

Depresión

Aproximación clínica

En este trabajo se analiza la clínica de los distintos tipos de depresión y las opciones de tratamiento que brinda la terapéutica homeopática, con una referencia previa a la farmacoterapia convencional. La información sobre prevalencia, diagnóstico y bases del consejo farmacéutico completan la revisión.

CONCEPCIÓN CALLEJA

Licenciada en Medicina y Cirugía. Presidenta de la Sociedad Médico Homeopática de Cantabria.
www.homeopatia.net

La depresión es una entidad patológica vaga y a veces difícil de definir. Al menos debe concitar² tres síntomas, de los cuales el principal es un bajón del ánimo que conduce a la tristeza. Lo suelen acompañar la inhibición y el dolor moral.

La inhibición es una lentitud de todos los procesos psíquicos y físicos. El paciente tiene conciencia de ello y rehuye a los demás, replegándose sobre

sí mismo. El dolor moral se expresa como una autodepreciación a la que pronto sigue un gran sentimiento de culpa.

Desde el punto de vista psicoanalítico, en el centro de la conciencia del deprimido estarían la agresividad y la hostilidad liberadas sobre sí mismo, que provocan una aniquilación del yo, lo que conlleva siempre un sentimiento de angustia intenso.

Prevalencia de la depresión

La prevalencia de la depresión es elevada. La Organización Mundial de la Salud (OMS)³ ha previsto situarla junto a las enfermedades cardiovasculares en el primer orden de causa médica de discapacidad.

En la actualidad 121 millones de personas sufren depresión⁴ y la cifra va en aumento. La OMS advierte que una de cada 5 personas llegará a padecerla y esta incidencia aumentará si la persona sufre estrés o alteraciones médicas de otra índole. Es dos veces más alta la incidencia en mujeres que en hombres y cada vez afecta más a los jóvenes. La dependencia del alcohol y otras sustancias, así como los suicidios, van unidos a la depresión. Cada año se suicidan en el mundo más de 800.000 personas, la mayoría de ellas, jóvenes.

En España la depresión tiene una prevalencia del 10% y afecta a 4 millones de personas. Representa un problema de salud pública, pues es el trastorno mental más frecuente, aunque afecta a menos personas que en países vecinos. En Reino Unido o Irlanda afecta a un 17% y un 12,8% de la población, respectivamente.

Se estima que un 20% de los pacientes que acuden a atención primaria padece trastornos mentales bien definidos y el porcentaje se incrementa hasta un 40% cuando se incluyen alteraciones mentales leves.

Clasificación

Siguiendo la didáctica de clasificación propuesta en las *Guías clínicas para atención primaria en la red*, basada en las directrices del DSM-IV (*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* de la American Psychological Association) y la CIE-10 (clasificación internacional de enfermedades y problemas de la salud de la OMS)⁵, podemos hablar de los siguientes tipos de depresión (tabla I):

Trastorno depresivo mayor

El trastorno depresivo mayor concita los siguientes síntomas (y el primero y segundo deben estar siempre presentes durante al menos dos semanas, comportando un cambio en el paciente respecto a la actividad y manera de vivir previos):

- Estado de ánimo depresivo, triste, disfórico o irritable (en niños y adolescentes) la mayor parte del día, todos los días, incluyendo llanto, verbalización de la tristeza o desánimo, que puede ser también objetivable por su entorno.
- Pérdida de interés o disminución o incapacidad para sentirse bien en la mayoría de las actividades, la mayor parte del día y casi todos los días.
- Disminución o aumento de peso o del apetito casi constante.
- Hipersomnia o insomnio casi a diario.
- Agitación o enlentecimiento psicomotriz casi a diario, objetivable por personas cercanas.
- Sensación de falta de energía o fatiga diariamente.
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados, síntoma que se puede convertir en delirante.
- Disminución en la capacidad de concentración casi a diario.
- Ideas recurrentes de muerte.

Una visión personal

El *British Medical Journal*¹ recogió en las páginas de una de sus ediciones las palabras con las que un lector anónimo describía su experiencia de la depresión:

«Un síntoma de los malos tiempos es que uno piensa que nunca acabarán. Nos convencemos a nosotros mismos de que estamos condenados para siempre a un estado de media vida. Nos despertamos al mínimo susurro y necesitamos un esfuerzo desmesurado para dejar la cama. Sabemos que debemos levantarnos para detener el sentimiento de desesperación, pero la languidez nos mantiene ahí, contemplando el techo con una mirada estática, reflexionando sobre el interminable día que nos espera. Todo significa un esfuerzo y actuamos lentamente. La tarea más pequeña es un peso. Problemas menores se convierten en cuestiones de gran magnitud. Las decisiones son postergadas y evitadas. Las tareas más simples son aplazadas indefinidamente. Lo peor de todo es la desintegración de la confianza en uno mismo. Titubeamos al hablar y al actuar. El sonido del teléfono nos hace saltar y no nos atrevemos a responder».



Trastorno distímico

Los pacientes aquejados de distimia presentan un estado de ánimo exageradamente alterado, en el sentido de la depresión, crónicamente triste o deprimido. Lo manifiestan ellos mismos o personas de su entorno, y les afecta ca-

si todo el día y todos los días, durante al menos dos años. En niños el estado de ánimo predominante puede ser la irritabilidad o el enfado durante al menos un año.

También hay sentimientos de desesperanza, dificultad para tomar decisiones, para concentrarse, baja autoesti-

ma y energía vital, insomnio o hipersomnia y aumento o disminución del apetito. Si hay períodos libres de síntomas no duran más de dos meses seguidos. Pero nunca ha habido un episodio de depresión mayor durante los dos primeros años de la enfermedad en adultos ni durante el primer año en

Tabla I.

Clasificación de las depresiones (tomado de DSM-IV y CIE-10)

Trastorno depresivo mayor, episodio único o recidivante
Trastorno distímico
Trastorno depresivo con estado de ánimo depresivo o mixto (ansiedad y ánimo depresivo)
Trastorno depresivo no especificado:
Síndrome ansio-depresivo
Trastorno disfórico premenstrual
Trastorno depresivo pospsicótico
Reacción de duelo
Depresión en el anciano
Depresión en la infancia y la adolescencia

niños. De lo contrario, se consideraría trastorno depresivo mayor crónico. De haberlo habido, tendría que haberse registrado un episodio asintomático de duración superior a dos meses antes de aparecer el trastorno distímico.

Es importante para el diagnóstico de la enfermedad saber si el inicio fue temprano (antes de los 21 años) o tardío.

Trastorno adaptativo

El trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o mixto (ansiedad y ánimo depresivo) es lo que también se conoce como depresión reactiva. Los síntomas aparecen como respuesta a un factor estresante, dentro de los tres meses siguientes a la causa. Son situaciones en las que el paciente siente un malestar superior al que cabría esperar en respuesta al factor estresante, y hay un deterioro importante de su actividad interpersonal, social o laboral.

Trastorno depresivo no especificado

Es un grupo heterogéneo que incluiría:

- El síndrome ansioso-depresivo, que alterna o registra al mismo tiempo trastornos depresivos y de ansiedad.
- El trastorno disfórico premenstrual.
- El trastorno depresivo pospsicótico.

Un ejemplo sería el trastorno depresivo mayor durante la fase residual de la esquizofrenia.

Otras formas de depresión

En este grupo hacemos referencia a cuadros de depresión que se definen por las características especiales de la población a la que afectan o a las circunstancias vitales que los rodean.

Depresión en el anciano. En este tipo de enfermedad se une lo biopsicosocial, por lo que el tratamiento requerirá un enfoque desde las tres perspectivas. La alteración del estado de ánimo puede presentarse enmascarada en otros síntomas como pérdida de apetito, problemas de memoria, pérdida de interés por el entorno, insomnio, quejas somáticas mal definidas, hipocondría, irritabilidad o ansiedad. Si predominan los síntomas deficitarios se habla de seudodemencia depresiva.

Depresión en la infancia y adolescencia. En este grupo poblacional el diagnóstico es especialmente difícil, ya que el paciente no suele acusar bajones en su estado de ánimo y en cambio sí pueden aparecer quejas somáticas vagas y difusas, problemas alimentarios, enuresis, etc.

Reacción de duelo. Se trata de la reacción común a la muerte de una persona próxima o a la pérdida de otros factores vividos íntimamente. Hay connotaciones socioculturales propias de cada sujeto. Pero si los síntomas se mantienen durante más de dos meses tras la pérdida, podría entrarse en el diagnóstico de una depresión mayor.

Diagnóstico diferencial

Los trastornos primarios del estado de ánimo y del pensamiento son manifestaciones psicobiológicas de mecanismos cerebrales anormales y, por tanto, los pacientes pueden presentar trastornos depresivos, maníacos o psicóticos secundarios⁶ a:

- Alteraciones metabólicas.
- Toxicidad por fármacos.
- Lesiones cerebrales focales.
- Epilepsia.
- Enfermedad cerebral degenerativa.

Por tanto, los pacientes en los que recientemente hayan aparecido alteraciones del estado de ánimo o del pensamiento deben ser examinados cuidadosamente por si pudieran tener enfermedades subyacentes.

Farmacoterapia convencional

El objetivo es mejorar el estado afectivo del paciente y su calidad de vida, con una progresiva integración sociolaboral. También evitar recaídas y minimizar los efectos secundarios de los fármacos administrados.

La farmacoterapia clásica utiliza los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los antidepresivos tricíclicos (IMAO). Son preferibles los ISRS porque tienen menos efectos secundarios y son mejor tolerados. En la tabla II podemos ver una enumeración de los principales antidepresivos utilizados y sus efectos secundarios figuran en la tabla III.

La depresión mayor requerirá en muchas ocasiones hospitalización y tratamiento tradicional bajo vigilancia.

En la práctica clínica lo que se ve son trastornos depresivos que engloban la distimia, la depresión reactiva y los trastornos depresivos no especificados, según las manifestaciones que presente el paciente.

Tratamiento homeopático

A continuación se analizará brevemente el tratamiento homeopático indicado en distintos tipos de depresión, en el trastorno disfórico premenstrual y menstrual, la reacción de duelo, las depresiones infantojuveniles y las del anciano.

Trastornos depresivos en general

En este grupo encuadramos variantes muy dispares de la depresión.

Trastorno depresivo grave. Hay un medicamento de elección, *Aurum metallicum*, sobre todo si el paciente tiene ideas de suicidio. *Arsenicum album* está indicado cuando la depresión se acompaña de un gran cansancio físico.

Depresión enmascarada por una disminución del apetito. Va ligada a un adelgazamiento progresivo y ganas de soledad. A este paciente le pueden venir bien *Natrum muriaticum*, *Phosphoricum acidum* y *Phosphorus*.

Depresión con aumento del apetito.

En el típico paciente que picotea, come con ansiedad y no se queda satisfecho hasta no sentirse totalmente lleno. Gana peso y acude a dietas que, al no resolver el problema depresivo de fondo, tienen un efecto de rebote: al dejar la dieta el paciente engorda el doble. En estos casos pueden ser beneficiosos medicamentos como *Antimonium crudum*, para el glotón excesivo; *Ignatia amara*, para el picoteo que no llena y se acompaña de sensación de nudo en la garganta y grandes suspiros, y *Anacardium orientale*, para quien tiene un gran sentimiento de culpa cuando picotea y aun así no puede evitarlo (sufre cierto desdoblamiento de la personalidad, en el contexto de una persona muy indecisa). A todos los pacientes que presenten obesidad durante la depresión se les dará *Thuja occidentalis* (fig. 1), medicamento indicado en cuadros obsesivos con ganancia de peso. *Natrum sulfuricum* tiene la misma indicación de *Thuja*, pero es especialmente útil en casos que se agravan mucho con la humedad y los cambios de tiempo.

Depresión solapada por un cuadro de insomnio⁷. Si es temporal se debe generalmente a una causa puntual o como consecuencia del entorno. Sólo deviene duradero si encuentra un terreno personal predispuesto o si el paciente no recibe a tiempo la terapia apropiada. Los medicamentos más comúnmente empleados son:

Tabla II.

Principales antidepresivos

Inhibidores no selectivos de la recaptación de aminas (noradrenalina, serotonina, dopamina)

Antidepresivos tricíclicos	Otros
Amitriptilina	Trazodona, maprotilina, mianserina
Clomipramina	
Imipramina	
Nortriptilina	

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

Citalopram
Escitalopram
Fluoxetina
Parotexina
Sertralina
Fluvoxamina

Inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina

Reboxetina

Activador noradrenérgico y serotoninérgico específico

Mirtazapina

Inhibidores de la monoaminoxidasa

Moclobemida (inhibidor selectivo y reversible)
Tranilcipromina (inhibidor no selectivo e irreversible)

Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina y noradrenalina

Venlafaxina

– *Aconitum napellus*. Si el insomnio aparece hacia la medianoche, se acompaña de angustia y de cierta agitación.

– *Hyosciamus*. Insomnio por hipervigilancia tras preocupaciones reales o supuestas o por una sobreexcitación alegre.

– *Nux vomica* (fig. 2). Se despiertan hacia las 3-4 de la madrugada. Son personas con estrés, generalmente laboral.

– *Coffea tosta*. Hay un aflujo continuo de pensamientos e intolerancia al ruido. También se da en casos de depresión tras la recepción de una buena noticia.

Tabla III.

Efectos secundarios más importantes de los antidepresivos

	Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (%)	Antidepresivos tricíclicos (%)
Sequedad de boca	21	55
Estreñimiento	10	22
Mareos	13	23
Náuseas	22	12
Ansiedad	13	7
Insomnio	12	14
Cefaleas	17	14

Otros efectos secundarios: vértigo, temblor, somnolencia, anorexia, pérdida de peso, excesiva sudoración, vómitos, diarrea y disfunciones sexuales.



Figura 1. *Thuja occidentalis*

– *Arsenicum album*. Insomnio entre las 1 y las 3 de la madrugada, en un contexto de depresión y ansiedad.

– *Ignatia*. La depresión se produce tras un disgusto o una contrariedad y se acompaña de «nudo» en la garganta.

– *Opium* (*Papaver orientale*, véase la imagen de apertura de este artículo). Hiperideación que impide el sueño o somnolencia con sueño imposible.

– *Gelsemium*. Hay miedo tras una mala noticia.

– *Argentum nitricum*. Hay ansiedad por anticipación.

– *Phosphoricum acidum*. Hay agotamiento intelectual, por ejemplo, tras un examen.

Depresión con marcada falta de energía vital. Se administrarán sobre todo: *Arsenicum album*, *Natrum muriaticum* y *Phosphorus*.

Depresión con baja autoestima. La baja autoestima es un síntoma común a todas las depresiones, pero si además va acompañada de síntomas digestivos y/o impotencia, hay un medicamento indicado por excelencia, *Lycopodium clavatum*.

Depresión con dificultades para la concentración y toma de decisiones. En estos casos está indicado *Anacardium orientale*.

Depresión en la que clínicamente predomina el cuadro ansioso. *Argentum nitricum* en personas con ansiedad por anticipación y son precipitados. *Ignatia amara*, en la ansiedad vivida con desgarramiento interno. *Gelsemium* en pacientes tembloros que se bloquean. *Aconitum napellus* cuando presentan angustia precordial, con dificultad para respirar y sensación de muerte inminente.

Trastorno disfórico premenstrual

Esta entidad puede presentarse con excitación o con depresión⁸. A veces ambas se entremezclan:

– Aumento de la excitación general y la irritabilidad. Se indica *Lachesis mutus* en casos de locuacidad exacerbada y susceptibilidad, en un contexto de celos. Puede estar deprimida o excitada o pasar por ambas fases alternativamente.

– Reacciones paradójicas, suspiros, náuseas, sensación de nudo en el estómago y en la garganta. Se indica *Ignatia amara*.

– Hay una hiperexcitación, con trastornos nerviosos muy marcados que llegan a ser algo teatrales: *Moschus*.

– Humor muy inestable, paso brusco de la locuacidad a la depresión. Hay una verbalización exagerada; se pasa de un tema a otro rápidamente debido a una marcada hiperideación.

– Hay una exagerada autoestima, que puede llegar a mostrarse con sentimientos de soberbia hacia los demás: *Platina*.

– Irritabilidad con intolerancia a la contradicción, problemas de sueño y recrudescimiento de los problemas digestivos antes de la menstruación: *Nuxvomica*.

– Hipersensibilidad al dolor: *Chamomilla*.

– Hiperemotividad con astenia y timidez muy marcada: *Ambra grisea*.

También hay un tipo de disforia que se instala durante el periodo menstrual. En estos casos pueden estar indicados los siguientes medicamentos homeopáticos:

– *Natrum muriaticum*. Si la depresión se ve agravada por el consuelo y la paciente se muestra triste e irritable.



Figura 2. *Nuxvomica*

- *Sepia*. La paciente está triste y muestra indiferencia afectiva.
- *Pulsatilla*. La afectada llora fácilmente, mejora con el consuelo y se caracteriza por su timidez.
- *Causticum*. En casos marcados por la tristeza, el mal humor y la libido disminuida.
- *Thuja occidentalis*. La paciente presenta cierto grado de obesidad troncular e ideas obsesivas.

Reacción de duelo

Nos centraremos sólo en un tipo de duelo, el más común, que es la reacción ante la pérdida física por fallecimiento o distanciamiento (emigración, viaje largo) de un ser querido o ante la pérdida psicoafectiva por separación, divorcio o ruptura con la pareja o un ser cercano. También se pueden considerar reacciones de duelo las que se manifiestan ante la pérdida del trabajo, de la salud, de ciertas etapas de la vida, pérdida de las raíces culturales del país de origen, pérdida de la libertad y de la intimidad, pero no las trataremos en este artículo.

El duelo es una experiencia muy dura. Los profesionales de la salud debemos estar abiertos y ser expectantes ante las múltiples posibilidades de la terapéutica. Como apuntan Mondéjar y Solís⁹, «debemos asistir antes de tratar, comprender antes de intervenir, ayudar y acompañar antes de medicar».

Los principales medicamentos homeopáticos indicados en cuadros de reacción depresiva por duelo son:

- *Causticum*. Medicamento que puede ir muy bien para el síndrome del cuidador y el síndrome de *burnout* (sobrecarga de trabajo, saturación psicológica).
- *Ignatia amara*. Puede que sea el mejor medicamento para el duelo inmediato, cuando acaba de producirse una pena, pérdida o contrariedad difícil de aceptar.
- *Phosphoricum acidum*. El paciente se ha vaciado, hay un gran debilitamiento, sobre todo en la esfera emocional, que se va extendiendo a la esfera física y después a la intelectual y mental. El afectado sufre la pena en silencio.
- *Sepia*. Indicado en casos de duelo tras pérdida de poder, cambio de pa-

pel, trabajo, estatus, síndrome del nido vacío, menopausia, aborto, depresión posparto. Se manifiesta con una gran astenia, desinterés, apatía e indiferencia, a la que acompañan la ansiedad, el pesimismo y la melancolía.

– *Staphysagria*. Es el tipo de duelo en el que el daño producido es debido a una humillación, represión o dominación.

– *Aurum metallicum*. Pacientes en estado de alto riesgo, por lo que se les debe vigilar estrechamente. Viven con desesperación, atormentados, tienen ideas de suicidio, no han podido resolver los asuntos pendientes con sus semejantes y ello les provoca un gran odio a la vida con gran sentimiento de culpa.

– *Natrum muriaticum*. El paciente siente una profunda tristeza o pena que interioriza, no quiere que los demás sufran. Al guardársela para sí, puede provocar una auténtica «rumiación».

Depresión en el anciano

Es algo muy común, pero por su singularidad vamos a nombrar los medicamentos más acordes con situaciones concretas:

– *Anacardium orientale*. Convendrá a ancianos que están en centros de acogida y son de muy difícil convivencia con el resto de residentes debido a su tendencia a criticarlo todo y a todos.

– *Ambra grisea*. Suele venir muy bien cuando hay un exceso de emotividad y el anciano llora por todo.

– *Arsenicum album*. Indicado en casos en los que predomina el cansancio y el miedo a perder la salud. Son ancianos que se vuelven muy reservados con el dinero, con temor a arruinarse.

– *Baryta carbonica*. Previene el envejecimiento cerebral.

Depresión en la infancia y la adolescencia

En niños y adolescentes la depresión suele manifestarse con ansiedad y problemas emocionales¹⁰. Los medicamentos homeopáticos de prescripción más frecuente en estos casos son:

– *Arsenicum album*. En un niño agitado, ansioso y, muy a menudo, cansado.

– *Phosphorus*. En un niño agitado, inquieto, irritable, ansioso, temeroso del futuro, hipersensible a todo. Suele presentar, aunque no de forma obligatoria, una morfología longuilínea.



Figura 3. *Lycopodium clavatum*

– *Calcarea carbonica*. Pacientes con ansiedad, tristeza, irritabilidad, preocupados por detalles sin importancia, con tendencia a tener miedo a todo.

– *Argentum nitricum*. Niños que se cansan pronto, por lo que se vuelven irritables y coléricos. Son agitados y precipitados, dominan mal sus impulsos. Suelen tener una estructura fóbica.

– *Gelsemium*. Indicado en el niño tímido, titubeante, con tendencia al miedo por anticipación, anormalmente emotivo, características con una importante repercusión somática: dolores abdominales, diarrea, poliuria.

– *Ignatia*. Conviene a pacientes con comportamiento paradójico y tendencia a los espasmos en garganta y estómago.

– *Pulsatilla*. Eficaz en niños con ansiedad, que se manifiesta con timidez y emotividad. Suelen ser irritables, susceptibles y con tendencia al llanto, pero en conjunto se consuelan pronto.

– *Nux vomica*. Indicada en pacientes irritables y coléricos, niños que soportan muy mal la contradicción.

– *Lycopodium* (fig. 3). Eficaz en pacientes con poca confianza en sí mismos pero que desean el éxito. Los síntomas depresivos suelen ir acompañados de trastornos digestivos.

En niños cuya depresión o apatía están ligadas a una fatiga escolar, podrá valorarse la prescripción de:

– *Sepia*. Niños que muestran indiferencia a todo.

– *Aurum metallicum*. Niños con tendencia depresiva por ausencia de motivación, tristeza e hiperirritabilidad.

– *Phosphoricum acidum*. Pacientes con gran fatiga, sobre todo como reacción a conflictos familiares. Pérdida de memoria, cefaleas.

– *Kalium phosphoricum*. Pacientes con fatiga y agotamiento nervioso. Suelen padecer cefaleas, casi siempre relacionado con el entorno escolar.

– *Phosphorus*. Niños que suelen comenzar el curso con notas brillantes y, debido a su hipersensibilidad y al agotamiento nervioso, acaban el curso con dificultad.

El paciente no tiene por qué manifestarse siempre con estado de ánimo deprimido. Puede que su queja principal sea la pérdida de interés por disfrutar de la vida, una vivencia del tiempo

desagradable y enlentecida o una falta de energía para las tareas más sencillas de la vida cotidiana.

Posibilidades de la homeopatía

Las posibilidades de la terapéutica homeopática para tratar los trastornos emocionales no son despreciables, ya que numerosos medicamentos contienen en su patogenesia, como hemos visto, reacciones emocionales.

A través del interrogatorio y la observación minuciosa, podemos contribuir a un tratamiento precoz, porque los primeros síntomas funcionales suelen aparecer siendo los exámenes clínicos y biológicos todavía normales.

La homeopatía está perfectamente adaptada a la terapéutica de estas enfermedades, ya que la semiología se basa en la observación de la reacción del enfermo ante su enfermedad. El enfermo deprimido está constantemente observándose. Es preciso valorar los síntomas que traducen una respuesta somatosíquica del organismo y no aquellos que estén sostenidos solamente por la propia psicología del paciente. □

Bibliografía

1. Depresión [portal en Internet]. Chile: NV Organón 2002-2005 [actualizado 30 Ene 2002; citado 8 Jun 2006]. Organón Chile [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.depression.cl/index.html>
2. Ey E, Bernard P, Brisset Ch. Tratado de Psiquiatría. Barcelona: Ediciones Masson; 1978.
3. Travé AL, Reneses A. Manejo de los fármacos en el tratamiento de la depresión. Boletín Informativo del sistema Nacional de Salud. 2002;26(1): 1-8.
4. Tecnociencia [portal en Internet]. Madrid: Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología; 2001 [actualizado Jul 2005; citado 7 Jun 2006]. Especial Depresión [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.tecnociencia.es/especiales/depression/introduccion.htm>.
5. Fisterra.com [portal en Internet]. La Coruña: Casitérides; 2005 [Actualizado 6 Mar 2006; citado 9 Jun 2006]. Guías Clínicas 2006; 6 (11), Guía de la depresión [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/depression.asp#es>
6. Isselbacher KJ, Braunwald E, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS, Kasper DL. Harrison. Principios de Medicina Interna. 13 ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1995.
7. Jouanny J, Crapanne JB, Dancer H, Masson JL. Therapeutique Homeopathique. Lyon: Boiron; 1988.
8. Holtzscherer A, Legros MS. Pratique homoeopathique en gynécologie. Lyon: Boiron; 1994.
9. Mondéjar F, Solís S. El duelo y la homeopatía. Homeopatía clínica. 2001;2(2):18-37.
10. Dancer H. Homeopatía y Psicopatología. Madrid: Ediciones CEDH; 2000.

CONSEJOS DESDE LA OFICINA DE FARMACIA

En el terreno de la depresión, el farmacéutico⁵ puede hacer una gran labor desde su oficina de farmacia, ya que tiene una posición privilegiada como observador de sus clientes habituales. Si aprecia en ellos algunos de los signos y síntomas que enumeramos a continuación, puede recomendarles la consulta al médico especialista:

- Deterioro en la apariencia y aspecto personal.
- Lentitud en los movimientos.
- Marcha cansina.
- Tono de voz bajo.
- Cara triste o poco expresiva.
- Llanto fácil o espontáneo.
- Dificultad en concentrarse.
- Verbalización pesimista.
- Quejas hipocondríacas.
- Alteraciones del sueño.
- Quejas somáticas difusas y difíciles de encuadrar.

Asistir al paciente que necesita ayuda e información, animándole a buscar una solución adecuada a su problema en la consulta de un médico y derribando los tabúes y prejuicios absurdos que a menudo rodean la enfermedad mental es una labor muy valiosa, con la que el farmacéutico, como profesional de la salud, puede ahorrar mucho sufrimiento, evitar la progresión de cuadros leves a graves o contribuir a mejorar la calidad de vida de esa persona.

Agradecimientos

La autora agradece al Dr. Bernat Vanaclocha la amable cesión de las imágenes de *Papaver orientale* y *Thuja occidentalis* que ilustran este artículo.