarrollaremos el sueño como otra intervención en el estilo de vida para el abordaje del tratamiento para la depresión. En consecuencia, Lieve et al. (2011), mencionan que el tratamiento habitual, acepta una exposición lumínica de forma intensa, de entre treinta y sesenta minutos en la mañana. Por ende, sería recomendable una exposición a la luz ambiental de alrededor de una hora al día por la mañana. En esta línea, algunos investigadores, entre ellos, Baggerly et al. (2015), advierten que la exposición precavida y frecuente a la luz solar, no solo serviría para favorecer la síntesis de vitamina D sino también para disminuir los niveles de depresión.

En resumen, como lo menciona Anna Wirz-Justice (2011), las medidas cronoterapéuticas proporcionan un potencial sin explotar para las necesidades no satisfechas en el tratamiento de la depresión. La autora también afirma que tanto la terapia de vigilia (terapia que se enfoca en promover un ciclo regular de sueño-vigilia) como la fototerapia son seguras y tienen efectos adversos mínimos. Otro hallazgo interesante del estudio es que la vigilia y la fototerapia también pueden reducir la duración de la hospitalización. En un hospital psiquiátrico general, la combinación de terapia de vigilia (3 sesiones durante una semana) con antidepresivos dio como resultado el alta 3 días antes que el tratamiento farmacológico solo. Además, análisis retrospectivos han revelado una ventaja de 3 días para los pacientes expuestos a más luz natural en habitaciones soleadas del hospital que aquellos que permanecen en habitaciones más oscuras. De esta manera, encontramos un nuevo punto de encuentro entre la exposición a la luz solar y el próximo punto a ser abordado que es el sueño.

3.2.4 Sueño

El sueño es esencial para la salud y el bienestar humano, los trastornos del sueño pueden tener un impacto significativo en la salud física y mental (World Sleep Society, 2023). Para lograr un buen descanso, resulta importante la ausencia de estimulación lumínica. De esta forma, durante la noche, el nivel de alerta tiende a bajar y es aquí donde también se configura su importancia (Anna Wirz-Justice, 2011).

Cuando hablamos de sueño, tenemos la obligación de hacer una primera distinción conceptual. Por un lado, está el sueño como sinónimo de “dormir”, un comportamiento que cumple una función biológica que abarca todo el ciclo alterno a la vigilia. Por el otro, el sueño como etapa donde acontecen las producciones oníricas, ligado a una fase concreta del sueño, la fase de movimientos oculares rápidos o REM (Rapid Eye Movement). Gillihan (2018), plantea que el dormir y la salud emocional van de la mano. Un sueño continuo, restaurador, energiza nuestra mente y nuestro cuerpo, mientras que un sueño escaso hace lo contrario. Diferentes expertos refieren a que la falta de un buen descanso y en cantidad adecuada repercute directamente sobre el bienestar de las personas. Un grupo de investigadores acordó que, para individuos sanos con sueño normal, la duración adecuada del sueño para los recién nacidos es entre 14 y 17 horas, los bebés entre 12 y 15 horas, los niños pequeños entre 11 y 14 horas y los preescolares entre 10 y 13 horas. Asimismo, para niños se recomienda entre 9 y 11 horas, mientras que para los adolescentes, se considera apropiado dormir de 8 a 10 horas, de 7 a 9 horas para los adultos jóvenes y adultos, y de 7 a 8 horas de sueño para los adultos mayores (Hirshkowitz et al., 2015). De esta manera, se

podría concluir que un adulto mayor dedica un tercio del tiempo de su vida aproximadamente a dormir, lo que refleja la importancia del tiempo invertido en sueño. Por lo tanto, dormir se transforma en una de las conductas más importantes y necesarias para nuestro bienestar físico y mental.

En esta línea, Kreutzmann et al. (2015), mencionan que el sueño beneficia la plasticidad neuronal (capacidad del sistema nervioso para modificar su estado, crear estructuras y conexiones neuronales, en función de las condiciones del medio), de esta forma, el sueño apoya positivamente a la función cerebral y la cognición. En contrapartida, la misma investigación concluye que el sueño interrumpido contribuye al desarrollo tanto de trastornos cognitivos como de enfermedades psiquiátricas, como por ejemplo, la depresión, debido a que la falta de sueño es un sello distintivo de la sociedad moderna, contribuyendo a importantes problemas de salud mental como mencionan los autores de dicha investigación. Por lo tanto, como lo establece el DSM-V (APA, 2013) y también lo menciona la OMS (2023), las alteraciones en el sueño (insomnio o hipersomnias) son uno de los síntomas del trastorno depresivo.

En este sentido, en una investigación realizada por Chiara Baglioni et al. (2011), se refleja que alrededor del 90% de las personas que solicitan asistencia por síntomas depresivos, manifiestan un deterioro en la calidad y cantidad de sueño. El estudio también concluye que las personas no deprimidas con insomnio tienen el doble de riesgo de desarrollar depresión, en comparación con las personas sin dificultades para dormir. Por lo tanto, recomiendan que los programas de tratamiento temprano del insomnio (intervención en el estilo de vida) podrían reducir el riesgo de desarrollar depresión. En esta misma línea, Hosker et al. (2018) proponen que, seguir recomendaciones apropiadas para la edad sobre la duración del sueño se asocia con mejoras en la salud mental y el bienestar. El autor resalta la importancia de mantener una hora de acostarse constante y una rutina de sueño que permita crear un ambiente de sueño relajante, reparador y reconfortante. Menciona también que las necesidades físicas y emocionales que se satisfacen durante el día pueden aumentar la probabilidad de obtener una duración adecuada del sueño.

De esta forma, junto con otras intervenciones en el estilo de vida como las vistas hasta aquí (actividad física, dieta y exposición a la luz solar), Hosker et al. (2018), menciona que el sueño es un comportamiento esencial que juega un papel crucial en el desarrollo, la salud y el bienestar emocional y físico. El sueño de calidad se asocia con resultados emocionales y de salud positivos, que incluyen, entre otros, mejoras en la atención, el aprendizaje, el rendimiento académico, la memoria, y la regulación de las emociones, así

como una mayor autoestima, autoaceptación, mayores niveles de optimismo y mejor calidad de vida en general. El autor afirma que existe evidencia que demuestra la relación entre un sueño inadecuado y una peor salud y bienestar emocional en los jóvenes, incluidos mayores niveles de autocrítica, conductas de riesgo, riesgo de suicidio y depresión, además de una serie de efectos negativos sobre la salud física y cognitiva de los sujetos.

De esta manera, el sueño adecuado se ha definido como el número de horas de sueño diario que un individuo necesita para funcionar de manera óptima y sentirse bien descansado (Hirshkowitz et al., 2015; Hosker et al., 2018). En este marco, Wirz-Justice (2011), afirma a través de los resultados de su investigación que la terapia de vigilia es el antidepresivo más rápido conocido: aproximadamente el 60% de los pacientes responden con una marcada mejoría en cuestión de horas, un hallazgo que se ha replicado en miles de casos.

De esta forma, los trastornos del sueño son un síntoma residual frecuente de la depresión y el insomnio marca un mayor riesgo de recaída o recurrencia. Cualquier desalineación del sueño, trae consigo la propensión a la fluctuación del estado de ánimo, particularmente en individuos vulnerables. En las quejas frecuentes de los consultantes, la principal es el insomnio, la misma también puede preceder al episodio depresivo y a su vez podría lograr empeorar el pronóstico por riesgo de recurrencia o recaída. Las intervenciones dirigidas a mejorar los problemas relacionados al sueño que se presentan en comorbilidad con la depresión logran disminuir significativamente la sintomatología depresiva (Manber y Chambers, 2009). Asimismo, existe evidencia que indica que las personas con insomnio grave responden negativamente al tratamiento con antidepresivos. Además, el riesgo de conducta suicida aumenta en estas personas (Gómez-Juanes, 2019).

Por lo tanto, tratamientos enfocados en la higiene del sueño (técnicas que se utilizan para ayudar al sujeto a evitar trastornos en el sueño y asegurar un descanso adecuado) que utilizan recursos comportamentales como la evitación del dormir diurno o la disminución del tiempo que se pasa en la cama, entre otras, han demostrado eficacia para los trastornos del sueño en personas con depresión (Varela et al., 2010; Pujol Salud et al., 2017; Duman y Taşhan, 2018). De esta manera, la recomendación de realizar higiene del sueño a personas con trastorno depresivo ha demostrado ser útil para disminuir los niveles de depresión (Gómez-Juanes, 2019).

4. Reflexiones finales

Este trabajo buscó a través de la recopilación teórica y su respectiva articulación, presentar los tratamientos utilizados para la depresión clínica con foco en aquellos que se centran en intervenciones en el estilo de vida. Como fue desarrollado, la depresión es un trastorno mental que presenta altas tasas de prevalencia a nivel mundial. Desde el punto de vista de su etiología la depresión es una enfermedad multifactorial y constituye en la actualidad la principal causa de discapacidad a nivel mundial, convirtiéndose en un importante desafío para la salud pública y siendo las intervenciones de prevención una prioridad. Dicho trastorno es considerado un problema social ya que interfiere en el funcionamiento cotidiano de las personas que lo padecen, pudiendo ser extremadamente deshabilitante, en especial cuando se cronifica.

A través de una minuciosa y detallada búsqueda y recopilación de la literatura existente hasta el momento, se pudo identificar que existen diferentes factores riesgo como los biológicos y psicosociales los cuales han sido estudiados en relación a la depresión. De esta manera, surge la importancia de los estilos de vida, configurándose los mismos tanto como factores protectores (estilos de vida saludables) como factores de riesgo (no saludables) para el desarrollo de la depresión. En esta línea, se ha observado que la dieta no saludable, la inactividad física, la escasa exposición a la luz solar y una mala calidad del sueño, se asocian a mayores tasas de riesgo de padecer un trastorno depresivo. A su vez, al tratarse de un trastorno etimológicamente multideterminado y clínicamente heterogéneo, en el cual interactúan factores genéticos y ambientales, los tratamientos existentes hasta el momento son parcialmente efectivos. Por lo tanto, la falta de abordaje oportuno repercute significativamente en los individuos en las diferentes etapas de su vida, perjudicando su salud física y mental, y restringiendo sus posibilidades de llevar una vida plena por lo que resulta más que importante el abordaje de esta temática.

En este sentido, a los efectos de desarrollar los conceptos centrales sobre la depresión y poner en contexto su marco teórico (presentado a través del Modelo Cognitivo de Beck), se profundizó en las características de las personas con depresión. De esta forma, resulta fundamental considerar la importancia que tiene la interacción con el ambiente sobre el desarrollo de los trastornos depresivos y su alta prevalencia, convirtiendo a la prevención como una prioridad. De esta manera, uno de los objetivos de este trabajo fue revisar la literatura disponible respecto a las intervenciones en el estilo de vida para el

tratamiento de la depresión, como una forma de promover y proponer acciones precisas en lo que respecta a su prevención.

Como fue presentado a lo largo del trabajo, el problema de la depresión trae aparejadas consecuencias de gran impacto en nuestra comunidad y advierte necesariamente en la actualidad del requerimiento de producciones académicas como ésta, orientadas a aumentar las oportunidades y la eficacia de los tratamientos disponibles para nuestra población. En referencia al tratamiento de la depresión desde las Terapias Cognitivo Conductuales, la bibliografía disponible es variada y extensa, asimismo, coexisten cuantiosos estudios referidos a la temática presentada, sin embargo, son limitadas las publicaciones relevantes sobre el tratamiento de la depresión desde la TCC integrando las intervenciones en el estilo de vida seleccionadas en el mismo.

Por lo cual, este trabajo entiendo que es un nuevo aporte académico que contribuye a promover este conocimiento con el objetivo de aumentar la accesibilidad a este tipo de intervenciones. A su vez, se propone dejar abierta la posibilidad de continuar investigando sobre el abordaje de tratamientos que integren otro tipo de intervenciones en el estilo de vida, los cuales seguramente sean más accesibles y alcancen a más personas, en especial a aquellas con menos recursos y posibilidades que usualmente son excluidas de estos servicios.

Resulta importante también continuar estudiando este tipo de tratamientos, teniendo en cuenta la situación y contexto sanitario actual, donde en nuestro Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) la demanda a nivel de los prestadores de salud es habitualmente insatisfecha y el acceso a servicios de salud mental especializados resulta difícilmente viable para algunos sectores de la población. A esta situación se le agrega que, en los servicios de salud de nuestro país, no está generalizado el acceso a la asistencia en salud mental. Por ende, es fundamental que futuras investigaciones continúen investigando y profundizando sobre la temática, identificando además, otros posibles estilos de vida en los que se pueda intervenir y que no hayan sido abordados en este trabajo (por ejemplo tabaquismo, relajación, apoyo social, entre otros), contribuyendo a incrementar la aplicación de este tipo de intervenciones con el fin de continuar desarrollando tratamientos psicológicos más efectivos así como nuevas estrategias de afrontamiento para la depresión clínica.

Por todo lo antes expuesto, resulta importante problematizar también sobre aquellos cambios sociales que se están gestando hoy en día, en el cual se podrían identificar nuevos

factores de riesgos, promovidos por la cultura actual de consumo, como ser; el aumento de situaciones estresantes en el ámbito laboral y cotidiano, el deterioro de la calidad de las relaciones sociales, personales e interpersonales así como los cambios en los hábitos a nivel global como lo son el individualismo, la soledad y el aislamiento.

De esta forma, aparece como importante la compleja relación entre la alimentación y la salud mental de los sujetos, relación que en los últimos años ha ganado un destacado interés entre la comunidad científica. Diversas investigaciones han demostrado el vínculo existente entre lo que comemos y cómo nos sentimos, señalando la investigación que la adherencia a determinados patrones dietéticos saludables se asocian a un riesgo reducido de depresión. Por otra parte, se ha presentado el sueño como una importante intervención en el estilo de vida, el sueño saludable es esencial para la salud física y mental así como para alcanzar el bienestar social. Sin embargo, en todo el mundo, y particularmente en los países en desarrollo, las agendas nacionales de salud pública rara vez consideran la salud del sueño o la exposición a la luz solar como tema central de las agendas públicas. En este sentido, se debería promover estos estilos de vida saludables, como lo son un sueño de calidad, una nutrición adecuada, la actividad física y la exposición a la luz solar como algunos de los pilares esenciales de la salud. En esta línea, se propone que, para mejorar la salud en todo el mundo, es necesario centrarse en la educación y la concientización, así como en la investigación y políticas de salud pública específicas.

En resumen, a través de este trabajo se ejerció un pensamiento creador y crítico, que permitió construir una reflexión de articulación conceptual entre los conocimientos presentados acerca de la depresión clínica y los estilos de vida, interrelacionando un importante marco teórico además de los aportes individuales del autor. De esta forma, se dio cuenta de los postulados de los diferentes autores abordados, conjugando las diversas ideas presentadas y desarrolladas por los mismos. En este sentido, el conocimiento articulado a lo largo del trabajo es un aporte crucial para la implementación y/o mejora de los tratamientos existentes hasta el momento para el trastorno depresivo, dando foco de la necesidad de tomar en cuenta los abordajes de las intervenciones en el estilo de vida como posible tratamiento complementario para la depresión clínica.

Referencias

- Adan, R., Van Der Beek, E., Buitelaar, J., Cryan, J., Hebebrand, J., Higgs, S., Schellekens, H., Dickson, S. (2019). Nutritional psychiatry: Towards improving mental health by what you eat. *European Neuropsychopharmacology*, 29(12). 1321-1332. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924977X19317237>
- Alexopoulos, G. S. (2019). Mechanisms and treatment of late-life depression. *Translational Psychiatry*, 9(1). <https://doi.org/10.1038/s41398-019-0514-6>
- Álvarez, M., Atienza, G., Ávila, M., González, A., Guitián, D., De las Heras, E., González, A., Rodríguez, J., Triñanes, Y. (2014). Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. In S. S. e I.: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, avalia-t. Conselleria de Sanidade Ministerio de Sanidad (Ed.), Ministerio de Sanidad.
- Álvarez, M., Triñanes, Y., Atienza, G., González, A. (2021). Depresión mayor en el adulto: factores de riesgo y diagnóstico. *Fisterra*. <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/depresion-adulto/>
- American Psychological Association [APA]. (2008). Los atenuadores de estrés del cerebro. American Psychological Association. <https://www.apa.org/topics/exercise-fitness/ejercicio>
- American Psychiatric Association. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) (5a. ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Baca García, E. y Aroca, F. (2014). Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. *Salud mental*, 37(5), 373-380. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-3325201400050003
- Baggerly, C. A., Cuomo, R. E., French, C. B., Garland, C. F., Gorham, E. D., Grant, W. B., ... y Wunsch, A. (2015). Sunlight and vitamin D: necessary for public health. *Journal of the American College of Nutrition*, 34(4), 359-365. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4536937/>

-
- Baglioni, C., Battagliese, G., Feige, B., Spiegelhalder, K., Nissen, C., Voderholzer, U., ... Riemann, D. (2011). Insomnia as a predictor of depression: a meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *Journal of affective disorders*, 135(1-3), 10-19. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.01.011>
- Beecher, M. E., Eggett, D., Erekson, D., Rees, L. B., Bingham, J., Klundt, J., ... Boardman, R. D. (2016). Sunshine on my shoulders: Weather, pollution, and emotional distress. *Journal of affective disorders*, 205, 234-238. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032716306553>
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Beck, A. T. (2002). Cognitive models of depression. *Clinical advances in cognitive psychotherapy: Theory and Application*, 14(1), 29-61.
- Beck, A. T., Jhon Rush, Shaw, B. y Emery, G. (2010). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. 19a Edición. Brower.
- Beck, A. T. y Dozois, D. J. (2011). Cognitive therapy: current status and future directions. *Annual review of medicine*, 62, 397-409.
- Beck, A. T. y Bredemeier, K. (2016). A unified model of depression: Integrating clinical, cognitive, biological, and evolutionary perspectives. *Clinical Psychological Science*, 4(4), 596-619. <https://doi.org/10.1177/2167702616628523>
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Zambrano, J. y Aguilar-Gaxiola, S. (2009). Youth mental health in a populous city of the developing world: results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(4), 386-395. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01962.x>
- Cabrera Suárez, B. M. (2022). *Dieta Mediterránea Y Prevención De La Depresión Recurrente* (Doctoral dissertation). https://accedacris.ulpgc.es/bitstream/10553/118337/3/dieta_mediterr%C3%A1nea_prevencion.pdf

-
- Casañas, M. (2003). Nutrición cerebral. *Acta med. Hosp. Clin. Quir. Hermanos Ameijeiras*, 1-5. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/06/20135/nutricion-cerebral.pdf>
- Charlson, F. J., Moran, A. E., Freedman, G., Norman, R. E., Stapelberg, N. J., Baxter, A. J., ... Whiteford, H. A. (2013). The contribution of major depression to the global burden of ischemic heart disease: a comparative risk assessment. *BMC medicine*, 11, 1-12. <https://link.springer.com/article/10.1186/1741-7015-11-250>
- CIFRA. (2021, 22 de junio). *Los Uruguayos y la Actividad Física* [investigación de mercado]. Montevideo, Uruguay. <https://www.cifra.com.uy/index.php/2021/06/22/los-uruguayos-y-la-actividad-fisica/>
- Duman, M. y Timur Taşhan, S. (2018). The effect of sleep hygiene education and relaxation exercises on insomnia among postmenopausal women: A randomized clinical trial. *International journal of nursing practice*, 24(4), e12650. <https://doi.org/10.1111/ijn.12650>
- Ferrari, A. J., Charlson, F. J., Norman, R. E., Patten, S. B., Freedman, G., Murray, C. J., ... Whiteford, H. A. (2013). Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS medicine*, 10(11), e1001547. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001547>
- Firth, J., Solmi, M., Wootton, R. E., Vancampfort, D., Schuch, F. B., Hoare, E., ... Stubbs, B. (2020). A meta-review of “lifestyle psychiatry”: the role of exercise, smoking, diet and sleep in the prevention and treatment of mental disorders. *World psychiatry*, 19(3), 360-380. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32931092/>
- Francis, H. M., Stevenson, R. J., Chambers, J. R., Gupta, D., Newey, B. y Lim, C. K. (2019). A brief diet intervention can reduce symptoms of depression in young adults—A randomised controlled trial. *PloS one*, 14(10), e0222768. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0222768>
- Friborg, O., Martinsen, E. W., Martinussen, M., Kaiser, S., Øvergård, K. T. y Rosenvinge, J. H. (2014). Comorbidity of personality disorders in mood disorders: a meta-analytic review of 122 studies from 1988 to 2010. *Journal of affective disorders*, 152, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.08.023>

-
- García-Toro, M. (2014). *Estilo de vida y depresión*. Editorial Síntesis.
- Gillihan, S. J. (2018). *Terapia cognitivo conductual fácil: 10 estrategias para manejar la depresión; la ansiedad y el estrés*. Editorial Sirio S.A.
- Golden, R. N., Gaynes, B. N., Ekstrom, R. D., Hamer, R. M., Jacobsen, F. M., Suppes, T., ... Nemeroff, C. B. (2005). The efficacy of light therapy in the treatment of mood disorders: a review and meta-analysis of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 162(4), 656-662. https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.162.4.656?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed
- Gómez-Juanes, R., Roca, M., Gili, M., García-Campayo, J. y García-Toro, M. (2017). Estilo de vida saludable: un factor de protección minusvalorado frente a la depresión. *Psiquiatría biológica*, 24(3), 97-105. <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2017.10.004>
- Gómez-Juanes, R. G. (2019). *Eficacia y coste-efectividad de la investigación estilo de vida saludable aplicada por medio de TICS para el tratamiento de la depresión en atención primaria: un estudio controlado* (Doctoral dissertation, Universitat de les Illes Balears). <https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/666968/trgj1de1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Gotlib, I. H. y Joormann, J. (2010). Cognition and depression: current status and future directions. *Annual review of clinical psychology*, 6, 285-312. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131305>
- Hirshkowitz, M., Whiton, K., Albert, S. M., Alessi, C., Bruni, O., DonCarlos, L., ... Hillard, P. J. A. (2015). National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. *Sleep health*, 1(1), 40-43. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2352721815000157?via%3Dihub>
- Hofmann, S. G., Asmundson, G. J. y Beck, A. T. (2013). The science of cognitive therapy. *Behavior therapy*, 44(2), 199-212. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.01.007>

-
- Hosker, D. K., Elkins, R. M. y Potter, M. P. (2018). Promoting mental health and wellness in youth through physical activity, nutrition, and sleep. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 28(2), 171-193. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30832951/>
- Instituto de Psicoterapias Avanzadas [IPSA]. (2023). *Psicólogo Aaron T. Beck, desarrollo de la terapia cognitiva*. Madrid, España. Consultado el 08 de agosto de 2023. <https://www.psicologosmadrid-ipsia.com/psicologo-aaron-t-beck-desarrollo-de-la-terapia-cognitiva/>
- Ivanovic-Zuvic, F., de la Vega, R., Ivanovic-Zuvic, N. y Correa, E. (2010). Enfermedades afectivas y actividad solar: Seguimiento a 16 años. *Revista médica de Chile*, 138(6), 694-700. <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v138n6/art05.pdf>
- Johnsen, T. J. y Thimm, J. C. (2018). A meta-analysis of group cognitive-behavioral therapy as an antidepressive treatment: Are we getting better?. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 59(1), 15. <https://doi.org/10.1037/cap0000132>
- Kangasniemi, A. M., Lappalainen, R., Kankaanpää, A., Tolvanen, A. y Tammelin, T. (2015). Towards a physically more active lifestyle based on one's own values: the results of a randomized controlled trial among physically inactive adults. *BMC public health*, 15, 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1604-x>
- Kreutzmann, J. C., Havekes, R., Abel, T. y Meerlo, P. (2015). Sleep deprivation and hippocampal vulnerability: changes in neuronal plasticity, neurogenesis and cognitive function. *Neuroscience*, 309, 173-190. <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2015.04.053>
- Korman, G. P. (2013). El legado psicoanalítico en la terapia cognitiva de Aaron Beck. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 65(3), 470-486. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672013000300011
- Laframboise, H. L. (1973). Health policy: breaking the problem down into more namageable segments. *Canadian Medical Association Journal*, 108(3), 388. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1941185/>

Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa, Ontario, Canada: Information Canada.

Lenz, T. L. (2011). Developing a lifestyle medicine toolbox to promote health behavior change. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 5(3), 232-235. <https://doi.org/10.1177/1559827610394394>

Lieverse, R., Van Someren, E. J., Nielen, M. M., Uitdehaag, B. M., Smit, J. H. y Hoogendijk, W. J. (2011). Bright light treatment in elderly patients with nonseasonal major depressive disorder: a randomized placebo-controlled trial. *Archives of general psychiatry*, 68(1), 61-70. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.183>

López Steinmetz, L. (2017). Factores psicopatológicos de riesgo en intentos de suicidio. *Ciencias Psicológicas*, 11 (1), 89-100. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212017000100089

Luppino, F. S., de Wit, L. M., Bouvy, P. F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B. W. y Zitman, F. G. (2010). Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of general psychiatry*, 67(3), 220-229. <https://doi.org/doi:10.1111/sms.12050>

Maero, F. (2017). Depresión y Elección. *Psyciencia*. <https://www.psyciencia.com/depression-y-eleccion/>

Maero, F. (2019). El abordaje contextual e integral de la depresión – una propuesta. *Psyciencia*. <https://www.psyciencia.com/el-abordaje-contextual-e-integral-de-la-depresion-una-propuesta/>

Manber, R. y Chambers, A. S. (2009). Insomnia and depression: a multifaceted interplay. *Current psychiatry reports*, 11(6), 437-442. <https://doi.org/10.1007/s11920-009-0066-1>

Marrero Aliño, M. (2016). Nutrición cerebral. Estado del arte. *Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba*. <https://www.medigraphic.com/pdfs/actamedica/acm-2016/acm162e.pdf>

-
- Marsà, M. (2020). El cambio de hora afecta así a tus ritmos circadianos y a tu humor. *Mundo psicólogos*. Consultado el 12 de setiembre de 2023. https://www.abc.es/bienestar/psicologia-sexo/psicologia/abci-cambio-hora-afecta-ritmos-circadianos-y-humor-202110300036_noticia.html
- Martín del Campo, E. (2019). Suicidio, el reto de adelantarse a una realidad tan compleja como invisible. *Gaceta Médica*. <https://gacetamedica.com/politica/suicidio-el-reto-de-adelantarse-a-una-realidad-tan-compleja-como-invisible-hc2217018/>
- Mateu Mollá, J. (2023). El papel de la serotonina, la hormona de la felicidad. *National Geographic España*. Consultado el 31 de octubre de 2023. https://www.nationalgeographic.com.es/ciencia/papel-serotonina-hormona-felicidad_16108
- Mathers, C., Stevens, G. y Mascarenhas, M. (2009). Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. *Geneva, Switzerland: World Health Organization, 14*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44203/9789241563871_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Moncrieff, J., Wessely, S. y Hardy, R. (2004). Active placebos versus antidepressants for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(12). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003012.pub2>
- Moncrieff, J., Cooper, R. E., Stockmann, T., Amendola, S., Hengartner, M. P. y Horowitz, M. A. (2022). The serotonin theory of depression: A systematic umbrella review of the evidence. *Molecular Psychiatry*, 1-14. <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01661-0>
- Molendijk, M., Molero, P., Ortuño Sánchez-Pedreño, F., Van der Does, W. y Angel Martínez-González, M. (2018). Diet quality and depression risk: A systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *Journal of Affective Disorders*, 226, 346–354. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.09.022>
- Ministerio de Salud Pública [MSP]. (2021). Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027. *Dirección General de la Salud*.

https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2021-08/Res%20673_removed.pdf

Ministerio de Salud Pública [MSP]. (2022). *Estrategia de abordaje multisectorial de prevención del suicidio en Uruguay*.

<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/estrategia-abordaje-multisectorial-prevencion-del-suicidio-uruguay>

Ministerio de Salud Pública [MSP]. (2023). *Suicidio en adolescentes en Uruguay: un análisis desde el sistema de salud*.

[https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/suicidio-adolescentes-uruguay-analisis-desde-sistema-salud#:~:text=Las%20cifras%20oficiales%20muestran%20que,franja%20\(MSP%2C%202022\).](https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/suicidio-adolescentes-uruguay-analisis-desde-sistema-salud#:~:text=Las%20cifras%20oficiales%20muestran%20que,franja%20(MSP%2C%202022).)

Ministerio de Salud Pública [MSP]. (2023). *17 de julio: día nacional para la prevención del suicidio. Salud mental; una prioridad para Uruguay*.

<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/17-julio-dia-nacional-para-prevencion-del-suicidio-salud-mental-prioridad>

Miranda, T., Villalta, D. y Paoli, M. (2019). Asociación entre Obesidad y Depresión: influencia del género, la edad, el grado de adiposidad y la actividad física. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, 17(2), 69-80.
<https://www.redalyc.org/journal/3755/375560616003/html/>

Mustard, J. F. (2005). Desarrollo del cerebro basado en la experiencia temprana y su efecto en la salud, el aprendizaje y la conducta. *Organización de los Estados Americanos [OEA]*. <http://www.oas.org/udse/dit2/relacionados/archivos/desarrollo-cerebral.aspx>

National Collaborating Centre for Mental Health [NICE]. (2009). Depression. The treatment and management of depression in adults. *The British Psychological Society*.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22132433/>

National Collaborating Centre for Mental Health [NICE]. (2022). *Depression in adults: Treatment and management*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>

National Heart, Lung, and Blood Institute [NHLBI]. (2023). Tratamientos para el sueño. <https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/tratamientos-de-los-trastornos-del-sueno#:~:text=L>

a%20terapia%20de%20est%C3%ADmulo%20controlado,dormir%20y%20mantener%20relaciones%20sexuales.

Nock, M. K., Green, J. G., Hwang, I., McLaughlin, K. A., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M. y Kessler, R. C. (2013). Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA psychiatry*, 70(3), 300-310. <https://doi.org/10.1001/2013.jamapsychiatry.55>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). *Alimentación sana*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022). *Actividad física*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity#:~:text=La%20OMS%20define%20la%20actividad,el%20consiguiente%20consumo%20de%20energ%C3%ADa.>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2023). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2023). *Alma-Ata: 25 años después*. <https://www.paho.org/es/quienes-somos/historia-ops/alma-ata-25-anos-despues>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2023). *Depresión*. <https://www.paho.org/es/temas/depresion>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2023). *El Honorable Marc Lalonde*. <https://www.paho.org/es/heroes-salud-publica/honorable-marc-lalonde>

Pan, A., Sun, Q., Czernichow, S., Kivimaki, M., Okereke, O. I., Lucas, M., ... Hu, F. B. (2012). Bidirectional association between depression and obesity in middle-aged and older women. *International journal of obesity*, 36(4), 595-602. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3233636/#:~:text=Conclusions,potential%20mechanisms%20underlying%20this%20association.>

Patten, S. B. (2006). A major depression prognosis calculator based on episode duration. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, 2(13). <https://doi.org/doi:10.1186/1745-0179-2-13>

-
- Pujol Salud, J., Santo Tomás, O. R. y Sabaté, M. P. (2017). Abordaje del insomnio en el adulto. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 24(10), 555-563. <https://www.fmc.es/es-abordaje-del-insomnio-el-adulto-articulo-S1134207217301652>
- Rahe, C., Unrath, M. y Berger, K. (2014). Dietary patterns and the risk of depression in adults: a systematic review of observational studies. *European journal of nutrition*, 53, 997-1013. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24468939/>
- Rao, T. S., Asha, M. R., Ramesh, B. N. y Rao, K. J. (2008). Understanding nutrition, depression and mental illnesses. *Indian journal of psychiatry*, 50(2), 77. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2738337/>
- Real Academia Nacional de Medicina. (2012). *Fototerapia*. Diccionario de términos médicos. Panamericana.
- Rubio, J. M., Olfson, M., Pérez-Fuentes, G., Garcia-Toro, M., Wang, S. y Blanco, C. (2014). Effect of incident axis I disorders on quality of life. *The Journal of nervous and mental disease*, 202(4), 271. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3994468/>
- Ruiz, M. Á., Díaz, M. I. y Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Bilbao: Decleée De Brouwer S.A. <https://capacpsico.com.mx/wp-content/uploads/2021/06/Manual-de-t%C3%A9cnicas-de-intervenci%C3%B3n-cognitiva-conductuales.pdf>
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., Ruiz, P. (2015). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. 11 edición. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer. https://books.google.com.uy/books?id=hDyNnQEACAAJ&redir_esc=y
- Salvo, L., Ramírez, J. y Castro, A. (2019). Factores de riesgo para intento de suicidio en personas con trastorno depresivo en atención secundaria. *Revista médica de Chile*, 147(2), 181-189. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872019000200181
- Saveanu, R. V. y Nemeroff, C. B. (2012). Etiology of depression: genetic and environmental factors. *Psychiatric clinics*, 35(1), 51-71. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.12.001>

-
- Siddi, S. (2023). ¿Qué factores genéticos son relevantes para desarrollar una depresión?. *SOM Salud Mental 360°*. Consultado el 23 de setiembre de 2023. <https://depresion.som360.org/es/pregunta-experto/prevenir-depresion-recaidas>
- Simmonds-Buckley, M., Kellett, S. y Waller, G. (2019). Acceptability and efficacy of group behavioral activation for depression among adults: a meta-analysis. *Behavior Therapy*, 50(5), 864-885. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.01.003>
- Sobocki, P., Jönsson, B., Angst, J. y Rehnberg, C. (2006). Cost of depression in Europe. *The journal of mental health policy and economics*, 9(2), 87-98. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17007486/>
- Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación [SEDCA]. (2015). *Una dieta fundamentada en alimentos de origen vegetal, como la mediterránea, protege la mente de caer en la depresión*. <https://nutricion.org/una-dieta-fundamentada-en-alimentos-de-origen-vegetal-como-la-mediterranea-protege-la-mente-de-caer-en-la-depresion/>
- Solomon, D. A., Keller, M. B., Leon, A. C., Mueller, T. I., Lavori, P. W., Shea, M. T., ... Endicott, J. (2000). Multiple recurrences of major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157(2), 229-233. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.2.229>
- Terman, M. y Terman, J. S. (2005). Light therapy for seasonal and nonseasonal depression: efficacy, protocol, safety, and side effects. *CNS spectrums*, 10(8), 647-663. <https://doi.org/10.1017/S1092852900019611>
- Teruel, B. M. (2015). El rol de los genes en la depresión: una mirada al presente y futuro en el campo de las investigaciones genéticas. *Revista Cubana de Genética Comunitaria*, 9(1), 5-7. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubgencom/cgc-2015/cgc151a.pdf>
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S. y Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *The lancet*, 379(9820), 1056-1067. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60871-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60871-4)
- Trueta, C. y Cercós, M. G. (2012). Regulación de la liberación de serotonina en distintos compartimientos neuronales. *Salud mental*, 35(5), 435-443. <https://lc.cx/s0S4I6>

-
- UNESCO. (2013). *La dieta mediterránea*. Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. <https://ich.unesco.org/es/RL/la-dieta-mediterranea-00884>
- Uruguay Presidencia. (2016). *Encuesta nacional sobre Actividad Física*. Sitio oficial de la República Oriental del Uruguay. Consultado el 30 de agosto de 2023. <https://www.gub.uy/presidencia/comunicacion/noticias/53-uruguayos-practica-actividad-fisica-13-2005>
- Varela Pinedo, L. F., Tello Rodríguez, T., Ortiz Saavedra, P. J. y Chávez Jimeno, H. (2010). Valoración de la higiene del sueño mediante una escala modificada en adultos mayores. *Acta Médica Peruana*, 27(4), 233-237. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172010000400005
- Vicente, B., Rioseco, P., Saldivia, S., Kohn, R. y Torres, S. (2005). Prevalencia de trastornos psiquiátricos en Latinoamérica: revisión crítica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(4), 506-514. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80634404>
- Vicente, B., Saldivia, S., de la Barra, F., Kohn, R., Pihan, R., Valdivia, M., ... Melipillan, R. (2012). Prevalence of child and adolescent mental disorders in Chile: a community epidemiological study. *Journal of child psychology and psychiatry*, 53(10), 1026-1035. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02566.x>
- Viñuales, B. (2022). La depresión y los estilos de vida saludable. I International Multidisciplinary Congress Of Innovation And Research In Health Habits. *NPunto* Volumen V. Número 54. <https://www.npunto.es/revista/54/la-depresion-y-los-estilos-de-vida-saludable>
- Wirz-Justice, A. (2011). The implications of chronobiology for psychiatry. *Psychiatric Times*, 28(10), 56-61. <https://lc.cx/hQYzow>
- Wirz-Justice, A. y Benedetti, F. (2020). Perspectives in affective disorders: Clocks and sleep. *European Journal of Neuroscience*, 51(1), 346–365. <https://doi.org/10.1111/ejn.14362>
- World Sleep Society. (2023). Practice Recommendations. Consultado el 2 de octubre de 2023. <https://worldsleepsociety.org/practice-recommendations/>

Anexo 1. Criterios diagnósticos de depresión

Cuadro 1

Criterios diagnósticos depresión DSM-V

A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la anterior, por lo menos uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer. Nota: No incluir los síntomas que son claramente atribuibles a otra condición médica.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., parece lloroso). Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable
2. Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan).
3. Pérdida de peso significativa sin hacer dieta o ganancia de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. Nota: En niños hay que valorar el fracaso para hacer la ganancia de peso esperada.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o entretencimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar entretencido).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no solo remordimiento o culpa de estar enfermo)
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

B. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento.

C. El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra enfermedad médica.

Nota: Criterios de A-C representan un episodio depresivo mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p.ej. pérdida, ruina económica, las pérdidas por un desastre natural, una enfermedad grave o discapacidad) pueden incluir los sentimientos de intensa tristeza, reflexión sobre la pérdida, insomnio, falta de apetito y pérdida de peso señalados en el Criterio A, que puede parecerse a un episodio depresivo. Aunque tales síntomas pueden ser comprensibles o se consideren apropiados para la pérdida, la presencia de un episodio depresivo mayor, además de la respuesta normal a una pérdida significativa debe ser considerada cuidadosamente. Esta decisión requiere inevitablemente el ejercicio del juicio clínico basado en la historia del individuo y las normas culturales para la expresión de angustia en el contexto de la pérdida

D. La aparición del episodio depresivo mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro del espectro esquizofrénico especificadas y no especificadas y otros trastornos psicóticos.

Nota. Contenido tomado del Manual DSM-V en formato online

Cuadro 2

Criterios diagnósticos depresión CIE 11

Problemas que presenta:

Tristeza o estado de ánimo deprimido y falta de interés o placer son los síntomas principales que indican la presencia de un trastorno depresivo cuando se presentan durante al menos dos semanas

El número y tipo de otros síntomas implicados son indicadores de gravedad. Los pacientes pueden presentar también, síntomas físicos como la pérdida de peso

Descripción clínica:

Se trata de un trastorno disfórico en el que los síntomas depresivos provocan un malestar o una disfunción significativa y llevan a un deterioro funcional y a la búsqueda de ayuda, sin presentarse síntomas relevantes de ansiedad.

Síntomas necesarios para el diagnóstico:

A. Ausencia de episodios maníacos previos.

B. Presencia de al menos tres de una lista de cinco síntomas depresivos y unos pocos síntomas ansiosos, provocando un malestar o una disfunción significativos y dando lugar a alteraciones funcionales con una duración de al menos dos semanas. La letra "S" indica que se trata de una pregunta selectiva, si ambas respuestas son negativas, no hace falta preguntar las demás.

o Estado de ánimo deprimido persistente (S)

o Marcada disminución del interés o placer (S)

- Sentimientos de inutilidad o de culpa

- Confianza baja en uno mismo

- Ideación recurrente de muerte o suicidio

C. Presentan pocos síntomas de ansiedad y son los siguientes:

o Sentirse nervioso, ansioso o al límite (S)

o Incapacidad para controlar las propias preocupaciones (S) - Tener problemas para relajarse

- Sentirse tan inquieto que resulta difícil quedarse quieto y

- Sentir miedo de que algo terrible pueda suceder

Síntomas asociados

Sueño y apetito alterados, agitación o entecimiento del movimiento o del habla, fatiga, irritabilidad, variación diurna del estado de ánimo, despertar precoz, disminución de la autoestima y de la confianza en sí mismo, visión sombría y pesimista del futuro.

Gravedad del trastorno:

Depresión leve: presentan al menos tres síntomas de depresión al día en las últimas 2 semanas. Los síntomas producen malestar. Los pacientes desarrollan la mayoría de las actividades, pero con mayor dificultad

Depresión moderada: presentan por lo menos cuatro síntomas todos los días durante las últimas 2 semanas, con discapacidad marcada en al menos un área. Pueden presentar además síntomas neuro-vegetativos, como cambios en el apetito y el peso, falta de sueño, variación diurna del estado de ánimo o pérdida de libido

Depresión

severa: tienen todas las dificultades anteriores siendo algunos de los síntomas, de intensidad grave. También pueden mostrar lentitud del habla y la acción, o ideación psicótica

Diagnóstico diferencial:

Condiciones médicas:

Hipo/hipertiroidismo, síndrome de Cushing

Efectos secundarios de la medicación (por ejemplo: beta-bloqueantes, antihipertensivos, antagonistas de H2, tratamiento con esteroides) o el uso de sustancias.

Depresión ansiosa – (con tres o más síntomas de ansiedad)

Trastorno de ansiedad – (con tres o más síntomas de ansiedad)

Trastorno de angustia corporal - (los pacientes no cumplen tres o más síntomas depresivos)

Nota. Contenido tomado del Manual CIE 11 en formato online