

Depresión



Office of
Mental Health

Índice

¿Qué es la depresión?	1
¿Cuáles son las diferentes formas de depresión?	1
Depresión mayor	1
Trastorno depresivo persistente	1
Depresión psicótica	1
Depresión posparto	1
Trastorno afectivo estacional (SAD)	2
¿Cuáles los signos y síntomas de la depresión?	2
¿Cuáles enfermedades suelen coexistir con la depresión?	2
¿Qué causa la depresión?	3
¿Cómo sienten la depresión las mujeres?	4
¿Cómo sienten la depresión los hombres?	5
¿Cómo sienten la depresión los adultos mayores?	5
¿Cómo sienten la depresión los niños y adolescentes?	6
¿Cómo se diagnostica y trata la depresión?	6
Medicamentos	7
Antidepresivos nuevos populares	7
Tricíclicos	8
IMAO	8
¿Cómo debo tomar los medicamentos?	8
Advertencia de la FDA sobre los antidepresivos	9
¿Qué hay de la hierba de San Juan?	10
Psicoterapia	10

Terapia electroconvulsiva y otras terapias de estimulación cerebral.	11
¿Cómo puedo ayudar a un ser querido que está deprimido?	12
¿Qué puedo hacer por mí mismo si estoy deprimido?	12
¿En dónde puedo pedir ayuda?	13
¿Qué hago si yo o alguien que conozco está en crisis?	14
Referencias	15
Para obtener más información.	16

Depresión

¿Qué es la depresión?

Todos nos sentimos tristes o melancólicos en ocasiones. Pero estos sentimientos suelen durar poco y pasan en un par de días. Cuando sufre de depresión, esta interfiere con su vida cotidiana y le causa dolor a usted y a las personas que lo quieren. La depresión es una enfermedad común, pero seria.

Muchas personas con una enfermedad depresiva nunca tratan de recibir tratamiento. Pero la mayoría de las personas, incluso con las depresiones más serias, pueden mejorar con tratamiento. Los medicamentos, las psicoterapias y otros métodos pueden servir para tratar efectivamente a las personas con depresión.

¿Cuáles son las diferentes formas de depresión?

Hay varias formas de trastornos depresivos.

Depresión mayor— síntomas graves que interfieren con su capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida. Un episodio puede ocurrir solamente una vez durante la vida de la persona, pero lo más común es que una persona presente varios episodios.

La depresión es una enfermedad común, pero seria. La mayoría de las personas que sufren de depresión necesitan tratamiento para mejorar.

Trastorno depresivo persistente— un estado de ánimo deprimido que dura por lo menos 2 años. Una persona con diagnóstico de trastorno depresivo persistente puede presentar episodios de depresión mayor junto con períodos con síntomas menos intensos, pero los síntomas deben durar 2 años.

Algunas formas de depresión son ligeramente diferentes, o pueden desarrollarse en circunstancias únicas.

Estas incluyen:

- **Depresión psicótica**, que ocurre cuando una persona presenta depresión grave junto con alguna forma de psicosis, como tener creencias falsas perturbadoras o perder el contacto con la realidad (delirios), o escuchar o ver cosas perturbadoras que las demás personas no pueden escuchar ni ver (alucinaciones).
- **Depresión posparto**, que es mucho más grave que la «tristeza posparto» que muchas mujeres sienten después de dar a luz, cuando los cambios físicos y hormonales y la nueva responsabilidad de cuidar a un recién nacido pueden ser abrumadores. Se estima que del 10 al 15 por ciento de las mujeres presentan depresión posparto después de dar a luz.¹

- **Trastorno afectivo estacional (por sus siglas en inglés, SAD)**, que se caracteriza por la aparición de depresión durante los meses invernales, cuando hay menos luz solar natural. La depresión generalmente desaparece durante la primavera y el verano. El SAD puede ser tratado eficazmente con fototerapia, pero casi la mitad de las personas con SAD no mejoran solamente con la fototerapia. Los medicamentos antidepresivos y la psicoterapia pueden reducir los síntomas de SAD, ya sea por sí solos o en combinación con la fototerapia.²

El trastorno bipolar, también conocido como enfermedad maniaco depresiva, no es tan común como la depresión mayor o el trastorno depresivo persistente. El trastorno bipolar se caracteriza por un ciclo de cambios del estado de ánimo, de extremadamente elevado (es decir, manía) a extremadamente deprimido (es decir, depresión).

¿Cuáles los signos y síntomas de la depresión?

No todas las personas con enfermedades depresivas presentan los mismos síntomas. La gravedad, frecuencia y duración de los síntomas varían de acuerdo con la persona y su enfermedad en particular.

Los signos y síntomas incluyen:

- Sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad o «vacío»
- Sentimientos de desesperanza o pesimismo
- Sentimientos de culpa, futilidad o impotencia
- Irritabilidad, inquietud
- Pérdida de interés en actividades o pasatiempos que antes eran placenteros, incluyendo las relaciones sexuales
- Fatiga y reducción en el nivel de energía
- Dificultad para concentrarse, recordar detalles y tomar decisiones
- Insomnio, despertar en la madrugada, o dormir demasiado
- Comer en exceso o pérdida del apetito
- Ideas suicidas, intentos de suicidio
- Dolores, dolor de cabeza, cólicos o problemas digestivos que no se alivian con tratamiento.

¿Cuáles enfermedades suelen coexistir con la depresión?

Otras enfermedades pueden presentarse antes de la depresión, causarla, o ser consecuencia de ella. Pero la depresión y otras enfermedades interactúan de diferentes maneras en diferentes personas. En todo caso, las enfermedades simultáneas deben ser diagnosticadas y tratadas.

Los trastornos de la ansiedad, como el trastorno por estrés postraumático (TEPT), el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno de pánico, la fobia social y el trastorno

de ansiedad generalizada a menudo acompañan a la depresión.^{3,4} El TEPT puede ocurrir después de que una persona sufre un suceso aterrador, como una agresión violenta, un desastre natural, un accidente, terrorismo o combate militar. Las personas que sufren de TEPT son particularmente propensas a sufrir depresión coexistente.

En un estudio financiado por el Instituto Nacional de Salud Mental (por sus siglas en inglés, NIMH), los investigadores descubrieron que más del 40 por ciento de las personas con TEPT también tenían depresión 4 meses después del evento traumático.⁵

El abuso o dependencia del alcohol y de otras sustancias también pueden coexistir con la depresión. Las investigaciones demuestran que los trastornos del estado de ánimo y el abuso de sustancias comúnmente se presentan juntos.⁶

La depresión también puede ocurrir con otras enfermedades graves, como enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular, cáncer, VIH/SIDA, diabetes y enfermedad de Parkinson. Las personas que sufren de depresión junto con otra enfermedad médica tienden a sufrir síntomas más graves tanto de la depresión como de la enfermedad médica, tienen más dificultad para adaptarse a su trastorno médico y tienen costos médicos más altos que quienes no tienen depresión coexistente.⁷ Tratar la depresión también puede ayudar a mejorar los resultados del tratamiento de la enfermedad coexistente.⁸

“

Empecé a faltar varios días al trabajo y una amiga notó que algo no estaba bien. Habló conmigo sobre la época en que estuvo realmente deprimida y recibió ayuda de su médico.

”

¿Qué causa la depresión?

Lo más probable es que la depresión sea causada por una combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos.

Las enfermedades depresivas son trastornos cerebrales. Las teorías más duraderas sobre la depresión sugieren que neurotransmisores importantes —sustancias químicas que las neuronas usan para comunicarse— están desequilibrados durante la depresión. Pero ha sido difícil demostrarlo.

Las tecnologías para estudios de imagen del cerebro, como las imágenes por resonancia magnética (IRM), han mostrado que los cerebros de las personas con depresión tienen un aspecto diferente al de los cerebros de personas sin depresión. Las partes del cerebro que están involucradas en el estado de ánimo, el razonamiento, el sueño, el apetito y la conducta tienen un aspecto diferente. Pero estas imágenes no revelan por qué ocurre la depresión. Tampoco pueden usarse para diagnosticar la depresión.

Algunos tipos de depresión tienden a aparecer en familias. Sin embargo, la depresión puede presentarse en personas sin antecedentes familiares de depresión.⁹ Los científicos están estudiando ciertos genes que pueden hacer que algunas personas sean más propensas a la depresión. Algunas investigaciones genéticas indican que el riesgo de depresión es resultado de la influencia de varios genes actuando en conjunto con factores ambientales y otros factores.¹⁰ Además, el trauma, la pérdida de un ser querido, una relación difícil o cualquier situación estresante pueden desencadenar un episodio depresivo. Otros episodios depresivos pueden ocurrir con o sin un desencadenante obvio.

Las investigaciones indican que las enfermedades depresivas son trastornos cerebrales.

“

Era muy difícil salir de la cama por las mañanas. Solamente quería esconderme bajo las sábanas y no hablar con nadie. No tenía ganas de comer y perdí mucho peso.

Nada parecía divertido. Me sentía cansado todo el tiempo, y no dormía bien por la noche. Pero sabía que tenía que seguir adelante, porque tengo hijos y un trabajo. Es sólo que parecía tan imposible, como si nada fuera a cambiar o a mejorar.

”

¿Cómo sienten la depresión las mujeres?

La depresión es más común en las mujeres que en los hombres. Los factores biológicos, hormonales, psicosociales y del ciclo de vida de las mujeres pueden estar vinculados con una tasa de depresión más elevada en las mujeres. Los investigadores han demostrado que las hormonas afectan directamente a la química cerebral que controla las emociones y el estado de ánimo. Por ejemplo, las mujeres son especialmente vulnerables a desarrollar depresión posparto después de dar a luz, cuando los cambios físicos y hormonales y la nueva responsabilidad de cuidar a un recién nacido pueden ser abrumadores.

Algunas mujeres también pueden presentar una forma grave de síndrome premenstrual (SPM) llamada trastorno disfórico premenstrual (TDPM). El TDPM se relaciona con los cambios hormonales que suelen ocurrir cerca de la ovulación y antes del inicio de la menstruación.

Durante la transición a la menopausia, algunas mujeres están en mayor riesgo de sufrir depresión. Además, la osteoporosis –adelgazamiento óseo o pérdida ósea– puede estar relacionada con la depresión.¹¹ Los científicos están explorando todas estas posibles conexiones y la manera en que el ciclo de aumento y reducción de estrógenos y otras hormonas puede afectar la química cerebral de la mujer.¹²

Por último, muchas mujeres enfrentan estrés adicional por las responsabilidades del trabajo y el hogar, el cuidado de los hijos y los padres ancianos, el maltrato, la pobreza y los problemas de pareja. Sin embargo, aún no está claro por qué algunas mujeres que enfrentan desafíos enormes sufren depresión, mientras que otras con desafíos similares no la sufren.

¿Cómo sienten la depresión los hombres?

Los hombres a menudo sienten la depresión de manera diferente que las mujeres. Mientras que las mujeres con depresión tienen más probabilidades de tener sentimientos de tristeza, futilidad y culpa excesiva, los hombres tienen más probabilidades de sentirse muy cansados e irritables, perder interés en actividades que eran placenteras, y tener problemas para dormir.^{13,14}

Los hombres pueden tener más probabilidades que las mujeres de recurrir al alcohol o las drogas cuando están deprimidos. También pueden sentirse frustrados, desanimados, irritables, enojados, y en ocasiones agresivos. Algunos hombres se dedican completamente al trabajo para evitar hablar sobre su depresión con familiares y amigos, o se comportan con imprudencia. Y aunque más mujeres intentan suicidarse, muchos más hombres mueren por suicidio en los Estados Unidos.¹⁵

¿Cómo sienten la depresión los adultos mayores?

La depresión no es una parte normal del envejecimiento. Los estudios demuestran que la mayoría de los adultos mayores se sienten satisfechos con sus vidas, pese a tener más enfermedades o problemas físicos. Sin embargo, cuando los adultos mayores tienen depresión esta puede pasarse por alto, porque los adultos mayores pueden presentar síntomas diferentes y menos obvios. Pueden que tengan menos probabilidades de sentir o admitir sentimiento de tristeza o duelo.¹⁶

A veces puede ser difícil distinguir el duelo de la depresión mayor. El duelo después de la pérdida de un ser querido es una reacción normal a la pérdida, y generalmente no requiere tratamiento profesional de salud mental. Sin embargo, el duelo que es complicado y dura mucho tiempo después de una pérdida puede requerir tratamiento. Los investigadores siguen estudiando la relación entre el duelo complicado y la depresión mayor.¹⁷

Los adultos mayores también pueden sufrir de más trastornos médicos, como enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular o cáncer, que pueden causar síntomas depresivos. O pueden estar tomando medicamentos con efectos secundarios que contribuyan a la depresión. Algunos adultos mayores pueden presentar lo que los médicos llaman depresión vascular, también conocida como depresión arterioesclerótica o depresión isquémica subcortical. La depresión vascular puede ocurrir cuando los vasos sanguíneos se vuelven menos flexibles y se endurecen con el tiempo, haciendo que se reduzca su diámetro. El endurecimiento de los vasos sanguíneos evita el flujo normal de sangre a los órganos corporales, incluyendo el cerebro. Quienes sufren de depresión vascular pueden tener, o estar en riesgo de tener, enfermedad cardíaca o un accidente cerebrovascular.¹⁸

Aunque muchas personas asumen que las tasas de suicidio más elevadas se dan entre los jóvenes, los hombres blancos de 85 años en adelante son quienes tienen la tasa de

suicidio más elevada en Estados Unidos. Muchos tienen una enfermedad depresiva que sus médicos no conocen, a pesar de que muchas de estas víctimas de suicidio visitan a sus médicos menos de 1 mes antes de la muerte.¹⁹

La mayoría de los adultos mayores con depresión mejoran al recibir tratamiento con un antidepresivo, psicoterapia o una combinación de ambos.²⁰ Las investigaciones han demostrado que tanto los medicamentos por sí solos como el tratamiento combinado son eficaces para reducir la depresión en adultos mayores.²¹ La psicoterapia por sí sola también puede ser eficaz para ayudar a los adultos mayores a evitar la depresión, especialmente entre quienes presentan depresión menor. La psicoterapia es de especial utilidad para quienes no pueden o no quieren tomar medicamentos antidepresivos.^{22,23}

¿Cómo sienten la depresión los niños y adolescentes?

Los niños que sufren de depresión a menudo siguen presentando episodios cuando llegan a la edad adulta. Los niños que tienen depresión también tienen más probabilidades de sufrir otras enfermedades más graves en la edad adulta.²⁴

Un niño con depresión puede fingir una enfermedad, negarse a ir a la escuela, aferrarse a un padre o preocuparse de que un padre pueda morir. Los niños mayores pueden estar taciturnos, meterse en problemas en la escuela, ser negativos e irritables, y sentir que nadie los entiende. Dado que estos síntomas pueden parecerse a los cambios repentinos de estado de ánimo típicos de los niños que atraviesan las etapas del desarrollo, puede ser difícil diagnosticar con exactitud a un niño o joven con depresión.

Antes de la pubertad, niños y niñas tienen las mismas probabilidades de desarrollar depresión. Sin embargo, a los 15 años de edad las mujeres tienen el doble de probabilidades de presentar un episodio depresivo mayor.²⁵

La depresión durante la adolescencia ocurre en una época de grandes cambios personales, cuando chicos y chicas están formando una identidad separada de sus padres, batallando con asuntos de género y con su sexualidad emergente, y tomando decisiones independientes por primera vez en sus vidas. La depresión en la adolescencia frecuentemente va acompañada de otros trastornos como la ansiedad, los trastornos de la alimentación o el abuso de sustancias. También puede llevar a un riesgo elevado de suicidio.^{24,26}

Un ensayo clínico financiado por el NIMH en 439 adolescentes con depresión mayor determinó que una combinación de medicamentos y psicoterapia era la opción de tratamiento más eficaz.²⁷ Otros investigadores financiados por el NIMH están desarrollando y probando maneras de prevenir el suicidio en niños y adolescentes.

La depresión infantil a menudo persiste, reaparece y continúa hasta la edad adulta, especialmente si se deja sin tratar.

¿Cómo se diagnostica y trata la depresión?

La depresión, incluso en los casos más graves, puede tratarse con eficacia. Mientras antes pueda comenzar el tratamiento, más eficaz resulta.

El primer paso para recibir tratamiento apropiado es visitar a un médico o a un especialista en salud mental. Ciertos medicamentos, y algunos trastornos médicos como virus o un trastorno tiroideo, pueden causar los mismos síntomas que la depresión. Un médico puede descartar estas posibilidades con un examen físico, una entrevista y pruebas de laboratorio. Si el médico no puede encontrar un trastorno físico que pueda estar causando la depresión, el siguiente paso es una evaluación psicológica.

El médico puede derivarlo a un profesional de la salud mental, quien debe hablar con usted sobre sus antecedentes familiares de depresión y otros trastornos mentales, y elaborar una historia clínica completa de sus síntomas. Usted debe explicar cuándo aparecieron sus síntomas, cuánto tiempo han durado, qué tan graves son, y si se han presentado antes y, de ser así, cómo fueron tratados. El profesional de la salud mental también puede preguntarle si consume alcohol o drogas, y si está pensando en la muerte o el suicidio.

Una vez diagnosticada, la persona con depresión puede recibir varios tipos de tratamiento. Los tratamientos más comunes son medicamentos y psicoterapia.

“

Llamé a mi médico y hablamos sobre cómo me sentía. Me pidió que fuera para hacer un examen físico y me dio el nombre de un especialista que es experto en el tratamiento de la depresión.

”

Medicamentos

Los antidepresivos actúan principalmente sobre las sustancias químicas del cerebro denominadas neurotransmisores, especialmente la serotonina y la norepinefrina. Otros antidepresivos actúan sobre el neurotransmisor dopamina. Los científicos han determinado que estas sustancias químicas en particular están involucradas en la regulación del estado de ánimo, pero no están seguros de la manera exacta en la que funcionan. La información más reciente sobre los medicamentos para tratar la depresión está disponible en el sitio de internet de la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. (por sus siglas en inglés, FDA), en www.fda.gov.

Antidepresivos nuevos populares

Algunos de los antidepresivos más nuevos y populares se llaman inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Algunos de los ISRS recetados más comúnmente para la depresión son la fluoxetina (Prozac), la sertralina (Zoloft), el escitalopram (Lexapro), la paroxetina (Paxil), y el citalopram (Celexa). La mayoría están disponibles en versiones genéricas. Los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN) son similares a los ISRS e incluyen la venlafaxina (Effexor) y la duloxetina (Cymbalta).

Los ISRS y los IRSN tienden a tener menos efectos secundarios que los antidepresivos anteriores, pero a veces producen dolor de cabeza, náusea, nerviosismo o insomnio cuando

la persona empieza a tomarlos. Estos síntomas tienden a desaparecer con el tiempo. Algunas personas también experimentan problemas sexuales con los ISRS y los IRSN, que pueden evitarse ajustando la dosis o cambiando a otro medicamento.

Un antidepresivo popular que actúa sobre la dopamina es el bupropión (Wellbutrin). El bupropión tiende a tener efectos secundarios similares a los ISRS y los IRSN, pero tiene menos probabilidades de causar efectos secundarios sexuales. Sin embargo, puede aumentar el riesgo de convulsiones.

Tricíclicos

Los tricíclicos son antidepresivos más antiguos. Los tricíclicos son poderosos, pero hoy en día se usan menos porque sus efectos secundarios potenciales son mucho más serios. Pueden afectar el corazón en personas con trastornos cardíacos. A veces causan mareos, especialmente en adultos mayores. También pueden causar somnolencia, boca seca y aumento de peso. Estos efectos secundarios generalmente pueden corregirse cambiando la dosis y cambiando a otro medicamento. Sin embargo, los tricíclicos pueden ser especialmente peligrosos si se toma una sobredosis. Los tricíclicos incluyen la imipramina y la nortriptilina.

IMAO

Los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) son la clase más antigua de medicamentos antidepresivos. Pueden ser especialmente efectivos en casos de depresión «atípica», como cuando una persona siente aumento de apetito y la necesidad de dormir más, en vez de una reducción del apetito y el sueño. También pueden ayudar con los sentimientos de ansiedad o pánico y con otros síntomas específicos.

Sin embargo, las personas que toman IMAO deben evitar ciertos alimentos y bebidas (entre ellos el queso y el vino tinto) que contienen una sustancia llamada tiramina. Mientras se toma un IMAO también es necesario evitar algunos medicamentos, incluyendo a algunas pastillas anticonceptivas, analgésicos recetados, medicamentos antigripales y antialérgicos, y suplementos de herbolaria. Estas sustancias pueden interactuar con los IMAO y causar aumentos peligrosos de la presión arterial. El desarrollo de un nuevo parche dérmico con IMAO puede ayudar a reducir estos riesgos. Si está tomando un IMAO; su médico debe darle una lista completa de los alimentos, los medicamentos y las sustancias que debe evitar.

Los IMAO también pueden reaccionar con los ISRS y producir un trastorno grave llamado «síndrome de la serotonina», que puede causar confusión, alucinaciones, aumento de la sudoración, rigidez muscular, convulsiones, alteraciones de la presión arterial o el ritmo cardíaco, y otros trastornos que potencialmente pueden poner en peligro la vida. Los IMAO no deben tomarse junto con ISRS.

¿Cómo debo tomar los medicamentos?

Todos los antidepresivos deben tomarse por lo menos durante 4 a 6 semanas antes de que alcancen todo su efecto. Debe seguir tomando el medicamento incluso si se siente mejor, para evitar que regrese la depresión.

Los medicamentos solamente deben suspenderse bajo la supervisión de un médico. Algunos medicamentos necesitan reducirse gradualmente para darle al organismo tiempo

para ajustarse. Aunque los antidepresivos no forman hábito ni son adictivos, la suspensión repentina de un antidepresivo puede causar síntomas de abstinencia o causar una recaída de la depresión. Algunas personas, como quienes tienen depresión crónica o recurrente, pueden tener que tomar el medicamento de manera indefinida.

Además, si un medicamento no funciona, debe considerar la posibilidad de tomar otro. Las investigaciones financiadas por el NIMH han demostrado que las personas que no mejoraron después de tomar un primer medicamento aumentaron sus probabilidades de superar la depresión cuando cambiaron a un medicamento diferente o añadieron otro medicamento al que ya tomaban.^{28,29}

En ocasiones los estimulantes, medicamentos ansiolíticos y otros medicamentos se usan en combinación con un antidepresivo, especialmente si una persona tiene una enfermedad coexistente. Sin embargo, ni los ansiolíticos ni los estimulantes son eficaces contra la depresión cuando se toman por sí solos, y ambos deben tomarse solamente bajo la estrecha supervisión de un médico.

Informe de inmediato a un médico de todos sus efectos secundarios inusuales.

Advertencia de la FDA sobre los antidepresivos

Pese a la seguridad relativa y la popularidad de los ISRS y de otros antidepresivos, los estudios sugieren que pueden tener efectos secundarios inesperados en algunas personas, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes. En 2004, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) realizó un análisis minucioso de los ensayos clínicos controlados, publicados o no, de antidepresivos en casi 4,400 niños y adolescentes. El análisis reveló que el 4 por ciento de quienes tomaban antidepresivos tuvieron ideas suicidas o intentaron suicidarse (aunque no ocurrió ningún suicidio), en comparación en el 2 por ciento de quienes recibían placebos.

Esta información impulsó a la FDA, en 2005, a adoptar una etiqueta de advertencia de «caja negra» en todos los medicamentos antidepresivos, para advertir al público en general sobre el potencial aumento en el riesgo de ideas suicidas o intentos de suicidio en los niños y adolescentes que toman antidepresivos. En 2007, la FDA propuso que los fabricantes de todos los medicamentos antidepresivos extendieran la advertencia para incluir a los adultos jóvenes hasta los 24 años de edad. Una advertencia de «caja negra» es la advertencia más seria en etiquetas de medicamentos recetados.

La advertencia enfatiza que los pacientes de todas las edades que toman antidepresivos deben ser supervisados estrechamente, especialmente durante las primeras semanas del tratamiento. Los posibles efectos secundarios a los que es necesario prestar atención son el empeoramiento de la depresión, ideas o comportamientos suicidas, o cualquier cambio inusual en la conducta, como insomnio, agitación y retraimiento de situaciones sociales normales. La advertencia añade que las familias y los cuidadores deben ser informados de la necesidad de supervisar estrechamente y de informar al médico de cualquier cambio.

Los niños, adolescentes y adultos jóvenes que tomen antidepresivos deben ser supervisados estrechamente.

Los resultados de un análisis completo de ensayos pediátricos realizados entre 1988 y 2006 sugirió que los beneficios de los medicamentos antidepresivos probablemente superan sus riesgos en niños y adolescentes con depresión mayor y trastornos de la ansiedad.³⁰

El estudio fue financiado parcialmente por el NIMH.

Además, la FDA emitió una advertencia en el sentido de que combinar un antidepresivo ISRS o IRSN con uno de los medicamentos «triptanos» usados comúnmente para migrañas podría causar un «síndrome de la serotonina» potencialmente mortal, caracterizado por agitación, alucinaciones, temperatura corporal elevada y cambios rápidos en la presión arterial. Aunque resulta más dramático en el caso de los IMAO, los antidepresivos más nuevos también pueden estar relacionados con interacciones potencialmente peligrosas con otros medicamentos.

¿Qué hay de la hierba de San Juan?

El extracto de la hierba de San Juan (Hypericum perforatum) se ha usado durante siglos en muchos remedios tradicionales y de herbolaria. En Europa muchas personas lo usan actualmente para tratar la depresión de leve a moderada. En los Estados Unidos es uno de los productos botánicos más vendidos.

En un ensayo de 8 semanas con 340 pacientes con diagnóstico de depresión mayor, la hierba de San Juan se comparó con un ISRS común y con un placebo (pastilla de azúcar). El ensayo descubrió que la hierba de San Juan no era más efectiva que el placebo para el tratamiento de la depresión mayor.³¹ Sin embargo, el uso de la hierba de San Juan para la depresión menor o moderada puede ser más efectivo. Aún se estudia su uso en el tratamiento de la depresión.

La hierba de San Juan puede interactuar con otros medicamentos, incluyendo los utilizados para controlar las infecciones por VIH. En el año 2000, la FDA emitió una carta informativa de salud pública en la que explicaba que la hierba puede interferir con ciertos medicamentos usados para tratar las enfermedades cardíacas, la depresión, las convulsiones, algunos cánceres y los usados para prevenir el rechazo de órganos trasplantados. La hierba también puede interferir con la eficacia de los anticonceptivos orales. Consulte a su médico antes de tomar cualquier suplemento de herbolaria.

Psicoterapia

Varios tipos de psicoterapia pueden ayudar a las personas con depresión.

Dos tipos principales de psicoterapia, la terapia cognitivo conductual (TCC) y la terapia interpersonal (TIP) son eficaces para el tratamiento de la depresión. La TCC ayuda a las

personas con depresión a reestructurar sus patrones de pensamiento negativo. Al hacerlo, las personas interpretan su medio ambiente y sus interacciones con otras personas de manera positiva y realista. También puede ayudarle a reconocer cosas que pueden estar contribuyendo a la depresión y ayudarle a cambiar las conductas que pueden estar empeorando la depresión. La TIP ayuda a las personas a entender y trabajar en relaciones problemáticas que pueden ser la causa de su depresión o un factor que la empeora.

En el caso de depresión moderada, la psicoterapia puede ser la mejor opción. Sin embargo, para la depresión grave y para ciertas personas, la psicoterapia podría no ser suficiente. Para los adolescentes, una combinación de medicamentos y psicoterapia puede ser el enfoque más efectivo para tratar la depresión mayor y reducir las probabilidades de que regrese.²⁷ Otro estudio que examinó el tratamiento de la depresión entre adultos mayores descubrió que las personas que respondieron al tratamiento inicial con medicamentos y TIP tuvieron menos probabilidades de recaer en la depresión si continuaban su tratamiento combinado durante al menos 2 años.²³

“

Ahora voy a psicoterapia con el especialista con regularidad, y eso me ayuda a aprender maneras de afrontar esta enfermedad en mi vida cotidiana, y estoy tomando medicamento para la depresión.

”

Terapia electroconvulsiva y otras terapias de estimulación cerebral

En los casos en los que los medicamentos y/o la psicoterapia no ayudan a aliviar la depresión resistente al tratamiento de una persona, la terapia electroconvulsiva (TEC) puede ser de utilidad. La TEC, antes conocida como «terapia de shock», antes tenía una mala reputación. Pero en años recientes se ha mejorado mucho y puede brindar alivio a las personas con depresión grave que no han podido sentirse mejor con otros tratamientos.

Antes de iniciar la TEC, el paciente recibe anestesia y un relajante muscular. El paciente duerme durante todo el tratamiento y no siente conscientemente los impulsos eléctricos. Antes de 1 hora de la sesión de tratamiento, que sólo dura unos minutos, el paciente está despierto y alerta.

Una persona normalmente se somete a TEC varias veces por semana, y a menudo tendrá que tomar un antidepresivo u otro medicamento junto con los tratamientos de TEC. Aunque algunas personas necesitan sólo unos cuantos tratamientos de TEC, otros pueden necesitar TEC de mantenimiento; generalmente esta es una vez por semana al principio, y gradualmente se reduce a tratamientos mensuales. Las investigaciones en curso sobre la TEC, apoyadas por el NIMH, buscan desarrollar calendarios personalizados para la TEC de

mantenimiento.

La TEC puede causar algunos efectos secundarios, como confusión, desorientación y pérdida de la memoria. Generalmente estos efectos secundarios son de corto plazo, pero a veces pueden persistir. Los métodos más nuevos para administrar el tratamiento han reducido la pérdida de la memoria y otras dificultades cognitivas relacionadas con la TEC. Las investigaciones han descubierto que después de 1 año de tratamiento con TEC la mayoría de los pacientes no mostraron efectos adversos cognitivos.³²

Sin embargo, los pacientes siempre dan su consentimiento informado antes de recibir TEC, para garantizar que entiendan los beneficios y riesgos potenciales del tratamiento.

Otros tipos de terapias de estimulación cerebral más recientes que se utilizan para tratar la depresión grave incluyen la estimulación del nervio vago (ENV) y la estimulación magnética transcraneana repetitiva (EMTr). Estos métodos aún no son de uso común, pero las investigaciones sugieren que son prometedores.

¿Cómo puedo ayudar a un ser querido que está deprimido?

Si conoce a alguien que está deprimido, esto también le afecta a usted. Lo más importante que puede hacer es ayudar a su familiar o amigo a obtener un diagnóstico y tratamiento. Quizá tenga que hacer una cita y acompañarlo a consultar al médico. Anime a su ser querido a continuar el tratamiento, o a buscar un tratamiento distinto si no presenta mejora en 6 a 8 semanas.

Para ayudar a su amigo o familiar

- Ofrezca apoyo emocional, comprensión, paciencia y ánimo.
- Hable con él y escúchelo con atención.
- Nunca haga menos sus sentimientos, pero señale las realidades y ofrezca esperanza.
- Nunca ignore comentarios referentes al suicidio, e informe de ellos al terapeuta o médico de su ser querido.
- Invite a su ser querido a caminatas, salidas y otras actividades. Siga intentándolo si lo rechaza, pero no lo fuerce ni lo obligue a hacer demasiadas cosas demasiado pronto.
- Brinde asistencia para ir a las citas médicas.
- Recuerde a su ser querido que, con tiempo y tratamiento, la depresión desaparecerá.

¿Qué puedo hacer por mí mismo si estoy deprimido?

Si tiene depresión, quizá se sienta exhausto, impotente y sin esperanza. Puede ser extremadamente difícil emprender cualquier acción para ayudarse a sí mismo. Pero cuando empiece a reconocer su depresión e inicie el tratamiento, empezará a sentirse mejor.

Para ayudarse a sí mismo

- No espere demasiado para recibir una evaluación o tratamiento. Hay investigaciones que muestran que mientras más se espera, puede enfrentar más dificultades. Trate de consultar a un profesional lo antes posible.
- Trate de mantenerse activo y hacer ejercicio. Vaya al cine, a un partido deportivo o a otro evento o actividad que antes disfrutaba.
- Establezca metas realistas para sí mismo.
- Divida las tareas grandes en varias pequeñas, establezca prioridades y haga lo que pueda, como pueda.
- Trate de pasar tiempo con otras personas y confíe sus sentimientos a un amigo o familiar de confianza. Trate de no aislarse y deje que otros le ayuden.
- Espere que su estado de ánimo mejore gradualmente, no de inmediato. No espere «salir» repentinamente de su depresión. A menudo, durante el tratamiento para la depresión, su sueño y apetito empezarán a mejorar antes que su estado de ánimo.
- Posponga las decisiones importantes, como casarse, divorciarse o cambiar de empleo, hasta que se sienta mejor. Hable sobre sus decisiones con otras personas que lo conozcan bien y que tengan un punto de vista más objetivo de su situación.
- Recuerde que el pensamiento positivo reemplazará las ideas negativas conforme su depresión responda al tratamiento.
- Siga aprendiendo sobre la depresión.

Las cosas no mejoraron de la noche a la mañana, pero me siento más capaz de disfrutar de la vida y de mis hijos.

¿En dónde puedo pedir ayuda?

Si no está seguro de dónde puede pedir ayuda, consulte a su médico familiar. A continuación se presentan otras organizaciones que pueden ayudarle.

Recursos de salud mental

- Especialistas en salud mental, como psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales o terapeutas de salud mental
- Organizaciones de mantenimiento de la salud
- Centros de salud mental de la comunidad
- Departamentos de psiquiatría de hospitales y clínicas para pacientes ambulatorios
- Programas de salud mental en universidades y escuelas de medicina
- Clínicas para pacientes ambulatorios de hospitales estatales
- Servicios para la familia, agencias sociales o ministros religiosos

- Grupos de apoyo de personas en situación similar
- Clínicas e instituciones privadas
- Programas de asistencia a empleados
- Sociedades médicas y psiquiátricas de su localidad
- También puede consultar en el directorio telefónico, en «salud mental», «salud», «servicios sociales», «líneas de ayuda» o «médicos» para encontrar direcciones y números de teléfono. Un médico de la sala de emergencias también puede brindar ayuda temporal y puede decirle en dónde y cómo recibir más ayuda.

Cómo encontrar ayuda

Directorio del Programa de Salud Mental del Estado de New York

El Directorio del Programa de Salud Mental proporciona información sobre todos los programas del Estado de New York que son operados, autorizados o financiados por la Oficina de Salud Mental del Estado (por sus siglas en inglés, OMH). Este sitio incluye tres opciones de búsqueda: Búsqueda básica, búsqueda avanzada y directorio completo. Las definiciones de todos los programas están disponibles en la pestaña Support (Ayuda), junto con la ayuda del directorio y la información sobre la recolección de datos del programa. Encuentre servicios cerca de usted en: Aplicación móvil «Find a Program» en omh.ny.gov

Localizador de programas para tratamiento de salud mental

La Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (por sus siglas en inglés, SAMHSA) ofrece este recurso en línea para encontrar instituciones y programas de tratamiento de salud mental. La sección del localizador de tratamientos de salud mental del Localizador de Servicios de Tratamiento de Salud Conductual muestra las instituciones que brindan servicios de salud mental a personas con enfermedades mentales. Encuentre una institución en su estado en <https://findtreatment.samhsa.gov/>

¿Qué hago si yo o alguien que conozco está en crisis?

Si está pensando en causarse daño, o conoce a alguien que lo está pensando, informe de inmediato a alguien que pueda ayudar.

- No deje solo a su familiar o amigo, y no se aíse.
- Llame a su médico.
- Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias de un hospital para recibir ayuda de inmediato, o pida a un familiar o amigo que le ayude a hacerlo.
- Llame a la línea de ayuda 24 horas sin costo de la Línea Nacional para la Prevención del Suicidio al 1-800-273-TALK (1-800-273-8255); TTY: 1-800-799-4TTY (4889), para hablar con un terapeuta entrenado.

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, Kaelbler 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 WS, Faraone SV. Gene-environment interactions in mental disorders. *World Psychiatry*, 2004 June; 3(2):73–83.
11. Eskandari F, Martinez PE, Torvik S, Phillips TM, Sternberg EM, Mistry S, Ronsaville D, Wesley R, Toomey C, Sebring NG, Reynolds JC, Blackman MR, Calis KA, Gold PW, Cizza G, for the POWER Study Group. Low bone mass in premenopausal women with depression. *Archives of Internal Medicine*, 2007 Nov 26; 167(21):2329–2336.
12. Rubinow DR, Schmidt PJ, Roca CA. Estrogen-serotonin interactions: implications for affective regulation. *Biological Psychiatry*, 1998; 44(9):839–850.
13. 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.
14. Cochran SV, Rabinowitz FE. *Men and Depression: clinical and empirical perspectives*. San Diego: Academic Press, 2000.
15. 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.
16. Shear K, Frank E, Houck PR, Reynolds CF. Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*. 2005; 293:2601–2608.
17. Gallo JJ, Rabins PV. Depression without sadness: alternative presentations of depression in late life. *American Family Physician*, 1999; 60(3):820–826.
18. Krishnan KRR, Taylor WD, et al. Clinical characteristics of magnetic resonance imaging-defined subcortical ischemic depression. *Biological Psychiatry*, 2004; 55:390–397.
19. Luoma JB, Pearson JL, Martin CE. Contact with mental health and primary care prior to suicide: a review of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 2002; 159:909–16.
20. 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.
21. 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.
22. 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.
23. Reynolds CF III, Dew MA, Pollock BG, Mulsant BH, Frank E, Miller MD, Houck PR, Mazumdar S, Butters MA, Stack JA, Schlermitzauer 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.
24. Weissman MM, Wolk 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.
25. 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.
26. 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.

27. March J, Silva S, Petrycki 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.
28. 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.
29. 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.
30. 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.
31. 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.
32. Lisanby SH. Electroconvulsive therapy for depression. *New England Journal of Medicine*. 2007; 357:1939–1945

Para obtener más información

Visite el sitio Medline Plus de la Biblioteca Nacional de Medicina:

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/>

En español:

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/>

Para ver información sobre ensayos clínicos:

<http://www.nlm.nih.gov/health/trials/index.shtml>

Base de datos de ensayos clínicos de la Biblioteca Nacional de Medicina:

<http://www.clinicaltrials.gov/>

La Oficina de Salud Mental del Estado de New York agradece al Instituto Nacional de Salud Mental por proporcionar la información contenida en este folleto.
Julio de 2018

Si tiene preguntas o quejas sobre los servicios de salud mental en cualquier parte del Estado de New York, comuníquese con:

Oficina de Salud Mental del
Estado de New York
Relaciones con Clientes
44 Holland Avenue
Albany, NY 12229
(800) 597-8481 (sin costo)

Para obtener información sobre los servicios de salud mental en su comunidad, comuníquese con la oficina regional de la Oficina de Salud Mental del Estado de New York más cercana a usted:

Oficina para New York Oeste
737 Delaware Avenue, Suite 200
Buffalo, NY 14209
(716) 885-4219

Oficina para New York Central
545 Cedar Street, 2nd Floor
Syracuse, NY 13210-2319
(315) 426-3930

Oficina para Hudson River
10 Ross Circle, Suite 5N
Poughkeepsie, NY 12601
(845) 454-8229

Oficina para Long Island
998 Crooked Hill Road
Building #45-3
West Brentwood, NY 11717-1087
(631) 761-2886

Oficina para la Ciudad de New York
330 Fifth Avenue, 9th Floor
New York, NY 10001-3101
(212) 330-1650



Office of
Mental Health

¿En crisis?

Tenemos tiempo para escuchar.
Envíe el mensaje de
texto Got5 al 741741

Línea Nacional para la Prevención del Suicidio 1-800-273-TALK (8255)

Disponible 24 horas al día,
7 días a la semana (sin costo)

El servicio está disponible para todos.
Todas las llamadas son confidenciales.

El número TTY es:
1-800-799-4TTY (4889)

Conéctese con la OMH



www.facebook.com/nysomh



[@nysomh](http://www.twitter.com/nysomh)



www.youtube.com/user/nysomh



Para obtener más información sobre esta publicación, comuníquese a:

NYS OMH Community Outreach
and Public Education Office
44 Holland Avenue
Albany, NY 12229
(800) 597-8481 (sin costo)
www.omh.ny.gov