



Ministerio de Salud
Personas que atendemos personas

Módulo de Atención Integral en Salud Mental **6**

*Dirigido a Trabajadores de
Primer Nivel de Atención*

La depresión



Universidad Nacional
Cayetano Heredia

*Dirección General de Promoción de la Salud
Estrategia Sanitaria Nacional de
Salud Mental y Cultura de Paz*

*Dirigido a Trabajadores de
Primer Nivel de Atención*

La depresión

Señora
PILAR MAZZETTI SOLER
Ministra de Salud

Señor Doctor
JOSÉ CARLOS DEL CARMEN SARA
Vice Ministro de Salud

Señor Doctor
RICARDO JORGE BUSTAMANTE QUIROZ
Director General de la Dirección General de Promoción de la Salud
Coordinador Nacional de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y
Cultura de Paz

Catalogación hecha por Centro de Documentación OPS/OMS en el Perú

Módulo de Atención Integral en Salud Mental dirigido a trabajadores de primer nivel de atención. Módulo 6: La depresión / Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud; Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Salud Pública y Administración "Carlos Vidal Layseca". Unidad de Salud Mental. -- Lima: Ministerio de Salud, 2005.
22 p.

SERVICIOS COMUNITARIOS DE SALUD MENTAL / DEPRESION /
ANSIEDAD / PROMOCION DE LA SALUD / PERU

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2005-8240

MINISTERIO DE SALUD
Av. Salaverry 801 – Jesús María
<http://www.minsa.gob.pe/dgps>
LIMA - PERÚ

LA DEPRESIÓN Y LA ANSIEDAD



OBJETIVOS

- Reflexionar respecto a la importancia de la depresión y la ansiedad como problemas de salud mental.
- Brindar información respecto a indicadores básicos de depresión.
- Brindar información respecto a las formas de presentación de la ansiedad.

RESULTADOS

- El personal de salud del primer nivel de atención, desarrollará habilidades para la identificación de la depresión como un problema de salud mental en la población, teniendo en cuenta la importancia del entorno cultural.
- El personal de salud del primer nivel de atención, reconocerá indicadores de la depresión.
- El personal de salud del primer nivel de atención reconoce aspectos básicos de la ansiedad.

CONTENIDOS

ASPECTOS BASICOS DE LA DEPRESIÓN Y LA ANSIEDAD

En el Perú la población está comenzando a demandar atención en los servicios de salud por causa de la depresión. Entre el año 1997 y el año 2000 las atenciones de salud mental motivadas por problemas depresivos aumentaron al doble.

Cada año, el 9.5 % (aproximadamente 18.8 millones de adultos) de la población estadounidense padece de enfermedades depresivas.

En la DISA Moquegua, las atenciones por violencia familiar, alcohol y depresión fueron de 3.14 %, 0.14 % y 3.32 % respectivamente. Sin embargo, se considera que esta demanda aún no refleja la verdadera magnitud de la población afectada por depresión.

En la vida cotidiana, existen cambios naturales en los estados de ánimo. Los problemas diarios que pueden producirse por dificultades familiares, económicas o laborales, son sorteados por las personas de acuerdo a sus capacidades individuales para enfrentar los conflictos. En ocasiones una persona puede experimentar estados pasajeros de tristeza cuando sus expectativas no son satisfechas o cuando enfrentan dilemas o contrariedades: decepciones amorosas, separaciones familiares, desempleo, desajustes conyugales, u otros.

Sin embargo, algunas personas comienzan a tener un cambio sostenido del estado de ánimo que interfiere con su acostumbrado rendimiento social. Cuando esto ocurre, y de acuerdo a las características que presentan las personas, es posible que ya no se trate de una simple variación del estado anímico, sino de un episodio depresivo.

Los trastornos depresivos causan dolor y sufrimiento en la vida de muchas personas. Lamentablemente, una gran mayoría de las personas afectadas por la depresión no buscan ayuda porque ellas mismas desconocen que gran parte de ese sufrimiento podría ser evitado. Hoy se sabe que el apoyo psicoterapéutico y algunos medicamentos pueden ser sumamente eficaces para tratar la depresión.

Vivir con el estrés o la tensión de perder el trabajo, o de problemas económicos o familiares, puede causar irritabilidad o producir un decaimiento de ánimo. Hasta cierto punto, sentirse así es parte de la vida. Pero si la persona siente estas cosas por mucho tiempo y con mayor intensidad, y llega a afectar también su vida cotidiana, entonces lo que parecía ser un cambio de estado de ánimo, puede haberse convertido en un episodio depresivo.

¿Qué es un trastorno depresivo?

- El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta fundamentalmente el estado de ánimo (humor), por lo que también se le conoce como trastorno del humor o trastorno afectivo.
- Las personas que están deprimidas experimentan profundos sentimientos de tristeza que pueden resultar invalidantes para desarrollar sus relaciones familiares y sus responsabilidades laborales. Pierden el deseo de realizar actividades y pueden sumirse en un estado de apatía y fatalismo frente al futuro. En los episodios depresivos, es común que la persona esté baja de ánimo y sin energía, de tal manera, que se pueden sentir cansadas después de realizar un esfuerzo mínimo. El sueño se trastorna y disminuye el apetito. Con frecuencia las personas que sufren episodios depresivos pierden la confianza en sí mismas y se desvalorizan.

Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza. No indica debilidad personal. No es una condición de la cual uno puede liberarse a voluntad.

En 1982, el INSM-IDD-IFN, realizó un estudio en el distrito de Independencia, Lima, con una población de 816 adultos mayores de 18 años. La prevalencia de episodio depresivo mayor (depresión severa) fue de 9.7% y de fobia de 8.5%.

TIPOS DE DEPRESIÓN

Existen varios tipos de trastornos depresivos. Los más comunes son: la depresión severa, la distimia y el trastorno bipolar. En cada uno de estos tres tipos de depresión, el número, la gravedad y la persistencia de los síntomas, varían.

1. La depresión severa

Se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Un episodio muy incapacitante puede ocurrir una sola vez en la vida, pero por lo general ocurre varias veces en el curso de la vida.

2. La distimia

Es un tipo de depresión menos grave, que incluye algunos síntomas crónicos que se presentan a largo plazo, tales como los sentimientos intermitentes de tristeza, el cansancio, o la desmotivación, pero por lo general no resultan incapacitantes, aunque sí interfieren con el funcionamiento y la sensación de bienestar de la persona. Muchas personas con distimia pueden padecer episodios depresivos severos en algún momento de su vida.

3. El trastorno bipolar

También se le llama enfermedad maníaco - depresiva. Éste no es tan frecuente como los otros trastornos depresivos.

El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de gran exaltación o euforia (manía) y fases con el estado de ánimo bajo (depresión). Estos cambios de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero generalmente suelen ser graduales.

Con tratamiento, se alivian los síntomas de la depresión en más de un 80% de los casos. Sin embargo, como a menudo pasa desapercibida, la depresión sigue siendo causa de sufrimiento.

Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede manifestar uno o más de los síntomas propios del trastorno depresivo. En cambio, cuando está en la fase maníaca, la persona puede hablar excesivamente y desarrollar una gran actividad con enormes despliegues de energía; en estas circunstancias, la manía afecta también la manera de pensar, el juicio y el comportamiento con las otras personas. Así, la persona experimenta sentimientos de felicidad o euforia, sobredimensiona sus propias capacidades, comienza a tener proyectos grandiosos, puede tomar decisiones de negocios descabelladas e involucrarse en aventuras o fantasías románticas. Si la manía no se trata adecuadamente, puede empeorar y convertirse en un estado psicótico (es decir, la persona puede perder temporalmente la razón y la capacidad de diferenciar la realidad de la fantasía).

INDICADORES DE DEPRESIÓN Y MANÍA

No todas las personas que están en fases depresivas o maníacas padecen todos los indicadores. Algunas presentan algunos, otras, tienen muchos. La gravedad de los indicadores varía según la persona, pero también puede variar en el tiempo.

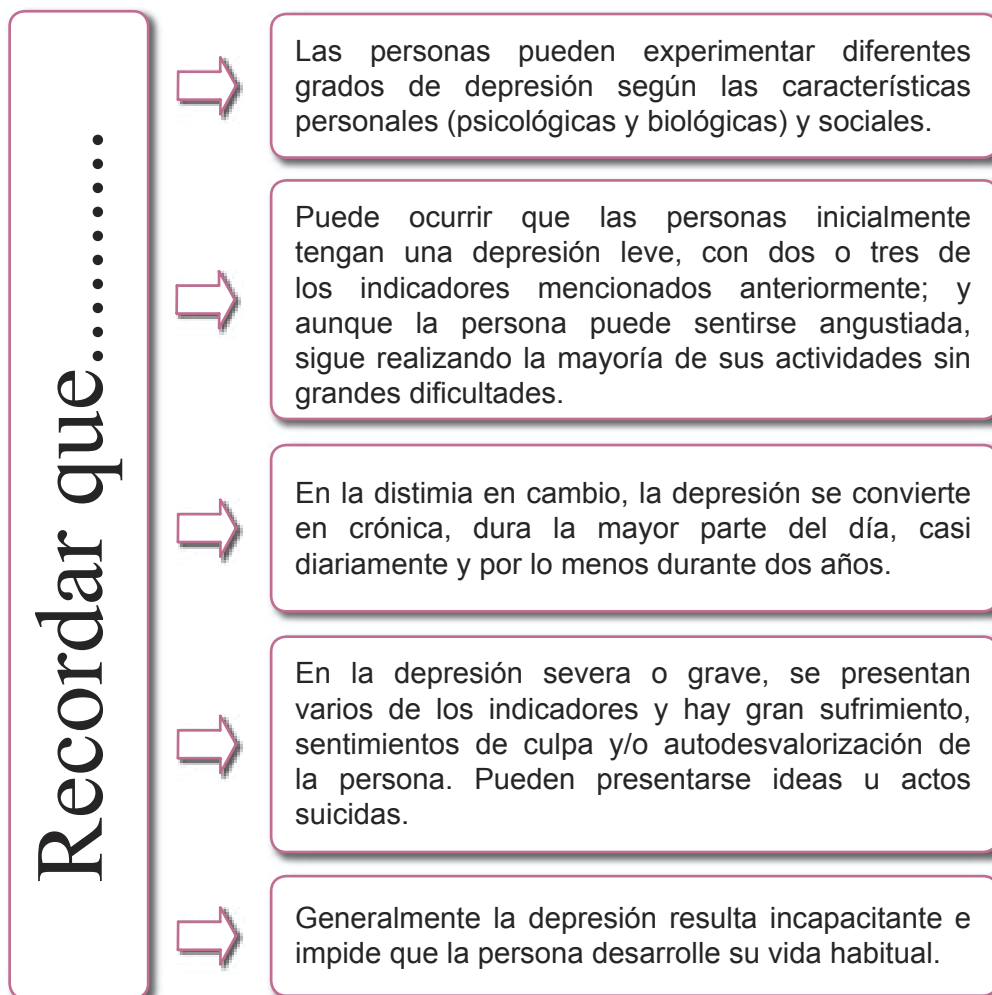
DEPRESIÓN

- Estado de ánimo triste o sensación de tensión (ansiedad o *nerviosismo*).
- Sentimientos de desesperanza y pesimismo.
- Sentimientos de culpa, inutilidad y desamparo.
- Pérdida de interés o placer en entretenimientos y actividades que antes se disfrutaba, incluyendo la actividad sexual.
- Disminución de energía, fatiga, sensación de agotamiento o de actuar con gran lentitud.
- Dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones.
- Insomnio, despertarse más temprano o dormir más de la cuenta.
- Pérdida de peso, apetito o ambos, o por el contrario, comer más de la cuenta y aumentar de peso (se percibe un desequilibrio alimentario distinto del habitual en comparación con el resto de personas).
- Pensamientos de muerte o ideas de querer morir.
- Intentos de suicidio.
- Inquietud, irritabilidad.
- Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento de salud, como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos.

MANÍA

- Euforia excesiva (estado de ánimo exaltado).
- Irritabilidad inusual.
- Disminución de la necesidad de dormir.
- Ideas de grandeza.
- Conversación excesiva.
- Pensamientos acelerados.
- La persona parece estar *inundada* de ideas que se producen con gran rapidez.
- Aumento del deseo sexual.
- Energía excesivamente incrementada.
- Decisiones inadecuadas o desproporcionadas para las circunstancias (falta de juicio).

- Comportamiento inapropiado en situaciones sociales.



CAUSAS DE LA DEPRESIÓN

Algunos tipos de depresión afectan a varios miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica. Esto parece darse en el caso del trastorno bipolar. Los estudios de familias con miembros que padecen del trastorno bipolar en cada generación, han encontrado que aquellos que se enferman tienen una constitución genética algo diferente de quienes no se enferman. Sin embargo, no todos los que tienen la predisposición genética para el trastorno bipolar, lo padecen. Al parecer, existen otros factores adicionales que contribuyen a que se desencadene la enfermedad: tensiones en la vida, problemas familiares, del trabajo o del estudio.

En algunas familias, la depresión severa se presenta de generación en generación. Sin embargo, la depresión severa también puede afectar a personas que no tienen una historia familiar de depresión. Sea hereditario o no, el trastorno depresivo severo suele estar relacionado con causas biológicas.

Las personas con baja autoestima se perciben a sí mismas y perciben al mundo de manera pesimista. Se abruma fácilmente por las tensiones y están predispuestas a la depresión. Se ignora si esto representa una predisposición psicológica o una etapa temprana de la enfermedad.

En los últimos años, la investigación científica ha demostrado que algunas enfermedades físicas pueden producir problemas de salud mental. Enfermedades tales como los accidentes cerebro vasculares, los ataques al corazón, el cáncer y otras enfermedades crónicas como la tuberculosis, pueden conducir también a enfermedades depresivas. La persona enferma y deprimida se siente apática, y sin deseos de atender sus propias necesidades físicas, lo cual afecta su recuperación.

La pérdida de seres queridos, los problemas en las relaciones sociales y personales tales como las humillaciones o discriminaciones, la violencia familiar, los problemas económicos o cualquier otra situación de gran tensión en la vida, pueden precipitar episodios de depresión. Las causas de los trastornos depresivos generalmente incluyen una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales. Después del episodio inicial, otros episodios depresivos casi siempre son desencadenados por un estrés (tensión) leve, e incluso, pueden ocurrir sin que exista la situación de estrés.

Consideraciones culturales

No tomar en cuenta consideraciones culturales en las manifestaciones de la depresión, puede influir en que no se reconozca y diagnostique la depresión en ciertos grupos sociales.

Las descripciones de la depresión varían según las culturas. Estudios realizados en el Perú indican que las personas de comunidades rurales cuando acuden a los servicios de salud, describen situaciones de sufrimiento psíquico a través de síntomas físicos como opresión en el pecho, palpitaciones, dolores de cabeza y otros.

En algunos grupos étnicos en los Estados Unidos, las comunidades afroamericanas suelen quejarse más de síntomas físicos como el cambio de apetito y los malestares y dolores en el cuerpo. En cambio las comunidades hispanas refieren otros síntomas psicológicos como tristeza y pesadumbres (CMHS, 2001).

La depresión en la mujer

La depresión se da en la mujer con una frecuencia casi el doble de la del hombre. Factores hormonales podrían contribuir a ella. En particular, los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el período del postparto o la menopausia.

Muchas mujeres tienen más estrés (tensión) por las responsabilidades que desarrollan en la vida diaria. Más aún, en medios de pobreza y cuando sus parejas no asumen la cuota de responsabilidad que les corresponde respecto al cuidado de los niños, la administración y el mantenimiento de la casa; generalmente las mujeres se ven abrumadas por la cantidad de actividades que tienen que desarrollar, incluido el trabajo o el empleo. Algunas mujeres tienen una mayor carga de responsabilidad por ser jefas de hogar o por asumir el cuidado de otros integrantes de la familia o de los padres ancianos.

La tasa de suicidio en el varón es cuatro veces más alta que en la mujer.

Muchas mujeres tienen riesgo de deprimirse después del nacimiento de un bebé. En algunas mujeres, los cambios hormonales y físicos, así como la responsabilidad de una nueva vida, pueden conducir a una depresión post-parto. Aunque las madres primerizas pueden experimentar períodos pasajeros de tristeza, un episodio depresivo severo no es esperable y cuando se presenta requiere de tratamiento. Cuando recibe tratamiento de salud y el apoyo emocional de la familia, recuperan su bienestar físico y mental (INH, 2001).

La depresión en el hombre

Aunque el hombre tiene menos probabilidad de sufrir depresiones que la mujer según las estadísticas, también tiende a ser más reacio a admitir que sufre de depresión, por lo que se puede enmascarar los síntomas o negarlos, haciendo más difícil que la depresión sea identificada. Por estas razones, la depresión permanece oculta y los riesgos autodestructivos aumentan.

La depresión también puede afectar la salud física del hombre, aunque de manera diferente a la de la mujer. En el varón, la asociación de

La proporción de casos de depresión se incrementa con la edad. Estudios realizados en algunos países señalan que dos de cada cien niños y cinco de cada cien adolescentes padecen de depresión.
(Méndez, 1998)

Según el Instituto Nacional de Estadística de España, se suicidan cada año aproximadamente 100 adolescentes, de los cuales 60 son varones y 40 mujeres.
(Méndez, 1998)

Un importante porcentaje de niños con depresión presentan al mismo tiempo otros trastornos psicológicos, como la ansiedad (tensión o nerviosismo) y la hiperactividad; en el caso de adolescentes, la depresión puede estar asociada con el consumo de drogas y la conducta infractora o antisocial.

enfermedad cardíaca y trastorno depresivo es más frecuente y su tasa de muerte es mayor cuando se presentan conjuntamente. También el abuso de alcohol y drogas enmascaran en el hombre la depresión, en mayor medida que en el caso de las mujeres.

En el hombre, la depresión puede manifestarse con irritabilidad, ira y desaliento, en lugar de sentimientos de desesperanza o desamparo. Por lo mismo, la depresión puede ser más difícil de reconocer, situación que se agrava en el varón porque aún cuando se de cuenta de que está afectado, suele buscar - comparativamente - menos ayuda que la mujer.

La depresión en la niñez

Durante mucho tiempo se pensó que los niños no se deprimían. Desde hace más de veinte años se reconoce la existencia de la depresión en niños y adolescentes. El niño deprimido puede simular estar enfermo, rehusar ir a la escuela, no querer separarse de los padres o tener miedo a que uno de los padres se muera.

El niño más grande, puede ponerse de mal humor, tener problemas constantes en el colegio, comportarse de manera indisciplinada o agitada, estar frecuentemente malhumorado y sentirse incomprendido.

Como el niño se encuentra en un período de crecimiento y desarrollo, es a veces difícil establecer si un niño simplemente está creciendo y adaptándose a los nuevos cambios y dilemas producto de la edad, o si está sufriendo un episodio depresivo.

A veces el niño tiene un cambio de comportamiento marcado que preocupa a los padres, o el maestro señala que el niño *ha cambiado* o tiene conductas que llaman la atención.

Indicadores de depresión infantil y del adolescente

- Estado de ánimo irritable o triste.
- Pérdida de interés o placer en las actividades.
- Pérdida (o aumento) de apetito.
- Insomnio o excesivo sueño.
- Agitación, nerviosismo (o enlentecimiento de la actividad física).
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimientos de inutilidad o culpa.
- Dificultad para pensar, concentrarse o grandes indecisiones.
- Pensamientos de muerte o ideas, planes o intentos de suicidio.

Al igual que los adultos, los niños y adolescentes también pueden

experimentar sentimientos de tristeza o desolación eventuales, momentáneas, o como consecuencia de algún hecho que ha afectado su vida transitoriamente.

Sin embargo, los adultos pueden comenzar a pensar en un episodio depresivo, cuando el niño presenta cinco o más de los indicadores señalados, incluyendo uno de los dos primeros que son los más característicos, y cuando además el episodio dura más de dos semanas y se manifiesta en un intenso malestar que afecta sus relaciones con los amigos o amigas, su rendimiento escolar y otras áreas importantes de su vida (Méndez, 1998).

El apetito y el sueño se alteran fácilmente cuando se tienen problemas serios como sucede en la depresión. El niño puede perder peso y ver afectado su crecimiento y desarrollo, o por el contrario, puede comenzar a comer excesivamente. También se observa a los niños dormir más de lo habitual o por el contrario, comenzar a tener falta de sueño.

En el caso de niños más pequeños, predomina la irritabilidad, el llanto, dificultades en el control de esfínteres (orinarse o defecar) mientras que en la adolescencia predomina el disgusto por la propia imagen corporal, la visión pesimista del futuro o ideas catastróficas; también puede observarse en los jóvenes una falta de energía, fatiga, cansancio, baja autoestima, y bajo rendimiento escolar. Se pueden quejar constantemente de dificultades para pensar, atender, recordar hechos o situaciones. Pueden dar la impresión de estar constantemente distraídos o ausentes. Finalmente, la situación puede agravarse cuando los niños o adolescentes manifiestan ideas suicidas o de automutilación.

La depresión en la vejez

Muchas personas creen que la depresión es normal en la vejez, lo cual es una equivocación. Por esta razón, la depresión en los ancianos no se considera un sufrimiento que debiera ser aliviado y que es innecesario para él y para su familia.

La situación empeora cuando muchos ancianos que van a buscar ayuda por diversos problemas de salud, no mencionan su desesperanza y tristeza y sólo describen sus problemas físicos. La persona mayor puede no querer hablar de su falta de interés por las actividades que normalmente deberían resultarle placenteras, o de sus penas o el dolor de la muerte de un ser querido aunque el duelo se haya prolongado durante mucho tiempo.

El apoyo terapéutico a personas ancianas, hace que recuperen sus capacidades para tener una mejor calidad de vida. En ocasiones,

estimular actividades grupales entre los ancianos, de recreo o esparcimiento, puede ser una oportunidad para alentar a que manifiesten sus sentimientos.

LA ANSIEDAD Y LA DEPRESION

La ansiedad se define como una sensación de inquietud, terror, o de malos presagios. También se le llama tensión o estrés, y popularmente se le conoce como *nerviosismo* o *tembladeras*.

Casi el 50 % de personas que padecen un episodio depresivo, tienen también síntomas de ansiedad, es decir, se presenta una comorbilidad de ansiedad y depresión.

Puede ser muy difícil separa los síntomas de ansiedad y depresión cuando se presentan conjuntamente. A veces la persona que padece manifestaciones depresivas y ansiosas produce confusión en el personal de salud y en los médicos, los cuales pueden tratar a las personas por una u otra causa sin comprender la simultánea presentación de síntomas.

Trastornos de ansiedad más frecuentes

1. Trastorno de pánico

La persona siente un episodio agudo de miedo y de inquietud, que resulta impredecible, y que tiene una duración menor de una hora. Estos episodios generalmente se acompañan de manifestaciones físicas variadas: palpitaciones, sudoración, dificultad para respirar, malestar en el pecho, mareos, pérdida de la sensibilidad en brazos o piernas, molestias gastrointestinales y sentimientos de fatalidad.

Aunque la frecuencia de episodios de pánico es variable, generalmente las personas que los padecen están preocupadas por sufrir un episodio y sienten que no tienen control sobre su vida, lo cual les inquieta constantemente. Inclusive estas personas pueden presentar temor a estar en espacios abiertos y salir a la calle (agorafobia).

El trastorno de pánico puede presentarse durante meses o durante años si no se recibe tratamiento.

Esta es la historia de alguien que sufría de trastorno de pánico.

Un día, sin aviso ni motivo alguno, me sentí aterrorizada. Tenía tanto miedo que creí que me iba a morir. Mi corazón latía muy rápido y sentía que la cabeza me daba vueltas. Sentía estas cosas cada par de semanas. Pensé que estaba volviéndome loca. Mientras más ataques me daban, más miedo tenía. Estaba siempre atemorizada. No sabía cuándo me iba a dar el próximo ataque. Me dio tanto miedo que no quería salir de mi casa ni de los lugares en que me sentía segura.

Una amiga vio lo que tenía y me dijo que debía hacerme ver en un centro de salud. Ahí me dijeron que padecía de trastorno de pánico. Mi médico me aconsejó orientación psicológica y me recetó medicamentos. Después de unos meses de tratamiento, me estoy empezando a sentir otra vez como antes.

2. Trastorno de ansiedad generalizada

Se presenta como una ansiedad excesiva o una preocupación desproporcionada sobre sucesos de la vida, y persiste por lo menos durante seis meses. Aunque a diferencia de los trastornos de pánico, tienen menos molestias físicas, en ocasiones pueden experimentar insomnio y es el trastorno que con más frecuencia acompaña a la depresión ¹.

Testimonio de una persona que sufría de trastorno de ansiedad generalizada

Todo me preocupaba, todo el tiempo. No importaba si había motivo o no, yo simplemente me sentía mal. No podía dormir en las noches, y no podía mantener mi mente enfocada en el trabajo. No podía concentrarme. Estaba siempre molesto con mi familia, mis hijos y mi esposa me irritaban. Finalmente, fui a ver a un médico y le expliqué cómo me sentía. El me envió a ver a otro especialista que sabía tratar mi problema. Era ansiedad, según se me dijo después. Ahora estoy tomando medicamentos y aprendiendo a través de orientación psicológica a controlar mejor mis preocupaciones. No fue fácil, pero me siento mejor.

3. Fobias y otros trastornos de ansiedad

Las fobias son el tipo más común de trastorno de ansiedad. Las personas que padecen de fobia, experimentan un miedo excesivo frente a determinados objetos o situaciones específicas (miedo a estar rodeado de gente, miedo de ir a la escuela, miedo de estar en lugares abiertos, miedo de estar en lugares cerrados, etc.). Estos temores causan

sufrimientos y en muchos casos, verdaderas incapacidades.

Las personas que tienen fobia social, es decir, experimentan rechazo a estar rodeados de personas, se aíslan y tienen dificultades para trabajar. En los niños se puede presentar la fobia escolar, es decir, comienzan a tener miedo de ir a la escuela y sufren intensamente cada día en que de nuevo tienen que enfrentar la asistencia a clases.

4. Otros trastornos de ansiedad

Finalmente, un trastorno que también puede acompañarse de depresión, es el de tensión o de estrés postraumático que se presenta después de un hecho que ha afectado profunda y dramáticamente la vida de una persona (agresiones sexuales, accidentes, desastres naturales, situaciones de conflicto armado y otros eventos altamente estresantes). Se manifiesta a través de intensa ansiedad, temores, pesadillas, recuerdos repentinos que no pueden controlarse y sentimientos de abatimiento y confusión.

Al igual que los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad que no son tratados adecuadamente, pueden llegar a afectar la vida de las personas y finalmente, convertirse en incapacitantes.

ALGUNAS ORIENTACIONES PARA LOS TSPL

Los tratamientos más comúnmente empleados para la depresión son los antidepresivos, la psicoterapia o una combinación de ambos. La naturaleza y severidad de la depresión, determinarán cuál de estas opciones de tratamiento es la apropiada.

- Los TSPL deben estar en condiciones de identificar cuándo una persona presenta problemas depresivos o depresivos ansiosos a fin de poder referirla a un establecimiento de salud.
- Es importante que las personas que han sufrido algún episodio depresivo o ansioso, recuerden la historia de su enfermedad y el tratamiento que han recibido con anterioridad.
- Una persona que sufre de depresión y/o ansiedad, debe recibir tanto tratamiento médico como psicológico.

Luego de una evaluación en un establecimiento de salud, la persona que padece un problema depresivo o depresivo ansioso, recibirá el tratamiento específico según sean las características que presente.

La psicoterapia es una opción posible de tratamiento en los casos de depresión leve a moderada.

- El tratamiento psicológico puede ser efectivo cuando la persona tienen una depresión leve.
- En caso de depresiones moderadas o severas, las personas experimentan un notable alivio con medicamentos. En estas situaciones los mejores resultados se obtienen con un tratamiento combinado entre medicamentos y apoyo psicológico o psicoterapia.
- Cuando se usan medicamentos para la depresión, estos deben ser cuidadosamente supervisados por el médico tratante.
- El TSPL deberá estar informado de las características del tratamiento, y de los efectos secundarios de los medicamentos en los pacientes, a fin de orientarlos y responder a las inquietudes que puedan manifestar. En algunas personas los antidepresivos pueden causar efectos secundarios leves y temporales pero que son molestos. Sin embargo, cuando se presenta una reacción inusual o que interfiere con el funcionamiento normal de la persona, el médico debe ser notificado de inmediato.
- Nunca se deben combinar medicamentos de ningún tipo - recetados, sin receta o prestados - sin consultar al médico tratante. Cualquier otro profesional de salud (por ejemplo, un dentista) tienen que saber qué medicamentos está tomando el paciente. Aunque algunos medicamentos son inocuos cuando se toman solos, si se toman con otros medicamentos, pueden ocasionar efectos secundarios peligrosos.
- Algunas sustancias como el alcohol y las drogas, pueden reducir la efectividad de medicamentos antidepresivos y deben evitarse.
- Algunos pacientes con depresión o con depresión ansiosa toman más de un medicamento, ya que tienen una serie de síntomas combinados: agitación, ansiedad, depresión e insomnio, u otros.
- Generalmente es de suma importancia encontrar la mejor combinación posible de medicamentos para cada paciente, por lo

Hasta la depresión grave responde muy bien al tratamiento. De hecho, parte de la sensación de desamparo que acompaña a la depresión grave, es pensar que lo que uno tiene es incurable.

El tratamiento no elimina los inevitables factores de estrés de la vida, ni las altas y bajas del estado de ánimo de las personas. Pero ayuda muchísimo a la capacidad de enfrentar estos desafíos y logra que se disfrute más de la vida.

que se requiere que el tratamiento sea supervisado por el personal médico.

Pasos para el tratamiento de la depresión

- Para poder disponer de los beneficios de un tratamiento, hay que reconocer primero las señales de la depresión.
- El siguiente paso es ser evaluado por un personal de salud especializado.
- El tratamiento es un trabajo de equipo entre el paciente y el profesional de salud especializado.
- Si no se observan resultados positivos luego de 2 o 3 meses de tratamiento, o si los síntomas se intensifican, la persona debe consultar con su médico para cambiar de estrategia de tratamiento. Puede también ser necesaria la opinión de otro profesional de salud o de salud mental.

Cómo uno puede ayudarse a sí mismo cuando está deprimido

- Los trastornos depresivos hacen que uno se sienta inútil y desesperanzado. Es importante saber que las maneras negativas de ver las cosas, pueden ser parte de una depresión.
- En estos casos, los pensamientos o sentimientos fatalistas, no se basan en circunstancias reales.
- Mientras tanto, se sugiere:
 1. Fijarse metas realistas, tomando en cuenta la depresión, y no tratando de asumir una cantidad excesiva de responsabilidades.
 2. Es conveniente dividir las metas en partes pequeñas, estableciendo prioridades y haciendo lo que se pueda cuando se pueda.
 3. Tratar de estar acompañado y de confiar en alguna persona amiga o familiar con quien se puedan compartir inquietudes.
 4. Tomar parte en actividades que a uno le hagan sentirse mejor.
 5. Hacer ejercicio, participar en actos recreativos, deportivos, sociales o que estimulen la creatividad, como la pintura, el dibujo, la música, etc.
 6. No esperar que el estado de ánimo mejore inmediatamente, sino gradualmente. Sentirse mejor toma tiempo.
 7. Es aconsejable posponer decisiones importantes hasta que la depresión mejore: cambios de trabajo, de matrimonio o estado civil, por ejemplo. En estos casos es mejor consultar con personas que lo conozcan bien a uno y que tengan una visión objetiva de la

situación.

8. La gente rara vez sale de la depresión de un día para otro, pero puede sentirse un poco mejor cada día.
9. Es importante dejar que familiares o amigos puedan brindar su ayuda.
10. La depresión hace que la persona se sienta fatigada, sin valor alguno, desamparada y sin esperanzas. Algunas personas cuando se sienten así, quieren darse por vencidas. Es importante que sepan que estos sentimientos negativos son parte de la depresión y se irán a medida que vaya surtiendo efecto el tratamiento.

Cómo pueden los familiares ayudar a una persona deprimida

- Lo más importante que alguien puede hacer por la persona que está deprimida, es ayudarla a que reciba el tratamiento adecuado. Esto tal vez implique que tenga que aconsejar a la persona a que no abandone el tratamiento antes de que los síntomas puedan empezar a aliviarse (ello dura varias semanas).
- Tal vez se le deba orientar a obtener un tratamiento diferente si no se observa ninguna mejoría con el primer tratamiento. En ocasiones puede requerirse que el familiar o amigo acompañen a la persona deprimida al establecimiento de salud. O incluso, es necesario asegurarse que la persona deprimida esté tomando el medicamento.
- El apoyo emocional implica brindar comprensión, paciencia, afecto y estímulo a la persona deprimida. Buscar formas de conversación o bien escuchar con atención lo que la persona aquejada manifiesta. No minimizar los sentimientos que experimenta la persona deprimida, pero señalar la realidad de las cosas y ofrecer esperanza.
- No ignorar comentarios o menciones respecto al suicidio. En esos casos, el personal de salud del primer nivel de atención deberá estar informado e informar a su vez al médico tratante.
- Invitar a la persona deprimida a caminar, pasear, ir al cine o realizar alguna actividad entretenida o que le guste. Fomentar la participación de la persona deprimida en actividades que antes le daban placer, pero no forzarla a hacer demasiadas cosas demasiado pronto. La persona deprimida necesita diversión y compañía, pero demasiadas exigencias pueden aumentar sus sentimientos de fracaso.
- No acusar a la persona deprimida de simular enfermedad o ser perezosa, ni esperar que salga de esa situación de un día para otro. Con el tratamiento la mayoría de personas mejora. Es necesario tener eso en cuenta y repetírselo a la persona deprimida para que repare en la importancia que tiene el tiempo y la ayuda recibida,

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

Después de haber realizado la lectura del presente módulo, le presentamos la siguiente situación.

Imagínese usted que a una amiga/o, a quien conoce desde hace muchos años, le han dicho en el centro de salud, que tiene depresión, por lo que está siguiendo un tratamiento. La hermana de esta amiga se acerca a usted -porque sabe que usted trabaja en un establecimiento de salud-, y le dice:

- *Desde que supimos que tiene depresión, no sabemos qué conversarle, ni qué hacer para que se recupere ¿Se curará? Ella no quiere decirle nada a su esposo ni a sus hijos para que no se preocupen, aunque yo pienso que ellos deberían saber para que la apoyen ¿ qué opinas?*

A continuación, escriba lo que usted le contestaría. Recuerde que ella ha planteado, en realidad, tres temas:

- Orientaciones que necesita la familia para ayudar a la persona que está con depresión.
- Se curará? (esta es una pregunta muy frecuente).
- ¿La familia debería estar enterada? ¿sí? ¿no? ¿por qué?


Escriba su respuesta.


BIBLIOGRAFÍA ADICIONAL

1. Climent, C. Arango, MV. *Manual de psiquiatría para trabajadores de atención Primaria*. OPS: Washington DC, 1983.
2. Escalante, M., Uribe, R. Curitomay, J. *Programa de Salud Mental. Ministerio de Salud*. MINSA: Lima, 2001 (Documento).
3. National Institute of Mental Health (NIH) *Depresión - Lo que toda mujer debe saber*. NIH: Maryland, 2001. Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov>
4. National Institute of Mental Health (NIH) *Depresión* NIH: Maryland, 2001. Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov>
5. National Institute of Mental Health (NIH) *¿Siente ataques súbitos de terror sin motivo? Trastorno de pánico* NIH: Maryland, 2001. Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov>. NIH: Maryland.
6. National Institute of Mental Health (NIH) *¿Está siempre preocupado? Trastorno de Ansiedad Generalizada*. NIH: Maryland, 2001. Disponible en : <http://www.nimh.nih.gov>
7. POLLACK, M.H., MARZOL, P.C. (2001) *Opciones fármaco terapéuticas en el tratamiento de la depresión y ansiedad comórbidas*. En: Revista Internacional de Psiquiatría y Salud Integral. Octubre 2001, Volumen 1, número 2.
8. U.S.Department of Health and Human Services.Center for Mental Health Services (CMHS).*Mental Health:Culture, Race, and Ethnicity*. CMHS: U.S, 2001
9. Méndez, F.X. *El niño que no sonríe. Estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil*. Ed. Pirámide: Madrid,1998.
10. Pichot, P., López - Ibor A.J. Valdés My. M. (editores) *DSM – IV Breviario. Criterios Diagnósticos*. México: MASSON, 1996.




Este módulo ha sido producido por el Proyecto “Salud Mental y Desarrollo Humano”, que implementan la Universidad Peruana Cayetano Heredia y la Universidad de McGill (Canadá), con el apoyo financiero de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI - CIDA) a través de la Asociación de Universidades y Colegios de Canadá (AUCC).

Equipo de Elaboración




 Pilar Dughi Martínez. Médica Psiquiatra (UNMSM), con formación en psiquiatría Infantil y juvenil (Universidad de París V, La Sorbona) y estudios doctorales en etnología y antropología médica (L.E.H.E.S.S., Universidad de París V. La Sorbona), Profesora Asociada. Facultad de Salud Pública y Administración. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

 Carmen Contreras Martínez. Psicóloga (UNMSM), diplomada en el Programa de Salud del Adolescente con mención en Salud Sexual y Reproductiva (PRODESA) y candidata a Maestra en Salud Pública. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Asistente de Coordinación de la Unidad de Salud Mental. Facultad de Salud Pública y Administración. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Equipo Consultor

 Mg. Iris Pecho Manyari
 Lic. Rita Uribe Obando
 Dr. Manuel Escalante Palomino

Diseño y diagramación

 Oswaldo Cruz Alfaro
 Rosario Elias Aymar.
 Matti Quirós L.

Unidad de Salud Mental
Facultad de Salud Pública y Administración Carlos Vidal Layseca
Universidad Peruana Cayetano Heredia

Av. Honorio Delgado 430. Lima 31. Casilla Postal 4314, Lima 100.
Teléfonos 51-1-3190000 o 3820320 Anexo 2280. Fax: 51-1-3819072

fspsmp@upch.edu.pe



MINISTERIO DE SALUD

Av. Salaverry 801 - Jesús María

Telf.: 315-6600

Web: <http://www.minsa.gob.pe>



**Gobierno
del Perú**

Trabajo de peruanos