

Los Hombres y la Depresión (folleto)



- Depresión
- Tipos de depresión
- Los síntomas de depresión y manía
- La ocurrencia de la depresión simultáneamente con otras enfermedades
- Las causas de la depresión
- Los hombres y la depresión
- La depresión en hombres de edad avanzada
- La depresión en niños y adolescentes de sexo masculino
- El suicidio
- La evaluación diagnóstica y el tratamiento
- Cómo ayudarse a sí mismo si está deprimido
- Cómo la familia y los amigos pueden ayudar
- Dónde obtener ayuda
- Conclusión
- Para obtener más información
- Referencias

Depresión

La depresión es un trastorno médico serio que afecta el organismo, el estado de ánimo y los pensamientos. Afecta la manera de comer y dormir, la percepción que uno tiene de sí mismo y la manera de pensar. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un sentimiento de decaimiento pasajero. No es una señal de debilidad personal ni una afección que puede desaparecer con sólo desearlo. Las personas que tienen depresión no mejoran por sí solas. Sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses o años. Sin embargo, con un tratamiento apropiado, que generalmente incluye medicamentos y/o psicoterapia a corto plazo, la mayoría de personas que sufren de depresión mejoran.

“Recuerdo que al comienzo perdí el interés en casi todo lo que me gustaba hacer. Ya no quería hacer nada. Quería rendirme. Algunas veces no quería ni levantarme de la cama”.

-Rene Ruballo, oficial de la policía

Cualquier persona puede sufrir depresión, sin importar su edad, grupo étnico, estado socioeconómico o género; sin embargo, los estudios de investigación en gran escala han descubierto que el doble de mujeres sufren de depresión con respecto a la cantidad de hombres afectados por esta enfermedad.^{1,2} En los Estados Unidos, los investigadores calculan que cada año el 12 por ciento de mujeres (más de 12 millones de mujeres) y casi el siete por ciento de hombres (más de seis millones de hombres) sufren de trastornos depresivos.³ No obstante, no está claro el porqué la depresión afecta de manera desigual a los hombres y a las mujeres. Por ejemplo, ¿es la depresión realmente

menos común entre los hombres, o realmente se trata de que los hombres reconocen y obtienen ayuda para la depresión con menos frecuencia?

El National Institute of Mental Health (NIMH por sus siglas en inglés) condujo grupos de opinión para investigar de qué manera los hombres reconocen su propia depresión. En estos grupos los hombres describieron sus propios síntomas de depresión sin darse cuenta de que estaban deprimidos. Particularmente, muchos de ellos no tenían conocimiento de que los síntomas "físicos", tales como dolores de cabeza, trastornos digestivos y dolores crónicos, pueden estar asociados con la depresión. Además, ellos tenían aprehensión de acudir a un profesional de la salud mental o ir a una clínica de la salud mental por temor a que otros se enteren. Si otros se enteraran, esto podría poner en peligro su trabajo, oportunidades de promoción o beneficios de seguro médico. Temían que al ser identificados con un diagnóstico de enfermedad mental perderían el respeto de sus familiares y amigos o su posición en la comunidad.

Durante los últimos 20 años, la investigación biomédica incluyendo la genética y la de neuroimagen han ayudado a que comprendamos mejor ciertos aspectos de la depresión y otros trastornos mentales. Ahora entendemos mejor el cerebro, cómo la bioquímica cerebral puede ser alterada y cómo aliviar el sufrimiento que causan los trastornos mentales. La tecnología de imágenes del cerebro ahora permite que los científicos observen directamente cómo un tratamiento eficaz con medicamentos o psicoterapia produce cambios de la actividad cerebral.⁴ A medida que las investigaciones continúan demostrando que los trastornos depresivos son reales y tratables como el cáncer u otras enfermedades graves y no son una señal de debilidad personal, más hombres con depresión solicitarán tratamiento y así mejorarán su calidad de vida.

Tipos de depresión

La depresión se presenta en varias formas, al igual que otras enfermedades, como las enfermedades cardíacas. Este folleto describe tres tipos comunes de trastornos depresivos. Dentro de estos tipos hay variaciones en el número de síntomas, su severidad y persistencia.

La **depresión mayor** (o *trastorno depresivo mayor*) se manifiesta con una combinación de síntomas (vea la lista de síntomas a continuación) que interfieren con la capacidad de trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de las actividades que antes eran placenteras. Un episodio depresivo mayor puede ocurrir una sola vez, pero con frecuencia ocurren varios episodios durante el transcurso de la vida. En el caso de depresión mayor crónica, es posible que la persona afectada necesite continuar con el tratamiento indefinidamente.

Un tipo menos severo de depresión, la **distimia** (o *trastorno distímico*), se manifiesta con síntomas duraderos que no incapacitan seriamente, pero impiden que la persona afectada funcione bien o se sienta bien. Muchas personas con distimia también sufren episodios depresivos mayores en algunas etapas de la vida.

Otro tipo de enfermedad depresiva es el **trastorno bipolar** (o *trastorno maníaco-depresivo*). El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: estados de euforia (manía) y de decaimiento (depresión) severos, a menudo con períodos de estado de ánimo normal entre éstos. Algunas veces los cambios en el estado de ánimo son drásticos y rápidos, pero generalmente son graduales. Una persona, cuando está en el ciclo depresivo, puede tener uno o todos los síntomas de depresión. En el ciclo de manía, la persona puede presentar síntomas de hiperactividad, hablar demasiado y tener mucha energía. La manía generalmente afecta el pensamiento, el criterio y el comportamiento social en maneras que causan problemas graves y vergüenza. Por ejemplo, una persona en la fase de manía puede sentirse entusiasmada, llena de grandes proyectos que pueden incluir desde decisiones de negocio imprudentes hasta escapadas románticas y relaciones sexuales riesgosas. La manía, si no se trata, puede empeorar y convertirse en un estado psicótico.

Los síntomas de depresión y manía

No todas las personas que sufren depresión o manía manifiestan todos los síntomas. Algunos tienen pocos síntomas, mientras que otros pueden tener muchos. La severidad de los síntomas varía de una persona a otra y también puede variar con el transcurso del tiempo.

La depresión

- Persistente tristeza, ansiedad o sentirse "vacío"

- Sentimientos de desesperación, pesimismo
- Sentimientos de culpa, inutilidad, impotencia
- Pérdida de interés o placer en pasatiempos favoritos y actividades que antes disfrutaba, incluyendo las relaciones sexuales
- Falta de energía, fatiga, sensación de letargo, dejadez o flojera
- Dificultad para concentrarse y tomar decisiones, mala memoria
- Problemas de sueño, se despierta muy temprano en la mañana, o duerme demasiado
- Cambios en el apetito y/o peso
- Pensamientos de muerte o suicidio, o intentos de suicidio
- Inquietud, irritabilidad
- Síntomas físicos persistentes tales como dolores de cabeza, trastornos digestivos y dolores crónicos que no responden a tratamientos de rutina

“Uno no tiene interés en pensar en el futuro porque siente que no hay futuro”.

-Shaun Colten, campeón nacional de salto de trampolín

“No sentía que había descansado. Siempre estaba cansado. Podía dormir de una hora hasta ocho horas y siempre me sentía cansado”.

-Rene Ruballo, oficial de la policía

La manía

- Exaltación anormal o excesiva
- Irritabilidad inusual
- Menos necesidad de dormir
- Ideas de grandiosidad
- Aumento en el hablar
- Pensamientos acelerados
- Mayor deseo sexual
- Energía considerablemente mayor
- Falta de criterio
- Comportamiento social inapropiado

La ocurrencia de la depresión simultáneamente con otras enfermedades

La depresión puede presentarse junta con otras enfermedades. En tales casos, es importante diagnosticar y tratar tanto la depresión como las otras enfermedades.

Investigaciones han demostrado que los trastornos de ansiedad, que incluyen trastorno de estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de pánico, fobia social y trastorno de ansiedad generalizada, se manifiestan frecuentemente junto con la depresión.^{5,6} La depresión se presenta con frecuencia en personas que sufren de trastorno de estrés postraumático, una enfermedad debilitante que puede ocurrir después de una experiencia aterradora en la que ocurrió un daño físico grave o hubo una grave amenaza. Los eventos traumáticos que pueden causar la manifestación del trastorno de estrés postraumático incluyen ataques violentos, tales como violación sexual o robo violento, desastres naturales, accidentes, terrorismo y combate militar. Los síntomas postraumáticos incluyen el volver a experimentar el evento traumático a través de recuerdos con imágenes muy vívidos y pesadillas; aturdimiento emocional, perturbaciones del sueño; irritabilidad; explosiones de cólera; sentimiento intenso de culpa; y evitar recuerdos o pensamientos del evento traumático. En un estudio patrocinado por NIMH, más del 40 por ciento de las personas con trastorno de estrés postraumático también tenían depresión cuando se les evaluó uno a cuatro meses después del trauma ocurrido.⁷

El uso de sustancias tóxicas (abuso o dependencia) con frecuencia también se presenta junto con los trastornos depresivos.^{5,6} Estudios de investigación han revelado que las personas que sufren de alcoholismo tienen una propensión doble a la de las personas no alcohólicas para sufrir depresión mayor.⁶ Además, más de la mitad de las

personas que sufren de trastorno bipolar tipo I (con manía severa) recurren también al uso de sustancias tóxicas, como el alcohol y las drogas.⁵

La depresión se encuentra en mayor proporción en personas que sufren de otras enfermedades graves como las enfermedades cardíacas, derrames cerebrales, cáncer, VIH, diabetes y la enfermedad de Parkinson.^{6,9} Algunas veces los síntomas de la depresión se confunden con los síntomas de estas otras enfermedades. Sin embargo, estudios de investigación han demostrado que la depresión, cuando se presenta junto con otras enfermedades, puede y debe ser tratada, y en muchos casos tratar la depresión puede favorecer también el proceso de recuperación de las otras enfermedades.

Las causas de la depresión

Las investigaciones científicas del sistema nervioso, genéticas y clínicas han demostrado de manera contundente que los trastornos depresivos son trastornos cerebrales. Las causas exactas siguen siendo motivo de intensa investigación.

Las modernas tecnologías de imágenes cerebrales revelan que en la depresión, los circuitos neurales responsables de la regulación del estado de ánimo, los pensamientos, el sueño, el apetito y el comportamiento dejan de funcionar correctamente y que los neurotransmisores críticos—sustancias químicas usadas por las células nerviosas para comunicarse—están desbalanceados. La investigación genética indica que el riesgo de depresión es el resultado de la influencia de múltiples genes que actúan en combinación con el medio ambiente y otros factores no genéticos. Los estudios de la química del cerebro y de los mecanismos de acción de los medicamentos antidepressivos continúan ampliando nuestro entendimiento sobre los procesos bioquímicos implicados en la depresión.

Con frecuencia, una combinación de factores genéticos, cognoscitivos y ambientales causan la manifestación de un trastorno depresivo.¹⁰ Un evento traumático, la pérdida de un ser querido, una relación personal dificultosa, un problema financiero o cualquier cambio estresante en el patrón de vida, independientemente de que el cambio sea deseado o no deseado, puede provocar un episodio depresivo en las personas vulnerables. Los episodios posteriores de depresión pueden ocurrir sin una causa obvia.

En algunas familias, los trastornos depresivos parecen manifestarse generación tras generación; sin embargo, también pueden ocurrir en personas que no tienen un historial familiar de estas enfermedades.¹¹ Los trastornos depresivos, ya sean heredados o no, están asociados con cambios en las estructuras cerebrales o en la función cerebral, los cuales pueden verse usando las modernas tecnologías de reproducción de imágenes cerebrales.^{12,13}

Los hombres y la depresión

Los investigadores calculan que cada año por lo menos seis millones de hombres en los Estados Unidos sufren de un trastorno depresivo.³ Investigaciones y hallazgos clínicos revelan que tanto los hombres como las mujeres pueden desarrollar los síntomas típicos de la depresión. Sin embargo, a menudo los hombres y las mujeres sienten la depresión de manera diferente y pueden enfrentar los síntomas de formas diferentes. Los hombres generalmente se quejan de fatiga, irritabilidad, pérdida de interés en el trabajo o pasatiempos favoritos y problemas de sueño, y no se quejan tanto de otros síntomas como sentimientos de tristeza, falta de auto estima y culpabilidad excesiva.^{14,15} Algunos investigadores cuestionan si la definición estándar de la depresión, y las pruebas de diagnóstico basadas en ésta, representan adecuadamente la enfermedad tal como se presenta en los hombres.¹⁵

“Solía beber para no sentir nada. Lo que quería era no sentir nada. Estoy hablando de tomar muchas cervezas para poder desconectar el cerebro, pero al despertar al día siguiente uno se da cuenta de que todo continúa igual. Uno tiene que enfrentar el problema, éste no va a desaparecer por sí solo. No se trata de una película de dos horas en la que aparece “Fin”. Se trata de una película que dura veinticuatro horas al día y uno piensa que no acaba nunca. Es horrible”.

-Patrick McCathern, primer sargento, Fuerzas Aéreas de los EE.UU., jubilado

Los hombres tienden a reportar más que las mujeres el abuso de alcohol y drogas o dependencia en el transcurso de sus vidas.¹⁶ Sin embargo, existe debate entre los investigadores respecto a si el uso de sustancias tóxicas, es un “síntoma” de depresión subyacente en los hombres o es un trastorno que ocurre conjuntamente y se desarrolla con

mayor frecuencia en ellos. No obstante, el uso de sustancias tóxicas puede ocultar la depresión, haciendo que sea más difícil reconocerla como una enfermedad separada que necesita tratamiento.

En lugar de reconocer sus síntomas, pedir ayuda o solicitar el tratamiento apropiado, los hombres pueden recurrir al alcohol o a las drogas cuando están deprimidos, frustrados, desanimados, enojados, irritados y algunas veces violentamente abusivos. Algunos hombres enfrentan la depresión dedicándose de manera compulsiva a su trabajo, tratando de ocultar la depresión a sí mismos, la familia y los amigos; otros hombres pueden responder a la depresión mostrando comportamiento temerario, es decir arriesgándose y poniéndose en situaciones peligrosas.¹⁵

“Cuando me sentía deprimido, ponía mi vida en situaciones de peligro. No me importaba la manera en que conducía el automóvil, no me importaba cruzar la calle con cuidado, no me importaba caminar por áreas peligrosas de la ciudad. No me afectaban las advertencias de ningún tipo respecto a viajes o lugares de destino. No me importaba nada. No me importaba vivir o morir así que hacía lo que quería y cuando quería. Y cuando uno se arriesga de esa manera, las probabilidades de morir son mayores”.

—Bill Maruyama, abogado

En los Estados Unidos la muerte por suicidio es cuatro veces más frecuente en hombres que en mujeres, aunque las mujeres tienden a tener más intentos de suicidio que los hombres, cuando se considera el número promedio de intentos por vida.^{17,18} Además del hecho de que los métodos que usan los hombres para intentar suicidarse son generalmente más letales que los que usan las mujeres, es posible que haya otros factores que protegen a las mujeres contra la muerte por suicidio. Estudios de investigación indican que el suicidio se asocia con la depresión con frecuencia. Por lo tanto, el alarmante índice de suicidio en los hombres puede reflejar el hecho de que los hombres solicitan tratamiento para la depresión con mucha menos frecuencia. Muchos hombres con depresión no obtienen el diagnóstico y tratamiento adecuados. En muchos casos, dicho tratamiento podría salvarles la vida.

Se necesita hacer más investigaciones para entender todos los aspectos de la depresión en el hombre, incluyendo cómo el hombre responde al estrés y a los sentimientos asociados con la depresión. También es importante saber más acerca de qué hacer para que los hombres con depresión se sientan más cómodos reconociendo estos sentimientos y obtengan la ayuda necesaria. Es necesario investigar cuáles son los métodos más efectivos para entrenar a los médicos para que sepan reconocer y tratar mejor la depresión en los hombres. Los familiares, los amigos y los consejeros que brindan asistencia a los empleados en el lugar de empleo también pueden desempeñar un papel importante en el reconocimiento de síntomas depresivos en los hombres y ayudarles a obtener tratamiento.

La depresión en hombres de edad avanzada

El hombre enfrenta estrés de diferentes tipos a medida que va envejeciendo. Si ha sido el sustento económico principal de la familia y se ha identificado mucho con su trabajo, puede sentir estrés al retirarse de su profesión. Esta pérdida de una función importante, lleva a una disminución de autoestima, lo cual puede causar depresión. De igual manera, la pérdida de amigos y familiares y la aparición de otros problemas de salud puede causar depresión. Sin embargo, la mayoría de personas de edad avanzada se sienten satisfechas con su vida y no es “normal” tener depresión.²⁰ La depresión es una enfermedad que puede tratarse de manera eficaz, reduciendo de esta manera el sufrimiento innecesario, aumentando las probabilidades de recuperación de otras enfermedades y prolongando la vida productiva.

Es posible que profesionales del cuidado médico no detecten síntomas depresivos en pacientes de edad avanzada, porque éstos generalmente no quieren hablar de sus sentimientos de desesperanza, tristeza, pérdida de interés en actividades normalmente gratas, o de pena prolongada después de la pérdida de un ser querido, y principalmente se quejan de síntomas físicos.²¹ Además, puede ser difícil reconocer un trastorno depresivo en pacientes que presentan otras enfermedades, como enfermedades cardíacas, derrames cerebrales o cáncer, las cuales por sí mismas pueden causar síntomas depresivos, o pueden ser tratadas con medicamentos que tienen efectos secundarios parecidos a los síntomas de la depresión. Si se diagnostica un trastorno depresivo, un tratamiento con medicamentos apropiados y/o psicoterapia breve puede ayudar a los adultos de edad avanzada a controlar ambas enfermedades aumentando las probabilidades de supervivencia y la calidad de vida.

“Cuando uno se enferma y la depresión va empeorando, se pierde perspectiva. Los sucesos diarios se vuelven más irritantes, uno se frustra más tratando de hacer las cosas. Uno se siente más enojado, más triste. Todo se magnifica de una manera anormal”.

-Paul Gottlieb, editor

El índice de casos de suicidio entre las personas de edad avanzada acentúa la importancia de identificar y tratar la depresión en este grupo de la población. Existe la percepción común de que el índice de suicidio es más alto entre los jóvenes; sin embargo, el índice más alto se encuentra entre adultos de edad avanzada, especialmente hombres de raza blanca. Más del 70 por ciento de las víctimas de suicidio de edad avanzada tienen una consulta con su médico de atención primaria en el mes de su muerte, muchos con un trastorno depresivo no detectado.²² Esto ha llevado a realizar labores de investigación para determinar cómo mejorar la capacidad de los médicos para detectar y tratar la depresión en adultos de edad avanzada.²³

Aproximadamente el 80 por ciento de los adultos de edad avanzada que sufren de depresión mejoran cuando reciben tratamiento con medicamentos antidepresivos, psicoterapia o una combinación de ambos.²⁴ Además, los estudios de investigación han demostrado que una combinación de psicoterapia y medicamentos antidepresivos es altamente eficaz para reducir la recurrencia de episodios de depresión entre adultos de edad avanzada.²⁵ Está demostrado que la psicoterapia sola prolonga los períodos de buena salud sin depresión y es especialmente útil para pacientes de edad avanzada que no pueden o no desean recibir medicación.²⁰ Un mejor reconocimiento y un tratamiento más eficaz de la depresión durante la etapa de edad avanzada hará que esos años sean más placenteros y satisfactorios para la persona que sufre de depresión, sus familiares y las personas encargadas de su atención.

La depresión en niños y adolescentes de sexo masculino

La depresión en los niños y adolescentes se ha considerado seriamente recién en las dos últimas décadas. En un estudio de niños y adolescentes de 9 a 17 años patrocinado por el NIMH se calcula que la ocurrencia de trastornos depresivos es más del 6 por ciento en un período de 6 meses, con 4.9 por ciento de casos de depresión mayor.²⁶ Antes de la pubertad, los niños y las niñas tienen la misma probabilidad de desarrollar trastornos depresivos. Sin embargo, después de los 14 años, las mujeres tienen el doble de probabilidad que los hombres de sufrir depresión o distimia.²⁷ El riesgo de desarrollar trastorno bipolar es aproximadamente igual para los hombres o mujeres durante la adolescencia y adultez.

Estudios de investigación han revelado que la depresión se está manifestando más temprano en la vida que en décadas pasadas.²⁸ Además, investigaciones han demostrado que cuando la depresión ocurre temprano, a menudo persiste, recurre y continúa durante la adultez, y que la depresión en la juventud también puede predecir un trastorno más severo durante la vida adulta.²⁹ La depresión en las personas jóvenes con frecuencia ocurre conjuntamente con otros trastornos mentales, generalmente ansiedad, comportamiento contraproducente o abuso de sustancias tóxicas, así como con otras enfermedades serias tales como diabetes.^{30,31} Un niño de corta edad con depresión puede decir que está enfermo, rehusarse a ir a la escuela, aferrarse al padre o a la madre, o preocuparse por la muerte de ellos. Un niño de más edad con depresión puede parecer resentido, meterse en problemas en la escuela, ser negativo, estar malhumorado y sentirse mal entendido.

Tanto en los niños como en los adolescentes, los trastornos depresivos conllevan un mayor riesgo de contraer enfermedades y tener dificultades interpersonales y psicosociales que pueden persistir mucho después que se haya resuelto el episodio depresivo; en los adolescentes también existe un mayor riesgo de abuso de sustancias de adicción y comportamiento suicida.^{29,32,33} Desafortunadamente, estos trastornos muchas veces no son reconocidos por las familias ni por los médicos. Los síntomas de trastornos depresivos en las personas jóvenes a menudo se consideran cambios normales del estado de ánimo típicos de una etapa particular del desarrollo. Además, profesionales del cuidado médico pueden resistirse a “clasificar” prematuramente a una persona joven con un diagnóstico de enfermedad mental. Sin embargo, el diagnóstico y tratamiento temprano de los trastornos depresivos es esencial para un desarrollo saludable emocional, social, y del comportamiento.

Aunque la literatura científica sobre el tratamiento de niños y adolescentes con depresión es menos extensa que la de los adultos, diversos estudios recientes han confirmado la seguridad y eficacia a corto plazo de los tratamientos para la depresión en los jóvenes. Se están llevando a cabo extensos estudios para determinar qué tratamiento funciona mejor para cuáles niños y jóvenes. Se necesita realizar investigaciones adicionales sobre cómo incorporar mejor estos tratamientos en la práctica de atención médica primaria.

El trastorno bipolar, aunque raramente se presenta en niños de corta edad, puede manifestarse tanto en niños como en adolescentes.³⁴ Los cambios inusuales en el estado de ánimo, en el nivel de energía y en el funcionamiento característicos del trastorno bipolar pueden comenzar con síntomas maníacos, depresivos o una combinación de ambos. Las personas cuyos padres han sufrido de trastorno bipolar tienen un riesgo elevado de sufrirlo. Veinte al

cuarenta por ciento de los adolescentes que sufren de depresión mayor presentan trastorno bipolar en el lapso de cinco años después de que aparece la depresión.³⁵

La depresión en niños y adolescentes está asociada con un mayor riesgo de comportamientos suicidas.^{29,36} Este riesgo puede aumentar, particularmente en adolescentes masculinos, si la depresión está acompañada por trastornos de conducta y abuso de alcohol u otras sustancias de abuso.³⁷ En el año 2000, el suicidio fue la tercera causa de muerte entre hombres jóvenes de 10 a 24 años.³⁸ Los investigadores patrocinados por el NIMH hallaron que en los adolescentes que desarrollan un trastorno depresivo mayor, hasta el siete por ciento pueden morir por suicidio en los primeros años de la adultez.²⁹ Por lo tanto, es importante que los médicos y los padres tomen en serio cualquier comentario referente al suicidio.

Los investigadores del NIMH están desarrollando y probando varios métodos de intervención para evitar el suicidio en niños y adolescentes. Diagnóstico y tratamiento temprano, evaluación precisa del pensamiento suicida y limitar el acceso de los jóvenes a agentes letales, tales como armas de fuego y medicamentos, pueden ser las mejores medidas de prevención del suicidio.

El suicidio

“Uno llega al punto de considerar el suicidio porque vivir se convierte en algo muy doloroso. Uno busca una salida, una manera de eliminar este terrible dolor psíquico. Recuerdo que nunca traté realmente de cometer suicidio, pero no estuve lejos de hacerlo porque acostumbraba jugar a ser “torero” con los autobuses. Caminaba en el medio del tráfico de la ciudad de New York sin preocuparme si la luz del semáforo era verde o roja, casi esperando ser atropellado”.

-Paul Gottlieb, editor

Algunas veces la depresión puede causar que las personas deseen ponerse en peligro o incluso matarse. Aunque la mayoría de personas que sufren depresión no mueren por suicidio, tener depresión aumenta el riesgo de suicidio comparado con las personas que no tienen depresión.

Si usted está pensando en el suicidio, obtenga ayuda inmediatamente:

- Llame a su médico.
- Llame al 911, servicios de emergencia de los Estados Unidos.
- Vaya a la sala de emergencia del hospital más cercano.
- Pida a un familiar o a un amigo que le lleve al hospital, o que llame a su médico.
- Llame gratis al 1-800-273-TALK (1-800-273-8255), línea de acceso directo las 24 horas al día del National Suicide Prevention Lifeline (Línea de Prevención Nacional del Suicidio), para hablar con un consejero entrenado de un centro de atención de crisis de suicidio más cerca a usted (la llamada es gratuita solo para quien vive en los Estados Unidos).

La evaluación diagnóstica y el tratamiento

“Uno tiende a simplemente esperar a que las cosas mejoren. Prefiere no ir al médico. Uno no quiere admitir que realmente se siente muy mal”.

-Paul Gottlieb, editor

El primer paso para obtener el tratamiento apropiado para la depresión es someterse a un examen físico por un médico. Algunos medicamentos, al igual que algunas enfermedades médicas tales como infección viral, trastorno de la glándula tiroidea o un bajo nivel de testosterona pueden causar los mismos síntomas que la depresión, y el médico debe descartar estas posibilidades mediante un examen, una entrevista y análisis de laboratorio. Si estas posibilidades se descartan como causa de los síntomas depresivos, el médico o un profesional de la salud mental debe realizar una evaluación psicológica para determinar si se trata de depresión.

Una buena evaluación diagnóstica incluirá un historial completo de los síntomas, por ejemplo, cuándo comenzaron, cuánto duraron, cuál fue la severidad, si el paciente los tuvo anteriormente y, en ese caso, si los síntomas fueron tratados y cuál fue el tratamiento administrado. El médico debe preguntar acerca del uso de alcohol y drogas y si el

paciente tiene pensamientos de muerte o suicidio. Además el historial debe incluir preguntas acerca de si otros miembros de la familia han sufrido trastornos depresivos y, si fueron tratados, qué tratamiento recibieron y si éstos fueron eficaces. Por último, una evaluación diagnóstica debe incluir un examen del estado mental para determinar si el habla, los patrones de pensamiento o la memoria han sido afectados, como algunas veces sucede en personas que sufren de trastornos depresivos.

El tipo de tratamiento dependerá del diagnóstico, la severidad de los síntomas y la preferencia del paciente. Se ha comprobado que una variedad de tratamientos, inclusive medicamentos y psicoterapias a corto plazo (por ejemplo, terapias de diálogo o plática) son eficaces para combatir los trastornos depresivos. En general, los trastornos depresivos severos, especialmente los que son recurrentes, requerirán una combinación de tratamientos para obtener el mejor resultado.

Los medicamentos

Hay varios tipos de medicamentos para tratar la depresión. Estos incluyen los nuevos medicamentos antidepresivos, principalmente los inhibidores selectivos de reabsorción de serotonina (SSRI por sus siglas en inglés) y medicamentos anteriores a éstos como los tricíclicos y los inhibidores de la monoaminoxidasa (MAOI por su sigla en inglés). Los SSRI, y otros nuevos medicamentos que afectan a los neurotransmisores, tales como la dopamina o la noradrenalina, generalmente tienen menos efectos secundarios que los tricíclicos. Algunas veces el médico probará varios antidepresivos antes de encontrar el medicamento o la combinación de medicamentos más eficaces para el paciente. Algunas veces la dosis deberá aumentarse para que sea eficaz. Aunque es posible observar alguna mejoría durante las dos primeras semanas de tratamiento, los medicamentos antidepresivos deben tomarse con regularidad durante tres a cuatro semanas (y en algunos casos hasta ocho semanas) antes de que pueda observar el efecto terapéutico completo.

A menudo los pacientes tienen la tentación de suspender los medicamentos demasiado pronto. Quizás se sientan mejor y piensen que ya no necesitan los medicamentos, o pueden pensar que los medicamentos no están ayudando. Es importante continuar tomando el medicamento para que funcione, aunque los efectos secundarios (vea la sección efectos secundarios, páginas 23 a 25) pueden aparecer antes de que se observe la actividad del antidepresivo. Cuando la persona se sienta mejor, es importante que continúe tomando el medicamento por cuatro a nueve meses por lo menos, para evitar una recurrencia de la depresión. Algunos medicamentos deben suspenderse gradualmente para que el organismo se ajuste, y muchos pueden producir síntomas de abstinencia si se suspenden de manera abrupta. Por lo tanto, **los medicamentos nunca deben suspenderse sin consultar con su médico.** En el caso de personas que sufren de trastorno bipolar y los que sufren de depresión mayor crónica o recurrente, los medicamentos pueden necesitarse indefinidamente.

Estudios de investigación indican que para las personas que sufren de trastorno bipolar existe el riesgo de cambiar a manía, o de desarrollar episodios cíclicos rápidos, durante el tratamiento con antidepresivos.³⁹ Por lo tanto, generalmente se requiere el uso de medicamentos para la “estabilización del estado de ánimo”, ya sea solos o en combinación con antidepresivos, para proteger contra este cambio a las personas con trastorno bipolar. Actualmente los medicamentos estabilizadores del estado de ánimo más comúnmente usados son el litio y el valproate (Depakote®). Sin embargo, se continúa evaluando mediante investigaciones los efectos estabilizadores del estado de ánimo potenciales de nuevos medicamentos.

Los medicamentos para los trastornos depresivos no son adictivos. No obstante, como en el caso de cualquier tipo de medicamento recetado por más de unos cuantos días, estos tratamientos deben vigilarse cuidadosamente para determinar si se está administrando la dosis más eficaz. El médico verificará con regularidad la dosis y la eficacia de cada medicamento.

En el caso del pequeño número de personas para quienes los inhibidores de la monoaminoxidasa (MAOI por sus siglas en inglés) es el mejor tratamiento, es necesario evitar algunos alimentos que contienen altos niveles de *tiramina*, entre ellos muchos quesos, vinos y pepinillos encurtidos, así como medicamentos tales como descongestionantes. La interacción de la tiramina con los inhibidores de la monoaminoxidasa (MAOI) puede causar una crisis de hipertensión, un aumento agudo de la tensión arterial que podría provocar una apoplejía. El médico debe proporcionar una lista completa de los alimentos prohibidos que el paciente deberá llevar consigo en todo momento. Otras formas de antidepresivos no tienen restricciones alimenticias. Hay proyectos en curso para desarrollar un sistema de “parche dérmico” para uno de los MAOI más nuevos, la selegilina; si tiene éxito, éste puede ser un medicamento más conveniente y seguro que las antiguas tabletas de MAOI.

Nunca se debe combinar medicamentos de ningún tipo, ya sean medicamentos que se venden con receta, sin receta o prestados, sin consultar con un médico. Otros profesionales del cuidado médico, tales como

dentistas u otros especialistas médicos, que pueden recetar medicamentos deben ser informados de los medicamentos que toma el paciente. Algunos medicamentos, aunque son seguros cuando se toman solos, si se toman con otros pueden causar efectos secundarios graves y peligrosos.

Las bebidas alcohólicas, incluyendo el vino, la cerveza y los licores de alto contenido alcohólico, o las drogas que se obtienen en la calle deben evitarse, ya que pueden reducir la eficacia de los antidepresivos. Sin embargo, algunas personas que no han tenido problemas de abuso o dependencia del alcohol pueden tener permiso de sus médicos para consumir una pequeña cantidad de alcohol mientras toman uno de los nuevos antidepresivos.

Los fármacos o sedantes para la ansiedad no son antidepresivos. Algunas veces éstos se recetan junto con los antidepresivos, pero no son eficaces para un trastorno depresivo cuando se toman solos. Los estimulantes, tales como las anfetaminas, tampoco son antidepresivos eficaces, pero algunas veces se usan, bajo supervisión médica cuidadosa, en pacientes que sufren depresión.

El litio ha sido por muchos años el tratamiento preferido para el trastorno bipolar, ya que puede ser eficaz para aliviar los cambios del estado de ánimo de esta enfermedad. Su uso debe supervisarse cuidadosamente, ya que la diferencia entre una dosis eficaz y una dosis tóxica es pequeña. Si una persona tiene enfermedades cardíacas, de la tiroides, riñones o epilepsia, el litio no puede ser recomendado. Afortunadamente, hay otros medicamentos eficaces para controlar los cambios en el estado de ánimo. Entre estos están los anticonvulsivos estabilizadores del estado de ánimo, el valproate (Depakote[®]) y la carbamazepina (Tegretol[®]). Estos dos medicamentos han ganado amplia aceptación en la práctica clínica, y el valproate ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Fármacos (Food and Drug Administration) como tratamiento de primera línea para manía aguda. Otros anticonvulsivos que actualmente se usan incluyen la lamotrigina (Lamictal[®]), el topiramato (Topamax[®]) y la gabapentina (Neurontin[®]); sin embargo, sus funciones en el tratamiento del trastorno bipolar no se ha probado todavía y está en estudio.

La mayoría de personas que sufren del trastorno bipolar toman más de un medicamento incluyendo, junto con litio y/o un anticonvulsivo, un medicamento para la agitación, la ansiedad, la depresión o el insomnio. Hallar la mejor combinación posible de estos medicamentos es muy importante para el paciente y requiere supervisión cuidadosa de parte del médico.

Comuníquese con su médico si tiene preguntas acerca de los medicamentos recetados o problemas relacionados con éstos.

Los efectos secundarios

Antes de comenzar a usar un nuevo medicamento, pregunte a su médico acerca de los efectos secundarios que usted puede sentir. En algunas personas los antidepresivos pueden causar efectos secundarios leves y, generalmente, temporales (algunas veces llamados efectos colaterales o adversos). Normalmente, éstos son molestos, pero no graves. Sin embargo, cualquier efecto secundario o reacción inusual, o que interfiera con el funcionamiento, debe comunicarse al médico inmediatamente.

Los efectos secundarios más comunes de los **nuevos antidepresivos** (SSRI y otros) son:

- *Dolores de cabeza* — generalmente desaparecen.
- *Náusea* — también es temporal, pero aun cuando ocurre, es transitoria después de cada dosis.
- *Nerviosismo e insomnio* (problemas para conciliar el sueño o despertarse a menudo durante la noche) — pueden ocurrir durante las primeras semanas; generalmente se resuelven con el transcurso del tiempo o reduciendo la dosis.
- *Agitación (inquietud)* — si sucede por primera vez después de tomar el medicamento y no desaparece rápidamente, debe notificarse al médico.
- *Problemas sexuales* — este tipo de problema debe informarse al médico si es persistente o preocupante. Aunque la depresión puede disminuir el libido y afectar el comportamiento sexual, se ha establecido claramente que los SSRI y otros antidepresivos altamente serotoninérgicos (por ejemplo, la clomipramina antidepresiva tricíclica) provocan nueva disfunción sexual dependiendo de la dosis, independientemente de su actividad terapéutica tanto en hombres como en mujeres. Estos efectos secundarios pueden afectar a más de la mitad de adultos que toman SSRI. En los hombres, los problemas comunes incluyen menor impulso sexual, problemas de erección y eyaculación retardada.

En algunos casos de disfunción sexual, los síntomas mejoran con el desarrollo de tolerancia o bajando la dosis del medicamento. Suspender temporalmente el medicamento antes de la actividad sexual puede funcionar para algunos pacientes que toman SSRI de acción breve, pero no en el caso de la fluoxetina (Prozac[®]). La información que describe las diferencias entre los SSRI es limitada, y no hay datos que muestren beneficios clínicos con respecto a la disfunción sexual como resultado de cambiar medicamentos dentro de esta categoría. Si es necesario cambiar a otro antidepresivo, debe usarse uno de tipo diferente; la anfebutamona (Wellbutrin[®]), la mirtazapina (Remeron[®]), la nefazodona (Serzone[®]) y la venlafaxina (Effexor[®]) parecen ser buenas opciones cuando se trata de estos efectos secundarios. Guiados por un número limitado de estudios, algunos médicos que tratan a hombres con disfunción sexual asociada a los antidepresivos informaron mejoría con la adición de la anfebutamona (Wellbutrin[®]), la buspirona (BuSpar[®]) o la sildenafil (Viagra[®])⁴⁰ al tratamiento en curso. Asegúrese de conversar sobre las diversas opciones con su médico, ya que es posible que existan otras intervenciones que puedan ayudar.

Los **antidepresivos tricíclicos** tienen diferentes tipos de efectos secundarios:

- *Boca seca* — para aliviar este efecto secundario, beba sorbos de agua; mastique goma de mascar sin azúcar; cepílese los dientes diariamente.
- *Estreñimiento* — incluya en su dieta cereales con un contenido alto de fibra como los cereales de salvado, ciruelas, fruta y vegetales.
- *Problemas de la vejiga urinaria* — vaciar la vejiga puede ser difícil y el flujo de orina puede ser más débil que lo normal; informe al médico si tiene una dificultad marcada o dolor; puede ser particularmente problemático en hombres de edad avanzada con trastorno de próstata dilatada.
- *Problemas sexuales* — el funcionamiento sexual puede cambiar; el hombre puede perder interés en las relaciones sexuales, tener dificultad para mantener la erección o para lograr el orgasmo. Si estos efectos secundarios causan preocupación, converse sobre ellos con el médico.
- *Visión nublada* — pasará pronto y generalmente no necesitará anteojos nuevos.
- *Mareo* — levántese de la cama o de la silla lentamente.
- *Somnolencia durante el día* — generalmente pasa pronto. Una persona que se siente adormecida o sedada no debe conducir un automóvil ni operar equipo pesado. Los antidepresivos con mayor efecto sedante generalmente se toman a la hora de acostarse para ayudar a dormir y reducir al mínimo la somnolencia durante el día.

Las psicoterapias

Varias formas de psicoterapia, incluyendo terapias a corto plazo (10-20 semanas), pueden ayudar a las personas con trastornos depresivos. Dos tipos de psicoterapia a corto plazo que los estudios de investigación han demostrado ser eficaces para la depresión son la terapia cognoscitiva-de comportamiento (CBT por sus siglas en inglés) y la terapia interpersonal (IPT por sus siglas en inglés). La terapia cognoscitiva-de comportamiento ayuda a los pacientes a cambiar patrones negativos de pensamiento y comportamiento que contribuyen a la depresión o son resultado de ésta. A través del intercambio verbal con el terapeuta y la asignación de “ejercicios” que se realizan en casa entre una sesión y otra, la terapia cognoscitiva-de comportamiento ayuda a los pacientes discernir y resolver problemas relacionados a su depresión. Los terapeutas interpersonales ayudan a los pacientes a resolver relaciones personales problemáticas que pueden estar contribuyendo a la depresión o empeorándola. Una variedad de profesionales de la salud mental certificados ofrecen servicios de psicoterapia, entre ellos, los psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales y consejeros sobre la salud mental.

Para muchos pacientes con depresión, especialmente aquellos que sufren depresión moderada a severa, una combinación de medicamentos antidepresivos y psicoterapia es el método de tratamiento preferido. Algunos psiquiatras ofrecen ambos tipos de intervención. Alternativamente, en muchos casos dos profesionales de la salud mental colaboran en el tratamiento de una persona con depresión. Por ejemplo, un psiquiatra u otro médico, tal como el médico de familia, puede recetar los medicamentos mientras que un terapeuta no médico proporciona la psicoterapia.

“Uno comienza lentamente a tener estos pensamientos, ‘espera, quizás pueda superarlo. Quizás lo que me sucede no es tan malo’. Y uno piensa, ‘quizás puedo enfrentar las cosas por ahora’. Éstos pensamientos son débiles al comienzo, hasta que uno se da cuenta que el problema desapareció y luego uno dice, ‘gracias a Dios que ya no me siento triste’. Y luego, cuando finalmente el problema desapareció por completo me sentí feliz, comencé a hacer las cosas que acostumbraba hacer antes. Uno se siente feliz porque antes pensaba que el problema ‘nunca desaparecería’ ”.

-Shaun Colten, campeón nacional de salto de trampolín

La terapia electroconvulsiva

La terapia electroconvulsiva (ECT por sus siglas en inglés) es otra opción de tratamiento que puede ser particularmente útil para personas cuya depresión es severa o de peligro mortal, o que no pueden tomar medicamentos antidepresivos. La terapia electroconvulsiva es eficaz en los casos en que los medicamentos antidepresivos no alivian los síntomas de manera suficiente. Los mecanismos exactos mediante los cuales la terapia electroconvulsiva ejerce sus efectos terapéuticos todavía no se conocen.⁴¹

En los últimos años, la terapia electroconvulsiva ha mejorado mucho. Se administra un relajante muscular antes del tratamiento, el cual se realiza bajo anestesia de efecto breve. Se colocan electrodos en lugares precisos de la cabeza, los cuales transmiten impulsos eléctricos. La estimulación causa una convulsión generalizada breve (de aproximadamente 30 segundos) en el cerebro, lo cual es necesario para que tenga eficacia terapéutica. La persona que recibe la terapia electroconvulsiva no siente conscientemente el estímulo eléctrico.

La terapia electroconvulsiva normalmente consta de 6 a 12 tratamientos, administrados tres veces por semana, ya sea a pacientes internados o ambulatorios. Para mantener la reacción a la terapia electroconvulsiva, debe establecerse un tratamiento continuado, generalmente con antidepresivos y/o medicamentos estabilizadores del estado de ánimo. Algunas personas pueden requerir terapia electroconvulsiva de mantenimiento, la cual se administra al paciente ambulatorio desde una vez por semana hasta una vez al mes. Los efectos secundarios más comunes de la terapia electroconvulsiva son confusión y pérdida de memoria de los eventos cercanos al período de tratamiento con terapia electroconvulsiva. La confusión y desorientación que se siente al despertar después de la terapia electroconvulsiva generalmente desaparecen en el transcurso de una hora. Los problemas persistentes de memoria son variables y pueden minimizarse usando técnicas modernas de tratamiento, tales como la aplicación de ambos electrodos de estímulo al lado derecho de la cabeza (terapia electroconvulsiva unilateral).^{41,42}

Hierbas Terapéuticas

Durante los últimos años ha aumentado el interés del público en el uso de hierbas para el tratamiento de la depresión y la ansiedad. El extracto de la hierba de San Juan o hipericina, conocida en inglés como St. John Wort (*Hypericum perforatum*), una planta silvestre con flor amarilla, se ha usado ampliamente en Europa como tratamiento para la depresión leve a moderada, y ahora se encuentra entre los productos botánicos más vendidos en los Estados Unidos. Debido al aumento en el uso de la hierba de San Juan en los Estados Unidos y la necesidad de responder a preguntas importantes acerca de la eficacia y uso a largo plazo de esta hierba para tratar la depresión, los Institutos Nacionales de la Salud (National Institutes of Health) realizaron un estudio clínico de cuatro años y \$6 millones para determinar si un extracto debidamente estandarizado de la hierba de San Juan es eficaz para el tratamiento de adultos que sufren de depresión mayor de severidad moderada. El estudio determinó que la hierba de San Juan no es más eficaz para el tratamiento de la depresión mayor de severidad moderada que un placebo.⁴³ Es necesario realizar más estudios de investigación a fin de confirmar la función de esta hierba para controlar formas menos severas de depresión.

La Administración de Alimentos y Fármacos (Food and Drug Administration) emitió una notificación de salud pública el 10 de febrero del 2000 acerca del uso de la hierba de San Juan. La notificación indica que la hierba parece afectar una vía metabólica importante usada por muchos fármacos recetados para tratar enfermedades tales como trastornos cardíacos, depresión, convulsiones, algunos cánceres y rechazo de transplante de órganos. Además, la hierba de San Juan reduce los niveles en la sangre de algunos medicamentos para el VIH. Si se toman juntos, la combinación podría permitir que resurja el virus del SIDA, quizás en una forma resistente a los medicamentos. Los profesionales de la salud deben advertir a sus pacientes acerca de estas posibles interacciones de los fármacos, y los pacientes siempre deben consultar con los proveedores de atención médica antes de tomar cualquier suplemento herbario.

Cómo ayudarse a sí mismo si está deprimido Depressed

“Afecta la manera de pensar. Afecta la manera de sentir. Invade todos los poros de la piel. Es como una manta que cubre todo. Aparentar que me sentía bien era agotador. Todo lo que podía hacer era encerrarme en mí mismo. Algunas veces uno dice, ‘ya basta’.”

-Steve Lappen, escritor

Los trastornos depresivos hacen que uno se sienta agotado, inútil, impotente y desesperado. Estos pensamientos y sentimientos negativos producen en algunas personas el deseo de rendirse. Es importante darse cuenta que estos puntos negativos son parte de la depresión y generalmente no reflejan con precisión las circunstancias reales. Los pensamientos negativos desaparecen cuando el tratamiento comienza a surtir efecto. Mientras tanto:

- Hacer ejercicio moderado, ir al cine o a un juego de pelota, o participar en actividades religiosas, sociales o de otro tipo puede ayudar.
- Establecer metas realistas teniendo en cuenta la depresión y asumir una cantidad razonable de responsabilidad.
- Dividir las tareas grandes en varias tareas pequeñas, establecer prioridades y hacer lo que se pueda en la medida que se pueda.
- Tratar de estar con otras personas y confiar en alguien; generalmente esto es mejor que estar solo y guardar secretos.
- Participar en actividades que pueden hacerlo sentir mejor.
- Esperar que el estado de ánimo mejore gradualmente, no inmediatamente. Para sentirse mejor hay que dejar que pase el tiempo. Generalmente, durante el tratamiento de la depresión, el sueño y el apetito mejoran antes que el estado de ánimo.
- Es aconsejable posponer las decisiones importantes hasta que la depresión haya pasado. Antes de tomar decisiones importantes, como cambiar de trabajo, casarse o divorciarse, converse sobre el tema con otras personas que lo conocen bien y tienen una opinión más objetiva de su situación.
- Las personas raramente salen del estado depresivo con rapidez, pero se sienten un poco mejor cada día.
- Recuerde, los pensamientos positivos reemplazarán a los pensamientos negativos que son parte de la depresión, y éstos desaparecerán a medida que su depresión responda al tratamiento.
- Deje que su familia y amigos lo ayuden.

Cómo la familia y los amigos pueden ayudar

Lo más importante que cualquier persona puede hacer por un hombre con depresión es ayudarlo a que vaya donde un médico para obtener evaluación diagnóstica y tratamiento. Primero, trate de hablar con él acerca de la depresión, ayúdele a entender que la depresión es una enfermedad común en los hombres y no debe sentirse avergonzado. Quizás ayude compartir este folleto con él. Luego anímelo a consultar con un médico para determinar la causa de sus síntomas y obtener el tratamiento apropiado.

Quizás sea necesario que usted haga la cita con el médico y lo acompañe. Una vez que haya comenzado el tratamiento, puede seguir ayudando animándole a que continúe con el tratamiento hasta que los síntomas comiencen a desaparecer (varias semanas) o a obtener un tratamiento diferente si no ocurre una mejoría. Esto también puede incluir supervisar si toma los medicamentos recetados y/o si asiste a las sesiones de terapia. Anímelo a que sea honesto con el médico acerca del consumo de alcohol, drogas recreativas o medicamentos con receta, y a que siga las indicaciones del médico acerca del uso de estas sustancias mientras toma los medicamentos antidepresivos.

En segundo orden de importancia está el ofrecer apoyo emocional a la persona deprimida. Esto significa entenderlo, tener paciencia, demostrar afecto y alentarle. Converse con él y escuche cuidadosamente. No menosprecie sus sentimientos pero señale la realidad y ofrezca esperanza. **No ignore los comentarios acerca del suicidio. Informe respecto a ellos al médico de la persona deprimida. En caso de emergencia, llame al 911** (solo para quien vive en los Estados Unidos). Invítelo a salir a caminar, a excursiones, al cine y otras actividades. Insista cariñosamente si su invitación es rechazada. Anímelo a participar en algunas actividades que antes le daban placer, tales como pasatiempos favoritos, deportes, actividades religiosas o culturales, pero no lo presione a que haga muchas cosas demasiado pronto. La persona deprimida necesita diversión y compañía, pero demasiadas demandas pueden aumentar los sentimientos de fracaso.

No acuse a la persona deprimida de fingir una enfermedad ni de ociosidad, ni espere que se mejore rápidamente. Con el tiempo, y con tratamiento, la mayoría de las personas mejoran. Tenga eso en cuenta, y continúe asegurándole que con el tiempo y con ayuda él se sentirá mejor.

Dónde obtener ayuda

Si no está seguro de dónde obtener ayuda, hable con alguien de confianza que tenga experiencia en la salud mental, por ejemplo, un médico, enfermera, asistente social o consejero religioso. Pregúnteles sobre dónde obtener tratamiento. Si hay una universidad cerca de su localidad, el departamento de psiquiatría o psicología puede ofrecer opciones de tratamiento privado y/o con tarifas bajas. De lo contrario, busque en las páginas amarillas por “salud mental” (mental health), “salud” (health), “servicios sociales” (social services), “prevención del suicidio” (suicide prevention), “servicios de intervención en casos de crisis” (crisis intervention services), “líneas de apoyo directas” (hotlines), “hospitales” (hospitals), o “médicos” (physicians) para obtener números de teléfono y direcciones. En momentos de crisis, el médico de la sala de emergencias de un hospital puede proporcionarle ayuda temporal en caso de un problema de salud mental y podrá indicarle dónde y cómo obtener más ayuda.

A continuación se proporciona una lista con los tipos de personas y lugares que pueden proporcionar referencias o servicios de diagnóstico y tratamiento.

- Médicos de familia
- Especialistas en la salud mental, tales como psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales o consejeros sobre la salud mental
- Líderes/consejeros religiosos
- Organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO por su sigla en inglés)
- Centros comunitarios de la salud mental
- Departamentos de psiquiatría de hospitales y clínicas para pacientes externos
- Programas afiliados a las universidades o facultades de medicina
- Clínicas para pacientes externos de hospitales estatales
- Agencias de servicios sociales
- Clínicas y centros privados
- Programas de asistencia para empleados
- Sociedades médicas y/o psiquiátricas locales

Dentro del gobierno federal, la oficina de Administración de Servicios para Abuso de Sustancias Tóxicas y Salud Mental (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA]) ofrece un “sistema de ubicación de servicios” de salud mental y de programas y recursos para tratamiento de abuso de sustancias tóxicas a nivel nacional. Visite su sitio web en <http://www.mentalhealth.samhsa.gov/databases/> o llame gratis al 1-800-789-2647 (la llamada es gratuita solo para quien vive en los Estados Unidos).

Conclusión

¿Conoce usted un hombre malhumorado, irritable y que no tiene sentido del humor? Quizás bebe en exceso o abusa de sustancias tóxicas, como el alcohol y las drogas. Quizás es física o verbalmente abusivo con su esposa e hijos. Quizás trabaja todo el tiempo, o busca excitación compulsivamente con comportamiento de alto riesgo. O quizás parece que se aísla, es muy reservado y no se interesa en las personas ni en las actividades que antes disfrutaba.

Quizás este hombre es usted. De ser así, es importante entender que hay una enfermedad del cerebro llamada depresión que podría causar estos sentimientos y comportamientos. Es real: los científicos han desarrollado dispositivos sensibles de reproducción de imágenes que nos permiten verla en el cerebro. Y es tratable: más del 80 por ciento de las personas que sufren de depresión responden a los tratamientos existentes, y continuamente aparecen nuevos tratamientos que ayudan a mucha gente. Hable con un proveedor de atención médica sobre lo que siente y solicite ayuda.

O quizás este hombre es alguien importante para usted. Trate de hablar con él, o con alguien que probablemente él escucharía. Ayúdelo a entender que la depresión es una enfermedad común en los hombres y no debe avergonzarse. Anímelo a ver a un médico con el fin de determinar si tiene depresión.

Para la mayoría de hombres con depresión, la vida no tiene que ser tan oscura y sin esperanza. La vida ya de por sí es difícil y el tratamiento de la depresión puede liberar recursos esenciales para enfrentar los desafíos de la vida de manera eficaz. Cuando un hombre está deprimido, él no es el único que sufre. Su depresión también ensombrece las vidas de sus familiares, sus amigos, y prácticamente todas las personas cercanas. Lograr que inicie un tratamiento puede repercutir en mayor bienestar y esperanza para todas esas personas.

La depresión es una enfermedad verdadera, es tratable y puede manifestarse en los hombres. Hay que tener valor para pedir ayuda, pero el hacerlo puede cambiar las cosas.

“Y de pronto uno comienza a tener buenos pensamientos sobre uno mismo, mejora la autoestima, y miras hacia atrás ese camino difícil, fangoso y lleno de tierra que acabas de recorrer y te das cuenta que ahora estás en uno de asfalto suave y dices ‘¡qué viaje tan increíble!’. Todavía falta mucho por recorrer, pero no desearía tomar ese otro camino nunca más’.”

-Patrick McCathern, primer sargento, Fuerzas Aéreas de los EE.UU., jubilado

Para obtener más información

National Institute of Mental Health

Public Information and Communications Branch

6001 Executive Boulevard

Room 8184, MSC 9663

Bethesda, MD 20892-9663

Teléfono gratis: 1-866-227-NIMH (6464) (la llamada es gratuita solo para quien vive en los Estados Unidos)

Personas con dificultades auditivas: 1-866-415-8051 (la llamada es gratuita para quien vive en los Estados Unidos)

Correo electrónico: nimhinfo@nih.gov

Sitio web: <http://www.nimh.nih.gov>

Entidad del gobierno federal cuya misión es reducir la carga de las enfermedades mentales y los trastornos de conducta a través de estudios de investigación sobre la mente, el cerebro y el comportamiento. NIMH es parte de la National Institutes of Health (Institutos Nacionales de la Salud), Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration

National Mental Health Information Center

P.O. Box 42490

Washington, DC 20015

Teléfono gratis: 1-800-789-2647 (la llamada es gratuita solo para quien vive en los Estados Unidos).

FAX: 1-301-984-8796

Personas con dificultades auditivas: 1-866-889-2647

Sitio web: <http://www.mentalhealth.samhsa.gov>

Correo electrónico: info@mentalhealth.org

El National Mental Health Information Center de SAMHSA proporciona al público información sobre servicios de la salud mental y fuentes de referencia sobre recursos federales, estatales o locales donde puede obtener más información y ayuda. SAMHSA es una entidad del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

[Información sobre la depresión y organizaciones](#) de MedlinePlus, un servicio de la Biblioteca Nacional de la Medicina (NLM por su siglas en inglés) ([in English](#)).

Para pedir una copia de esta publicación por correo llame gratis al 1-866-227- 6464 (la llamada es gratuita solo para quien vive en los Estados Unidos) o mande un e-mail a menanddepression@mail.nih.gov.

Referencias

¹Blehar MD, Oren DA. Gender differences in depression. *Medscape Women's Health*,1997; 2(2):3. Revisión proveniente de: Women's increased vulnerability to mood disorders: integrating psychobiology and epidemiology. *Depression*,1995; 3:3-12.

²Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, Joyce PR, Karam EG, Lee CK, Lellouch J, Lepine JP, Newman SC, Rubin-Stiper M, Wells JE, Wickramaratne PJ, Wittchen H, Yeh EK. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *Journal of the American Medical Association*, 1996; 276: 293-9.

³Narrow WE. One-year prevalence of depressive disorders among adults 18 and over in the U.S.: NIMH ECA prospective data. Population estimates based on U.S. Census estimated residential population age 18 and over on July 1, 1998. Tabla no publicada.

⁴Sackeim HA. Commentary: Functional brain circuits in major depression and remission. *Archives of General Psychiatry*, 2001; 58(7): 649-50.

⁵Regier DA, Rae DS, Narrow WE, Kaelber CT, Schatzberg AF. Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders. *British Journal of Psychiatry*, 1998; 173(Supl. 34): 24-8.

⁶Depression Guideline Panel. Clinical practice guideline, number 5. *Depression in primary care: volumen 1. Detection and diagnosis*. Pub. de AHCPR No. 93-0551. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services, Agency for Health Care Policy and Research, 1993.

⁷Shalev AY, Freedman S, Perry T, Brandes D, Sahar T, Orr SP, Pitman RK. Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *American Journal of Psychiatry*, 1998; 155(5): 630-7.

⁸Strakowski SM, DelBello MP. The co-occurrence of bipolar and substance use disorders. *Clinical Psychology Review*, 2000; 20(2): 191-206.

⁹NIMH Fact Sheets on Depression and Other Illnesses. Junio 2002.

¹⁰Lewinsohn PM, Hoberman HH, Rosenbaum M. A prospective study of risk factors for unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 1988; 97(3) 251-64.

¹¹Tsuang MT, Faraone SV. *The genetics of mood disorders*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 1990.

¹²Soares JC, Mann JJ. The anatomy of mood disorders—review of structural neuroimaging studies. *Biological Psychiatry*, 1997; 41: 86-106.

¹³Soares JC, Mann JJ. The functional neuroanatomy of mood disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 1997; 31(4): 393-432.

¹⁴Pollack W. Mourning, melancholia, and masculinity: recognizing and treating depression in men. En: Pollack W, Levant R, eds. *New psychotherapy for men*. New York: Wiley, 1998; 147-66.

¹⁵Cochran SV, Rabinowitz FE. *Men and depression: clinical and empirical perspectives*. San Diego: Academic Press, 2000.

¹⁶Robins L, Regier D. *Psychiatric disorders in America*. New York: Free Press, 1991.

¹⁷Minino AM, Arias E, Kochanek KD, Murphy SL, Smith BL. Deaths: final data for 2000. *National Vital Statistics Reports*; 50(15). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2002.

¹⁸Moscicki EK. Epidemiology of suicide. En: Jacobs D, ed. *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1999; 40-71.

¹⁹Moscicki EK. Epidemiology of completed and attempted suicide: toward a framework for prevention. *Clinical Neuroscience Research*, 2001; 1: 310-23.

²⁰Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS, Reynolds CF, Alexopoulos GS, Bruce MI, Conwell Y, Katz IR, Meyers BS, Morrison MF, Mossey J, Niederehe G, Parmelee P. Diagnosis and treatment of depression in late life: consensus statement update. *Journal of the American Medical Association*, 1997; 278(14): 1186-90.

- ²¹Gallo JJ, Rabins PV. Depression without sadness: alternative presentations of depression in late life. *American Family Physician*, 1999; 60(3): 820-6.
- ²²Conwell Y. Suicide in later life: a review and recommendations for prevention. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 200 1; 31 (Supl.): 32-47.
- ²³Bruce ML, Pearson JL. Designing an intervention to prevent suicide: PROSPECT (Prevention of Suicide in Primary Care Elderly: Collaborative Trial). *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 1999; 1(2): 100-12.
- ²⁴Little JT, Reynolds CF III, Dew MA, Frank E, Begley AE, Miller MD, Cornes C, Mazumdar S, Perel JM, Kupfer DJ. How common is resistance to treatment in recurrent, nonpsychotic geriatric depression? *American Journal of Psychiatry*, 1998; 155(8): 1035-8.
- ²⁵Reynolds CF III, Frank E, Perel JM, Imber SD, Cornes C, Miller MD, Mazumdar S, Houck PR, Dew MA, Stack JA, Pollock BG, Kupfer DJ. Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression: a randomized controlled trial in patients older than 59 years. *Journal of the American Medical Association*, 1999; 281(1): 39-45.
- ²⁶Shaffer D, Fisher P, Dulcan MK, Davies M, Piacentini J, Schwab-Stone ME, Lahey BB, Bourdon K, Jensen PS, Bird HR, Canino G, Regier DA. The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA Study. Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996; 35(7): 865-77.
- ²⁷Angold A, Worthman CW. Puberty onset of gender differences in rates of depression: a developmental, epidemiologic and neuroendocrine perspective. *Journal of Affective Disorders*, 1993; 29: 145-58.
- ²⁸Klerman GL, Weissman M. Increasing rates of depression. *Journal of the American Medical Association*, 1989; 261: 2229-35.
- ²⁹Weissman MM, Wolk S, Goldstein RB, Moreau D, Adams P, Greenwald S, Klier CM, Ryan ND, Dahl RE, Wickramaratne P. Depressed adolescents grown up. *Journal of the American Medical Association*, 1999; 281(18):1701-13.
- ³⁰Angold A, Costello EJ. Depressive comorbidity in children and adolescents: empirical, theoretical, and methodological issues. *American Journal of Psychiatry*, 1993; 150(12): 1779-91.
- ³¹Kovacs M. Psychiatric disorders in youths with IDDM: rates and risk factors. *Diabetes Care*, 1997; 20(1): 36-44.
- ³²Birmaher B, Brent DA, Benson RS. Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1998; 37(11): 1234-8.
- ³³Ryan ND, Puig-Antich J, Ambrosini P, Rabinovich H, Robinson D, Nelson B, Iyengar S, Twomey J. The clinical picture of major depression in children and adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 1987; 44(10): 854-61.
- ³⁴McClellan J, Werry J. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with bipolar disorder. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1997; 36(Supl. 10): 157S-76S.
- ³⁵Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part 1. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996; 35(11): 1427-39.
- ³⁶Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M, Flory M. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry*, 1996; 53(4): 339-48.
- ³⁷Shaffer D, Craft L. Methods of adolescent suicide prevention. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1999; 60(Supl. 2): 70-4; discusión 75-6, 113-6.

³⁸National Center for Injury Prevention and Control. Leading Causes of Injury Deaths, United States, 2000, All Races, Both Sexes. <http://webapp.cdc.gov/sasweb/ncipc/leadcaus10.html>

³⁹Thase ME, Sachs GS. Bipolar depression: pharmacotherapy and related therapeutic strategies. *Biological Psychiatry*, 2000; 48(6): 558-72.

⁴⁰Nurnberg HG, Hensley PL, Gelenberg AJ, Fava M, Lauriello J, Paine S. Treatment of antidepressant-associated sexual dysfunction with sildenafil: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 2003; 289(1): 56-64.

⁴¹U.S. Department of Health and Human Services. *Mental health: a report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health, 1999. <http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/home.html>

⁴²Sackeim HA, Haskett RF, Mulsant BH, Thase ME, Mann JJ, Pettinati HM, Greenberg RM, Crowe RR, Cooper TB, Prudic J. Continuation pharmacotherapy in the prevention of relapse following electroconvulsive therapy: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 2001; 285(10): 1299-307.

⁴³Hypericum Depression Trial Study Group. Effect of *Hypericum perforatum* (St. John's wort) in major depressive disorder: a randomized, controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 2002; 287(14): 1807-14.

Los siguientes escritores y editores de la Oficina de Comunicaciones del NIMH contribuyeron a la producción de este folleto: Rayford Kytte, Margaret Strock, Melissa Spearing, Clarissa Wittenberg, Daisy Whittemore, Ruth Dubois y Lisa D. Alberts. La revisión científica fue realizada por Matthew V. Rudorfer, MD y Jane L. Pearson, PhD, del NIMH.

Publicación de NIH No. SP 04-4972
Impreso en el 2004