

Guía de ayuda a pacientes y familiares

AFRONTAR LA DEPRESIÓN

Dr. Francisco Ferre Navarrete



FUNDACIÓN JUAN JOSÉ
LÓPEZ-IBOR



Fundación **Arpeggio**



- FUNDACIÓN JUAN JOSÉ LÓPEZ-IBOR (www.fundacionlopezibor.es).

Creada en 2005 por el doctor en psiquiatría Prof. Juan José López-Ibor Aliño, tiene por objeto la asistencia, docencia e investigación en el campo de la psiquiatría, la salud mental, la neurociencia y otros campos relacionados de las ciencias de la salud. Desarrolla sus actividades tanto en territorio nacional como en el ámbito internacional. La Fundación integra a prestigiosos expertos nacionales e internacionales en el campo de las enfermedades mentales.

- FUNDACIÓN ARPEGIO (www.fundacionarpegio.es).

En nuestra sociedad existen cuestiones que todos consideramos que han de ser resueltas antes de que produzcan una seria fractura social, como son la violencia de género y escolar, la inmigración y su integración normalizada, las discapacidades, las dependencias, la exclusión, el trabajo para los jóvenes y para las personas en edades más avanzadas; las ayudas y los servicios de ayuda a las familias; la formación profesional; la vivienda para los jóvenes, el desarrollo cultural y tecnológico, la protección de la salud, la defensa de los consumidores y del medio ambiente, entre otros.

La Comunidad de Madrid puso en marcha en 2007 la Fundación Arpegio como un instrumento ágil, flexible y capaz para llegar a tiempo allí donde haya que satisfacer un interés general de carácter social o cultural, para ayudar a las personas y colectivos que lo precisan así como colaborar con instituciones que cumplen fines encomiables.

Guía de ayuda a pacientes y familiares AFRONTAR LA DEPRESIÓN

Dr. Francisco Ferre Navarrete

¿Qué es la depresión?	5
¿Qué significa que la depresión es un trastorno de la afectividad?	5
¿Tan importante es el problema de la depresión?	6
¿Qué entiende la medicina por depresión?	6
¿Son todas las depresiones iguales?	6
¿Es cierto que la depresión es una enfermedad de nuestro tiempo?	8
¿Por qué motivo nos deprimimos?	8
¿Cómo se siente el deprimido?	9
¿Cómo es la depresión en niños y adolescentes?	10
¿Cómo experimentan las personas mayores una depresión?	11
¿Son distintas las depresiones en las mujeres?	11
¿Es el suicidio el mayor riesgo de la depresión?	12
¿Cómo se tratan las depresiones?	12
¿A quién acudir para tratar una depresión?	15
¿Es probable recaer en una depresión?	15
Entonces...¿cuánto tiempo hay que seguir un tratamiento?	15
Lo que usted debe saber en relación a la medicación	16
¿Hay forma de sospechar que se padece una depresión?	18
Bibliografía recomendada	19

¿Qué es la depresión?

Es una enfermedad multifactorial - es decir en la que intervienen muchas circunstancias - que involucra el temperamento y los rasgos de personalidad como predisponentes, la exposición a situaciones vitales estresantes y la susceptibilidad biológica genéticamente determinada.

La depresión es un trastorno de la afectividad es decir del estado de ánimo, y la manera de pensar. Afecta la forma en que una persona come y duerme. Afecta cómo uno se valora a sí mismo (autoestima) y la forma en que uno piensa. Una depresión no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza. No indica debilidad personal. No es una condición de la cual uno puede liberarse por voluntad propia. Las personas que padecen de un trastorno depresivo no pueden decir simplemente “ya basta, me voy a poner bien”. Sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses e incluso años. Sin embargo, la mayoría de las personas que padecen de depresión puede mejorar con un tratamiento adecuado.

¿Qué significa que la depresión es un trastorno de la afectividad?

El termino depresión puede referirse a un afecto, a un estado de ánimo, o una enfermedad. Así un afecto depresivo se experimenta ante una situación concreta, como un estado transitorio de sentirse “deprimido”, “triste” o “abatido”. Un estado de ánimo depresivo es más persistente, se presenta como inusual o atípico en la persona, se asocia a pensamientos negativos (como desesperanza, impotencia, pesimismo sobre el futuro y sentimientos de fracaso) y puede influir en el comportamiento. Lo fundamental del ánimo depresivo es la baja autoestima y la autocrítica exagerada. Estos estados de ánimo depresivos pueden sufrírselos un gran número de personas, aunque en los individuos sanos generalmente durarán de minutos a días y desaparecerá espontáneamente.

Una enfermedad depresiva (también llamado trastorno depresivo) se diferencia por su mayor duración e intensidad de los síntomas y sobre todo por la repercusión en el funcionamiento social, familiar, laboral etc.



¿Tan importante es el problema de la depresión?

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, la depresión es la enfermedad que más discapacidad produce muy por delante de enfermedades tan comunes como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la diabetes, la osteoartritis etc... Además en los últimos datos sobre la Salud Mental Europea recogidos en el LIBRO VERDE DE LA COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS editado en 2005, la depresión es la tercera enfermedad más frecuente muy por delante de otras muy conocidas como el alcoholismo, la psicosis o los trastornos de la conducta alimentaria. En España lo que incluye a nuestra Comunidad de Madrid, se estima que la depresión, en sus distintos tipos, afecta al 4,7% de los hombres y al 7% de las mujeres. Además se trata de una enfermedad que puede tener consecuencias devastadoras pues entre el 10 y el 15% de quienes lo padecen se suicidan. A pesar de ser una enfermedad frecuente, sin embargo como advierte la Organización Mundial de la Salud, sólo una minoría de las personas depresivas solicita o reciben tratamiento.

¿Qué entiende la Medicina por depresión?

Cómo hemos explicado la depresión es una enfermedad muy frecuente que alcanza al 5% de la población mundial, lo cual representa que entre 120 y 150 millones de personas la padecen. Esta elevada incidencia ha hecho que se vulgarice la palabra “depresión” confundiendo coloquialmente con las sensaciones de infelicidad, abatimiento, desmoralización o desánimo, sensaciones éstas que pueden presentarse en la vida de una persona y que son reacciones o estados vivenciales normales. Por eso para los psiquiatras el término depresión, hoy en día, hace referencia a un espectro de padecimientos del estado de ánimo que abarca desde las fluctuaciones cotidianas del ánimo consideradas normales hasta gravísimos cuadros, incluso psicóticos de melancolía.

¿Son todas las depresiones iguales?

No, y en la Medicina actual existen muchos tipos de clasificaciones para los trastornos depresivos. Básicamente hay dos tipos de depresiones: la depresión endógena o melancolía y la depresión neurótica o distimia. Además habría un tercer grupo menos numeroso de depresiones causadas por una enfermedad física o un fármaco.

La depresión endógena o melancólica se caracteriza por un ánimo caracterizado

por la incapacidad de disfrutar y sentir placer, que es lo que llamamos anhedonia.

Es una tristeza distinta al estado de ánimo habitual por que no varía con las circunstancias ambientales pero cambia a lo largo del día siendo más intensa por la mañana. El tono vital en la depresión endógena es tan bajo que el paciente está muy inhibido, los pensamientos son muy negativos y tiene la sensación de no tener salida a su situación. La actividad mental es más lenta de lo normal y presenta dificultades para concentrarse y tomar decisiones. Se muestra desinteresado por todo y su autoestima es muy baja.

En la depresión endógena o melancólica hay síntomas físicos: los movimientos se hacen lentos y difíciles, no tiene apetito, padece dolores generalizados, molestias digestivas, o un cansancio muy invalidante.



En los casos más graves el paciente puede manifestar ideas o pensamientos irreales, imposibles y falsos, que se denominan delirios. Los delirios depresivos más frecuentes son los que hacen referencia a la ruina personal, a supuestas enfermedades o a culpabilizarse de hechos inverosímiles.

Las depresiones endógenas pueden aparecer en el seno de un trastorno bipolar (enfermedad que será objeto de otra Guía) alternando con episodios de euforia exagerada que llamamos hipomanía cuando es en grado leve y manía cuando la sintomatología es más severa. Las depresiones bipolares tienen un inicio más precoz, presentan mayor inhibición, pueden producir hipersomnia, se dan más frecuentemente en familias donde hay trastorno bipolar y tienen mayor riesgo de suicidio.

El otro tipo de depresión más frecuente es la depresión neurótica o distimia o también llamada psicosocial por los condicionantes externos que en ella concurren. Estas depresiones a diferencia de las endógenas se caracterizan más por la autocompasión, la necesidad de atención, mayor emotividad, hipersensibilidad a la aceptación o rechazo de los demás y más quejas físicas o hipocondríacas. Además la tristeza tiene una explicación reactiva, es decir hay acontecimientos que explican que la persona reaccione con tristeza. En este tipo de depresiones al contrario que en las endógenas, no hay alteración de la memoria, ni tanta desesperanza, ni aparecen ideas delirantes y además es posible que el paciente se interese por determinadas actividades. En este tipo de depresiones, la respuesta al tratamiento farmacológico es más pobre y hay mayor tendencia a la cronicación a lo largo de la vida.

¿Es cierto que la depresión es una enfermedad de nuestro tiempo?

La depresión ha existido desde antiguo. Descripciones de cambios del ánimo semejantes a lo que en nuestros días se consideran estados depresivos, las encontramos en el Antiguo Testamento y en muchos textos clásicos hindúes. Ya Hipócrates (460-377 ac) considerado como el padre de la medicina, describió la melancolía como una de las enfermedades mentales más importantes e indicó que se producía por un desequilibrio de los fluidos humanos. En 1621, el psiquiatra inglés Robert Burton (1577-1640) publicó el libro “Anatomía de la melancolía” en el que consideraba que la melancolía era una enfermedad universal. En el siglo XIX la depresión se había convertido en una categoría central de la psiquiatría occidental y psiquiatras como Pinel, Esquirol, Kraepelin, Freud, Jaspers, Schneider y muchos otros realizaron contribuciones muy importantes a la comprensión del fenómeno depresivo. Hoy en día el número de personas que padecen depresión es tan grande que este período de nuestra historia puede llamarse la “era de la melancolía”.

¿Por qué motivo nos deprimimos?

A día de hoy, no ha sido posible encontrar una sola causa de la depresión. Más bien se trata de un trastorno multifactorial donde se combinan factores genéticos, bioquímicos, ambientales y psicológicos.

La investigación en este campo ha demostrado que se trata de una enfermedad del cerebro y así lo avalan las nuevas tecnologías de imagen cerebral como la resonancia magnética, la tomografía de emisión de positrones, la

magnetoencefalografía y otras, muestran que el cerebro de una persona deprimida es claramente distinto al de las personas sanas. Incluso ha podido demostrarse que las zonas del cerebro que regulan el ánimo, el pensamiento, el sueño, el apetito y la conducta no funcionan con normalidad en la depresión, del mismo modo que están alterados algunos neurotransmisores cerebrales (moléculas que utilizan las neuronas para comunicarse). Pero sin embargo hemos de decir que ninguno de estos hallazgos revelan por qué ocurre la depresión.

Algunos tipos de depresión afectan a varios miembros de una familia lo que sugiere una predisposición genética. Los estudios genéticos (que estudian la transmisión de caracteres heredados de generación en generación) indican que la depresión es resultado de la interacción de la influencia de múltiples genes con el ambiente y otros factores. Dicho de otro modo un trauma, la pérdida de un ser querido, una separación conyugal, o cualquier situación estresante pueden desencadenar el episodio depresivo en la persona genéticamente determinada. Sin embargo episodios posteriores pueden desarrollarse con o sin estrés desencadenante.

¿Cómo se siente el deprimido?

En los episodios depresivos típicos, el enfermo que las padece sufre:

- Un ánimo depresivo que se caracteriza por estar triste, ansioso o vacío de forma persistente.
- Además, el paciente refiere una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas pasatiempos y actividades que antes disfrutaba, incluyendo la actividad sexual.
- Se produce una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, sensación de estar “en cámara lenta”, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo.
- Nota una disminución de la atención y concentración, tanto en tareas de cierta complejidad como en actividades rutinarias.
- La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad se sustentan en las constantes ideas de culpa y de ser inútil.
- Tiene una perspectiva sombría del futuro.

- Aparecen pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones en el momento en que el paciente no ve otra salida a su situación.
- Hay dificultades para conciliar el sueño y es muy frecuente que se despierte en la madrugada con angustia.
- Normalmente pierde el apetito pero también hay casos en los que se come de forma compulsiva.
- Es muy característico que parte o toda esta sintomatología sea más intensa por la mañana al levantarse y que vaya atenuándose por la tarde.
- A veces se manifiesta con síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento médico, como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos.

¿Cómo es la depresión en niños y adolescentes?

Tanto profesionales de la salud mental como científicos se toman cada vez más en serio el riesgo de depresión en menores. Sabemos por recientes investigaciones que la depresión a menudo persiste, recurre e incluso continúa durante la vida adulta.

Un menor con depresión puede mostrarse como enfermo físico, puede no querer ir al colegio, no separarse de los padres o estar atemorizado de que uno de los padres muera.

Otros se manifiestan muy malhumorados, tienen problemas en el colegio, están irritables o se sienten incomprendidos. Todas estas manifestaciones clínicas son a menudo contemplados como cambios de humor típicos de su etapa evolutiva, lo cual dificulta el diagnóstico correcto de depresión.

Hasta la pubertad el riesgo de padecer una depresión es el mismo para chicos y chicas, pero a partir de los quince años las mujeres duplican este riesgo. La depresión en un adolescente le sorprende en un momento crucial de su desarrollo. En la adolescencia se producen grandes cambios en su identidad, su personalidad y su sexualidad. Con frecuencia durante la adolescencia la depresión se acompaña de ansiedad, trastornos del comportamiento, alteraciones de la conducta alimentaria o abusos de tóxicos, así como de un mayor riesgo de suicidio.

¿Cómo experimentan las personas mayores una depresión?

Deprimirse no forma parte del envejecimiento, de hecho los estudios demuestran que la mayoría de los mayores están satisfechos con sus vidas a pesar de las limitaciones físicas.

Cuando estos pacientes tienen depresión puede pasar desapercibido pues tienden a mostrar los síntomas de forma poco evidente. Las personas mayores además tienen más problemas de salud como las cardiopatías, isquemia cerebral o tumores, que por sí mismos pueden causar síntomas depresivos.

Así mismo, factores como la soledad y la pérdida de los seres queridos de su edad contribuyen a que la depresión sea más frecuente en los ancianos y además sea más frecuente la posibilidad del suicidio.

¿Son distintas las depresiones en las mujeres?

No, pero la depresión es dos veces más frecuente en las mujeres que en los hombres. Los motivos no están claros, pero sin duda influyen aspectos hormonales, aspectos que tienen que ver con el ciclo reproductivo y también con aspectos psicosociales.

En relación al ciclo reproductivo hasta un 10% de las mujeres sufren en el periodo premenstrual un síndrome caracterizado por ánimo triste, irritabilidad, tensión, deseos de comer compulsivamente alimentos dulces y alteraciones físicas.

Respecto al embarazo 20% de las mujeres tienen síntomas depresivos y un 10% presentan una depresión, lo cual no varía mucho respecto a las mujeres que no están embarazadas, sin embargo tras el parto hasta un 50% presentan un cuadro de depresión leve motivado por el desbordamiento de su rol de madre que se llama “postpartum blues” y que evoluciona favorablemente. Sin embargo la depresión postparto que puede aparecer un mes después de haber dado a luz es sumamente grave y debe ser tratada inmediatamente o hacer prevención farmacológica si la mujer tiene antecedentes.

Finalmente y en relación a la menopausia, si bien existe la impresión generalizada de que la depresión es más frecuente en esa época, los datos científicos no lo sustentan. Es posible que las mujeres muestren más sintomatología ansiosa al principio de la menopausia pero en ningún caso se puede afirmar que hay más depresiones en esa época.

¿Es el suicidio el mayor riesgo de la depresión?

Sí, hasta un 15% de las personas con depresión se suicidan. Se entiende por conducta suicida no sólo la que consigue la propia muerte, sino todos aquellos comportamientos que de forma más o menos directo, con mayor o menor intencionalidad desencadenan un acto autodestructivo. Si bien el riesgo suicida existe en todas las formas depresivas y en todos los momentos de su evolución, tenemos que aclarar que hay mayor riesgo de que ocurra cuando se trata de un varón, cuando la persona es anciana, si existen problemas de alcohol o drogas y si ya lo ha intentado antes. No se debe ignorar nunca una amenaza suicida y mucho menos una tentativa, la mayor parte de los suicidas avisan de alguna manera antes de consumarlo. No es fácil prevenir el suicidio, y en definitiva prevenir el suicidio es detectar la depresión y tratarla adecuadamente.



¿Como se tratan las depresiones?

Afortunadamente casi el 80% de los episodios depresivos pueden ser tratados con éxito. El método más eficaz consiste en integrar la medicación con la psicoterapia.

Respecto al tratamiento farmacológico, conviene saber que hoy en día existen numerosas alternativas para tratar a una persona con depresión y que la decisión de utilizar uno u otro antidepresivo dependerá del juicio clínico del médico, que tendrá en cuenta la eficacia del fármaco, los efectos adversos que puede causar, la edad y circunstancias físicas del paciente y los aspectos más sobresalientes de su personalidad.

En general hoy día la mayoría de los médicos comienzan con un antidepresivo del grupo de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) que ofrecen un balance entre la eficacia y los efectos secundarios óptimo. Pero como decíamos, las opciones son muy variadas y disponemos de antidepresivos muy modernos y eficaces que incluyen los llamados inhibidores de la recaptación dual, los inhibidores de la recaptación noradrenérgica etc...

Los ISRS y otros medicamentos aún más nuevos que afectan los neurotransmisores como la dopamina o la noradrenalina, generalmente tienen menos efectos secundarios que los antiguos antidepresivos denominados tricíclicos. No existen datos científicos que nos predigan que antidepresivo será eficaz para cada persona concreta, por ello algunas veces el médico prueba una variedad de antidepresivos antes de encontrar el medicamento o combinación de medicamentos adecuada. Generalmente la dosis se debe ir aumentando hasta que la medicación actúa. Por lo general, el efecto terapéutico completo de los medicamentos antidepresivos no se observa inmediatamente. Hay que tomarlo en dosis adecuadas durante 3 ó 4 semanas, y en algunos casos tarda hasta 8 semanas, para que se produzca la mejoría completa.

Es posible que el paciente se sienta tentado a dejar de tomar el medicamento prematuramente por que se siente mejor y piensa que ya no lo necesita.

Algunos efectos secundarios pueden aparecer incluso antes de que se produzca el efecto antidepresivo. Una vez que el paciente se sienta mejor, es importante continuar el medicamento de 6 a 12 meses para prevenir una recaída de la depresión. Algunos medicamentos deben dejar de tomarse gradualmente (es decir reduciendo la dosis poco a poco) para dar tiempo a que el organismo se adapte y para prevenir síntomas de discontinuación.

Al contrario de lo que algunas personas creen, los medicamentos antidepresivos no crean dependencia. Sin embargo, como sucede con cualquier tipo de medicamento recetado por periodos prolongados, los antidepresivos deben ser supervisados cuidadosamente por el médico para determinar si se están dando en una dosis correcta. El médico debe verificar la dosificación y la efectividad del tratamiento en forma periódica.

La psicoterapia hace referencia a una serie de técnicas que intentan influir en la conducta, los pensamientos, los afectos y las actitudes del enfermo a través de medios psicológicos, habitualmente el intercambio verbal entre terapeuta y paciente. El terapeuta es el profesional encargado de realizar, diseñar y dirigir la psicoterapia y debe ser un psicólogo o un psiquiatra.

Algunas psicoterapias son de duración relativamente breve (entre 10 y 20 semanas) y otras son a muy largo plazo dependiendo de las necesidades del sujeto. Las psicoterapias denominadas cognitivo-conductual y la terapia interpersonal han demostrado ser eficaces en la depresión.

La cognitivo-conductual trata de modificar en la persona los pensamientos negativos e irracionales que contribuyen a la depresión. La terapia interpersonal ayuda al paciente a entender y tratar de solucionar sus relaciones interpersonales disfuncionales que causan su estado depresivo o que lo empeora. Para las depresiones neuróticas o distimias, la psicoterapia es muchas veces la mejor opción, pero para la depresión endógena o melancólica no es suficiente en ningún caso.

Hay un grupo de terapias llamadas dinámicas que se basan en el psicoanálisis y que se proponen inducir cambios en la personalidad del paciente mediante la facilitación de la comprensión de posibles conflictos pasados y la búsqueda de causas o motivos inconscientes para la persona. Se trata de tratamientos muy prolongados e intensos y no siempre están fácilmente accesibles.

En algunos casos de depresiones especialmente graves, la terapia electroconvulsiva (TEC o “electro-shock”) es útil, especialmente para los pacientes cuya depresión es severa o pone su vida en peligro y para los pacientes que no pueden tomar antidepresivos. La TEC es a menudo efectiva en casos en que los medicamentos antidepresivos no proporcionan una clara mejoría.

En los últimos años la TEC se ha perfeccionado mucho. Antes de administrar el tratamiento, que se hace bajo anestesia de duración breve, se administra un relajante muscular. Se colocan electrodos en sitios precisos de la cabeza, para enviar impulsos eléctricos. La estimulación ocasiona una convulsión breve (aproximadamente 30 segundos) dentro del cerebro. La persona que recibe TEC no percibe conscientemente el estímulo eléctrico. Para obtener el máximo beneficio terapéutico se requieren varias sesiones de TEC, normalmente programadas con un promedio de tres por semana.



¿A quién acudir para tratar una depresión?

En principio el especialista que debe asumir el tratamiento de una depresión es el psiquiatra, no obstante los médicos de atención primaria, también conocidos como médicos de familia o de cabecera, están sobradamente preparados para evaluar y tratar una depresión sin complicaciones. Un error frecuente en la población general es acudir en primera instancia al psicólogo como profesional menos estigmatizante que el psiquiatra para resolver sus problemas emocionales.

Esto en algunos casos puede suponer un retraso o una omisión del tratamiento. Los psicólogos son profesionales que pueden tratar algunas depresiones muy eficazmente, pero debe ser un psiquiatra, que es médico, el que en primer lugar haga un diagnóstico certero descartando otras enfermedades físicas que pueden concurrir y el que en segundo lugar defina el plan de tratamiento donde si es preciso se incluirá el tratamiento con el psicólogo. Además el tratamiento farmacológico de una depresión, que como hemos visto es un medio fundamental para su resolución, sólo puede ser prescrito por un médico.

¿Es probable recaer en una depresión?

El 50-60% de los que han tenido un episodio único tendrán una recaída. Los sujetos que han tenido dos episodios tienen un 70% de posibilidades de un tercer episodio. En los que han tenido tres episodios tienen el 90% de posibilidades de recaer.

Los episodios depresivos mayores desaparecen en su totalidad en 2/3 de los casos y reaparecen en 1/3 de los casos.

La depresión no puede ser contemplada como un episodio de enfermedad aislado, sino como una enfermedad crónica, que incapacita en los episodios intercurrentes. Además cuantos más episodios se padezcan más probabilidad de presentar otros episodios depresivos.

Entonces, ¿cuánto tiempo hay que seguir un tratamiento?

Se recomienda por parte de diversos expertos americanos y europeos que tras un primer episodio depresivo el paciente reciba tratamiento al menos hasta seis meses, si bien se sugiere la conveniencia de prolongarlo a un año después de la remisión de los síntomas depresivos con el fin de disminuir al máximo la

posibilidad de recaída. La media de recaídas a lo largo de la vida de un depresivo es de cinco. En muchos casos, especialmente los que tienen muchos episodios, el tratamiento durará varios años.

En relación a la medicación debe usted saber que:

1. Los antidepresivos no son adictivos.
2. Tome la medicación cada día tal y como se le ha prescrito.
3. Puede tardar entre dos y cuatro semanas en notar mejoría.
4. No deje la medicación sin hablar con su médico, aunque haya mejorado mucho.
5. Los antidepresivos modernos (ISRS) pueden tener diferentes tipos de efectos secundarios:
 - *Dolor de cabeza*: generalmente se pasa.
 - *Náusea*: también es pasajera, incluso cuando la sensación de náusea ocurre después de cada dosis, es solo por un rato.
 - *Nerviosismo e insomnio (dificultad para dormirse o despertar a menudo durante la noche)*: estos pueden ocurrir durante las primeras semanas; usualmente se resuelven con el tiempo o tomando una dosis más pequeña.
 - *Agitación (sentirse inquieto, tembloroso o nervioso)*: si esto pasa por primera vez después de tomar el medicamento y es persistente se debe notificar al médico.
 - *Problemas sexuales*: el médico debería ser consultado si el problema es persistente o preocupante.
6. Los efectos secundarios en los antidepresivos tricíclicos son frecuentes pero transitorios, y si esos efectos son más intensos de lo que le parece razonable, no dude en llamar a su médico. Los más frecuentes son:

- *Boca seca*: es útil tomar sorbos de agua, masticar goma de mascar, cepillar los dientes después de las comidas.
- *Estreñimiento*: la dieta debe incluir cereales con contenido alto de fibra, ciruelas, frutas y vegetales.
- *Dificultad al orinar*: vaciar la vejiga puede ser difícil y el chorro de orina puede no ser tan fuerte como de costumbre; debe notificarse al médico si hay dificultad seria o dolor.
- *Problemas sexuales*: el funcionamiento sexual puede alterarse; si se vuelve preocupante, debe comunicárselo al médico.
- *Visión borrosa*: esto generalmente pasa pronto y no se requieren lentes nuevos.
- *Mareos*: conviene levantarse lentamente de la cama o de la silla.
- *Somnolencia o modorra diurna*: esto generalmente pasa pronto. Una persona que se sienta somnolienta o sedada no debe conducir ni utilizar máquinas o vehículos. Los antidepresivos más sedantes se toman generalmente al acostarse, para ayudar a dormir y minimizar la somnolencia diurna.



¿Hay forma de sospechar que se padece una depresión?

El Comité Internacional para la Prevención y Tratamiento de la Depresión (PTD), fundado en 1975 y del que forman parte importantes personalidades de la Psiquiatría mundial, recomienda contestar a unas preguntas para saber si el ánimo de una persona concreta corresponde al de una depresión:

PREGUNTA	DEPRESIÓN
1. ¿Disfruta todavía de la vida?	NO
2. ¿Le resulta difícil tomar decisiones?	SI
3. ¿Existen cosas que todavía le interesen?	NO
4. ¿Ha cavilado más de lo habitual en los últimos tiempos?	SI
5. ¿Tiene la impresión de que la vida carece de sentido?	SI
6. ¿Se siente agotado o falta de energía?	SI
7. ¿Tiene alguna dificultad para dormirse?	SI
8. ¿Siente dolores o molestias en alguna parte?	SI
9. ¿Tiene poco apetito o ha perdido peso?	SI
10. ¿Padece alguna dificultad de tipo sexual?	SI

Bibliografía recomendada

- COMITÉ PARA LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS DEPRESIONES (PTD. ESPAÑA). Diagnóstico Precoz y Tratamiento de las Depresiones. *Manual Guía para el médico práctico. Barcelona 1992.*
- HALL JN. EVALUACIÓN COMPORTAMENTAL Y OBSERVACIONAL. En: Gelder M, López Ibor JJ, Andreasen N (eds) *New Oxford Textbook of Psychiatry* (versión española). Barcelona: *Psiquiatría Editores S. L.* 2003.
- LÓPEZ IBOR JJ. 1952. La Angustia Vital. *Paz Montalvo, Madrid.*
- LÓPEZ IBOR JJ. 1966. Las Neurosis como enfermedades del ánimo. *Gredos, Madrid.*
- LÓPEZ IBOR ALIÑO JJ. ¿Por qué se enmascaran las depresiones? *Actas Luso-españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines* 8, 1, 75-82, 1980
- LÓPEZ IBOR ALIÑO JJ. El enmascaramiento y desenmascaramiento de la depresión. *Revista Clínica Española. Vol. 197, Monográfico 3: 10-18. Nov. 1997.*
- MURRAY CJL ET AL. THE GLOBAL BURDEN OF DISEASE 2000 PROJECT: aims, methods and data sources. *Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001.*
- NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH. Depression. *Washington. 2004*
- THASE ME, HOWLAND RH AND FRIEDMAN ES. "Treating Antidepressant Nonresponders With Augmentation Strategies: An Overview" *en J Clin Psychiatry* 1998;59 (suppl 5).
- The conference established a Mental Health Declaration for Europe and a Mental Health Action Plan for Europe, both for the WHO European Region. <http://www.euro.who.int/mentalhealth2005>.
- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. Depression. *Publication no. 07-3561 revised 2007.*
- VALLEJO J. CRESPO JM. Afrontar la depresión. *Ediciones Médicas J&C. Barcelona 1999.*

Dr. Francisco Ferre Navarrete

El Dr. Francisco Ferre Navarrete, es médico especialista en Psiquiatría, Doctor en Psiquiatría y Diplomado en Gestión Sanitaria de Instituciones Hospitalarias. Actualmente es Jefe de Servicio de Psiquiatría y Unidades de Referencia del Hospital General Universitario Gregorio Marañón y Profesor Asociado de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.

Desde 2001 a 2006 fue el Director de los Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid donde impulsó e implantó el Plan de Salud Mental 2003-2008 de la Comunidad de Madrid. Desde 1996 a 2001 ejerció el cargo Jefe de los Servicios de Salud Mental de un distrito de la Comunidad de Madrid, con responsabilidad de la asistencia psiquiátrica de un área de 220.000 habitantes.

Al inicio de su carrera profesional trabajó en el Hospital de La Paz de Madrid como psiquiatra y posteriormente ostentó el cargo de Subdirector Médico del Centro Hospitalario San Juan de Dios de Ciempozuelos, un hospital con 1.500 enfermos mentales, donde desarrolló una labor de gestión hospitalaria.

Desde el punto de vista docente e investigador, el Dr. Ferre ha dirigido su interés a los aspectos psíquicos del enfermo físico. Su tesis doctoral fue galardonada con el Premio Extraordinario de la Universidad Complutense. Ha publicado y presentado numerosos trabajos de investigación en el campo de la Psiquiatría de Enlace, de los Psicofármacos y de la gestión sanitaria. En la actualidad su labor en este campo se está dirigiendo a aspectos epidemiológicos y clínicos de la Psiquiatría de la Adicción, a los factores predictores de la depresión Resistente y al tratamiento de la Ansiedad.

Fue Profesor Honorario de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Madrid y profesor habitual del Master de Cuidados Paliativos del Hospital La Paz de Madrid.

Guía de ayuda a pacientes y familiares

AFRONTAR LA DEPRESIÓN

Conocer en profundidad las enfermedades mentales, su génesis, manifestaciones y efectos para la persona y su entorno, es un factor clave para su correcto tratamiento. La información rigurosa y profesional, alejada de estereotipos, contribuye eficazmente a mejorar la relación del enfermo con la terapia, a promover actitudes positivas frente al problema en el propio paciente y en su entorno familiar, a apoyar la labor de los profesionales sanitarios y, por ende, a superar las barreras sociales y relacionales que provoca la ignorancia.

El objetivo del conocimiento ha unido a la Fundación Juan José López-Ibor y a la Fundación Arpegio, de la Comunidad de Madrid, en la edición de las Guías Médicas de ayuda a pacientes y familiares.

La Fundación Juan José López-Ibor tiene como misión principal difundir información sobre los aspectos más relevantes de las enfermedades mentales, con el objetivo último de “combatir el estigma y la discriminación de las personas que padecen una enfermedad mental y que acaba por afectar también a sus allegados”.

Una labor que la Fundación Arpegio apoya a través tanto de la promoción de actividades dirigidas a la integración y rehabilitación de colectivos desfavorecidos, como de la transmisión del conocimiento científico y sanitario.