



# *Depresión* **Y SUICIDIO**

# Autores

---

## **Carlos Alberto Palacio Acosta**

Médico, Especialista en Psiquiatra y Magister  
en Epidemiología, Universidad de Antioquia  
Especialización en Psicología de la Actividad  
Física y el Deporte, UNED  
Profesor Departamento de Psiquiatría,  
Facultad de Medicina Universidad de  
Antioquia

---

## **Antonio Carlos Toro Obando**

Médico, Universidad CES  
Especialista en Psiquiatría, Universidad  
Pontificia Bolivariana  
Maestría Terapia de Conducta, UNED  
Profesor Departamento de Psiquiatría,  
Facultad de Medicina Universidad de  
Antioquia



# *Depresión* **Y SUICIDIO**

-----  
MANUAL PSICOEDUCATIVO PARA PACIENTES, SUS  
FAMILIAS, EDUCADORES...

# Tabla de contenido



|                                                                              |    |
|------------------------------------------------------------------------------|----|
| ► Caso clínico .....                                                         | 02 |
| ► Introducción .....                                                         | 02 |
| ► ¿Qué es la depresión?.....                                                 | 02 |
| ► ¿Cuáles son los síntomas de la depresión? .....                            | 02 |
| ► ¿Por qué me dio depresión?.....                                            | 02 |
| ► Depresión en niños y adolescentes.....                                     | 02 |
| ► Depresión en ancianos .....                                                | 02 |
| ► Depresión en el embarazo.....                                              | 02 |
| ► ¿Qué debo hacer si alguien cercano sufre depresión?.....                   | 02 |
| ► Suicidio.....                                                              | 02 |
| Factores de riesgo                                                           |    |
| Signos de alarma                                                             |    |
| ¿Cómo puedo ayudar a alguien (familiar, amigo, alumno) con ideación suicida? |    |
| ► Uso de medicamentos.....                                                   | 02 |
| ► Terapia psicológica .....                                                  | 02 |
| ► Ejercicio.....                                                             | 02 |
| ► Alimentación .....                                                         | 02 |
| ► Uso de terapias alternativas.....                                          | 02 |



ddd — bbb  
Maria

# Caso CLÍNICO



María: mujer de 52 años, ama de casa, es casada y tiene tres hijos. Llega a consulta sola, se ve triste, cansada, desarreglada en su presentación personal, utiliza poco maquillaje.

En los últimos dos meses, la mayor parte del tiempo, se ha sentido triste, a pesar de no haber sufrido ningún evento estresante en este tiempo. Describe dificultad para hacer sus actividades cotidianas de la casa. Las cosas que antes disfrutaba, como ver televisión, ir al gimnasio, conversar con sus hijos, ya no las disfruta; ni siquiera volvió a arreglar el jardín, no le provoca salir, no volvió a visitar a las hermanas.

Sus hijos y el esposo le dicen que se muestra muy ofuscada. Se está despertando a las tres de la mañana y no es capaz de volverse a dormir.

La comida no le llama la atención, dice: *“como porque me toca”*, ha perdido cuatro kilos de peso. Tiene dificultad para tomar decisiones, describe *“todo se me vuelve un mundo”*.

No ha pensado en el suicidio, pero a veces cree que estaría mejor muerta. Sus familiares están muy preocupados, es la segunda vez que la ven así, la primera vez fue hace quince años, en esa época consultó al psiquiatra, le ordenaron un medicamento y lo suspendió a los tres meses luego de mejorar.

La paciente tiene temor a ir donde el psiquiatra y a recibir tratamiento por los posibles efectos adversos de la medicación.

# Introducción

Es posible que la historia descrita le resulte familiar, porque usted, algún familiar o conocido sufren o han sufrido depresión.

Durante años, muchas personas se han referido a la depresión como “falta de voluntad o debilidad” de quien la sufre. Afortunadamente, gracias a los avances médicos de los últimos años se ha logrado entender que la depresión es una enfermedad del cerebro que logra alterar múltiples aspectos de la vida del paciente: su desempeño o relaciones con el trabajo, la familia, el estudio, la vida social, el estado de salud e, incluso, son frecuentes los casos en los que las personas afectadas por la depresión intentan el suicidio o tristemente lo consuman.

En nuestra práctica médica vemos, día a día, pacientes con depresión. Ellos no logran entender por qué se están sintiendo así, por qué no son capaces de levantarse de la cama, por qué ya no disfrutan, por qué se sienten tristes o irritables sin ninguna causa. También es frecuente que sus familiares nos pregunten con insistencia qué pueden hacer para ayudar a sus seres queridos; los profesores sienten angustia al ver como un estudiante sin ninguna explicación aparente, disminuye su rendimiento académico, se ve aislado, callado o muy ofuscado.

Este manual es para todos ellos: pacientes, familiares, profesores, los cuales sufren o viven de cerca la depresión y necesitan un conocimiento

La depresión es  
una enfermedad  
del cerebro



adecuado y oportuno sobre la depresión y la conducta suicida.

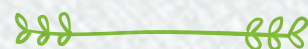
Luego de varios años de atender pacientes con depresión, vimos que en nuestro medio no existe un manual adecuado en español, donde se tenga información en un lenguaje sencillo y claro que sirva a toda la comunidad para entender qué es la depresión, qué pueden hacer quienes la sufren, cómo pueden ayudar a alguien que presenta esta enfermedad, cómo se puede prevenir la conducta suicida en las personas afectadas por la depresión.

Muchas guías de tratamiento recomiendan como parte del manejo de la depresión la psicoeducación de pacientes y familiares. Se ha visto que

la psicoeducación mejora la evolución de los episodios depresivos y disminuye las recaídas.

Nuestro objetivo es que los pacientes aprendan sobre la depresión, tomen parte activa en su tratamiento. Igualmente que los familiares y profesores entiendan cómo deben acompañar y qué deben hacer hacer frente a un familiar o alumno con depresión.

**Este manual pretende ser un soporte de la consulta médica, en ningún momento busca reemplazar la consulta con el especialista en salud mental.**





# ¿Qué es la depresión?



La depresión es una enfermedad del cerebro que puede llegar a comprometer nuestro funcionamiento en la mayoría de actividades de la vida diaria.

La depresión es diferente a la tristeza, la tristeza es una emoción que ocurre como resultado a algún evento que consideramos negativo en nuestras vidas, por ejemplo: reprobamos un examen, discutimos con nuestra pareja, tenemos pérdidas afectivas (separaciones, muertes), eliminan a nuestro equipo de fútbol, etc. La tristeza es pasajera y no necesita tratamiento, es importante vivirla para el normal desarrollo de nuestra vida.

La depresión, en cambio, es una enfermedad que va más allá de la tristeza. Los síntomas de la depresión son más profundos y duraderos y alteran

la capacidad que tenemos para realizar nuestras actividades diarias.

La depresión es considerada una enfermedad común y recurrente (puede repetir), se presenta en quince de cada cien personas y, sin un tratamiento adecuado, se puede volver a presentar varias veces durante la vida. Es más común en mujeres, dos casos de mujeres por un hombre.

Es una enfermedad que ocurre en todas las regiones del mundo y afecta personas de todas las razas.

La depresión aparece temprano en la vida, generalmente entre los veinte y los treinta años de edad, pero muchas personas tienen su primer episodio depresivo antes de los veinte años.

-----

A pesar de los avances en salud mental en los últimos años, muchas veces la depresión no es detectada por los pacientes ni por los médicos. En estos casos no hay diagnóstico y menos tratamiento adecuado. Algunas causas por las cuales no se hace un diagnóstico de la depresión son:



- Se presenta, por parte de los pacientes y aun de los médicos, un desconocimiento de los síntomas de la depresión. La expresión *“no sé porque me siento así”*, es indicador de esta situación.
- Persiste entre algunas personas cierto temor o prejuicio frente a la consulta al especialista. Estos pacientes lo manifiestan de manera clara, ejemplo: *“Doctor, tenía mucho miedo venir, ¿acaso estoy loca?”*
- Temor a los medicamentos de psiquiatría. En particular, existe temor por los efectos adversos que puedan tener los medicamentos; por ejemplo, *“¿Esas pastillas me van a convertir en un adicto?”* (Ver más adelante el punto sobre uso de medicamentos)
- En un cuadro de depresión, se diagnostican otras dolencias, pero se deja sin identificar la enfermedad mental. Esto ocurre porque es algo común que en la depresión concurren o aumenten dolores o

molestias del cuerpo, pero muchas veces los médicos diagnosticamos y tratamos estos dolores y no tenemos en cuenta que posiblemente sean explicados por la depresión. Cuando un paciente que llega a la consulta y expresa algo como: *“Nadie me quita estos dolores, ya he consultado con múltiples médicos”*, es posible que estemos frente a una situación como la aquí enunciada.

- En no pocos eventos traumáticos o dolorosos, dificultades personales o de enfermedades médicas de un paciente afectado por la depresión, algunos tienden a explicar los síntomas de la depresión como algo justificado. La siguiente expresión resume este obstáculo para el diagnóstico adecuado de la enfermedad mental: *“Yo con ese problema también estaría así de triste y sin dormir”*.



# ¿Cuáles son los síntomas de la depresión?



## La depresión afecta tanto la mente como el cuerpo.

Es decir, afecta la capacidad de pensar, concentrarnos, estar atentos, percibir, emocionarnos, la voluntad; pero... también produce cambios en nuestro cuerpo.

Para hablar de depresión, varios de los siguientes síntomas deben persistir por varios días:

- **Ánimo triste.** Las personas con depresión se sienten tristes, aburridas, desanimadas, muchas veces se sienten ansiosas, frustradas o irritables.
- **Pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades.** Las personas con depresión pierden interés o la capacidad de experimentar placer en actividades que antes les agradaban; el paciente, incluso, deja de disfrutar sus hobbies. El siguiente ejemplo es bien gráfico de esta situación: *"me da igual todo"*. Esta pérdida de
- interés les puede llevar al paciente a evitar reunirse con sus amigos o a experimentar el deseo sexual.
- **Cambios de apetito o peso.** Las personas con depresión pueden aumentar o disminuir el apetito; esto las puede llevar a presentar aumento marcado de peso o a sufrir pérdida de peso.
- **Dormir poco o dormir mucho.** La depresión casi siempre altera el sueño de los pacientes. El paciente puede dormir mucho o tener dificultades para dormirse o mantener el sueño en la noche. Muchos pacientes con depresión, incluso durmiendo bien, describen que sienten que no descansan en la noche.
- **Intranquilidad, agitación o lentitud.** Las personas con depresión pueden sentirse intranquilos o agitados o sentirse lentos tanto en los movimientos del cuerpo como en los pensamientos.

- **Fatiga o pérdida de energía.** Las personas con depresión casi siempre se sienten cansadas, fatigadas, indiferentes o apáticas; pasan mucho tiempo en la cama durante el día, sienten los brazos y las piernas pesadas. Es muy común que manifiesten dificultad para iniciar o terminar las tareas o actividades diarias.
- **Ideas de desesperanza o culpa excesiva.** La depresión modifica la forma en que pensamos o nos sentimos, los pacientes pueden sentirse con menos capacidades, menos atractivos, inferiores, fracasados, no creen que estarán bien en el futuro, se sienten culpables. Por lo general agrandan los eventos desagradables, toman sólo lo negativo de algo que ocurre o interpretan negativamente eventos neutrales. *“Me ahogo en un vaso de agua, creo que no seré capaz, no soy el mismo de antes”.*
- **Fallas de concentración.** Muchos pacientes con depresión tienen dificultad para concentrarse, pensar o tomar decisiones, es común que se distraigan y se quejen de fallas de memoria. Es frecuente escuchar que, ante cualquier problema, los pacientes refieran: *“todo se me vuelve un mundo”.*
- **Las decisiones se toman bajo la percepción negativa de la depresión.** Por ello, durante la depresión no se deben tomar decisiones importantes de la vida, como renunciar al trabajo o separarse, ya que la depresión hace que nos sintamos con menos capacidades y tengamos dificultades para tomar decisiones.
- **Ideas recurrentes de muerte o suicidio.** Las personas con depresión severa pueden tener pensamientos recurrentes de muerte o suicidio y pueden llegar a intentar suicidarse. Las ideas o pensamientos de muerte pueden ser pasivas, ejemplo, *“qué*

*bueno dormir y no despertar, ojala Dios se acordara de mí”, o pueden llegar a ser ideas activas de acuerdo con las cuales el paciente desea morir o intenta suicidarse. Toda persona con ideación suicida está enferma y debe ser evaluada por un especialista en salud mental. (Ver más adelante el título suicidio).*

- En ocasiones la depresión se expresa a través de síntomas físicos. Es común encontrar en la consulta pacientes con varios síntomas físicos como dolor de cabeza, dolor de espalda, sensación de nudo en la garganta, dolor en el estómago, por los cuales han consultado con varios médicos y tomado múltiples medicamentos sin mejoría. Ante un paciente con múltiples dolores o molestias en el cuerpo que no mejoran, el médico tratante debe sospechar depresión o trastorno de ansiedad.





# ¿Por qué me dio depresión?



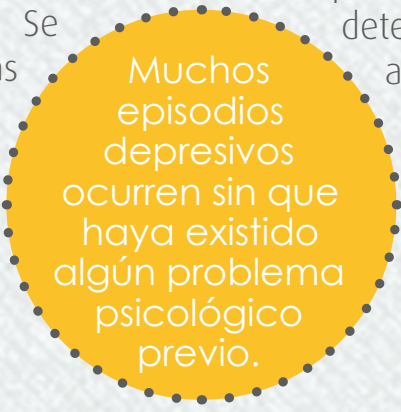
En el cerebro, hay sitios encargados de mantener el estado de ánimo regulado. En condiciones normales el estado de ánimo permanece estable con algunos cambios (emociones) según lo que nos ocurra, sin que esto lleve a alteraciones en nuestro funcionamiento.

Las personas con depresión tienen una alteración biológica en su cerebro que les dificulta mantener regulado el estado de ánimo. Esto lleva a que presenten un episodio depresivo sin que necesariamente haya ocurrido algún problema personal, familiar, laboral, de pareja, académico, etc. Se ha encontrado que algunas sustancias que existen en el cerebro, llamadas neurotransmisores (pequeñas proteínas) como la serotonina,

la dopamina y la norepinefrina, se encuentran alteradas durante las fases de depresión.

Los factores psicológicos (estrés, problemas de pareja, laborales etc.) pueden influir como desencadenantes en personas con vulnerabilidad a sufrir depresión, es decir que tienen predisposición biológica, pero NO son determinantes. Insistimos: Muchos episodios depresivos ocurren sin que haya existido algún problema psicológico previo.

El especialista en salud mental debe determinar si los factores vitales actúan como desencadenantes, para así escoger el tratamiento psicológico más adecuado para el paciente (ver más adelante el título terapia psicológica).



Muchos episodios depresivos ocurren sin que haya existido algún problema psicológico previo.



# Depresión

## en niños y adolescentes



La depresión puede afectar a personas de todas las edades, incluyendo niños y adolescentes. Los niños y adolescentes con depresión, igual que en los adultos, no pueden salir de ella por sus propios medios. En ellos no es una “debilidad, rebeldía, o falta de carácter”.

Se estima que entre los niños menores de trece años, uno a dos niños por cada cien, pueden sufrir depresión; y entre los trece y diecinueve años, veintiocho de cada cien niños pueden sufrir depresión.

Es importante hacer un diagnóstico y tratamiento oportunos porque los niños y los adolescentes no tratados tienen mayor riesgo de fracaso escolar, ataques de pánico, abuso de alcohol y drogas, dificultades de comportamiento, delincuencia, anorexia e incluso el suicidio (ver el título suicidio).

Aquellos niños que han experimentado una pérdida importante, están en mayor riesgo de sufrir depresión. Igualmente, si presentan trastornos de ansiedad, déficit de atención, de aprendizaje o de conducta, bajo rendimiento académico, incertidumbre sobre orientación sexual, traumas, consumo de alcohol o drogas, enfermedades crónicas como la diabetes y si alguno de los padres sufre depresión. Los anteriores constituyen factores de riesgo, lo cual no quiere decir que si el niño presenta alguno de ellos vaya a sufrir depresión. Pero, sí deben ser tenidos en cuenta.



---

En los niños y los adolescentes,  
los síntomas de la depresión son  
semejantes a los que presentan  
los adultos:

- Ánimo triste o irritable
- Pérdida de interés o placer en actividades que antes disfrutaba
- Cambios significativos en el apetito y en el peso
- Dificultad para conciliar el sueño o, al contrario, dormir demasiado
- Agitación o letargo excesivo, pérdida de energía
- Sentimientos de inutilidad o de culpa poco apropiados
- Fallas de concentración
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio

Además de los síntomas mencionados antes, en el caso de los niños y los adolescentes, se debe pensar en depresión si aparecen los siguientes síntomas:

- Quejas de problemas físicos no específicos. por ejemplo, se presentan con frecuencia dolor de cabeza o dolor de estómago
- Ausencia frecuente al colegio
- Disminución llamativa del rendimiento académico
- Ansiedad de separación severa. La ansiedad de separación es una etapa normal del desarrollo durante la cual el niño experimenta ansiedad cuando se separa del cuidador principal)

- Explosiones de ira, gritos, llanto, quejas, irritabilidad constantes
- Aburrimiento crónico
- Aislamiento social, falta de interés en jugar con amigos
- Abuso de alcohol o drogas
- Comportamientos peligrosos, tomar riesgos innecesariamente
- Miedos excesivos, temor a la muerte
- Regresiones (comportamientos infantiles, volver a mojarse o ensuciarse después de haber aprendido a hacer sus necesidades en el baño)

La presencia de uno o varios de estos síntomas no hacen diagnóstico de depresión. Sin embargo, si hay varios de estos síntomas se recomienda una evaluación por el psiquiatra (preferiblemente que sea especialista en el tratamiento de niños y adolescentes).

Un tratamiento adecuado implica educar a los niños, adolescentes, padres y maestros sobre la depresión y el suicidio; como también el acompañamiento psicológico, la evaluación constante, el monitoreo y, en algunos casos, la medicación apropiada.

# Depresión en ancianos



En primer lugar, conviene tener en cuenta: Muchas depresiones en la tercera edad no se diagnostican ni se tratan.

La depresión en el anciano es difícil de diagnosticar. Como el anciano, por lo general, tiene otras enfermedades

crónicas o discapacidades físicas que hacen que los síntomas de la depresión se adjudiquen a estas enfermedades o no sean tenidos en cuenta.

No detectar la depresión en el anciano puede significar que no se realice un tratamiento oportuno, lo que llevaría a

mayor sufrimiento para el paciente y al empeoramiento de sus enfermedades de base. Puede ser el caso, de un paciente con enfermedad en el corazón que necesita hacer rehabilitación, pero por su depresión, no es capaz de pararse de la cama; si no le tratamos la depresión, este paciente no hará la rehabilitación necesaria para su corazón.

- Dificultad para conciliar el sueño o, al contrario, dormir demasiado
- Agitación o letargo excesivo, pérdida de energía
- Sentimientos de inutilidad o de culpa poco apropiados
- Fallas de concentración
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio

Es normal que en la vejez existan más enfermedades, dolores físicos, dificultades económicas, se hayan tenido duelos por pérdidas de seres queridos, períodos de adaptación difíciles (la jubilación podría ser uno de ellos), los cuales pueden producir tristeza o angustia; pero esto es muy diferente a estar deprimido. **Deprimirse no forma parte del curso normal del envejecimiento.**

Muchas depresiones en la tercera edad no se diagnostican ni se tratan.

También se deben tener en cuenta ciertos aspectos en el anciano en quien se sospecha depresión. En particular se debe prestar atención a: cambios en los hábitos de cuidado personal, descuido en el aseo, renuencia a salir de la casa; disminución en el contacto social, en las actividades de disfrute y aficiones; también cambios de actitud como tornarse irritables

Los síntomas de la depresión en el anciano no se deben adjudicar a la "vejez", se deben diagnosticar y tratar oportunamente.

Los síntomas de la depresión en el anciano son los mismos que los de depresión en el adulto:

- Ánimo triste o irritable
- Pérdida de interés o placer en actividades que antes disfrutaba
- Cambios significativos en el apetito y en el peso

El médico tratante debe saber diferenciar entre depresión, demencia o delirium (estado confusional casi siempre ocasionado por infección o medicamentos). Estas tres enfermedades son más comunes en el anciano y se pueden confundir. También, el médico debe tener claro qué medicamentos toma el anciano, porque algunos medicamentos pueden facilitar la aparición o simular una depresión (es el caso de algunos esteroides, ciertos antihipertensivos, medicamentos para el párkinson, entre otros).



# Depresión en el embarazo



La depresión es una enfermedad del cerebro que afecta más a las mujeres en edades entre los veinte y los treinta años, edades en las cuales resulta más frecuente estar en embarazo.

Diez de cada cien mujeres pueden presentar depresión en el embarazo y hasta setenta de cada cien pueden presentar algunos síntomas de depresión durante el embarazo.

Es normal sentir algunos síntomas de depresión y ansiedad durante el embarazo y el posparto.

Aunque es normal sentir angustia o tristeza y la gran mayoría de mujeres embarazadas lo presentan, muchas mujeres sienten culpa por sentirse así,

ya que el embarazo respresenta un período de felicidad en las familias. Presentan gran sufrimiento porque creen que si cuentan será mal visto por médicos y familiares.

Por ello la recomendación es: **Informar al ginecólogo sobre todos los cambios de ánimo que pueda presentar**, pues muchos síntomas del embarazo se pueden confundir con depresión. El ginecólogo evaluará cuáles son cambios de ánimo normales y cuáles pueden ser depresión, en caso de presentar un episodio depresivo debe evaluarse la posibilidad de tratar; en algunos casos es más riesgoso no tratar una depresión en el embarazo. Todo esto lo debe conversar detenidamente la paciente embarazada con su ginecólogo.

Los síntomas de la depresión en el embarazo son los mismos que los de la depresión en el adulto:

- Ánimo triste o irritable
- Pérdida de interés o placer en actividades que antes disfrutaba
- Cambios significativos en el apetito y en el peso
- Dificultad para conciliar el sueño o, al contrario, dormir demasiado
- Agitación o letargo excesivo, pérdida de energía
- Sentimientos de inutilidad o de culpa poco apropiados
- Fallas de concentración
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio

A toda mujer que sufre depresión le recomendamos evaluar detenidamente con su psiquiatra y su ginecólogo las características de su depresión, el momento del embarazo en que se encuentra, los riesgos de tratar con medicación, evaluar posibilidad de psicoterapia. En caso de necesitar medicación, escoger el que menos riesgo represente. También se deben evaluar los riesgos de no tratar la depresión.

Los riesgos de no tratar la depresión en el embarazo son: parto antes de tiempo, bajo peso al nacer, más complicaciones al nacimiento, también se ha encontrado que los bebés lloran más y son más difíciles de calmar.

También es común que algunas madres experimenten rechazo al bebé recién nacido o sensación de indiferencia.

Sentir rechazo o indiferencia genera mucha culpa en las madres; por tanto, es muy importante recordar que esta situación es producto de la depresión en el embarazo o en el postparto.

Siempre ha existido un gran temor acerca del uso de medicamentos durante el embarazo.

Tener depresión o tomar antidepresivos no es impedimento para tener un embarazo. La recomendación es escoger el mejor momento de acuerdo con las recomendaciones del psiquiatra y el ginecólogo tratantes.

Luego del nacimiento del bebé hasta el 80% de las nuevas madres experimentan cambios de ánimo leves (tristeza, mal genio, indiferencia, ansiedad, fatiga) que puede durar desde minutos hasta varias horas por día. Estos cambios de ánimo se conocen como el baby blues.

Es normal sentir algunos síntomas de depresión y ansiedad durante el embarazo y el posparto.

En estos casos, se recomienda a las madres, expresar los sentimientos que están experimentando. Se recuerda que esto es normal. Otras recomendaciones son el uso de un diario para escribir esas sensaciones porque esto puede ayudar, alimentarse muy bien, sacar un espacio al día para dedicarse a sí misma, salir a caminar; y algo especial, tener en cuenta que todo cambio requiere tiempo de adaptación, no esperar hacerlo perfecto todo en la primera semana.

Si los síntomas son muy fuertes y prolongados, lo indicado es comentarle al respectivo ginecólogo o al médico familiar porque puede tratarse de una depresión posparto.

La depresión posparto ocurre generalmente después del parto y hasta pasados unos tres meses. Las mujeres con depresión posparto pueden presentar tristeza, irritabilidad, cambios de apetito, pérdida de energía, falta de concentración, ansiedad (sentir temor de quedarse solas con el bebé), dificultad para dormir, pérdida de placer, sentimiento de inutilidad, culpa, retraimiento y pensamientos de muerte o suicidio; con respecto al bebé la paciente puede sentirse incapaz de

cuidar de sí misma o del bebé, tener pensamientos negativos hacia el bebé, o preocuparse exageradamente o sentir desinterés por él.

La depresión posparto debe ser tratada, en conjunto por el psiquiatra y el ginecólogo; el tratamiento incluye medicamentos y terapia psicológica.

Si la madre está lactando y requiere de medicamentos para manejar la depresión, se debe escoger el más seguro. En el caso de requerir un medicamento que contraindique la lactancia o que la madre no quiera lactar, se debe apoyar a la madre en esta decisión; el vínculo madre – bebé se puede crear de igual forma así la madre no esté lactando. Es importante que la alimentación del bebé se realice en un entorno íntimo, en posición semejante a la lactancia de seno, conversando en tono afectuoso, manteniendo contacto directo la piel de la madre con la del bebé. Ser una buena mamá es mucho más que amamantar; la relación con el bebé no se basa únicamente en la habilidad de amamantar. La forma de ser como madre, la frecuencia con que se carga y se juega con el bebé importan más que la manera como se le alimenta.



# ¿Qué debo hacer si alguien cercano sufre depresión?



-Información útil para padres,  
familiares, amigos, profesores-

En la consulta muchos pacientes con depresión cuentan que constantemente los familiares, amigos o compañeros del trabajo o estudio les instan a cambiar o a enfrentar la situación con expresiones del siguiente tono y contenido:

- “Anímate, debes poner de parte”
- “Tienes que animarte, mira que no te falta nada”
- “¿Por qué no te matriculas en un gimnasio?”

Desafortunadamente estos comentarios (aunque hechos con buena intención) crean más angustia en el paciente deprimido. Si hacemos una comparación

con el trato dado a algún familiar hipertenso o diabético, vemos que nunca le decimos que ponga de su parte para que baje la presión arterial; sabemos que debe tomar un medicamento y seguir unas recomendaciones sobre cambios en el estilo de vida y en esto lo apoyamos.

Si alguien cercano sufre depresión, es fundamental recordar que esto no es debilidad o exageración. Se requiere comprender que para el paciente es muy difícil (en algunos casos, imposible), trabajar como lo hacía antes. La depresión produce falta de energía, falta de interés en las actividades que antes disfrutaba, al paciente deprimido le cuesta relacionarse con los demás e incluso puede estar irritable.

La recomendación que se hace a los parientes de pacientes con depresión, es simple: No esperar a que su familiar o amigo deprimido actúe como cuando no lo estaba, no le pida que mantenga el mismo funcionamiento de antes. Intente apoyarlo para que busque ayuda con un especialista en salud mental, acompañelo sin presionarlo (que el paciente sepa que se está con él pero no para forzar sus actividades). Y, algo básico, informarse muy bien acerca de la depresión.

Forzar actividades en nuestro familiar o amigo deprimido NO es la conducta apropiada. Por ejemplo, llevarlo para la playa o para una finca no lo va a mejorar, incluso lo puede hacer sentir más mal, porque sumado a la depresión se sentirá culpable por no disfrutar.

En cuanto a la depresión en niños y adolescentes, es muy importante que los adultos (padres, profesores) estén en contacto permanente con los niños y adolescentes,

Siempre se debe sospechar depresión como principal causa de ideación suicida

sepan reconocer las señales de peligro de la depresión (ver el título depresión en niños y adolescentes).

Si un profesor sospecha que un niño o adolescente está deprimido, debe comentarlo debidamente con los padres.

Los profesores no deben sentir temor de preguntarle al niño o al adolescente, cuando crean que presenta síntomas de depresión, si ha pensado que estaría mejor muerto o ha pensado en el suicidio. Esta pregunta no llevará al niño a cometer suicidio, ni le dará una idea, pero sí puede ayudar a prevenir el suicidio.

Si un niño o adolescente le manifiesta al profesor ideación suicida, lo que procede es acompañarlo, informar a los padres y buscar inmediatamente ayuda profesional.

Cualquier amenaza verbal o intento de suicidio en niños o adolescentes debe ser tomada en serio.

Siempre se debe sospechar depresión como principal causa de ideación suicida, si se identifica se debe tratar inmediatamente.

No esperar a que su familiar o amigo deprimido actúe como cuando no lo estaba, no le pida que mantenga el mismo funcionamiento de antes.



# ¿Cómo enfrentar el ambiente laboral o académico si se sufre depresión?

Recuerde que la depresión afecta la atención, la concentración y la capacidad para resolver problemas y por lo tanto su funcionamiento en el trabajo o su rendimiento académico se va a disminuir, es importante que lo acepte y no luche contra eso mientras se recupera.

Muchas personas deprimidas no quieren desligarse de su actividad laboral o académica diaria, porque piensan que pueden perder el trabajo o los cursos académicos que tienen, creen también que sus superiores o maestros no van a entender la enfermedad y por lo tanto pueden tomar represalias contra ellos. No le tema a esta situación, cada vez hay mas educación y conciencia entre las personas sobre la depresión, incluso en muchas ocasiones verbalizarlo y hacerlo evidente puede disminuir la angustia al encontrar comprensión y el acompañamiento en otros. Es importante tener en cuenta que cada vez es menor el estigma o prejuicio que se tiene y por lo tanto los compañeros son una fuente importante de apoyo. Las redes afectivas que construimos ayudan a soportar la depresión mientras se da la recuperación con el tratamiento adecuado.

Muchos pacientes con depresiones leves o moderadas en ocasiones prefieren continuar su actividad laboral/ académica, porque: “se mantienen ocupados”, “los distrae de los pensamientos negativos”, si el paciente y las personas cercanas entienden que su rendimiento estará por debajo del acostumbrado, puede permitirse. Si se trata de un trastorno depresivo intenso o grave se debe aceptar la incapacidad mientras se obtenga la recuperación.

Las empresas, colegios y universidades deben trabajar en la educación de las alteraciones mentales, sobre todo las mas frecuentes como la depresión y los trastornos ansiosos. Se debe trabajar en prevención de ellas con actividades de manejo de estrés laboral o académico, buena utilización del tiempo libre, programas de estímulo a ejercicio, actividades culturales, mantener un buen clima organizacional y sobre todo unas buenas relaciones humanas donde el respeto y la dignidad del otro sean consideradas.

Son los jefes, maestros y compañeros quienes al conocer de la enfermedad pueden ayudar a identificar y aceptar en el otro el trastorno depresivo y sugerir una consulta que pueda ayudar a esclarecer el diagnostico y realizar un tratamiento oportuno.



Suicidio

El comportamiento suicida incluye desde pensamientos o ideas acerca de la muerte o el suicidio, hasta la realización del mismo. Debe tenerse en cuenta la intención (lo que lo diferencia del accidente).

Desde las fases iniciales del comportamiento suicida se piensa en la muerte sin necesidad de una ideación clara de suicidio; luego, en fases avanzadas, ya puede aparecer una idea estructurada. Todo pensamiento de muerte o idea de suicidio debe ser tomado en serio.

En el mundo, el suicidio es un problema importante de salud pública. Se presentan altos números de suicidio en adultos jóvenes, adultos y ancianos. Es más común entre los hombres, ocurriendo hasta cuatro veces más que en las mujeres.

### Factores de riesgo

Existen condiciones o características que pueden aumentar el riesgo de que una persona intente suicidarse. Entre más factores es mayor el riesgo. En particular existen factores asociados con

enfermedad mental, otros con el entorno o ambiente en el que se relaciona la persona, otros con la historia personal.

→ Antecedente de enfermedad mental. Tienen más riesgo de suicidio las personas que presentan:

- Depresión
- Trastorno afectivo bipolar
- Esquizofrenia
- Trastorno límite o antisocial de la personalidad
- Trastorno de ansiedad
- Abuso de alcohol o sustancias
- Enfermedad crónica o dolor crónico

→ Factores ambientales. Los siguientes factores ambientales son considerados de riesgo para suicidio:

- Acceso a medios letales o drogas
- Tener de cerca un caso de suicidio
- Situaciones angustiantes prolongadas, como hostigamiento, matoneo (bullying), desempleo, fracaso en el rol social
- Quiebra económica
- Dificultades en la relación de pareja
- Separación, divorcio o muerte del cónyuge

→ Historia personal. Las personas con los siguientes antecedentes tienen mayor riesgo de suicidio:

Antecedente de intentos previos de suicidio, entre más intentos más riesgo  
 Historia familiar de intento de suicidio  
 Escasa red social (personas aisladas, solteros, viudos)

## Signos de alarma

La tabla siguiente resume situaciones, conductas y actitudes que pueden generar alarma de que se esté ante una persona con un posible comportamiento suicida.

| Si una persona habla sobre:   | Si una persona presenta comportamientos como los siguientes:      | Las personas que piensan en suicidio casi siempre presentan uno o varios de los siguientes estados de ánimo: |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hacerse daño                  | Aumento en el uso de alcohol o drogas                             | Depresión                                                                                                    |
| Carecer de razones para vivir | Búsqueda de información sobre suicidio (en Internet, por ejemplo) | Pérdida de interés                                                                                           |
| Ser una carga para los demás  | Descuidar sus actividades<br>Aislarse de amigos y familiares      | Rabia                                                                                                        |
| Sentirse sin salida, atrapado | Deshacerse de objetos preciados                                   | Irritabilidad                                                                                                |
| Dolor insoportable            | Dormir demasiado o dormir poco                                    | Culpa                                                                                                        |
| Deseos de quitarse la vida    | Visitar o llamar personas para despedirse                         | Ansiedad                                                                                                     |

## ¿Cómo se puede ayudar a alguien (familiar, amigo, alumno) con ideación suicida?

- Tomar en serio todas las amenazas o intentos
- Estar atento y conocer los signos de alarma
- En caso de sospecha, preguntar directamente sobre ideación suicida, si la respuesta es sí, la pregunta siguiente es si existe un plan. Preguntar no induce al suicidio, incluso el paciente puede sentir apoyo
- No juzgar
- No minimizar los sentimientos expresados por la otra persona
- No prometer guardar el secreto, buscar ayuda por especialista en salud mental
- Preguntar a la persona, si considera que hay algo que se pueda hacer por él
- Buscar a las personas cercanas
- No utilizar frases de cajón, no debatir con la persona
- En momentos de crisis, conviene no dejarlo solo, acompañarlo a urgencias o llamar a la línea telefónica de servicio, estar informado acerca de los servicios de atención de urgencias en su región
- Remover y poner a buen recaudo cualquier objeto potencialmente peligroso (armas, drogas, alcohol, medicamentos)
- Los profesores deben capacitarse en el reconocimiento de los síntomas de depresión en niños y adolescentes (ver el título depresión en niños y adolescentes).



# Usos de medicamentos

ddd — ebb

Existe evidencia médica de que los medicamentos llamados antidepresivos sirven para el tratamiento de la depresión. Desafortunadamente persisten temores con los medicamentos que utilizamos en psiquiatría. Algunos pacientes manifiestan en consulta:

“¿Eso da adicción?”

“¿Me va a poner como un zombie?”

“¿Me va a tener dormida todo el día?”

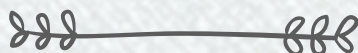
Los primeros reportes de tratamientos con antidepresivos se remontan a la década de 1950. En esa época no eran muchas las personas diagnosticadas con depresión, por lo que pocas personas se beneficiaban de tratamiento. A finales de la década de 1980, en Estados Unidos se desarrolla el primer antidepresivo inhibidor de la recaptación de serotonina, fluoxetina (Prozac, nombre comercial) llevando a un mayor uso de antidepresivos en prácticamente todo el mundo, por ser un medicamento seguro y con efectos adversos bien tolerados. Luego de la aparición de la fluoxetina, se fueron desarrollando otros medicamentos como:

- Floxetina (Prozac, Moltofen, Ansilan, Pragmaten)
- Sertralina (Zolof)
- Paroxetina (Seroxat, Paxan)
- Fluvoxamina (Luvox)
- Escitalopram (Lexapro, Ipran, Dexapron)
- Venlafaxina (Efexor)
- Duloxetina (Cymbalta, Inmox, Cimal)
- Mirtazapina (Remeron)
- Vortioxetina (Brintellix)
- Desvenlafaxina (Pristiq)
- Bupropion (Wellbutrin)
- Trazodona (Trittico)
- Agomelatina (Valdoxan)

Estos son los medicamentos más comúnmente utilizados para el tratamiento de la depresión. Es posible que si a usted le han dado tratamiento con medicamentos para la depresión haya utilizado otros que no estén en esta lista. Esto puede ser porque muchas veces los psiquiatras utilizamos la ayuda de otros medicamentos, dependiendo de los síntomas de la depresión (como los estabilizadores de ánimo,

# Los antidepresivos

se demoran en actuar, generalmente se empieza a ver el efecto entre la segunda y la cuarta de semana de tratamiento.



las benzodiazepinas, los inductores del sueño, otros ansiolíticos, etc.).

Las benzodiazepinas como el Alprazolam (Xanax) o Clonazepam (rivotril), son medicamentos que, utilizados responsablemente, pueden ser de gran ayuda en episodios depresivos severos, desafortunadamente, algunas personas abusan de estos medicamentos; pero, si son formulados por el médico con base en las condiciones específicas de cada paciente, y se hace un seguimiento estricto ayudan mucho en las etapas iniciales del tratamiento.

Algunos efectos adversos que pueden ocurrir con el uso de los antidepresivos, incluyen: náuseas, boca seca, mareo, diarrea, molestias en el estómago, nerviosismo, ansiedad, disminución del deseo sexual.

Se debe tener en cuenta que estos efectos adversos generalmente ocurren de forma leve en algunos pacientes en la primera semana de tratamiento y son pasajeros. Si persisten o son muy fuertes, es necesario consultar con el médico que lo recetó.

Los antidepresivos se demoran en actuar, generalmente se empieza a ver el efecto entre la segunda y la cuarta de semana de tratamiento.

En la mayoría de los pacientes se recomienda iniciar con el medicamento a dosis bajas e ir subiendo la dosis lentamente hasta alcanzar la dosis deseada.

En todo caso, tener en cuenta que: **Los antidepresivos NO generan dependencia** (adicción).

“

Los mejores resultados se dan cuando utilizamos tanto el tratamiento médico psiquiátrico como el psicológico...

”

Es común que cuando nos empezamos a sentir bien luego de un tratamiento médico (ejemplo con antibióticos para tratar una infección), suspendamos el tratamiento, aumentando la posibilidad de que la enfermedad se vuelva a presentar (recaída). Esto también ocurre en la depresión. Muchos pacientes, cuando vuelven a sentirse bien, suspenden los antidepresivos, llevando a la reaparición de los síntomas depresivos.

Generalmente, cuando se inicia un tratamiento antidepresivo, se deben tomar los medicamentos por seis a doce meses, esto facilita que el cerebro se “entrene” y pueda prevenir futuras depresiones.

Algunos pacientes requieren tratamientos más prolongados. El psiquiatra debe definir específicamente en cada caso.

Los síntomas de la depresión alteran nuestro nivel de actividad o funcionamiento previo. **El tratamiento nos permite volver a nuestro funcionamiento previo. No nos produce “felicidad ficticia”.** Con un tratamiento adecuado, puede llegarse a la recuperación del paciente.

Los mejores resultados se dan cuando utilizamos tanto el tratamiento médico psiquiátrico como el psicológico, mucho más en los casos en los cuales los factores psicológicos son los que pueden desencadenar la depresión. (Ver más adelante el tema terapia psicológica).



# Terapia

psicológica

ddd — eee

## Las terapias más utilizadas en consulta son:

Algunos factores psicológicos pueden desencadenar depresión en personas con susceptibilidad biológica. Se sabe que el tratamiento con psicología (psicoterapia) puede ayudar mucho a los pacientes con depresión. Algunos pacientes sólo requieren psicoterapia, otros requieren medicamentos y psicoterapia.

Dado que pueden existir factores psicológicos desencadenantes y que la depresión muchas veces altera nuestro pensamiento (como sentirse inferior, sólo percibir las cosas negativas), El esquema de tratamiento que mejores resultados ha mostrado en el tratamiento de la depresión es el que integra uso de medicamentos y psicoterapia.

Usualmente, en el tratamiento inicial de la depresión, se utiliza una psicoterapia de apoyo, acompañamiento, educación al paciente y a la familia. Posteriormente, de acuerdo con los antecedentes del paciente y las circunstancias que rodean la depresión, se debe seleccionar el tipo de terapia más adecuada.

No todas las terapias psicológicas son iguales y no todas son para todos los pacientes. El especialista en salud mental debe determinar si se requiere o no terapia psicológica, el momento de implementarla y el tipo de terapia.

- **Terapia cognitivo conductual.** Junto con el terapeuta se identifican y modifican los pensamientos y comportamientos que contribuyen a la depresión.
- **Psicoterapia interpersonal.** Se evalúa cómo son las relaciones interpersonales, la forma como se interactúa con las demás personas. En esta terapia se aprenden nuevas formas de interactuar que pueden mejorar las relaciones.
- **Terapia de familia y de pareja.** La terapia se hace con la pareja y la familia de modo que juntos puedan resolver los temas que contribuyan a la depresión.
- **Terapia en solución de problemas.** Se trabaja específicamente en los problemas, se exploran diferentes formas de solucionarlos.
- **Terapia psicodinámica.** Se explora la infancia o eventos históricos que forman el comportamiento y se tratan de resolver.
- **Psicoterapia de soporte.** Se ayuda a mejorar la autoestima, el funcionamiento psicosocial y se da entrenamiento para el desarrollo de habilidades que puedan servir para mejorar la depresión



Ejercicio

La actividad física puede ayudar a las personas con depresión leve a moderada, pero en los momentos iniciales de la depresión es muy difícil realizar cualquier tipo de actividad, incluyendo la actividad física.

A medida que el paciente vaya mejorando de su depresión puede ir iniciando la actividad física, de acuerdo con sus capacidades. El aumento debe ser gradual hasta mínimo llegar a treinta minutos de ejercicio anaeróbico (marcha, trote ligero) por tres veces a la semana.

Si la persona tenía una rutina de ejercicio antes de su enfermedad, conviene que tenga un acompañamiento para retornar a esta rutina. Se recomienda que la persona no se extralimite ni se exija más de lo que esté en condiciones de realizar, con la idea errónea de que ello le convendrá.

Igualmente, es bueno recordarle al paciente que: NO hay por qué sentirse mal si no es capaz de levantarse de la cama, ello es propio de la depresión.

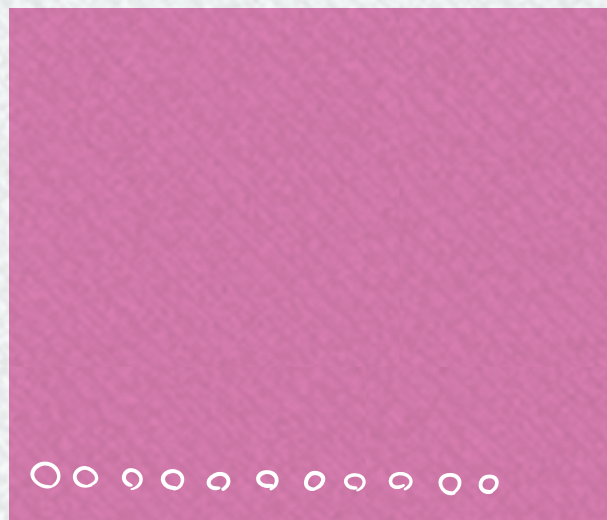




Alimentación

ddd — bbb

La depresión puede ocasionar cambios en el apetito; en ciertos casos aumenta, en otros disminuye. Esta situación se asocia con cambios en el peso, estos cambios en el apetito son síntomas de la depresión por lo que el tratamiento debe enfocarse en tratar primero la depresión. Por lo general, NO se recomienda tomar suplementos alimenticios, vitaminas, estimuladores del apetito ni tampoco algún alimento que pueda prevenir o curar la depresión.



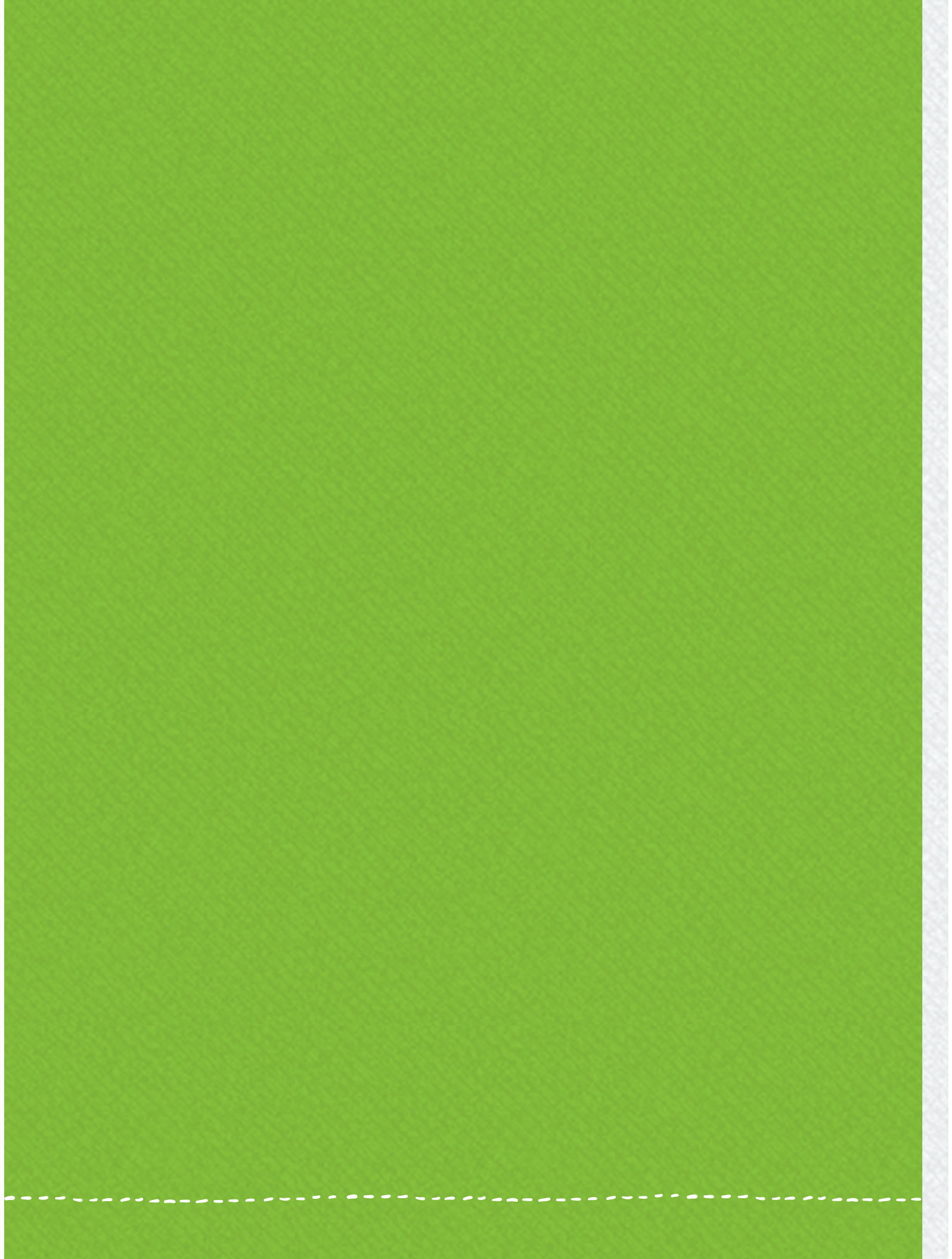
## Uso de terapias *alternativas*

Una pregunta frecuente en consulta es sobre el uso de terapias alternativas para el tratamiento de la depresión.

La recomendación es que los tratamientos alternativos pueden contribuir pero no sustituyen el tratamiento básico (psiquiatría – psicología).

En caso de que un paciente quiera optar por un tratamiento alternativo, lo indicado es que le pregunte antes a su médico. Muchas veces estos tratamientos traen sustancias muy estimulantes o sus componentes interactúan con la medicación de psiquiatría, por ello se pueden ocasionar problemas en el hígado, y pueden empeorar la depresión y la ansiedad.

El uso de multivitamínicos para depresión es insuficiente como tratamiento único. Además su papel en el tratamiento es cuestionado.







Medellin 2015