

Instituto Nacional
de la Salud Mental

depresión



Índice

¿Qué es la depresión?	2
¿Cuáles son los diferentes tipos de depresión?	3
¿Cuáles son los síntomas de la depresión?	4
¿Qué enfermedades coexisten con la depresión?	5
¿Qué causa la depresión?	6
¿Cómo experimentan las mujeres la depresión?	7
¿Cómo experimentan los hombres la depresión?	8
¿Cómo experimentan los ancianos la depresión?	9
¿Cómo experimentan los niños y los adolescentes la depresión?	10
¿Cómo se detecta y trata la depresión?	11
¿Cómo puedo ayudar a un amigo o familiar deprimido?	22
¿Cómo puedo ayudarme si estoy deprimido?	23
¿Dónde puedo ir para obtener ayuda?	24
¿Y si yo o alguien que conozco está en crisis?	25
Referencias	26

¿Qué es la depresión?

Ocasionalmente, todos nos sentimos melancólicos o tristes, pero estos sentimientos, por lo general, son pasajeros y desaparecen en unos días. Cuando una persona tiene un trastorno depresivo, este interfiere con la vida diaria y el desempeño normal y causa dolor tanto para quien padece el trastorno como para quienes se preocupan por él o ella. La depresión es una enfermedad común pero grave y la mayor parte de quienes la padecen necesitan tratamiento para mejorar.

Muchas personas con una enfermedad depresiva nunca buscan tratamiento. Pero la gran mayoría, incluso aquellas con los casos más graves de depresión, pueden mejorar con tratamiento. Intensas investigaciones de la enfermedad han resultado en el desarrollo de medicamentos, psicoterapias, y otros métodos para tratar a las personas con este trastorno incapacitante.

La depresión es una enfermedad común pero grave.

La mayor parte de quienes la padecen necesitan tratamiento para mejorar.

¿Cuáles son los diferentes tipos de depresión?

Existen varios tipos de trastornos depresivos. Los más comunes son el trastorno depresivo grave y el trastorno distímico.

El trastorno depresivo grave, también llamado depresión grave, se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras. La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad. Un episodio de depresión grave puede ocurrir solo una vez en el curso de vida de una persona, pero mayormente, recurre durante toda su vida.

El trastorno distímico, también llamado distimia, se caracteriza por sus síntomas de larga duración (dos años o más), aunque menos graves, pueden no incapacitar a una persona pero sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien. Las personas con distimia también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas.

Algunas formas de trastorno depresivo muestran características levemente diferentes a las descritas anteriormente o pueden desarrollarse bajo circunstancias únicas. Sin embargo, no todos los científicos están de acuerdo en cómo caracterizar y definir estas formas de depresión. Estas incluyen:

Depresión psicótica, que ocurre cuando una enfermedad depresiva grave está acompañada por alguna forma de psicosis, tal como ruptura con la realidad, alucinaciones, y delirios.

Depresión posparto, la cual se diagnostica si una mujer que ha dado a luz recientemente sufre un episodio de depresión grave dentro del primer mes después del parto. Se calcula que del 10 al 15 por ciento de las mujeres padecen depresión posparto luego de dar a luz.¹

El trastorno afectivo estacional, se caracteriza por la aparición de una enfermedad depresiva durante los meses del invierno, cuando disminuyen las horas de luz solar. La depresión generalmente desaparece durante la primavera

El trastorno bipolar, también llamado enfermedad maniaco-depresiva, no es tan común como la depresión grave o la distimia. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo que van desde estados de ánimo muy elevado (por ejemplo, manía) a estados de ánimo muy bajo (por ejemplo, depresión). Más información sobre el trastorno bipolar está disponible en <http://www.nimh.nih.gov/health/topics/bipolar-disorder/index.shtml> (en inglés).

y el verano. El trastorno afectivo estacional puede tratarse eficazmente con terapia de luz, pero aproximadamente el 50% de las personas con trastorno afectivo estacional no responden solamente a la terapia de luz. Los medicamentos antidepresivos y la psicoterapia pueden reducir los síntomas del trastorno afectivo estacional, ya sea de forma independiente o combinados con la terapia de luz.²

¿Cuáles son los síntomas de la depresión?

No todas las personas con enfermedades depresivas padecen los mismos síntomas. La gravedad, frecuencia, y duración de los síntomas pueden variar según la persona y su enfermedad en particular.

SÍNTOMAS

Sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad, o vacío

Sentimientos de desesperanza y/o pesimismo

Sentimientos de culpa, inutilidad, y/o impotencia

Irritabilidad, inquietud

Pérdida de interés en las actividades o pasatiempos que antes disfrutaba, incluso las relaciones sexuales

Fatiga y falta de energía

Dificultad para concentrarse, recordar detalles, y para tomar decisiones

Insomnio, despertar muy temprano, o dormir demasiado

Comer excesivamente o perder el apetito

Pensamientos suicidas o intentos de suicidio

Dolores y malestares persistentes, dolores de cabeza, cólicos, o problemas digestivos que no se alivian incluso con tratamiento

¿Qué enfermedades coexisten con la depresión?

La depresión a menudo coexiste con otras enfermedades. Tales enfermedades pueden presentarse antes de la depresión, causarla, y/o ser el resultado de esta. Es probable que la mecánica detrás de este cruce entre la depresión y otras enfermedades difiera según las personas y las situaciones. No obstante, estas otras enfermedades concurrentes deben ser diagnosticadas y tratadas.

Los trastornos de ansiedad, tales como el trastorno de estrés postraumático, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de pánico, la fobia social, y el trastorno de ansiedad generalizada, acompañan frecuentemente a la depresión.^{3,4} Las personas que padecen trastorno de estrés postraumático están especialmente predisuestas a tener depresión concurrente. El trastorno de estrés postraumático es una enfermedad debilitante que puede aparecer como resultado de una experiencia aterradora o muy difícil, tal como un ataque violento, un desastre natural, un accidente, un ataque terrorista, o un combate militar.

Las personas con trastorno de estrés postraumático a menudo reviven el suceso traumático con escenas retrospectivas (retroceso al pasado), recuerdos, o pesadillas. Otros síntomas incluyen irritabilidad, arrebatos de ira, profundo sentimiento de culpa, y evasión de pensamientos o conversaciones sobre la experiencia traumática. En un estudio financiado por el Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH por sus siglas en inglés), investigadores descubrieron que más del 40 por ciento de las personas con trastorno de estrés postraumático también sufrieron de depresión en intervalos de uno y cuatro meses luego de la experiencia traumática.⁵

El abuso o la dependencia del alcohol o de otras sustancias también pueden ser coexistentes con la depresión. De hecho, investigaciones han indicado que la coexistencia de trastornos del ánimo y la adicción a sustancias son dominantes entre la población de los Estados Unidos.⁶

La depresión a menudo coexiste con otras condiciones médicas como enfermedad cardíaca, derrame cerebral, cáncer, VIH/SIDA, diabetes, y la enfermedad de Parkinson. Estudios han demostrado que las personas que padecen depresión además de otras enfermedades médicas graves, tienden a presentar síntomas más graves, tanto de la depresión como de las enfermedades médicas, a adaptarse con mayor dificultad a su condición médica, y a tener que afrontar costos médicos más altos que aquellas que no tienen depresión coexistente.⁷ Investigaciones han obtenido una cantidad creciente de evidencia de que tratar la depresión también puede ayudar a mejorar la evolución de la enfermedad concurrente.⁸

¿Qué causa la depresión?

No existe una causa única conocida de la depresión. Más bien, esta parece ser el resultado de una combinación de factores genéticos, bioquímicos, y psicológicos.

Investigaciones indican que las enfermedades depresivas son trastornos del cerebro. Las tecnologías para obtener imágenes del cerebro, tales como las imágenes por resonancia magnética, han demostrado que el cerebro de las personas con depresión luce diferente del de quienes no la padecen. Las áreas del cerebro responsables de la regulación del ánimo, pensamiento, apetito, y comportamiento parecen no funcionar con normalidad. Además, hay importantes neurotransmisores, sustancias químicas que las células del cerebro utilizan para comunicarse, que parecen no estar en equilibrio. Pero estas imágenes no revelan **las causas** de la depresión.

Investigaciones indican que las enfermedades depresivas son trastornos del cerebro.

Algunos tipos de depresión tienden a transmitirse de generación en generación, lo que sugiere una relación genética. Sin embargo, la depresión también puede presentarse en personas sin antecedentes familiares de depresión.⁹ La investigación genética indica que el riesgo de desarrollar depresión es consecuencia de la influencia de múltiples genes que actúan junto con factores ambientales u otros.¹⁰

Además, los traumas, la pérdida de un ser querido, una relación dificultosa, o cualquier situación estresante puede provocar un episodio de depresión. Episodios de depresión subsiguientes pueden ocurrir con o sin una provocación evidente.

¿Cómo experimentan las mujeres la depresión?

La depresión es más común en mujeres que en hombres. Hay factores biológicos, de ciclo de vida, hormonales, y psicosociales que son únicos de la mujer, que pueden ser relacionados con que las tasas de depresión sean más elevadas entre las mujeres. Investigadores han demostrado que las hormonas afectan directamente las sustancias químicas del cerebro que regulan las emociones y los estados de ánimo. Por ejemplo, las mujeres son particularmente vulnerables a la depresión luego de dar a luz, cuando los cambios hormonales y físicos junto con la nueva responsabilidad por el recién nacido, pueden resultar muy pesados. Muchas mujeres que acaban de dar a luz padecen un episodio breve de tristeza transitoria, pero algunas sufren de depresión posparto, una enfermedad mucho más grave que requiere un tratamiento activo y apoyo emocional para la nueva madre. Algunos estudios sugieren que las mujeres que padecen depresión posparto, a menudo han padecido previos episodios de depresión.

Algunas mujeres también pueden ser susceptibles a sufrir una forma grave del síndrome premenstrual, a veces llamado trastorno disfórico premenstrual. Esta es una enfermedad producida por cambios hormonales que ocurren cerca del periodo de la ovulación y antes de que comience la menstruación. Durante la transición a la menopausia, algunas mujeres experimentan un mayor riesgo de sufrir depresión. Científicos están explorando la forma en la que la elevación y la disminución cíclicas del estrógeno y de otras hormonas pueden afectar la química del cerebro que está relacionada con la enfermedad depresiva.¹¹

Finalmente, muchas mujeres enfrentan el estrés adicional del trabajo y de las responsabilidades del hogar, cuidado de los hijos y padres ancianos, maltrato, pobreza, y tensiones de las relaciones. Aún no está claro por qué algunas mujeres que enfrentan desafíos inmensos padecen de depresión, mientras que otras con desafíos similares no la padecen.

¿Cómo experimentan los hombres la depresión?

Los hombres experimentan la depresión de manera distinta que las mujeres y pueden enfrentar los síntomas de diferentes modos. Los hombres tienden más a reconocer que sienten fatiga, irritabilidad, pérdida de interés en las actividades que antes resultaban placenteras, y que tienen el sueño alterado, mientras que las mujeres tienden más a admitir sentimientos de tristeza, inutilidad, o culpa excesiva.^{12,13}

Los hombres tienen más probabilidades que las mujeres de acudir al alcohol o a las drogas cuando están deprimidos, frustrados, desalentados, irritados, enojados, o a veces abusivos. Algunos hombres se envician al trabajo para evitar hablar acerca de su depresión con la familia o amigos o comienzan a mostrar un comportamiento imprudente o riesgoso. Y aunque en los Estados Unidos, son más las mujeres que intentan suicidarse, son más los hombres que mueren por suicidio.¹⁴

¿Cómo experimentan los ancianos la depresión?

La depresión no es algo normal del envejecimiento y existen estudios que muestran que la mayoría de los ancianos se sienten satisfechos con sus vidas a pesar del aumento de dolores físicos. Sin embargo, cuando la depresión se presenta en ancianos, puede ser pasada por alto porque ellos pueden mostrar síntomas menos evidentes y porque pueden estar menos propensos a sufrir o reconocer sentimientos de tristeza o pena.¹⁵

Además, los ancianos pueden tener más condiciones médicas tales como enfermedad cardíaca, derrame cerebral, o cáncer, las cuales pueden provocar síntomas de depresión, o pueden estar tomando medicamentos cuyos efectos secundarios contribuyen a la depresión. Algunos adultos mayores pueden padecer lo que algunos médicos llaman depresión vascular, también llamada depresión arterioesclerótica o depresión isquémica subcortical. La depresión vascular puede suceder cuando los vasos sanguíneos pierden flexibilidad y se endurecen con el tiempo y se contraen. Este endurecimiento de los vasos evita que el flujo normal sanguíneo llegue a los órganos del cuerpo, incluyendo el cerebro. Las personas con depresión vascular pueden tener o estar en riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular o derrame cerebral coexistente.¹⁶

Aunque muchas personas suponen que las tasas más altas de suicidio se dan entre los jóvenes, en realidad se dan entre los hombres blancos mayores de 85 años. Muchos sufren una enfermedad depresiva que los médicos no pueden detectar, a pesar del hecho de que estas víctimas de suicidio a menudo visitan a su médico dentro del mes anterior a su muerte.¹⁷

La mayoría de los ancianos con depresión mejoran cuando reciben tratamiento con antidepresivos, psicoterapia, o una combinación de ambos.¹⁸ Investigaciones han demostrado que tanto la medicación sola como los tratamientos

combinados son eficaces para reducir la tasa de reaparición de la depresión en adultos.¹⁹ La psicoterapia sola también puede prolongar los períodos sin depresión, especialmente en ancianos con depresión leve y es particularmente útil para aquellos que no pueden o no desean tomar antidepresivos.^{20, 21}

La depresión no es algo normal del envejecimiento.

¿Cómo experimentan los niños y los adolescentes la depresión?

Científicos y médicos han comenzado a considerar seriamente el riesgo de la depresión en niños. Investigaciones han mostrado que la depresión en la niñez a menudo persiste, recurre, y se prolonga en la adultez especialmente si no se recibe tratamiento. La presencia de la depresión en la niñez también tiende a predecir enfermedades más graves en la edad adulta.²²

Un niño con depresión puede fingir estar enfermo, negarse a ir a la escuela, aferrarse a un padre, o preocuparse de que uno de sus padres pueda morir. Los niños mayores pueden estar de mal humor, meterse en problemas en la escuela, ser negativos e irritables, y sentirse incomprendidos. Como estas señales pueden percibirse como cambios de ánimo normales típicos de los niños mientras avanzan por las etapas del desarrollo, puede ser difícil diagnosticar con exactitud que una persona joven padece depresión.

Antes de la pubertad, los niños y las niñas tienen las mismas probabilidades de sufrir trastornos de depresión. Sin embargo, a los 15 años, las mujeres tienen el doble de probabilidad que los hombres de haber padecido un episodio de depresión grave.²³

La depresión en los adolescentes se presenta en un momento de grandes cambios personales, cuando hombres y mujeres están definiendo una identidad distinta a la de sus padres, lidiando con asuntos de género y su sexualidad emergente, y tomando decisiones por primera vez en sus

vidas. La depresión en la adolescencia a menudo coexiste con otros trastornos tales como ansiedad, comportamiento perturbador, trastornos alimenticios, o abuso de sustancias. También puede conducir a un aumento en el riesgo de suicidio.^{22,24}

Un estudio clínico financiado por el NIMH que abarcó a 439 adolescentes con depresión grave descubrió que una combinación de medicación y psicoterapia era la opción de tratamiento más efectiva.²⁵ Otras investigaciones financiadas por el NIMH están desarrollando y probando maneras de prevenir el suicidio en niños y adolescentes, incluyendo diagnóstico y tratamiento tempranos y un mejor entendimiento del pensamiento suicida.

La depresión en la niñez a menudo

persiste, recurre, y se prolonga en la adultez especialmente si no se recibe tratamiento.

¿Cómo se detecta y trata la depresión?

La depresión, aun en los casos más graves, es un trastorno altamente tratable. Al igual que con muchas enfermedades, mientras más pronto pueda comenzar el tratamiento, más efectivo es y las probabilidades de prevenir una repetición son mayores.

El primer paso para obtener el tratamiento adecuado es visitar a un médico. Ciertos medicamentos y condiciones médicas, tales como virus o trastornos de tiroides, pueden provocar los mismos síntomas que la depresión. Un médico puede descartar estas posibilidades por medio de un examen físico, una entrevista, y pruebas de laboratorio. Si el médico puede descartar a una

condición médica como la causa, él o ella debe llevar a cabo una evaluación psicológica o referir al paciente a un profesional de la salud mental.

El médico o profesional de la salud mental llevará a cabo una evaluación diagnóstica completa. Él o ella debe conversar con el paciente sobre cualquier antecedente familiar de depresión y obtener todos los antecedentes de los síntomas, por ejemplo, cuándo comenzaron, cuánto han durado, su gravedad, y si ocurrieron antes, y si los síntomas ocurrieron antes, cómo fueron tratados. Él o ella también debe preguntar si el paciente consume alcohol o drogas y si ha tenido pensamientos suicidas o de muerte.

Una vez diagnosticada, una persona con depresión puede ser tratada con varios métodos. Los tratamientos más comunes son la medicación y la psicoterapia.

Medicamentos

Los antidepresivos normalizan las sustancias químicas naturales del cerebro llamadas neurotransmisores, principalmente la serotonina y la norepinefrina. Otros antidepresivos normalizan el neurotransmisor dopamina. Los científicos que estudian la depresión han descubierto que estas sustancias químicas en particular participan en la regulación de los estados de ánimo, pero no están seguros de cómo exactamente funcionan.

Los tipos de medicamentos antidepresivos más nuevos y populares se llaman inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Entre los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina se encuentran la fluoxetina (Prozac), el citalopram (Celexa), la sertralina (Zoloft), y varios otros. Los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina son similares a los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina e incluyen la venlafaxina

(Effexor) y la duloxetina (Cymbalta). Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina son más populares que los antidepresivos más antiguos, como los tricíclicos (llamados así por su estructura química) y los inhibidores de la monoamino oxidasa porque tienden a tener menos efectos secundarios. No obstante, los medicamentos pueden tener distintos efectos en las personas, no existe una única propuesta cuando se trata de medicamentos. Por lo tanto, los antidepresivos tricíclicos o los inhibidores de la monoamino oxidasa pueden ser la mejor opción para ciertas personas.

Las personas que tomen inhibidores de la monoamino oxidasa deben atenerse a significativas restricciones alimenticias y medicinales para evitar posibles interacciones graves. Deben evitar ciertos alimentos que contienen niveles altos de la sustancia tiramina, la cual está presente en muchos quesos, vinos, y pepinillos así como en algunos medicamentos descongestivos. Los inhibidores de la monoamino oxidasa interactúan con la tiramina de tal forma que pueden causar un aumento agudo en la presión arterial, lo cual podría llevar a un derrame cerebral. El médico debe proporcionar al paciente que tome inhibidores de la monoamino oxidasa una lista completa de los alimentos, medicamentos, y sustancias prohibidas.

Con cualquier clase de antidepresivo, los pacientes deben tomar dosis regulares durante al menos tres a cuatro semanas antes de poder experimentar un efecto terapéutico completo. Deben continuar con los medicamentos durante el tiempo especificado por su médico, aun si se siente mejor, para de esta manera evitar una recaída de la depresión. Los medicamentos únicamente deben interrumpirse bajo supervisión médica. Algunos medicamentos deben dejarse de tomar gradualmente a fin de darle al organismo tiempo para ajustarse. Aunque los antidepresivos no forman hábito ni son adictivos, el dejar de tomar repentinamente un antidepresivo puede provocar síndrome de abstinencia o una recaída. Algunas personas, tales como aquellas que sufren depresión crónica o recurrente, pueden necesitar medicamentos por tiempo indefinido.

Además, si un medicamento no funciona, el paciente debe estar dispuesto a probar otro. Investigaciones financiadas por el NIMH han demostrado que los pacientes que no mejoraron luego de tomar un primer medicamento aumentaron sus probabilidades de liberarse de los síntomas luego de cambiar a otro medicamento o agregar uno nuevo al que ya estaban tomando.^{26,27}

Algunas veces se utilizan estimulantes, medicamentos para la ansiedad, u otros medicamentos en combinación con un antidepresivo, especialmente si el paciente padece un trastorno mental o físico coexistente. Sin embargo, ni los medicamentos para la ansiedad ni los estimulantes son efectivos contra la depresión si se toman solos y ambos deben tomarse solamente bajo estrecha supervisión médica.

¿Cuáles son los efectos secundarios de los antidepresivos?

Los antidepresivos pueden causar efectos secundarios leves y a menudo temporales en algunas personas, pero por lo general, no son duraderos. **Sin embargo, cualquier reacción inusual o efecto secundario que interfiera con el desempeño normal debe ser inmediatamente comunicado al médico.**

EFFECTOS SECUNDARIOS

Los efectos secundarios más comunes asociados con los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina incluyen:

Dolor de cabeza—generalmente es temporal y pasa.

Náuseas—temporales y generalmente de breve duración.

Insomnio y nerviosismo (dificultad para dormir o despertar con frecuencia durante la noche)—pueden ocurrir durante las primeras semanas pero a menudo disminuyen con el tiempo o con la reducción de la dosis.

Inquietud (sensación de ansiedad y nerviosismo).

Problemas sexuales—tanto hombres como mujeres pueden experimentar problemas sexuales que incluyen disminución del deseo sexual, disfunción eréctil, eyacuación retardada, o anorgasmia (incapaz de tener un orgasmo).

Los antidepresivos tricíclicos también pueden causar algunos de los siguientes efectos secundarios:

Boca seca—beber mucha agua, mascar chicle, y cepillarse los dientes a diario ayuda con esto.

Estreñimiento—ingerir más cereales de fibra, pasas, frutas, y verduras ayudan con esto.

Problemas de la vejiga—puede haber dificultad para vaciar la vejiga y el chorro de orina puede ser más débil que de costumbre. Es posible que los hombres mayores que sufren agrandamiento de la próstata resulten más afectados. Notifique de inmediato al médico si siente dolor al orinar.

Informe inmediatamente a un doctor sobre cualquier efecto secundario inusual.

EFFECTOS SECUNDARIOS continúan

Problemas sexuales—puede variar el desempeño sexual y los efectos secundarios son similares a los de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

Visión borrosa—a menudo desaparece rápidamente y no necesitará una nueva receta de lentes correctivos.

Somnolencia (tener sueño) durante el día—generalmente desaparece rápidamente pero se debe evitar conducir u operar maquinaria pesada mientras exista un estado de somnolencia. Los antidepresivos con mayor efecto sedante generalmente se toman por la noche para ayudar a dormir y evitar la somnolencia durante el día.

Advertencia de la Administración de Drogas y Alimentos (FDA por sus siglas en inglés) sobre los antidepresivos

A pesar de que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y otros antidepresivos son relativamente seguros y populares, algunos estudios han demostrado que pueden causar efectos no deseados en algunas personas, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes. En el 2004, la FDA revisó exhaustivamente los resultados publicados y no publicados de estudios clínicos controlados sobre antidepresivos que abarcaron a casi 4,400 niños y adolescentes. Esta revisión reveló que el 4 por ciento de quienes tomaban antidepresivos tuvieron pensamientos suicidas o intentaron suicidarse (aunque ningún suicidio ocurrió) en comparación al 2 por ciento de quienes tomaron placebos.

Esta información instó a la FDA a adoptar, en el 2005, una etiqueta de advertencia de “caja negra” en todos los medicamentos antidepresivos para alertar al público acerca del posible aumento en el riesgo de pensamientos

suicidas o intentos de suicidio en niños y adolescentes que toman antidepresivos. En el 2007, la FDA propuso que los fabricantes de todos los medicamentos antidepresivos extendieran la advertencia para incluir a pacientes jóvenes de hasta 24 años. Una advertencia de “caja negra” es la advertencia más seria que se aplica en las etiquetas de medicamentos recetados.

La advertencia destaca que los pacientes de todas las edades que toman antidepresivos deben ser cercanamente observados, especialmente durante las primeras semanas del tratamiento. Los posibles efectos secundarios que se deben buscar son empeoramiento de la depresión, pensamiento o comportamiento suicida, o cualquier cambio inusual en el comportamiento tal como falta de sueño, inquietud, o aislamiento de situaciones sociales normales. La advertencia agrega que las familias y los cuidadores del paciente también deben ser informados de la necesidad de observar cercanamente y notificar cualquier cambio en el paciente al médico. La información más reciente de la FDA se puede encontrar en su sitio web en www.fda.gov.

Los resultados de una revisión completa de ensayos pediátricos realizados entre 1988 y 2006 sugieren que los beneficios de los medicamentos antidepresivos pueden ser mayores que los riesgos para niños y adolescentes con trastornos graves de depresión y ansiedad.²⁸ El estudio fue parcialmente financiado por el NIMH.

Finalmente, la FDA ha advertido que combinar los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina o los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina, los cuáles son antidepresivos más nuevos, con uno de los medicamentos “triptán”, que son comúnmente usados para tratar el dolor de migraña, podría causar una enfermedad con peligro de muerte llamada “síndrome de la serotonina.” Una persona con síndrome de la serotonina puede ponerse inquieta/nerviosa, tener alucinaciones (ver u oír cosas que no son reales), tener temperatura alta, o tener cambios inusuales de presión arterial. El síndrome de la serotonina es generalmente asociado con los antidepresivos más viejos

llamados monoamino oxidasa, pero también se puede sufrir de este síndrome con los antidepresivos más nuevos si estos son mezclados con medicamentos incorrectos.

Pacientes de todas las edades

que toman antidepresivos deben ser cercanamente observados.

Información sobre la hierba de San Juan

El extracto de hierba de San Juan (*Hypericum perforatum* L.), un arbusto silvestre de flores amarillas, ha sido utilizado durante siglos en muchos remedios caseros y herbales. Actualmente se la utiliza ampliamente en Europa para tratar la depresión leve a moderada. En los Estados Unidos es uno de los productos botánicos de mayor venta.

Con relación al creciente interés que hay en los Estados Unidos por la hierba de San Juan, los Institutos Nacionales de Salud (NIH por sus siglas en inglés) dirigieron un estudio clínico para determinar la efectividad de la hierba en el tratamiento de adultos con depresión grave. El estudio, que duró ocho semanas y abarcó a 340 pacientes a quienes se les había diagnosticado depresión grave, asignó al azar una dosis uniforme de hierba de San Juan a un tercio de estos pacientes, un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina comúnmente prescrito a otro tercio, y un placebo al tercio restante. El estudio descubrió que la hierba de San Juan no tuvo más efecto que el placebo en el tratamiento de la depresión grave.²⁹ Sin embargo, en otro estudio se está investigando la efectividad de la hierba de San Juan en el tratamiento de depresión leve o menor.

Otra investigación ha demostrado que la hierba de San Juan puede interferir negativamente con otros medicamentos, incluyendo los utilizados para controlar la infección del VIH. El 10 de febrero del 2000, la FDA publicó una advertencia de salud declarando que la hierba parece

interferir con ciertos medicamentos utilizados para tratar enfermedades cardíacas, depresión, convulsiones, ciertos tipos de cáncer, y el rechazo de trasplante de órganos. La hierba también puede interferir con la efectividad de los anticonceptivos orales. Es por estas posibles interacciones que los pacientes deberían siempre consultar con su médico antes de tomar cualquier suplemento a base de hierbas.

Psicoterapia

Varios tipos de psicoterapia o “terapia de diálogo” pueden ayudar a las personas con depresión.

Algunos tratamientos son de corto plazo (10 a 20 semanas) y otros son de largo plazo, según las necesidades del individuo. Existen dos tipos principales de psicoterapia, la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal, las cuáles han probado ser efectivas en el tratamiento de la depresión. Al enseñar nuevas maneras de pensar y de comportarse, la terapia cognitivo-conductual ayuda a las personas a cambiar sus estilos negativos de pensamiento y de comportamiento que pueden contribuir a su depresión. La terapia interpersonal ayuda a las personas a entender y resolver relaciones personales problemáticas que pueden causar o empeorar su depresión.

La psicoterapia puede ser la mejor opción para tratar la depresión leve a moderada. Sin embargo, para casos graves de depresión o para ciertas personas, la psicoterapia puede no ser suficiente. Estudios han indicado que una combinación de medicamentos y psicoterapia pueden ser para los adolescentes la opción más efectiva para tratar la depresión y reducir la probabilidad de una reaparición.²⁵ Del mismo modo, un estudio sobre el tratamiento de la depresión en ancianos descubrió que los pacientes que respondieron al primer tratamiento de medicamentos y terapia interpersonal tenían menos probabilidades de volver a sufrir de depresión si continuaban con su tratamiento combinado durante al menos dos años.²¹

Terapia electroconvulsiva

En los casos en que ni los medicamentos y/ni la psicoterapia ayudan a aliviar una depresión resistente al tratamiento, puede ser útil la terapia electroconvulsiva. La terapia electroconvulsiva, antes conocida como “terapia de choque”, solía tener una mala reputación. Pero esta ha mejorado notablemente en los últimos años y puede ofrecer alivio a personas con depresión grave que no han podido sentir ninguna mejoría con otros tratamientos.

Antes de administrar la terapia electroconvulsiva, al paciente se le administra un relajante muscular y se le anestesia brevemente. El paciente no es consciente del pulso eléctrico que se aplica en la terapia electroconvulsiva. Típicamente, al paciente se le somete a terapia electroconvulsiva varias veces a la semana y a menudo es necesario que tome un medicamento antidepresivo o estabilizador del ánimo para complementar los tratamientos con terapia electroconvulsiva y prevenir una recaída. Aunque algunos pacientes únicamente necesitan unas pocas aplicaciones de terapia electroconvulsiva, otros pueden necesitar terapia electroconvulsiva de mantenimiento, al principio, usualmente una vez a la semana y luego cada vez menos hasta llegar a tratamientos mensuales de hasta un año.

La terapia electroconvulsiva puede ocasionar algunos efectos secundarios de corto plazo, incluyendo confusión, desorientación, y pérdida de memoria. Pero, por lo general, estos efectos secundarios desaparecen pronto después del tratamiento. Investigaciones han indicado que al cabo de un año de tratamiento con terapia electroconvulsiva, los pacientes no presentan efectos cognitivos adversos.³⁰

¿Qué esfuerzos están en proceso para mejorar los tratamientos?

Investigadores están buscando maneras para mejorar el entendimiento, el diagnóstico, y el tratamiento de la depresión en todos los grupos de pacientes. Se están probando nuevos posibles tratamientos que dan esperanza a quienes viven con una depresión particularmente difícil de tratar y los investigadores están estudiando los factores de riesgo de la depresión y cómo afecta el cerebro. El NIMH continúa financiando investigaciones de máxima calidad acerca de este trastorno debilitante.

Para obtener más información acerca de investigaciones sobre la depresión financiadas por el NIMH, visite el sitio web **www.nimh.nih.gov**.

El NIMH financia investigaciones

de máxima calidad acerca

de este trastorno debilitante.

¿Cómo puedo ayudar a un amigo o familiar deprimido?

Si conoce a alguien que está deprimido, esto también le afecta a usted. Lo primero y más importante que puede hacer para ayudar a un amigo(a) o familiar con depresión es ayudarlo(a) a conseguir un diagnóstico y tratamiento adecuados. Tal vez necesite pedir una cita a nombre de su amigo(a) o familiar y acompañarlo(a) a ver al médico. Anímelo(a) a no abandonar el tratamiento o a que busque un tratamiento diferente si no se ven mejorías al cabo de seis a ocho semanas.

AYUDE A UN AMIGO(A) O FAMILIAR

Ofrézcale apoyo emocional, comprensión, paciencia, y animo.

Estable una conversación con su amigo(a) o familiar y escúchelo(a) con atención.

Nunca desacredite los sentimientos que su amigo(a) o familiar manifieste pero señale las realidades y ofrezca esperanza.

Nunca ignore los comentarios acerca del suicidio y comuníquelos a los familiares, terapeuta, o médico de su amigo(a) o familiar.

Invite a su amigo(a) o familiar a hacer caminatas, excursiones, y otras actividades. Aunque él o ella se nieguen, siga intentándolo, pero no lo(a) presione a hacer demasiadas cosas demasiado pronto. Aunque las distracciones y la compañía son necesarias, demasiadas exigencias pueden aumentar los sentimientos de fracaso.

Recuérdle a su amigo(a) o familiar que con el tiempo y con tratamiento, la depresión pasará.

¿Cómo puedo ayudarme si estoy deprimido?

Si usted tiene depresión, seguramente se siente exhausto, indefenso, y desesperanzado. Hacer algo para ayudarse puede ser extremadamente difícil. Pero es importante que se dé cuenta de que estos sentimientos son parte de la depresión y no reflejan con exactitud las circunstancias reales. A medida que usted comience a reconocer su depresión y comience con un tratamiento, el pensamiento negativo desaparecerá.

AYÚDESE USTED MISMO

Comience a practicar actividades o ejercicios físicos moderados. Vaya al cine, a algún juego de pelota, o a algún otro evento o actividad que solía disfrutar. Participe en actividades religiosas, sociales, o de otro tipo.

Asigne metas realistas.

Divida las tareas grandes en tareas pequeñas, establezca algunas prioridades, y haga lo que pueda cuando pueda.

Trate de pasar tiempo con otras personas y elija un amigo(a) o familiar de confianza como confidente. Trate de no aislarse y deje que los demás lo ayuden.

Espere que su ánimo mejore poco a poco y no de inmediato. No espere salir de su depresión con un “abrir y cerrar de ojos”. Frecuentemente, durante el tratamiento de la depresión, el sueño y el apetito comenzarán a mejorar antes de que su estado de ánimo deprimido desaparezca.

Aplazue las decisiones importantes, tales como contraer matrimonio, divorciarse, o cambiar de empleo, hasta que se sienta mejor. Hable sobre decisiones con otras personas que lo conozcan bien y tengan una visión más objetiva de su situación.

Recuerde que los pensamientos positivos reemplazarán los pensamientos negativos a medida que su depresión responda al tratamiento.

¿Dónde puedo ir para obtener ayuda?

Si no está seguro acerca de dónde ir para obtener ayuda, pregúntele a su médico de familia. La siguiente lista menciona otros recursos para obtener ayuda:

RECURSOS PARA LA SALUD MENTAL

Especialistas de la salud mental, tales como psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, o consejeros de la salud mental;

Organizaciones del cuidado de la salud;

Centros comunitarios de la salud mental;

Departamentos de psiquiatría de los hospitales y clínicas para pacientes ambulatorios;

Programas de la salud mental en universidades o facultades de medicina;

Clínicas estatales para pacientes ambulatorios;

Servicios para la familia, agencias sociales, o iglesias;

Grupos de apoyo;

Clínicas e instituciones privadas;

Programas de asistencia para empleados;

Asociaciones médicas o psiquiátricas locales.

También puede buscar números de teléfono y direcciones en el directorio telefónico bajo las secciones “salud mental” (mental health), “salud” (health), “servicios sociales” (social services), “líneas de apoyo” (hotlines), o “médicos” (physicians). Un médico de sala de emergencia también puede brindarle ayuda temporaria e informarle dónde y cómo obtener más ayuda.

¿Y si yo o alguien que conozco está en crisis?

Si está pensando en hacerse daño o si conoce a alguien que lo esté pensando, comuníquese inmediatamente con alguien que lo pueda ayudar.

Llame a su médico.

Llame al 911 (servicio de emergencia de los Estados Unidos) o vaya a una sala de emergencia de un hospital para obtener ayuda inmediata o pídale a un amigo(a) o familiar que lo ayude a hacer esto.

Llame gratis (la llamada es gratuita para quienes viven en los Estados Unidos) las 24 horas del día a la línea de emergencia de la Red Nacional de Prevención del Suicidio al 1-888-628-9454; personas con dificultades auditivas: 1-800-799-4TTY (4889) para hablar con un consejero capacitado.

Asegúrese de que ni usted ni la persona en crisis depresiva se quede solo(a).

Referencias

1. Altshuler LL, Hendrich V, Cohen LS. Course of mood and anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1998; 59: 29.
2. Rohan KJ, Lindsey KT, Roeklein KA, Lacy TJ. Cognitive-behavioral therapy, light therapy and their combination in treating seasonal affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, 2004; 80: 273-283.
3. Regier DA, Rae DS, Narrow WE, Kaebler CT, Schatzberg AF. Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders. *British Journal of Psychiatry*, 1998; 173 (Suppl. 34): 24-28.
4. Devane CL, Chiao E, Franklin M, Kruep EJ. Anxiety disorders in the 21st century: status, challenges, opportunities, and comorbidity with depression. *American Journal of Managed Care*, 2005 Oct; 11 (Suppl. 12): S344-353.
5. Shalev AY, Freedman S, Perry T, Brandes D, Sahar T, Orr SP, Pitman RK. Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *American Journal of Psychiatry*, 1998; 155(5): 630-637.
6. Conway KP, Compton W, Stinson FS, Grant BF. Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2006 Feb; 67(2): 247-257.
7. Cassano P, Fava M. Depression and public health, an overview. *Journal of Psychosomatic Research*, 2002; 53: 849-857.
8. Katon W, Ciechanowski P. Impact of major depression on chronic medical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 2002; 53: 859-863.
9. Tsuang MT, Faraone SV. *The genetics of mood disorders*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 1990.
10. Tsuang MT, Bar JL, Stone WVS, Faraone SV. Gene-environment interactions in mental disorders. *World Psychiatry*, 2004 June; 3(2): 73-83.
11. Rubinow DR, Schmidt PJ, Roca CA. Estrogen-serotonin interactions: implications for affective regulation. *Biological Psychiatry*, 1998; 44(9): 839-850.
12. Pollack W. Mourning, melancholia and masculinity: recognizing and treating depression in men. In: Pollack W, Levant R, eds. *New Psychotherapy for Men*. New York: Wiley, 1998; 147-166.
13. Cochran SV, Rabinowitz FE. *Men and Depression: clinical and empirical perspectives*. San Diego: Academic Press, 2000.
14. Kochanek KD, Murphy SL, Anderson RN, Scott C. Deaths: final data for 2002. *National Vital Statistics Reports*; 53(5). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2004.
15. Gallo JJ, Rabins PV. Depression without sadness: alternative presentations of depression in late life. *American Family Physician*, 1999; 60(3): 820-826.
16. Krishnan KRR, Taylor WD, et al. Clinical characteristics of magnetic resonance imaging-defined subcortical ischemic depression. *Biological Psychiatry*, 2004; 55: 390-397.
17. Conwell Y. Suicide in later life: a review and recommendations for prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2001; 31 (Suppl.): 32-47.
18. Little JT, Reynolds CF III, Dew MA, Frank E, Begley AE, Miller MD, Cornes C, Mazumdar S, Perel JM, Kupfer DJ. How common is resistance to treatment in recurrent, nonpsychotic geriatric depression? *American Journal of Psychiatry*, 1998; 155(8): 1035-1038.
19. Reynolds CF III, Frank E, Perel JM, Imber SD, Cornes C, Miller MD, Mazumdar S, Houck PR, Dew MA, Stack JA, Pollock BG, Kupfer DJ. Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression: a randomized controlled trial in patients older than 59 years. *Journal of the American Medical Association*, 1999; 281(1): 39-45.

20. Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS, Reynolds CF, Alexopoulos GS, Bruce MI, Conwell Y, Katz IR, Meyers BS, Morrison MF, Mossey J, Niederehe G, Parmelee P. Diagnosis and treatment of depression in late life: consensus statement update. *Journal of the American Medical Association*, 1997; 278(14): 1186-1190.
21. Reynolds CF III, Dew MA, Pollock BG, Mulsant BH, Frank E, Miller MD, Houck PR, Mazumdar S, Butters MA, Stack JA, Schlernitzauer MA, Whyte EM, Gildengers A, Karp J, Lenze E, Szanto K, Bensasi S, Kupfer DJ. Maintenance treatment of major depression in old age. *New England Journal of Medicine*, 2006 Mar 16; 354(11): 1130-1138.
22. Weissman MM, Volk S, Goldstein RB, Moreau D, Adams P, Greenwald S, Klier CM, Ryan ND, Dahl RE, Wichramaratne P. Depressed adolescents grown up. *Journal of the American Medical Association*, 1999; 281(18): 1701-1713.
23. Cyranowski JM, Frank E, Young E, Shear MK. Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression. *Archives of General Psychiatry*, 2000; 57: 21-27.
24. Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M, Flory M. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry*, 1996; 53(4): 339-348.
25. March J, Silva S, Petrycky S, Curry J, Wells K, Fairbank J, Burns B, Domino M, McNulty S, Vitiello B, Severe J. Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) team. Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 2004; 292(7): 807-820.
26. Rush JA, Trivedi MH, Wisniewski SR, Stewart JW, Nierenberg AA, Thase ME, Ritz L, Biggs MM, Warden D, Luther JF, Shores-Wilson K, Niederehe G, Fava M. Bupropion-SR, Sertraline, or Venlafaxine-XR after failure of SSRIs for depression. *New England Journal of Medicine*, 2006 Mar 23; 354(12): 1231-1242.
27. Trivedi MH, Fava M, Wisniewski SR, Thase ME, Quitkin F, Warden D, Ritz L, Nierenberg AA, Lebowitz BD, Biggs MM, Luther JF, Shores-Wilson K, Rush JA. Medication augmentation after the failure of SSRIs for depression. *New England Journal of Medicine*, 2006 Mar 23; 354(12): 1243-1252.
28. Bridge JA, Iyengar S, Salary CB, Barbe RP, Birmaher B, Pincus HA, Ren L, Brent DA. Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment, a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of the American Medical Association*, 2007; 297(15): 1683-1696.
29. Hypericum Depression Trial Study Group. Effect of Hypericum perforatum (St. John's wort) in major depressive disorder: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 2002; 287(14): 1807-1814.
30. Rami L, Bernardo M, Boget T, Ferrer J, Portella M, Gil-Verona JA, Salamero M. Cognitive status of psychiatric patients under maintenance electroconvulsive therapy: a one-year longitudinal study. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 2004; 16: 465-471.

Para mas Información

Información y organizaciones sobre la depresión están disponibles mediante MedlinePlus (<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/depression.html>), un servicio de la Biblioteca Nacional de Medicina.

Para más información de como participar en ensayos clínicos de depresión, llame al 1-866-615-6464* o personas con dificultades auditivas llamen al 1-866-415-8051*, o búsquen en los siguientes sitios web:

- Reclutamiento de Pacientes para Estudios Conducidos por el NIMH, NIH (<http://patientinfo.nimh.nih.gov/> - en inglés)
- Ensayos Clínicos (<http://www.nimh.nih.gov/health/trials/index.shtml> - en inglés)
- ClinicalTrials.gov (<http://www.clinicaltrials.gov/> - en inglés)

La información del Instituto Nacional de la Salud Mental, (NIMH por sus siglas) está disponible en varios formatos. Usted puede navegar en el Internet, descargar documentos en PDF, y ordenar folletos impresos por correo. Si quiere obtener publicaciones de NIMH, usted puede ordenar estas por Internet en <http://www.nimh.nih.gov>. Si no tiene acceso al Internet, por favor llame al Centro de Información y Recursos del NIMH a los números que aparecen a continuación.

Para obtener información más actualizada sobre este tema, visite el sitio web del NIMH en <http://www.nimh.nih.gov>.

Instituto Nacional de la Salud Mental
División de Redacción Científica, Prensa, y Difusión
6001 Executive Boulevard
Room 8184, MSC 9663
Bethesda, MD 20892-9663
Teléfono: 301-443-4513 o
1-866-615-NIMH (6464)*
Personas con dificultades auditivas: 301-443-8431 o
1-866-415-8051*
FAX: 301-443-4279
Correo electrónico: nimhinfo@nih.gov
Sitio Web: <http://www.nimh.nih.gov>

*** Las llamadas a los números telefónicos que empiezan con 1-866 son gratuitas para quienes viven en los Estados Unidos.**

Reimpresiones

Esta publicación es de dominio público y puede ser reproducida o copiada sin permiso del Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH por sus siglas en inglés). El NIMH le incentiva que reproduzca y use esta publicación en sus esfuerzos dirigidos a mejorar la salud pública. Se agradece el citar al NIMH como fuente. Sin embargo, usar materiales gubernamentales de manera inapropiada puede traer problemas legales o éticos, así que le pedimos usar las siguientes guías:

- El NIMH no respalda ni recomienda ningún producto, proceso, o servicio comercial, y esta publicación no puede ser utilizada para fines publicitarios o de recomendación.
- El NIMH no provee consejos médicos o recomendaciones de tratamiento específicos o remisiones; estos materiales no pueden ser utilizados de manera que indiquen tal tipo de información.
- El NIMH solicita que cuando las organizaciones no federales utilicen esta publicación no la alteren de manera que comprometa la integridad y la “marca comercial”.
- Si agrega logotipos y enlaces de sitios web que no pertenezcan al gobierno federal de algún producto o servicio comercial o servicio o tratamiento médico en específico, estos no pueden tener el aspecto de ser respaldados por NIMH.

Si tiene preguntas acerca de estas guías y del uso de las publicaciones del NIMH, por favor contacte al Centro de Información y Recursos del NIMH llamando al 1-866-615-6464 o enviando un correo electrónico a nimhinfo@nih.gov.

NIH

National Institute
of Mental Health



DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS
DE LOS ESTADOS UNIDOS

Institutos Nacionales de la Salud
Instituto Nacional de la Salud Mental
Publicación de NIH Num. SP 09 3561
Modificado en enero del 2009