

LAS MUJERES Y LA DEPRESIÓN



Instituto Nacional de la Salud Mental

DESCUBRIENDO LA ESPERANZA

Contenido

¿Qué es la depresión?	2
¿Cuáles son los diferentes tipos de depresión?	3
¿Cuáles son los síntomas básicos de la depresión?	4
¿Qué causa depresión en las mujeres?	5
¿Qué enfermedades a menudo coexisten con la depresión en las mujeres?	8
¿Cómo afecta la depresión a las niñas adolescentes?	9
¿Cómo afecta la depresión a las mujeres mayores?	10
¿Cómo se diagnostica y se trata la depresión?	11
¿Qué esfuerzos se están realizando para mejorar los tratamientos?	21
¿Cómo puedo ayudar a un(a) amigo(a) o familiar deprimido?	22
¿Cómo puedo ayudarme si estoy deprimida?	23
¿Dónde puedo ir para obtener ayuda?	24
¿Qué sucede si yo o alguien que conozco está en crisis?	25
Referencia bibliográfica	26
Para más información	28

¿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 mujer tiene un trastorno depresivo, éste interfiere con la vida diaria y el desempeño normal, y le causa dolor a ella y a quienes se preocupan por ella. La depresión es una enfermedad común, pero grave, y la mayoría de las personas que la padecen necesitan tratamiento para mejorar.

La depresión afecta tanto a los hombres como a las mujeres, pero las mujeres tienen más probabilidades de que se les diagnostique con depresión que a los hombres en un determinado año.¹ Actualmente se están haciendo esfuerzos para explicar esta diferencia mientras los investigadores examinan determinados factores (biológicos, sociales, etc.) que son exclusivos de las mujeres.

Muchas mujeres que padecen una enfermedad depresiva nunca buscan tratamiento. Pero la gran mayoría, incluso aquellas con los casos más graves de depresión, pueden mejorar con tratamiento.

La depresión afecta tanto a los hombres como a las mujeres...

...pero las mujeres tienen más probabilidades de que se les diagnostique con depresión que a los hombres en un determinado año.

¿Cuáles son los diferentes tipos de depresión?

Existen varios tipos de trastornos depresivos que ocurren tanto en las mujeres como en los hombres. Los más comunes son el trastorno depresivo grave y trastorno distímico. La depresión menor también es común.

El **trastorno depresivo grave**, también llamado depresión grave, se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la habilidad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras. La depresión grave incapacita a la persona y le impide desempeñarse con normalidad. Es posible que un episodio de depresión grave ocurra solamente una vez en de la vida de una persona, pero mayormente, puede volver a aparecer durante las diferentes etapas de la vida.

El **trastorno distímico**, también llamado distimia, se caracteriza por síntomas depresivos de larga duración (dos años o más) pero menos graves que los de la depresión grave. Es posible que la distimia no incapacite a una persona, pero le impide desempeñarse con normalidad o sentirse bien. Quienes tienen distimia también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas.

También se puede padecer de depresión menor. Los síntomas de la depresión menor son similares a los de la depresión grave y distimia, pero son menos graves y/o generalmente duran menos tiempo.

Algunos tipos de trastorno depresivo presentan características levemente diferentes a las descritas anteriormente o pueden desarrollarse bajo circunstancias únicas. Pero, no todos los científicos están de acuerdo en cómo caracterizar y definir estos tipos de depresión. Estos tipos de depresión son los siguientes:

- La **depresión psicótica** ocurre cuando una enfermedad depresiva grave está acompañada de alguna forma de psicosis, tal como, una ruptura con la realidad; ver, escuchar, oler o sentir cosas que otras personas no pueden detectar (alucinaciones); y tener creencias firmes que son falsas, por ejemplo, cuando la persona cree que es el presidente (delirios).
- El **trastorno afectivo estacional o TAE** se caracteriza por la aparición de una enfermedad depresiva durante los meses del invierno, cuando disminuye la luz solar natural. Esta forma de depresión generalmente desaparece durante la primavera y el verano. El TAE puede tratarse eficazmente con terapia de luz, pero aproximadamente la mitad de las personas con TAE no mejoran con la terapia de luz solamente. Los antidepresivos y la psicoterapia también pueden reducir los síntomas del TAE, ya sea solos o en combinación con la terapia de luz.²

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 una euforia extrema (por ejemplo, manía) a un decaimiento extremo (por ejemplo, depresión). Visite el sitio web del NIMH para obtener más información sobre el trastorno bipolar (<http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-bipolar-facil-de-leer/index.shtml>).

¿Cuáles son los síntomas básicos de la depresión?

No todas las mujeres con enfermedades depresivas presentan los mismos síntomas. Además, la gravedad, frecuencia y duración de los síntomas pueden variar según la persona y su enfermedad en particular. Los síntomas de la depresión incluyen:

- *Sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad o “vacío”*
- *Sentimientos de desesperanza y/o pesimismo*
- *Irritabilidad, inquietud, ansiedad*
- *Sentimientos de culpa, inutilidad y/o impotencia*
- *Pérdida de interés en las actividades o los pasatiempos que antes resultaban placenteros, incluso las relaciones sexuales*
- *Fatiga y falta de energía*
- *Dificultad para concentrarse, recordar detalles y tomar decisiones*
- *Insomnio, despertar durante la noche o dormir demasiado*
- *Comer demasiado o perder el apetito*
- *Pensamientos suicidas, intentos de suicidio*
- *Dolores o malestares persistentes, dolores de cabeza, retorcijones en el estómago (cólicos) o problemas digestivos que no se alivian, ni siquiera con tratamiento*

¿Qué causa depresión en las mujeres?

Los científicos están examinando muchas causas que podrían explicar el aumento en el riesgo de padecer depresión que tienen las mujeres y muchos factores que pueden contribuir a que esto sea así. Es probable que los factores genéticos, biológicos, químicos, hormonales, ambientales, psicológicos y sociales se unan o crucen para contribuir a la depresión.

La genética

Si una mujer tiene antecedentes familiares de depresión, puede tener un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad. Pero, esta no es una regla que siempre aplica. La depresión puede ocurrir en mujeres sin antecedentes familiares de depresión y es posible que ciertas mujeres de familias con antecedentes de depresión no la padezcan. Las investigaciones genéticas indican que es posible de que el riesgo de padecer de la depresión implique la combinación de múltiples genes con factores ambientales o con otros factores.³

Las sustancias químicas y las hormonas

La química del cerebro parece ser un factor muy importante en los trastornos depresivos. Las tecnologías modernas de obtención de imágenes del cerebro, como la resonancia magnética (RM), han demostrado que el cerebro de las personas que padecen de la depresión es diferente a la del cerebro de quienes no la padecen. Las partes del cerebro responsables de regular el estado de ánimo, pensamiento, sueño, apetito y la conducta parecen no funcionar normalmente. Además, los neurotransmisores importantes (sustancias químicas que las células del cerebro utilizan para comunicarse) parecen estar fuera de balance. Pero estas imágenes no revelan el motivo por el cual se produce la depresión.

Los científicos también están estudiando la influencia de las hormonas femeninas, las cuales cambian a lo largo de la vida. Los investigadores han demostrado que las hormonas afectan directamente la química del cerebro que controla las emociones y el estado de ánimo. Existen etapas específicas durante la vida de una mujer que son de especial interés, como la pubertad; los días antes de los períodos menstruales; antes, durante e inmediatamente después de un embarazo (posparto), y el período inmediatamente antes y durante la menopausia (perimenopausia).

El Trastorno disfórico premenstrual

Algunas mujeres pueden ser propensas a un tipo de síndrome premenstrual grave llamado trastorno disfórico premenstrual o TDPM. Durante la semana antes de la menstruación, las mujeres afectadas por el TDPM generalmente padecen depresión, ansiedad, irritabilidad y cambios de estado de ánimo, de tal manera que interfieren con su desempeño normal. Las mujeres con TDPM debilitante no necesariamente tienen cambios hormonales inusuales, pero si responden diferente a estos cambios.⁴ Además, pueden tener antecedentes de otros trastornos del estado de ánimo y diferencias en la química del cerebro que hacen que sean más sensibles a los cambios hormonales relacionados con la menstruación. Los científicos están investigando de qué manera el aumento y la disminución cíclica de los estrógenos y otras hormonas pueden afectar la química del cerebro que está relacionada con la enfermedad depresiva.^{5,6,7}

La Depresión posparto

Las mujeres son especialmente vulnerables a la depresión después de dar a luz, cuando los cambios hormonales y físicos y la nueva responsabilidad de cuidar al recién nacido pueden resultar muy pesados. Muchas madres primerizas padecen un breve episodio de cambios leves en el estado de ánimo que se conocen como “tristeza posparto”, pero algunas sufren depresión posparto, una enfermedad más grave que requiere de tratamiento activo y de apoyo emocional para la madre primeriza. En un estudio se demostró que las mujeres en etapa posparto tienen un riesgo mayor de padecer varios trastornos mentales, incluso depresión, durante muchos meses después de dar a luz.⁸

Algunos estudios sugieren que las mujeres que padecen depresión posparto, a menudo han padecido episodios depresivos anteriormente. Algunas de ellas los padecen durante embarazo, pero estos episodios depresivos suelen pasar sin que ellas se den cuenta. Las investigaciones sugieren que las consultas con el médico durante el embarazo y en el período posparto pueden ser una buena oportunidad para detectar la depresión.^{9,10}

La Menopausia

Los cambios hormonales aumentan durante la transición entre la premenopausia y la menopausia. Aunque algunas mujeres pueden entrar en la menopausia sin problemas de estado de ánimo, otras tienen mayor riesgo de padecer depresión. Esto parece ocurrir incluso entre las mujeres que no tienen antecedentes de depresión.^{11,12} Pero, la depresión es menos común en las mujeres durante el período posterior a la menopausia.

El Estrés

Un episodio depresivo se presenta generalmente después de eventos estresantes de la vida como un trauma, la pérdida de un ser querido, una relación difícil o una situación estresante, ya sea grata o no grata. Demasiado trabajo y responsabilidades de la casa, el cuidado de hijos y de padres ancianos, el abuso y la pobreza también pueden provocar un episodio depresivo. Las evidencias indican que las mujeres responden de distinta manera que los hombres ante estos eventos, por lo que las hacen más propensas a la depresión. De hecho, las investigaciones indican que las mujeres responden de manera tal que sus sentimientos de estrés son más prolongados que en los hombres, lo cual aumenta el riesgo de padecer depresión.¹⁴ Pero, no queda claro por qué algunas mujeres que enfrentan enormes desafíos padecen depresión y otras que tienen desafíos similares, no la padecen.

¿Qué enfermedades a menudo coexisten con la depresión en las mujeres?

La depresión a menudo coexiste con otras enfermedades que pueden presentarse antes o después de la depresión, causarla, ser una consecuencia de ésta o una combinación de todos estos factores. Es probable que la interacción entre la depresión y otras enfermedades sea distinta según las personas y las situaciones. De todas formas, estas otras enfermedades coexistentes deben ser diagnosticadas y tratadas.

La depresión a menudo coexiste con trastornos alimenticios como la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros trastornos, especialmente entre las mujeres. Los trastornos de ansiedad, tales como el trastorno de estrés postraumático o TEPT, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de pánico, la fobia social y el trastorno de ansiedad generalizada, a veces también acompañan a la depresión.^{15,16} Las mujeres son más propensas que los hombres a padecer un trastorno de ansiedad coexistente.¹⁷ Las mujeres que padecen del TEPT, el cual puede desarrollarse después de que una persona atraviesa por una experiencia o un evento terrible, son especialmente propensas a padecer de la depresión.

El abuso o la dependencia del alcohol y de sustancias pueden coexistir con la depresión, aunque esto es más común entre los hombres que entre las mujeres.^{17,15} Las investigaciones han indicado que en la población de los Estados Unidos es común que se produzca la coexistencia de trastornos del estado de ánimo y de abuso de sustancias entre ambos sexos.¹⁸

La depresión a menudo también coexiste con otras enfermedades médicas graves como la enfermedad cardíaca, el derrame cerebral, el cáncer, el VIH/SIDA, la diabetes, la enfermedad de Parkinson, los problemas de tiroides y la esclerosis múltiple, e incluso puede empeorar los síntomas de estas enfermedades.¹⁹ Algunos estudios han demostrado que tanto los hombres como las mujeres que padecen depresión coexistente con otras enfermedades médicas graves suelen presentar síntomas más graves de ambas enfermedades. Estas personas también tienen más dificultad para adaptarse a su estado de salud y a los costos médicos más altos que aquellas personas que no tienen depresión coexistente. Las investigaciones han demostrado que el tratar la depresión y la enfermedad coexistente al mismo tiempo puede ayudar a mejorar ambas enfermedades.²⁰

¿Cómo afecta la depresión a las niñas adolescentes?

Antes de la adolescencia, los niños y las niñas padecen depresión con aproximadamente la misma frecuencia.¹³ Pero, en la adolescencia, las niñas tienen más probabilidades de padecer depresión que los niños.

Las investigaciones señalan a varios motivos posibles para esta desigualdad. Es probable que los cambios biológicos y hormonales que ocurren durante la pubertad sean las causas del fuerte aumento en los índices de depresión que se observa entre las niñas adolescentes. Además, las investigaciones sugieren que las niñas tienen más probabilidades que los niños a continuar sintiéndose mal después de atravesar situaciones o eventos difíciles, lo que sugiere que son más propensas a padecer de depresión.²¹ En otro estudio se detectó que las niñas tienden a dudar más que los niños de sí mismas y de su capacidad para solucionar problemas y a considerar que sus problemas no tienen solución. Las niñas que presentan estas tendencias también tienen más probabilidades de tener síntomas depresivos. También se demostró que en comparación con los niños, las niñas tienden a necesitar un mayor grado de aprobación y de éxito para sentirse seguras.²²

Finalmente, en comparación con los niños, las niñas pueden sufrir más dificultades, como la pobreza, la falta de educación, el abuso sexual infantil y otros traumas. Un estudio demostró que más del 70 por ciento de las niñas deprimidas tuvieron un evento difícil o estresante antes de un episodio depresivo, a diferencia de solamente el 14 por ciento de los niños.²³

Es probable que los cambios biológicos y hormonales que ocurren durante la pubertad sean las causas del fuerte aumento de los índices de depresión que se observa entre las niñas adolescentes.

¿Cómo afecta la depresión a las mujeres mayores?

Al igual que con los otros grupos de edad, existen más mujeres mayores que hombres mayores que padecen depresión, pero los índices disminuyen entre las mujeres después de la menopausia.¹³ Las evidencias sugieren que la depresión en las mujeres posmenopáusicas (después de la menopausia) generalmente se produce en las mujeres que tienen antecedentes de depresión. En cualquier caso, la depresión NO es una parte normal del envejecimiento.

La muerte de su pareja o de un ser querido, el dejar de trabajar y jubilarse o el lidiar con una enfermedad crónica puede hacer que tanto las mujeres como los hombres se sientan tristes o afligidos. Después de un período de adaptación, muchas mujeres mayores pueden recuperar su equilibrio emocional, pero otras no lo hacen y pueden desarrollar depresión. Cuando las mujeres mayores sufren de depresión, es posible que los demás no se den cuenta de la situación porque los adultos mayores pueden estar menos dispuestos a hablar sobre los sentimientos de tristeza o dolor, o bien, porque pueden tener síntomas de depresión menos evidentes. Por lo tanto, existen menos probabilidades de que los médicos tengan sospechas o detecten que una persona mayor tiene depresión.

En el caso de los adultos mayores que padecen depresión por primera vez durante las últimas etapas de sus vidas otros factores, tales como los cambios en el cerebro o en el cuerpo, pueden estar en juego. Por ejemplo, los adultos mayores pueden sufrir de disminución del flujo sanguíneo, una condición llamada isquemia. Con el tiempo, los vasos sanguíneos se vuelven menos flexibles y pueden endurecerse e impedir que la sangre fluya normalmente a los órganos del cuerpo, incluyendo el cerebro. Si esto sucede, un adulto mayor que no tiene antecedentes familiares o personales de depresión puede desarrollar lo que algunos médicos llaman “depresión vascular”. Aquellos que padecen depresión vascular también pueden estar en riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular coexistente, como una enfermedad cardíaca o un derrame cerebral.²⁴

¿Cómo se diagnostica y se trata la depresión?

Las enfermedades depresivas, incluso los casos más graves, son trastornos altamente tratables. Al igual que con la mayoría de las enfermedades, mientras más rápido se pueda comenzar con el tratamiento, más eficaz este será y existirán más posibilidades de poder prevenir la reaparición de la depresión.

El primer paso para obtener un tratamiento adecuado es consultar con un médico. Ciertos medicamentos y algunas condiciones médicas, tales como los virus o el trastorno de la tiroides, pueden causar los mismos síntomas que la depresión. Además, es importante descartar la depresión que está relacionada con otra enfermedad mental llamada trastorno bipolar. Según la condición médica, los médicos pueden descartar estas posibilidades realizando un examen físico, una entrevista y/o pruebas de laboratorio. Si se puede descartar la existencia de una condición médica y del trastorno bipolar, el médico debe realizar una evaluación psicológica o puede mandar a la persona a ver un profesional de la salud mental.

...mientras más rápido se pueda comenzar con el tratamiento, más eficaz este será.

El médico o profesional de la salud mental realizará una evaluación diagnóstica completa. Él o ella debe obtener un historial completo de sus síntomas, por ejemplo, cuándo comenzaron, cuánto tiempo han durado, su gravedad, si han ocurrido antes, y en caso de que hayan ocurrido antes, de qué manera fueron tratados. Él o ella también debe preguntar si existen antecedentes de depresión en su familia. Además, él o ella debe preguntar si la persona consume alcohol o drogas y si la persona piensa en la muerte o el suicidio.

Una vez que se diagnostica la depresión, la persona que la padece puede ser tratada con varios métodos. Los métodos de tratamiento más comunes son los medicamentos y la psicoterapia.

Los Medicamentos

Los antidepresivos normalizan las sustancias químicas del cerebro que se producen naturalmente y se llaman neurotransmisores, especialmente la serotonina y norepinefrina. Otros antidepresivos trabajan en el neurotransmisor dopamina. Los científicos que estudian la depresión han detectado que estas sustancias químicas en especial participan en la regulación del estado de ánimo, pero no están seguros de la forma exacta en como estas sustancias trabajan.

Los tipos de antidepresivos más nuevos y populares se llaman inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina o ISRS e incluyen:

- Fluoxetina (Prozac)
- Citalopram (Celexa)
- Sertralina (Zoloft)
- Paroxetina (Paxil)
- Escitalopram (Lexapro)
- Fluvoxamina (Luvox)

Los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina o IRSN son similares a los ISRS e incluyen:

- Venlafaxina (Effexor)
- Duloxetina (Cymbalta)

Los ISRS y IRSN suelen tener menos efectos secundarios y son más populares que las clases de antidepresivos más antiguos, como los tricíclicos (llevan este nombre por su estructura química) y los inhibidores de la monoamino oxidasa o IMAO. Pero, los medicamentos afectan a las personas de manera diferente. No existe un solo método para todos cuando se trata de medicamentos. Por lo tanto, los tricíclicos o los IMAO pueden ser la mejor opción para algunas personas.

Quienes toman IMAO deben atenerse a significativas restricciones alimenticias y medicinales para evitar posibles combinaciones graves. Deben evitar ciertos alimentos que contienen niveles altos de la sustancia química tiramina, la cual está presente en muchos quesos, vinos y pepinillos, y en algunos medicamentos como los descongestivos. La mayoría de los IMAO interactúan con la tiramina de tal forma que pueden causar que la presión arterial suba mucho, lo que puede causar un derrame cerebral. El médico debe darle una lista completa de los alimentos, medicamentos y sustancias prohibidas a las personas que toman IMAO.

Con cualquier clase de antidepresivo, se debe tomar dosis regulares durante al menos tres a cuatro semanas, y a veces durante más tiempo, antes de poder experimentar un efecto completo. La persona debe continuar tomando el medicamento durante el tiempo especificado por el médico, aun si se siente mejor, para evitar una recaída de la depresión. La decisión de dejar de tomar un medicamento debe ser tomada conjuntamente por la persona y el médico y sólo se debe hacer bajo supervisión médica. Algunos medicamentos se deben dejar de tomar poco a poco para que el cuerpo tenga tiempo de adaptarse. Aunque los antidepresivos no forman hábito ni son adictivos, si se dejan de tomar repentinamente, pueden provocar síndrome de abstinencia o una recaída. Algunas personas, como las que padecen depresión crónica o recurrente, pueden necesitar tomar medicamentos por tiempo indefinido.

Además, si un medicamento no funciona, las personas deben estar dispuestas a probar otro. Las investigaciones financiadas por el NIMH han demostrado que las personas que no mejoraron luego de tomar el primer medicamento, a menudo obtuvieron mejores resultados luego de cambiar a otro o de agregar uno nuevo al que ya estaban tomando.^{25,26}

Algunas veces se utilizan otros medicamentos, como estimulantes o ansiolíticos (medicamentos para la ansiedad/los nervios) en combinación con un antidepresivo, especialmente si la persona padece una enfermedad coexistente. Pero, ni los ansiolíticos ni los estimulantes son efectivos contra la depresión si se toman solos, y ambos deben tomarse solamente bajo estricta supervisión médica.

...las personas que no mejoraron luego de tomar el primer medicamento, a menudo obtuvieron mejores resultados luego de cambiar a otro o de agregar uno nuevo al que ya estaban tomando.

¿Hace daño tomar medicamentos antidepresivos durante el embarazo?

En una época, los médicos creían que el embarazo estaba acompañado de un sentimiento natural de bienestar y que la depresión durante el embarazo era poco común o que nunca se producía en absoluto. Pero, estudios recientes han demostrado que las mujeres pueden padecer depresión durante el embarazo, especialmente si tienen antecedentes de la enfermedad. De hecho, es probable que la mayoría de las mujeres que tienen antecedentes de depresión sufran una recaída durante el embarazo si dejan de tomar los medicamentos antidepresivos, ya sea antes de la concepción o al principio del embarazo, lo que puede poner en riesgo tanto a la madre como al bebé.^{27,12}

Pero, los medicamentos antidepresivos atraviesan la barrera placentaria y pueden exponer al feto en desarrollo a los medicamentos. Algunas investigaciones sugieren que el uso de los ISRS durante el embarazo está relacionado con el aborto natural (la pérdida de un embrión o feto por causas no provocadas intencionalmente) o defectos de nacimiento, pero otros estudios no respaldan esto.²⁸ Algunos estudios han indicado que los fetos expuestos a los ISRS durante el tercer trimestre pueden nacer con síntomas de “abstinencia”, tales como problemas respiratorios, nerviosismo, irritabilidad, dificultad para alimentarse o hipoglucemia. En el 2004, la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos emitió una advertencia contra el uso de los ISRS a finales del tercer trimestre del embarazo, en la que sugiere que los especialistas clínicos deben reducir poco a poco las dosis de ISRS que toman las futuras mamás en el tercer trimestre para evitar los efectos adversos en el bebé.²⁹

Aunque algunos estudios sugieren que la exposición a los ISRS durante el embarazo puede tener efectos adversos en el bebé, generalmente éstos son leves y de corta duración y no se han informado casos de muerte. Por otro lado, las mujeres que dejan de tomar los medicamentos antidepresivos durante el embarazo tienen mayor riesgo de volver a desarrollar la depresión y pueden ponerse en riesgo y poner en riesgo al bebé.^{28,12}

En vista de estos resultados mixtos, las mujeres y sus médicos deben considerar los posibles riesgos y beneficios para la madre y el feto del uso de antidepresivos durante el embarazo, y tomar decisiones según las necesidades y circunstancias en particular. En algunos casos, una mujer y su médico pueden decidir reducir la dosis de antidepresivos durante el último mes de embarazo para minimizar los síntomas de abstinencia del recién nacido y después del parto, regresar a la dosis completa durante el vulnerable período posparto.

¿Es seguro tomar medicamentos antidepresivos mientras se da el pecho al bebé?

Los antidepresivos pasan a la leche materna, generalmente en cantidades muy pequeñas. La cantidad que un niño recibe generalmente es tan pequeña que no se registra en los análisis de sangre. En los niños que son amamantados por madres que toman antidepresivos se observan pocos problemas. Pero, al igual que con el uso de antidepresivos durante el embarazo, los riesgos y los beneficios para la madre y el bebé deben tenerse en cuenta a la hora de decidir si tomar antidepresivos mientras se da el pecho al bebé.³⁰

Las mujeres y sus médicos deben considerar los posibles riesgos y beneficios para la madre y el feto del uso de antidepresivos durante el embarazo...

¿Cuáles son los efectos secundarios de los antidepresivos?

En algunas personas, los antidepresivos pueden causar efectos secundarios leves y generalmente temporales, pero por lo general, no son de larga duración. **Pero, se debe informar al médico de inmediato en caso de reacciones o efectos secundarios inusuales que interfieran con el desempeño normal o que sean persistentes o causen problemas.**

Los efectos secundarios más comunes asociados con los ISRS e IRSN son los siguientes:

- Dolor de cabeza: generalmente es temporal y luego desaparece.
- Náuseas: son temporales y generalmente de corta duración.
- Insomnio y nerviosismo (dificultad para dormir o despertar con frecuencia durante la noche): pueden ocurrir durante las primeras semanas pero generalmente desaparecen con el tiempo o si se reduce la dosis.
- Agitación (por ejemplo, sentirse inquieto y ansioso).
- Problemas sexuales: las mujeres pueden padecer problemas sexuales incluyendo disminución del deseo sexual y problemas para tener relaciones sexuales o disfrutar de ellas.

Los antidepresivos tricíclicos también pueden provocar efectos secundarios, incluidos los siguientes:

- Boca seca: se recomienda tomar mucho líquido, mascar chicle (goma de mascar) y limpiarse los dientes todos los días.
- Estreñimiento: se recomienda comer más cereales de salvado, ciruelas, frutas y verduras.
- Problemas de la vejiga: puede resultar difícil vaciar la vejiga y es posible que el flujo de orina sea más débil que de costumbre.
- Problemas sexuales: el funcionamiento sexual puede cambiar y los efectos secundarios son similares a los de los ISRS y IRSN.
- Visión borrosa: generalmente desaparece pronto y no es necesario una nueva receta de lentes correctivos.
- Somnolencia (tener sueño/cansancio) durante el día: generalmente desaparece pronto pero se debe evitar operar maquinaria pesada o conducir cuando siente somnolencia. Los antidepresivos con mayor efecto sedante generalmente se toman a la hora de acostarse para poder dormir y minimizar la somnolencia durante el día.

Advertencia de la FDA sobre los antidepresivos

A pesar de que los ISRS y otros antidepresivos son relativamente seguros y populares, algunos estudios sugieren que pueden causar efectos no deseados en algunas personas, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes. En el 2004, la FDA revisó detalladamente los ensayos clínicos controlados, publicados y no publicados, sobre los antidepresivos en los que participaron aproximadamente 4.400 niños y adolescentes. La revisión reveló que el 4 por ciento de los que tomaron antidepresivos pensaban en el suicidio o intentaron suicidarse (aunque no ocurrió ningún suicidio) en comparación al 2 por ciento que tomaron placebos.

Esta información hizo que, en el 2005, la FDA adopte una etiqueta de advertencia de “caja negra” en todos los medicamentos antidepresivos para alertar al público sobre el posible aumento en el riesgo de pensamientos o intentos de suicidio en los 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 los adultos jóvenes de hasta 24 años. Una advertencia de “caja negra” es el tipo de advertencia más seria que se pone en las etiquetas de medicamentos recetados.

La advertencia subraya que tan importante es vigilar atentamente a los pacientes de todas las edades que toman antidepresivos, especialmente durante las primeras semanas del tratamiento. Los posibles efectos secundarios que se deben observar son el empeoramiento de la depresión, los pensamientos o el comportamiento suicida o cualquier cambio inusual en el comportamiento, tal como insomnio (no poder dormir), inquietud o aislamiento de situaciones sociales normales. La advertencia agrega que se debe informar a las familias y a los cuidadores del paciente sobre la necesidad de vigilar atentamente e informar cualquier cambio al médico. La información más reciente se encuentra disponible en el sitio web de la FDA (<http://www.fda.gov>).

Los resultados de una revisión completa de los ensayos pediátricos realizados entre 1988 y 2006 sugieren que los beneficios de los medicamentos antidepresivos superan en gran medida a los riesgos para los niños y adolescentes que padecen depresión grave y trastornos de ansiedad.²⁸ El estudio fue financiado parcialmente por el Instituto Nacional de la Salud Mental (National Institute of Mental Health).

Además, la FDA hizo público una advertencia en la que indica que la combinación de un antidepresivo ISRS o IRSN con los “triptanos”, los cuales se utilizan comúnmente para tratar la 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, y tener alucinaciones (ver u oír cosas que no son reales), temperatura alta, y cambios rápidos en la presión arterial. La combinación de otros medicamentos con los antidepresivos más nuevos también pueden causar posibles enfermedades peligrosas, aunque estas combinaciones son más peligrosas cuando se toman los IMAO y otros medicamentos.

¿Qué sucede con la hierba de San Juan?

El extracto de la hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*), un arbusto silvestre con flores amarillas, ha sido utilizado durante siglos en muchos remedios caseros y a base de hierbas. En la actualidad, en Europa es muy utilizado para tratar la depresión leve a moderada. En los Estados Unidos es uno de los productos botánicos más vendidos.

Para satisfacer el interés creciente de los estadounidenses en la hierba de San Juan, los Institutos Nacionales de la Salud (NIH por sus siglas en inglés) realizaron un ensayo clínico para determinar la efectividad de la hierba en el tratamiento de adultos que padecen depresión grave. En un ensayo de ocho semanas de duración que incluyó a 340 pacientes a los que se les diagnosticó depresión grave, un tercio de los pacientes elegidos al azar recibió una dosis uniforme de la hierba de San Juan, otro tercio recibió un ISRS comúnmente recetado y el otro tercio recibió un placebo. El ensayo demostró que la hierba de San Juan no resultó más efectiva que el placebo para el tratamiento de la depresión grave.³² Otro estudio está en marcha para conocer la efectividad de la hierba de San Juan para el tratamiento de la depresión leve o menor.

Otra investigación demostró que la hierba de San Juan puede relacionarse de manera negativa con otros medicamentos, incluyendo los medicamentos que se utilizan para controlar la infección por el VIH. El 10 de febrero del 2000, la FDA publicó una advertencia de salud en la que indicaba que la hierba puede interferir con ciertos medicamentos utilizados para tratar la enfermedad cardíaca, la depresión, las convulsiones, ciertos tipos de cáncer y el rechazo de trasplantes de órganos. La hierba también puede interferir con la efectividad de los anticonceptivos orales. Debido a éstas y a otras posibles combinaciones, las personas siempre deben consultar con su médico antes de tomar cualquier suplemento a base de hierbas.

La Psicoterapia

Existen varias clases de psicoterapia o “terapia de diálogo”, que pueden ayudar a quienes padecen depresión.

Algunos tratamientos son de corta duración (10 a 20 semanas) y otros son de larga duración, según las necesidades de la persona. Dos clases principales de psicoterapias, la terapia cognitivo-conductual o TCC y la terapia interpersonal o TIP, han demostrado ser efectivas para el tratamiento de la depresión. Al enseñar nuevas maneras de pensar y de comportarse, la TCC ayuda a las personas a cambiar estilos negativos de pensamiento y de comportamiento que pueden agravar la depresión. La TIP ayuda a las personas a comprender y resolver relaciones personales problemáticas que pueden causar o empeorar la depresión.

La psicoterapia puede ser la mejor opción para tratar la depresión leve a moderada. Pero, es posible que para los casos graves de depresión o para ciertas personas, la psicoterapia no sea suficiente. Los estudios han demostrado que para los adolescentes, la combinación de medicamentos y psicoterapia puede ser la opción más efectiva para tratar la depresión grave y reducir la posibilidad de que ésta reaparezca.³³ Asimismo, en un estudio sobre el tratamiento de la depresión en ancianos se demostró que los pacientes que respondieron al tratamiento inicial con medicamentos y TIP, tenían menos probabilidades de volver a padecer depresión si continuaban su tratamiento combinado durante al menos dos años.³⁴

Existen varias clases de psicoterapia o terapia “de diálogo”, que pueden ayudar a las personas que padecen depresión.

Terapia electroconvulsiva

La terapia electroconvulsiva o TEC puede resultar útil en los casos en que ni los medicamentos y/ni la psicoterapia ayudan a disminuir la depresión resistente al tratamiento. La TEC, antes conocida como “terapia de *choque*”, tenía una mala reputación. Pero ésta ha mejorado mucho en los últimos años y puede ofrecer alivio a personas con depresión grave que no han sido capaces de sentirse mejor con otros tratamientos.

Antes de administrar la TEC, el paciente toma un relajante muscular y recibe anestesia de breve duración. De esta manera, él o ella no es consciente del impulso eléctrico que se administra. Generalmente, la persona es sometida a la TEC varias veces por semana y a menudo necesitara tomar un medicamento antidepresivo o estabilizador del estado de ánimo para complementar los tratamientos de la TEC y evitar una recaída. Aunque algunas personas sólo necesitan unas pocas sesiones de la TEC, otras pueden necesitar la TEC de mantenimiento, por lo general una vez por semana al principio y luego cada vez menos hasta llegar a tratamientos mensuales de hasta un año.

La TEC puede ocasionar algunos efectos secundarios de corto plazo como confusión, desorientación y pérdida de la memoria. Pero, por lo general, estos efectos secundarios desaparecen pronto después del tratamiento. Las investigaciones han indicado que al cabo de un año de tratamiento de TEC, los pacientes no presentan efectos cognitivos adversos.³⁵ Antes de decidir someterse a un tratamiento de TEC, se deben considerar y analizar con el médico sus posibles riesgos y beneficios.

¿Qué esfuerzos se están realizando para mejorar los tratamientos?

Los investigadores están buscando mejores maneras de comprender, diagnosticar y tratar la depresión en todos los grupos de personas. Se están probando posibles tratamientos nuevos como los antidepresivos de acción rápida, los cuales brindan esperanza a aquellas personas que viven con una depresión difícil de tratar. Los investigadores están estudiando los factores de riesgo para la depresión y de qué manera ésta afecta el cerebro. El NIMH continúa financiando investigaciones de máxima calidad sobre este trastorno debilitante.



¿Cómo puedo ayudar a un(a) amigo(a) o familiar deprimido?

Si conoce a alguien que tiene depresión, lo primero que puede hacer, y lo más importante es ayudarlo(a) a obtener un diagnóstico y tratamiento adecuado. Quizás tenga que pedir una cita a nombre de su amigo(a) 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 después de seis a ocho semanas.

Además, también puede hacer lo siguiente:

- Ofrecerle apoyo emocional, comprensión, paciencia y ánimo
- Conversar con él o ella y escucharlo(a) atentamente
- Nunca menospreciar los sentimientos que expresa, pero señalarle la realidad y darle esperanza
- Nunca ignorar los comentarios sobre el suicidio y comunicárselos al terapeuta o médico de su amigo(a) o familiar
- Invitar a su amigo(a) o familiar a caminar, a realizar excursiones y otras actividades. Si él o ella no acepta la invitación, seguir intentando, pero no presionarlo(a) para que haga muchas cosas demasiado pronto. Aunque las distracciones y la compañía son necesarias, demasiadas exigencias puede aumentar el sentimiento de fracaso.
- Recordarle que la depresión desaparecerá con el tiempo y tratamiento.

¿Cómo puedo ayudarme si estoy deprimida?

Es posible que se sienta agotada, impotente y sin esperanza. Hacer algo para ayudarse a sí misma puede ser muy difícil. Pero es importante que se dé cuenta que estos sentimientos son parte de la depresión y no reflejan las circunstancias reales. A medida que comience a reconocer su depresión y comience con un tratamiento, los pensamientos negativos desaparecerán. Mientras tanto, puede hacer lo siguiente:

- Comience hacer 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.
- Asígnese 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, una amiga o un familiar de confianza como confidente. Trate de no aislarse y deje que los demás lo ayuden.
- Su ánimo mejorará poco a poco, no de inmediato. No espere salir de su depresión en un “abrir y cerrar de ojos”. Frecuentemente, durante el tratamiento de la depresión, el sueño y el apetito comenzarán a mejorar antes de que desaparezca su estado de ánimo deprimido.
- Posponga las decisiones importantes, tales como casarse, divorciarse o cambiar de trabajo, hasta que se sienta mejor. Hable sobre sus decisiones con otras personas que la conozcan bien y tengan una visión más neutral de su situación.
- Recuerde que los pensamientos positivos reemplazarán a los pensamientos negativos a medida que su depresión responda al tratamiento.

¿Dónde puedo ir para obtener ayuda?

Si no está segura acerca de dónde ir para obtener ayuda, pregúntele a su médico de familia. Otras personas que pueden ayudar son:

- Especialistas de salud mental 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 (pacientes que necesitan un tratamiento sencillo y no requieren hospitalización)
- 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 directas de ayuda” (hotlines) o “médicos” (physicians). Los médicos de las salas de emergencia también pueden brindarle ayuda temporal e informarle dónde y cómo obtener más ayuda.

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

Las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de intentar suicidarse. Si piensa en hacerse daño o intentar suicidarse, hable con alguna persona que pueda ayudarle de inmediato.

- Llame a su médico.
- Llame al 911 (servicio de emergencia de los Estados Unidos) para obtener servicios de emergencia.
- Acuda a la sala de emergencias del hospital más cercano.
- Llame a la línea directa gratuita de la Red Nacional de Prevención del Suicidio, las 24 horas, al 1-888-628-9454; número de teléfono de texto/teletipo: 1-800-799-4TTY (4889) para hablar con un consejero capacitado del centro de crisis de suicidio más cercano a su hogar.

Referencia bibliográfica

1. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, Rush AJ, Walters EE, Wang PS. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Journal of the American Medical Association*. 2003; 289(3): 3095–3105.
2. Rohan KJ, Lindsey KT, Roecklein 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. Tsuang MT, Bar JL, Stone WS, Faraone SV. Gene-environment interactions in mental disorders. *World Psychiatry*. 2004 Jun; 3(2): 73–83.
4. Schmidt PJ, Nieman LK, Danaceau MA, Adams LF, Rubinow DR. Differential behavioral effects of gonadal steroids in women with and in those without premenstrual syndrome. *New England Journal of Medicine*. 1998 Jan 22; 338(4): 209–216.
5. Rubinow DR, Schmidt PJ, Roca CA. Estrogen-serotonin interactions: Implications for affective regulation. *Biological Psychiatry*. 1998; 44(9): 839–850.
6. Ross LE, Steiner M. A Biopsychosocial approach to premenstrual dysphoric disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. 2003; 26(3): 529–546.
7. Dreher JC, Schmidt PJ, Kohn P, Furman D, Rubinow D, Berman KF. Menstrual cycle phase modulates reward-related neural function in women. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2007 Feb 13; 104(7): 2465–2470.
8. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, Mores O, Mortensen PB. New parents and mental disorders. *Journal of the American Medical Association*. 2006 Dec 6; 296(21): 2582–2589.
9. Chaudron LH, Szilagyi PG, Kitzman HJ, Wadkins HI, Conwell Y. Detection of postpartum depressive symptoms by screening at well-child visits. *Pediatrics*. 2004 Mar; 113(3 Pt 1): 551–558.
10. Freeman MP, Wright R, Watchman M, Wahl RA, Sisk DJ, Fraleigh L, Weibrecht JM. Postpartum depression assessments at well-baby visits: screening feasibility, prevalence and risk factors. *Journal of Women's Health*. 2005 Nov 10; 14(10): 929–935.
11. Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Nelson DB. Associations of hormones and menopausal status with depressed mood in women with no history of depression. *Archives of General Psychiatry*. 2006 Apr; 63(4): 375–382.
12. Cohen L, Altschuler L, Harlow B, Nonacs R, Newport DJ, Viguera A, Suri R, Burt V, Hendrick AM, Loughhead A, Vitonis AF, Stowe Z. Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment. *Journal of the American Medical Association*. 2006 Feb 1; 295(5): 499–507.
13. Bebbington PE, Dunn G, Jenkins R, Lewis G, Brugha T, Farrell M, Meltzer H. The influence of age and sex on the prevalence of depressive conditions: report from the National Survey of Psychiatric Morbidity. *International Review of Psychiatry*. 2003 Feb-May; 15(1-2): 74–83.
14. Nolen-Hoeksema S, Larson J, Grayson C. Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1999; 77(5): 1061–1072.
15. 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.
16. 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.
17. Kessler RC, Barker PR, Colpe LJ, Epstein JF, Gfroerer JC, Hiripi E, Howes MJ, Normand SL, Manderscheid RW, Walters EE, Zaslavsky AM. Screening for serious mental illness in the general population. *Archives of General Psychiatry*. 2003 Feb; 60(2): 184–189.
18. Conway KP, Compton WV, 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.
19. Cassano P, Fava M. Depression and public health, an overview. *Journal of Psychosomatic Research*. 2002 Oct; 53(4): 849–857.
20. Katon W, Ciechanowski P. Impact of major depression on chronic medical illness. *Journal of Psychosomatic Research*. 2002 Oct; 53(4): 859–863.

21. Hankin BL, Abramson LY. Development of gender differences in depression: an elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory. *Psychological Bulletin*. 2001 Nov; 127(6): 773–796.
22. Calvete E, Cardenoso O. Gender differences in cognitive vulnerability to depression and behavior problems in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2005 Apr; 33(2): 179–192.
23. Cyranowski J, Frank E, Young E, Shear K. Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression. *Archives of General Psychiatry*. 2000 Jan; 57(1): 21–27.
24. Krishnan KRR, Taylor WD, McQuoid DR, MacFall JR, Payne ME, Provenza JM, Steffens DC. Clinical characteristics of magnetic resonance imaging-defined subcortical ischemic depression. *Biological Psychiatry*. 2004 Feb 15; 55(4): 390–397.
25. 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.
26. 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.
27. Marcus SM, Flynn HA, Blow F, Barry K. A screening study of antidepressant treatments and mood symptoms in pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*. 2005 May; 8(1): 25–27.
28. Austin M. To treat or not to treat maternal depression, SSRI use in pregnancy and adverse neonatal effects. *Psychological Medicine*. 2006 Jul 25; 1–8.
29. U.S. Food and Drug Administration (FDA). FDA Medwatch drug alert on Effexor and SSRIs, 2004 Jun 3. Available at (www.fda.gov/medwatch/safety/2004/safety04.htm#effexor).
30. Weissman AM, Levy BT, Hartz AJ, Bentler S, Donohue M, Ellingrod VL, Wisner KL. Pooled analysis of antidepressant levels in lactating mothers, breast milk and nursing infants. *American Journal of Psychiatry*. 2004 Jun; 161(6): 1066–1078.
31. 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.
32. 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 Apr 10; 287(14): 1807–1814.
33. 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 Aug 18; 292(7): 807–820.
34. Reynolds CF III, Dew MA, Pollock BG, Mulsant BH, Frank E, Miller MD, Houck PR, Mazumdar S, Butters MA, Stack JA, Schleritzauer 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.
35. Rami L, Bernardo M, Boget T, Ferrer J, Portella M, Gil-Verona JA, Salameo M. Cognitive status of psychiatric patients under maintenance electroconvulsive therapy: a one-year longitudinal study. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 2004 Fall; 16(4): 465–471.

Para más 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 cómo 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 (<http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/index.shtml>). 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)*

Teléfono de texto/teletipo: 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.



DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS

Institutos Nacionales de la Salud

Publicación de NIH Núm. SP 11-4779

Modificado en el 2011

Traducido en abril del 2011