

**Hable sobre:
Los hombres y la depresión**



**Kit para
la Prevención,
Educación y
Concientización
sobre el Suicidio**

SPEAK
**Suicide
Prevention
Education
Awareness
Kit**

Estado de Nueva York
David A. Paterson
Gobernador

Oficina de Salud Mental
Michael F. Hogan, Ph.D.
Comisionado

New York State
omh
Office of Mental Health

Hable sobre: Los hombres y la depresión:

Contenido:

| | |
|--|----|
| La depresión | 3 |
| Tipos de depresión | 4 |
| Síntomas de la depresión y la manía | 5 |
| Concurrencia de la depresión con otras enfermedades..... | 5 |
| Causas de la depresión | 6 |
| Los hombres y la depresión | 7 |
| La depresión en los ancianos | 8 |
| La depresión en los niños y adolescentes varones | 10 |
| El suicidio | 12 |
| Diagnóstico, evaluación y tratamiento | 12 |
| Medicamentos | 13 |
| Efectos secundarios | 15 |
| Psicoterapias | 16 |
| Terapia electroconvulsiva | 17 |
| Terapia de plantas medicinales..... | 17 |
| Cómo conseguir ayuda si está deprimido | 18 |
| Cómo pueden ayudar la familia y los amigos | 19 |
| Dónde conseguir ayuda | 20 |
| Conclusión | 20 |
| Para más información | 22 |
| Obras consultadas | 23 |

La depresión

La depresión es una condición médica seria que afecta al cuerpo, el estado de ánimo y los pensamientos. Afecta la manera de comer y dormir, el concepto de sí mismo, y la manera que uno piensa sobre las cosas. El trastorno depresivo no es lo mismo que sentirse triste. No es una señal de debilidad personal o una condición que puede ser controlada a voluntad o por deseo. La gente que padece de la enfermedad de la depresión sencillamente “no puede componerse a sí mismo” y mejorarse. Sin tratamiento, los síntomas pueden durar por semanas, meses, años. Sin embargo, el tratamiento apropiado el cual frecuentemente incluye medicinas o psicoterapia a corto tiempo, puede ayudar a la mayoría de la gente que sufre de depresión.

“Recuerdo que comenzó con la pérdida de interés en básicamente todo lo que me gusta hacer. Sencillamente no sentía deseos de hacer nada. Quería dejarlo todo.

A veces, no quería ni levantarme.”

-Rene Rubatio, Policía

La depresión puede atacar a cualquier persona sin importar la edad, origen étnico, status socioeconómico o género; sin embargo, en investigaciones a gran escala, los estudios han demostrado que la depresión es casi el doble de común entre las mujeres que entre los hombres.^{1,2} En los Estados Unidos, los investigadores científicos estiman que en un periodo de un año, la enfermedad depresiva afecta al 12 por ciento de las mujeres (más de 12 millones de mujeres) y cerca del 7 por ciento de los hombres (más de 6 millones de hombres).³ Pero aún faltan repuestas a preguntas importantes sobre las causas asociadas a esta diferencia entre los géneros. Por ejemplo, ¿es la depresión realmente menos común entre los hombres, o es que la probabilidad de reconocer la depresión, aceptarla y buscar ayuda es menor en los hombres que en las mujeres?

En grupos de discusión conducidos por el Instituto Nacional de Salud Mental (National Institute of Mental Health - NIMH) para determinar el grado de conciencia sobre la depresión, los hombres describieron sus propios síntomas de depresión sin darse cuenta que estaban deprimidos. Notoriamente, muchos no estaban concientes que los síntomas “físicos”, como los dolores de cabeza, trastornos digestivos, y dolor crónico, pueden estar asociados a la depresión. Además, los hombres expresaron preocupación de consultar con un profesional de salud mental, o de visitar una clínica de salud mental, por que pensaron que la gente se iba a enterar y esto podía afectar la seguridad en el empleo, el potencial de promoción o los beneficios del seguro de salud. Ellos temían que el ser clasificado con un diagnóstico de una enfermedad mental les costaría perder el respeto de la familia y amigos, o la reputación en la comunidad.

Durante los pasados 20 años, las investigaciones biomédicas, incluyendo la genética e imágenes neurológicas, han ayudado a arrojar luz sobre la depresión y otros trastornos mentales aumentando nuestro entendimiento del



cerebro, cómo se puede alterar su bioquímica, y cómo aliviar el sufrimiento que la enfermedad mental puede causar. En el presente, la tecnología de las imágenes del cerebro está permitiendo a los científicos observar con cuánta efectividad los tratamientos con medicamentos o psicoterapia se reflejan en los cambios en la actividad del cerebro.⁴ Las investigaciones continúan revelando que los trastornos depresivos son reales y tratables, y que no son más señal de debilidad que el cáncer o cualquier otra enfermedad seria, más y más hombres que padecen de depresión puede que sientan la determinación para buscar ayuda y tener una mejor calidad de vida.

Tipos de depresión

La depresión se manifiesta de diferentes formas, como en el caso de otras enfermedades como las enfermedades del corazón. En este folleto se describen brevemente tres tipos de las enfermedades depresivas más comunes. Sin embargo, existen variaciones en el número, severidad y persistencia entre estos tipos.

La Depresión Mayor (trastorno depresivo mayor) se manifiesta a través de una combinación de síntomas (vea la lista de los síntomas a continuación) que interfieren con la habilidad de trabajar, estudiar, dormir, comer, y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Un episodio de depresión mayor puede ocurrir sólo una vez; pero más comúnmente, ocurrirán varios episodios en el transcurso de la vida.

Un tipo menos severo de depresión, **la distimia**, (o trastorno distímico) incluye síntomas de larga duración que no incapacitan seriamente, pero previenen que uno funcione bien o se sienta bien. Muchas personas con distimia también experimentan episodios de depresión mayor en algún momento en su vida.

Otro tipo de depresión es el **trastorno bipolar** (o enfermedad maniaco depresiva). El trastorno bipolar se caracteriza por ciclos en cambios de humor: severamente alto (manía) y bajo (depresión), frecuentemente con períodos de humor normal entre ciclos. Algunas veces los cambios de humor son rápidos y dramáticos pero usualmente son graduales. Cuando el individuo está pasando por el ciclo depresivo puede tener todos o cualquiera de los síntomas de la depresión. En el ciclo maníaco, el individuo puede ser hiperactivo, hablar mucho, y tener mucha energía. La manía frecuentemente afecta al pensamiento, el juicio y la conducta social de formas que causa problemas y vergüenza. Por ejemplo, el individuo en la fase maníaca puede sentirse eufórico, con muchos planes grandiosos que pueden variar desde malas decisiones de negocios hasta tener muchos romances y relaciones sexuales peligrosas. Si la manía no se trata puede empeorar al estado sicótico.

“Uno no siente ningún interés en pensar en el futuro,
porque no siente que habrá un futuro.”
-Shawn Colten, Campeón Nacional de Clavado

Síntomas de la depresión y la manía

No todo el que está deprimido o maníaco experimenta todos los síntomas. Algunas personas experimentan pocos síntomas, algunos sufren muchos síntomas. La severidad de los síntomas varía entre individuos y con el tiempo.

Depresión

- Tristeza persistente, ansiedad o humor “vacío”
- Sentimiento de desesperanza, pesimismo
- Sentimientos de culpa, falta de valor, impotencia
- Pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que antes eran disfrutadas, incluyendo el sexo
- Disminución de energía, fatiga, lentitud
- Dificultad para concentrarse, recordar, hacer decisiones
- Problemas para dormir, para despertar temprano, o el dormir demasiado
- Cambios en el apetito o en el peso
- Pensamiento de suicidio o muerte, o intento de suicidio
- Incansancio, irritabilidad
- Síntomas físicos persistentes que no responden a tratamiento rutinario, como dolores de cabeza, desórdenes digestivos, y dolor crónico

Manía

- Exaltación anormal o excesiva
- Irritabilidad no usual
- Disminución de la necesidad de dormir
- Nociones de grandiosidad
- Hablar más de lo usual
- Pensamientos volátiles
- Aumento en el deseo sexual
- Aumento marcado de energía
- Juicio pobre
- Conducta social inapropiada

Concurrencia de la depresión con otras enfermedades

La depresión puede coexistir con otras enfermedades. En tales casos, es importante que la depresión y cada enfermedad concurrente sean diagnosticadas y tratadas.

Las investigaciones han demostrado que los trastornos de ansiedad comúnmente acompañan a la depresión. Estos incluyen al trastorno de estrés postraumático (post-traumatic stress disorder -PTSD), los trastornos obsesivos compulsivos, trastorno de pánico, fobias sociales, y trastorno de ansiedad generalizada.^{5,6} La depresión es especialmente frecuente entre personas con PTSD, una condición que puede ocurrir después de la exposición a un suceso terrible o experiencia penosa en la que ocurre o hubo amenaza de daño físico. Los sucesos traumáticos que pueden precipitar el PTSD incluyen asalto personal violento como violación sexual, atraco, desastres naturales, accidentes, terrorismo y combate militar. Los síntomas de PTSD incluyen: revivir el suceso traumático en la forma de pensamientos retrospectivos rápidos, memorias o pesadillas; insensibilidad emocional; perturbación del sueño, irritabilidad, explosiones de coraje, sentimientos intensos de culpa, o la



evasión de cualquier recordatorio o pensamiento de la experiencia penosa. En un estudio auspiciado por el NIMH, más del 40 por ciento de las personas con PTSD también tenían depresión cuando fueron evaluadas al mes y a los cuatro meses después de un suceso traumático.⁷

Frecuentemente, los trastornos en el uso de sustancias (abuso o dependencia) también concurren con los trastornos depresivos.^{5,6} Las investigaciones científicas han revelado que las personas que padecen de alcoholismo son casi dos veces más propensas a padecer también de depresión mayor que aquellas que no padecen de alcoholismo.⁶ Además, más de la mitad de la gente con trastorno bipolar tipo 1 (con manía severa) sufren de un trastorno concurrente de uso de sustancia.⁸

Se ha encontrado que la depresión ocurre a una tasa más alta entre personas que tienen otra enfermedad seria como enfermedades del corazón, embolia cerebral, cáncer, SIDA, diabetes, y Parkinson.^{6,9} A veces los síntomas de la depresión se consideran erróneamente como acompañantes inevitables de éstas otras enfermedades. Sin embargo, las investigaciones han demostrado que la depresión concurrente puede y debe ser tratada, y que en muchos casos el tratamiento de la depresión puede mejorar los resultados de las otras enfermedades.

“Yo no me sentía descansado del todo. Siempre me sentía cansado. Podría dormir de una a ocho horas y siempre me sentía cansado.”
-René Ruballo, Oficial de la Policía

Causas de la depresión

La evidencia sustancial de las investigaciones de las ciencias neurológicas, genéticas y las investigaciones clínicas han demostrado que las enfermedades depresivas son trastornos del cerebro. Sin embargo, las causas precisas de estas enfermedades continúan siendo materia de intensa investigación científica.

Las tecnologías modernas de imágenes del cerebro están revelando que en la depresión, los circuitos naturales responsables de regular el humor, el pensamiento, el apetito y la conducta, no funcionan apropiadamente y que las sustancias químicas críticas en los neurotransmisores, utilizadas por la células nerviosas para comunicarse, están fuera de balance. Las investigaciones genéticas indican que el riesgo a padecer de depresión resulta de la influencia de múltiples genes interactuando junto con el medio ambiente u otros factores no genéticos. Los estudios de la química del cerebro y del mecanismo de acción de los medicamentos antidepresivos continúan aportando información a nuestro entendimiento de los procesos bioquímicos presentes en la depresión.

Con mucha frecuencia, una combinación de factores genéticos, cognoscitivos y ambientales están implicados en el comienzo del trastorno depresivo.¹⁰ Un trauma, la pérdida de un ser querido, una relación difícil, un problema

financiero, o cualquier cambio estresante en los patrones de vida, sin importar si el cambio no es bienvenido o deseado, puede precipitar un episodio en individuos vulnerables. Los episodios posteriores de depresión pueden ocurrir sin una causa obvia.

En algunas familias, los trastornos depresivos parecen ocurrir generación tras generación; sin embargo, también pueden ocurrir en personas que no tienen un historial familiar de estas enfermedades.¹¹

Sean hereditarios o no, los trastornos depresivos están asociados a cambios en la estructura o funcionamiento del cerebro, los cuales pueden ser observados utilizando las tecnologías modernas de imágenes del cerebro.^{12,13}

Los hombres y la depresión

Los investigadores científicos estiman que por lo menos seis millones de hombres en los Estados Unidos sufren cada año de trastornos depresivos.³ Las investigaciones científicas y la evidencia clínica revelan que mientras los hombres y las mujeres pueden ambos desarrollar los síntomas típicos de la depresión, frecuentemente experimentan la depresión de diferentes maneras y pueden que lidien con los síntomas de diferentes formas. Los hombres pueden estar más dispuestos a reconocer la fatiga, la irritabilidad, la pérdida de interés en el trabajo o en los pasatiempos, y problemas al dormir que a reconocer los sentimientos de tristeza, desesperanza y culpa excesiva.^{14,15} Algunos científicos cuestionan si la definición estándar de la depresión y los exámenes de diagnóstico basados en ésta capturan adecuadamente la condición según ocurre en los hombres.¹⁵

"Cuando me sentía deprimido era muy temerario con mi vida. No tenía cuidado al guiar, no tenía cuidado al cruzar la calle, no me cuidaba de pasar por las partes más peligrosas de la ciudad. No me afectaban los avisos de peligro de viajes, o lugares. No me importaba. No me importaba si vivía o moría y por lo tanto iba a hacer lo que quisiera, cuando quisiera. Y cuando uno toma esos tipos de riesgos, tiene una gran posibilidad de morir."
-Bill Maruyama, Abogado

La probabilidad de revelar problemas de abuso o dependencia de alcohol o drogas durante el transcurso de la vida es más alta en los hombres que en las mujeres;¹⁶ sin embargo, existe un debate entre los investigadores si el uso de sustancias es un síntoma subyacente de la depresión en los hombres, o una condición concurrente que se desarrolla más comúnmente en los hombres. No obstante, el uso de sustancias puede ocultar la depresión, haciendo que sea más difícil reconocer la depresión como una enfermedad separada que necesita tratamiento.



En lugar de reconocer sus sentimientos, pedir ayuda o buscar tratamiento apropiado, los hombres pueden tornarse al alcohol o drogas, deprimirse, o frustrarse, desanimarse, con coraje, irritados, abusivos, a veces de manera violenta. Algunos hombres lidian con la depresión a través del trabajo compulsivo, tratando de esconder la depresión de ellos mismos, la familia y los amigos; otros hombres puede que respondan a la depresión involucrándose en conductas temerarias, tomando riesgos, y poniéndose en peligro.

“Bebía hasta quedar entumecido. Trataba de estar adormecido para entumecer la cabeza. O sea, estamos hablando de tomar una gran cantidad de cervezas para llegar al estado donde uno puede desconectarse, pero después, al próximo día, uno se levanta y todavía sigue allí. Porque tiene que bregar con ello, sencillamente no desaparecerá. No es como una película de dos horas que al final tiene “Fin”, y uno presiona el botón para apagarla. Me refiero a una película de 24 horas al día y uno piensa que no tiene final. Es horrible.”

-Patrick McCathern, Primer Sargento, Fuerza Aérea de EE.UU., Jubilado

Los hombres mueren por suicidio cuatro veces más que las mujeres en Estados Unidos; aunque las mujeres llevan a cabo más intentos de suicidio durante su vida.^{17,18} Además del hecho que los métodos que los hombres utilizan para tratar de suicidarse son más letales que los métodos utilizados por las mujeres, pueden existir otras cosas que protegen a la mujer de la muerte por suicidio. A la luz de las investigaciones que indican que el suicidio está frecuentemente asociado a la depresión,¹⁹ la alarmante tasa de suicidio entre los hombres puede reflejar que es menos probable que los hombres busquen tratamiento para la depresión. Muchos hombres que padecen de depresión no obtienen diagnóstico y tratamiento, lo que podría salvarles la vida.

Es necesario conducir más investigaciones para poder entender todos los aspectos de la depresión en los hombres, incluyendo cómo los hombres responden al estrés y los sentimientos asociados a la depresión, cómo hacer que se sientan más cómodos al reconocer estos sentimientos y obtener la ayuda que necesitan, y cómo adiestrar a los médicos para que puedan reconocer y tratar mejor la depresión en los hombres. Los familiares, amigos, y profesionales en el programa de asistencia en el trabajo pueden también tener un papel importante en el reconocimiento de síntomas depresivos en los hombres y ayudarlos a obtener tratamiento.

La depresión en los ancianos

Los hombres tienen que lidiar con diferentes clases de estrés según van envejeciendo. Si han sido los principales sostenedores económicos de la

familia y se han identificado profundamente con su trabajo, puede que sientan estrés por la pérdida de ese rol al retirarse, pérdida de la autoestima que los puede llevar a la depresión. Similarmente, la pérdida de familiares y amigos y el comienzo de otros problemas de salud puede llevar a la depresión. Sin embargo, la mayoría de los envejecientes se sienten satisfechos con su vida, y no es “normal” que los ancianos se sientan deprimidos.²⁰ La depresión es una enfermedad que puede tratarse efectivamente, con lo cual se puede eliminar el sufrimiento innecesario, aumentar la probabilidad de recuperación de otras enfermedades, y prolongar la vida productiva.

Sin embargo, los profesionales de servicios de salud puede que no noten los síntomas de la depresión en pacientes ancianos quienes mayormente se quejan de síntomas físicos y frecuentemente se rehúsan a discutir los sentimientos de desesperanza, tristeza, pérdida de interés en actividades normalmente disfrutadas, o luto excesivamente prolongado después de una pérdida.²¹ Además, puede ser difícil discernir un trastorno depresivo concurrente en pacientes que presentan otras enfermedades, tales como enfermedades del corazón, derrame cerebral o cáncer, las cuales pueden causar síntomas depresivos, o pueden ser tratadas con medicamentos que causan efectos secundarios que se asemejan a la depresión. Si una enfermedad depresiva es diagnosticada, el tratamiento con los medicamentos apropiados o psicoterapia a corto plazo puede que ayude a los adultos a manejar ambas enfermedades, mejorando así la calidad de vida y la probabilidad de sobrevivir.

“Según uno se va enfermando, según se deja llevar por la depresión, uno pierde la perspectiva. Las situaciones se convierten más irritantes, uno se frustra más al tratar de hacer las cosas. Se siente con más coraje, más triste. Todo se magnifica de un modo anormal.”
Paul Gottlieb, Publicista

La importancia de identificar y tratar la depresión en los ancianos es acentuada por las estadísticas sobre el suicidio entre los envejecientes. Existe una percepción común que la tasa de suicidio es más alta entre los jóvenes; sin embargo, son los envejecientes, particularmente los hombres blancos ancianos, los que exhiben la mayor tasa de suicidio.

Más del 70 por ciento de las víctimas de suicidio de mayor edad habían visitado a su médico en el mes en que murieron. Muchos padecían de una enfermedad depresiva que no fue detectada.²² Esto ha dirigido los esfuerzos investigativos a tratar de determinar cómo mejorar la habilidad de los médicos para detectar y tratar la depresión en los envejecientes.



Aproximadamente 80 por ciento de los envejecientes que padecen de depresión mejoran cuando reciben tratamiento con medicamentos antidepresivos, psicoterapia, o una combinación de ambos.²⁴ Además, las investigaciones han demostrado que la combinación de psicoterapia y medicamentos antidepresivos es altamente efectiva para reducir la recurrencia de la depresión entre los ancianos. La psicoterapia por sí sola, ha demostrado prolongar los períodos de buena salud sin depresión, y es particularmente útil para los pacientes más viejos que no pueden o no quieren tomar medicamentos.²⁰ El mejoramiento del reconocimiento y tratamiento de la depresión en los ancianos hará que esos años de la vida sean más gratificantes y de mayor disfrute para las personas envejecientes, sus familias y los proveedores de servicios de cuidado.

La depresión en los niños y los adolescentes varones

La depresión en los niños ha sido tomada seriamente sólo en las últimas dos décadas. Un estudio auspiciado por la NIMH de jóvenes entre nueve a 17 años de edad estima que la prevalencia de cualquier trastorno depresivo es más del seis por ciento en un período de seis meses, cinco por ciento con depresión mayor. Antes de la pubertad, los niños y las niñas tienen la misma probabilidad de desarrollar trastornos depresivos. Sin embargo, después de los 14 años, la probabilidad de desarrollar depresión mayor o distimia es doble en las mujeres que en los hombres.²⁷ El riesgo de desarrollar trastorno bipolar permanece aproximadamente igual para hombres y mujeres durante la adolescencia y la adultez.

Las investigaciones han revelado que la depresión ocurre más temprano en la vida hoy que en las pasadas décadas.²⁸ Además, las investigaciones han demostrado que la depresión que aparece temprano en la vida persiste, recurre y continúa en la adultez, y que la depresión en los jóvenes puede predecir una enfermedad más severa durante la vida adulta.²⁹ La depresión en la gente joven frecuentemente es concurrente con otros trastornos mentales, más comúnmente junto a la ansiedad, mala conducta, o trastornos de abuso de sustancia, como también con otras enfermedades serias como la diabetes.^{30,31} El niño deprimido más pequeño puede decir que está enfermo, rehusarse a ir a la escuela, apegarse a los padres, o preocuparse que los padres puedan morir. El niño deprimido de más edad puede enfadarse, meterse en problemas en la escuela, ser negativo, estar de mal humor, y sentirse no entendido.

Para los niños y los adolescentes, los trastornos depresivos representan un aumento en el riesgo de enfermedad y dificultades interpersonales y psicosociales que persisten mucho tiempo después que el episodio depresivo es resuelto; en los adolescentes existe también un aumento en el riesgo de abuso de sustancias y conducta suicida.^{29,32,33} Desafortunadamente, estos trastornos frecuentemente pasan desapercibidos tanto por los familiares como por los médicos. Las señales de los trastornos depresivos en la gente joven frecuentemente son vistos como cambios normales de humor típicos de una particular etapa del desarrollo. Además, los profesionales de salud pueden que sean renuentes a "clasificar" prematuramente a una persona joven bajo un diagnóstico de salud mental. Sin embargo, el diagnóstico y tratamiento temprano de los trastornos depresivos son críticos para el desarrollo emocional, social y de conducta saludable.

Aunque la literatura científica sobre tratamiento de niños y adolescentes con depresión es mucho menos extensa que la de los adultos, algunos estudios recientes han confirmado la eficacia del tratamiento a corto plazo de la depresión en los jóvenes. Se están realizando investigaciones más extensas sobre diversos tipos de tratamientos para determinar cuáles funcionan mejor y en cuáles adolescentes. Se necesita realizar investigaciones adicionales sobre cuál es la mejor forma de incorporar estos tratamientos en la práctica de la medicina del cuidado primario.

El trastorno bipolar, aunque es raro en niños de menor edad, puede darse en niños y adolescentes.³⁴ Los cambios no usuales en el estado de ánimo, energía y funcionamiento que son característicos del trastorno bipolar pueden comenzar con síntomas maníacos, depresivos o síntomas maníacos y depresivos combinados. Es más probable que afecte a los niños de padres que padecen de esta enfermedad. Veinte a cuarenta por ciento de los adolescentes que padecen de depresión mayor luego tienen un trastorno bipolar dentro de cinco años después del comienzo de la depresión.³⁵

La depresión en los niños y adolescentes está asociada con un aumento en el riesgo de conductas suicidas.^{29,30} Este riesgo puede aumentar, particularmente entre los adolescentes varones, si la depresión está acompañada por desórdenes en la conducta y abuso de alcohol y otras sustancias.³⁷ En el año 2000, el suicidio fue la tercera principal causa de muerte entre varones jóvenes entre las edades de 10 a 24 años. Los investigadores en un estudio auspiciado por el NIMH encontraron que entre los adolescentes que desarrollan el trastorno de depresión mayor, el siete por ciento puede que mueran por suicidio durante los años de adultos jóvenes.²⁹ Por lo tanto, es importante que los médicos y los padres tomen en serio cualquier comentario sobre el suicidio.

Los investigadores del NIMH están desarrollando y probando varias intervenciones para prevenir el suicidio en niños y adolescentes. El diagnóstico y tratamiento temprano, la evaluación certera de los pensamientos suicidas y la limitación del acceso de la gente joven a los agentes letales - incluyendo las armas de fuego y los medicamentos - puede que tengan el mayor valor preventivo.

“Uno es empujado a tal límite de considerar el suicidio, porque vivir se hace muy doloroso. Uno busca una forma de salir, alguna forma de eliminar ese terrible dolor psíquico. Yo recuerdo que nunca trate realmente de suicidarme, pero estuve terriblemente cerca de hacerlo, porque solía jugar al matador con los autobuses. O sea, caminar en las transitadas calles de la ciudad de Nueva York, sin importarme la luces de tránsito, rojas o verdes, casi deseando ser atropellado.”
Paul Gottlieb, Publicista



El suicidio

A veces la depresión puede causar que la gente sienta deseos de ponerse en peligro, o de matarse. Aunque la mayoría de las personas que padecen de depresión no mueren por suicidio, comparado con las personas que no padecen de depresión, padecer de depresión aumenta el riesgo de suicidio. Si está pensando en el suicidio, busque ayuda inmediatamente:

- Llame a la oficina de su médico.
- Llame al 911 para servicios de emergencia.
- Vaya a la sala de emergencia del hospital más cercano.
- Llame al 1-800-SUICIDE (1-800-784-2433), la línea gratis de ayuda las 24 horas de la Red Nacional de Líneas de Ayuda (Nacional Hopeline Network) auspiciada por el Centro de Esperanza Kristin Brooks, para comunicarse con un consejero adiestrado en uno de los centros de crisis de suicidio cerca de usted.

Diagnóstico, evaluación y tratamiento

“Uno tiene la tendencia a esperar; a dejar que las cosas mejoren. Uno no quiere ir al doctor; no se quiere admitir lo mal que uno se siente.”
Paul Gottlieb, Publicista

El primer paso para obtener tratamiento para la depresión es un examen físico realizado por un médico. Ciertos medicamentos como ciertas condiciones médicas, tales como las infecciones virales, desórdenes de la tiroides, o bajos niveles de testosterona pueden causar los mismos síntomas que la depresión, y el médico debe excluir estas posibilidades por medio del examen físico, entrevista, y pruebas de laboratorios. Si no se determina ninguna de las causas de síntomas depresivos, el médico debe realizar una evaluación psicológica de depresión o ser referido a un profesional de salud mental.

Una buena evaluación de diagnóstico incluirá un historial de los síntomas, por ejemplo; cuándo comenzaron, cuánto han durado, cuán severo son, si el paciente los había padecido anteriormente y de ser así, si los síntomas fueron tratados, y qué tratamiento se recibió. El doctor debe preguntar sobre el consumo de alcohol y drogas, y si el paciente ha pensado acerca de la muerte y el suicidio. Además, el historial debe incluir preguntas que indiquen si otros miembros de la familia padecen de una enfermedad depresiva y, si fueron tratados, qué tratamiento recibieron y si éstos fueron efectivos. Por último, una evaluación de diagnóstico debe incluir un examen del estado mental para determinar si el habla, los patrones de pensamiento, o la memoria han sido afectados, como a veces sucede con los trastornos depresivos.

La selección del tratamiento dependerá del diagnóstico, la severidad de los síntomas, y preferencia del paciente. Existen una variedad de tratamientos, incluyendo medicamentos y psicoterapias a corto plazo (p. ej: conversaciones

terapéuticas) las cuales han probado ser efectivas para trastornos depresivos. En general, la enfermedad depresiva severa, particularmente aquellas que son recurrentes, requerirán una combinación de tratamiento para un mejor resultado.

Medicamentos

Existen varios tipos de medicamentos para tratar la depresión. Estos incluyen los antidepresivos más recientes - inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRIs) - y los más viejos - los tricíclicos y los inhibidores de la monoamina oxidasa (MAOI, por sus siglas en inglés). Los SSRI, y otros medicamentos más recientes que afectan a los neurotransmisores como la dopamina o norepinefrina, generalmente tienen menos efectos secundarios que los tricíclicos. Algunas veces el doctor probará una serie de antidepresivos antes de encontrar cuál es el medicamento o combinación de medicamentos más efectivos para el paciente. Aunque se podría observar alguna mejoría en las primeras semanas, los medicamentos antidepresivos tienen que ser tomados regularmente durante tres a cuatro semanas (en algunos casos, hasta ocho semanas) antes que el efecto terapéutico sea completo.

Frecuentemente, los pacientes se sienten tentados a dejar de tomarse los medicamentos muy pronto. Puede que se sientan mejor y piensen que ya no necesitan los medicamentos, o pueden pensar que no los están ayudando para nada. Es importante continuar tomando los medicamentos por lo menos por cuatro a nueve meses para prevenir una recaída en la depresión. Algunos medicamentos tienen que dejarse de tomar gradualmente para dar al cuerpo tiempo para ajustarse, y muchos pueden causar síntomas de retiro si se descontinúan abruptamente. Por lo tanto, los medicamentos nunca deben descontinuarse sin hablar con su médico. Para individuos que padecen de trastorno bipolar y aquellos con depresión mayor o recurrente, puede que los medicamentos tengan que ser tomados indefinidamente.

Las investigaciones han demostrado que durante el tratamiento con medicamentos antidepresivos las personas con trastorno bipolar corren el riesgo de cambiar al estado maníaco, o de desarrollar episodios cíclicos rápidos.³⁹ Por lo tanto, generalmente se requieren medicamentos que "equilibren el humor", solos o en combinación con los antidepresivos, para proteger en contra de trastornos bipolares de este cambio. El litio y el valproato (Depakote®) son las drogas estabilizadoras del humor más comúnmente utilizadas actualmente. Sin embargo, el efecto potencial como estabilizadores de humor de los medicamentos más nuevos continúa siendo evaluado por medio de las investigaciones científicas.

Los medicamentos para tratar trastornos depresivos no forman hábito. No obstante, como es el caso con cualquier tipo de medicamento prescrito por más de algunos días, estos tratamientos tienen que ser cuidadosamente observados para determinar si se ha dado la dosis más efectiva. El doctor cotejará la dosis de cada medicamento y su efectividad regularmente.

Para el pequeño número de personas para quienes los inhibidores MAO resultan ser el mejor método de tratamiento, es necesario evitar ciertos alimentos que contienen niveles altos de tiramina, incluyendo muchos tipos de quesos, vinos y escabeches, y también medicamentos como los descongestionantes. La interacción de la tiramina con los inhibidores MAO pueden causar una crisis de hipersensibilidad, un marcado aumentó en la



presión sanguínea que podría causar derrame cerebral. El médico debe proveer una lista completa de alimentos prohibidos que el paciente debe llevar consigo todo el tiempo. Otras formas de antidepresivos no requieren restricciones en los alimentos. Se están realizando esfuerzos para desarrollar un sistema de "parches" para aplicar a la piel para uno de los MAOI más nuevos, selegiline. Si se tiene éxito, este podría ser una opción de medicamento más conveniente y segura que las pastillas de MAOI utilizadas anteriormente.

Los medicamentos de cualquier clase - prescrito, sin receta, o prestados, - nunca deben mezclarse sin consultar con un médico. Otros profesionales de la salud, como los dentistas y otros especialistas, que pueden recetar medicamentos, deben ser informados de los medicamentos que los pacientes están tomando. Algunos medicamentos, aunque son seguros cuando se toman solos, pueden causar efectos severos y peligrosos, cuando se toman con otros.

Las bebidas alcohólicas, incluyendo el vino, la cerveza y los licores, o las drogas ilegales pueden reducir la efectividad de los antidepresivos y deben evitarse. Sin embargo, para algunas personas que no han tenido problema con el abuso o dependencia del alcohol puede que el doctor le permita utilizar una pequeña cantidad de alcohol mientras están tomando uno de los nuevos medicamentos antidepresivos.

Las drogas contra la ansiedad o los sedativos no son antidepresivos. A veces son recetados junto con los antidepresivos, pero no son efectivos cuando se toman solos para tratar trastornos depresivos. Los estimulantes, como las anfetaminas, no son antidepresivos efectivos, pero se utilizan ocasionalmente bajo cuidadosa supervisión con pacientes que están médicamente deprimidos.

El litio ha sido, por muchos años, el tratamiento seleccionado para trastornos bipolares, ya que puede ser efectivo para aliviar los cambios de humor comunes a esta enfermedad. Su uso debe ser cuidadosamente supervisado, ya que la diferencia entre una dosis efectiva y una dosis tóxica es pequeña. Si una persona tiene condiciones previas de tiroides, los riñones, desórdenes cardíacos o epilepsia, puede que el litio no sea recomendado. Afortunadamente, se han encontrado otros medicamentos que pueden ser beneficiosos para controlar los cambios de humor. Entre estos hay dos anticonvulsivos estabilizadores del humor, valproato (Depakote[®]) y carbamazepina (Tegretol[®]). Ambos medicamentos han ganado una aceptación amplia en la práctica clínica y valproato ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Drogas como primera opción para el tratamiento de la manía aguda. Otros anti-convulsivos que se están utilizando ahora incluyen lamotrigine (Lamictal[®]), topiramate (Topamax[®]), y gabapentin (Neurontin[®]). Sin embargo, todavía no se han probado sus funciones en el tratamiento del trastorno bipolar y permanecen bajo estudios.

La mayoría de la gente que padece del trastorno bipolar toma más de un medicamento incluyendo, junto con litio o un anti-convulsivo, un medicamento para la agitación, la ansiedad, la depresión o el insomnio que acompaña a esta enfermedad. Es muy importante para el paciente encontrar la mejor combinación posible de estos medicamentos y requiere la supervisión cuidadosa de un médico.

Debe tratar con su médico cuestiones sobre medicamentos recetados, o cualquier problema que se relacione con éstos.

Efectos secundarios.

Ante de comenzar un nuevo medicamento, pídale a su médico que le explique los efectos secundarios que puede que usted experimente. Los antidepresivos pueden causar a algunas personas efectos secundarios moderados (usualmente conocidos como efectos adversos) y, usualmente, temporales. Típicamente estos efectos son una molestia, pero no son serios. Sin embargo, cualquier reacción o efecto secundario que no sea usual o que interfiera con el funcionamiento debe informárselo al médico inmediatamente.

Los efectos secundarios más comunes son:

- Dolor de cabeza - el cual usualmente desaparece
- Náuseas - esto es también temporal
- Nerviosidad e insomnio (dificultad para dormir o despertar durante la noche) - esto puede ocurrir durante las primeras dos semanas; usualmente se resolverá con disminución de la dosis o con el tiempo.
- Agitación (sentirse ansioso) - si esto sucede la primera vez que se toma la droga y no es más que momentáneo, debe notificárselo al médico.
- Problemas sexuales - el médico debe ser consultado si el problema persiste o le preocupa. Aunque la depresión puede bajar la libido y afectar la ejecución sexual, ha sido claramente establecido que los SSRI y otros antidepresivos que son fuertes serotoninérgicos (p. ej; el antidepresivo tricíclico clomipramina) causan, en hombre y mujeres, disfunción sexual dependiente de la dosis independientemente de su actividad terapéutica. Estos efectos secundarios pueden afectar a más de la mitad de los adultos que toman SSRI. Los problemas comúnmente observados en los hombres incluyen disminución del deseo sexual, disfunción eréctil y eyaculación retrasada.

En algunos casos de disfunción sexual, los síntomas mejoran con el desarrollo de tolerancia o al bajar la dosis del medicamento. Dejar de tomar el medicamento por un corto periodo en anticipación de actividad sexual ha probado tener resultados en algunos pacientes que toman SSRI de corta acción pero esto no es factible en el caso del medicamento fluoxetina (Prozac[®]). La información sobre la descripción de las diferencias entre los SSRI es limitada, y no existe información que muestre beneficios clínicos con respecto a la disfunción sexual como resultado de cambiar medicamento dentro de esta clase. Si se tiene que cambiar el antidepresivo, se debe sustituir por uno de una clase diferente; bupropiona (Wellbutrin[®]), mirtazapine (Remeron[®]) nefazodone (Serzone[®]), y venlafaxine (Effexor[®]) aparentan ser buenas opciones tomando como base los efectos secundarios anteriormente descritos. Guiados por un limitado número de estudios, algunos médicos al tratar un hombre con disfunción sexual asociada a los antidepresivos informan mejoría con la adición al tratamiento de bupropiona (Wellbutrin[®]), buspirona (BuSpar[®]), o sildenafil (Viagra[®])⁴⁰. Asegúrese de tratar las opciones con su médico, ya que existen otras intervenciones que pueden ayudar.

Los antidepresivos tricíclicos tienen diferentes tipos de efectos:

- Resequedad en la boca - es de ayuda: tomar sorbos de agua, masticar goma de mascar, y cepillarse los dientes diariamente.
- Estreñimiento - debe incluir en su dieta cereal de harina integral, ciruelas y vegetales.
- Problemas de la vejiga - vaciar la vejiga puede ser problemático, el chorro de la orina puede que no sea tan fuerte como era usualmente; su médico debe ser informado si tiene gran dificultad o dolor; puede que sea particularmente problemático en los hombres ancianos con condición de próstata agrandada.



- Problemas sexuales - el funcionamiento sexual puede cambiar; los hombres pueden experimentar pérdida de interés en el sexo, dificultad para mantener una erección o alcanzar el orgasmo. Si estos efectos secundarios le preocupan consúltelo con su médico.
- Visión borrosa - esto pasará pronto y usualmente no habrá necesidad de espejuelos nuevos.
- Mareos - levantarse lentamente de la cama o de una silla es de ayuda.
- Somnolencia durante el día - normalmente este síntoma es pasajero. Una persona que se sienta somnolienta o sedada no debe guiar u operar equipo pesado. Generalmente, los antidepresivos más sedantes son tomados antes de acostarse para que ayuden a conciliar el sueño y minimizar la somnolencia durante el día.

Generalmente, los antidepresivos con efectos más sedativos son tomados antes de acostarse para que ayuden a conciliar el sueño y minimizar la somnolencia durante el día.

Psicoterapias

Las varias formas de la psicoterapia, incluyendo la terapia a corto plazo (10 - 20 semanas), puede ayudar a las personas con trastornos depresivos. Dos de las terapias a corto plazo que las investigaciones han demostrado ser efectivas para combatir la depresión son: terapia de conducta cognitiva (cognitive-behavioral therapy-CBT) y terapia interpersonal (interpersonal therapy-IPT). La terapia de conducta cognitiva ayuda a los pacientes a cambiar el pensamiento negativo y los patrones de conducta que contribuyen a la depresión o son el resultado de la misma. Por medio del intercambio verbal con el terapeuta, y también "asignaciones de tareas" entre las sesiones de terapia, la CBT ayuda a los pacientes a ganar conocimiento sobre la depresión y a resolver problemas relacionados con ésta. La terapia interpersonal ayuda al paciente a bregar con relaciones personales problemáticas que pudiesen estar contribuyendo o empeorando la depresión. La psicoterapia es ofrecida por una variedad de proveedores de salud mental con licencia, incluyendo psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y consejeros de salud mental.

"Uno comienza teniendo pensamientos breves, 'Espera, tal vez pueda salir de esto. Tal vez estas cosas que me están pasando no son tan malas.' Y uno comienza a decirse así mismo 'Tal vez puedo bregar con esta cosa, por ahora.' Y es solo un pequeño pensamiento hasta que uno se da cuenta que se ha ido y después uno dice, 'Ay, Dios mío, gracias, ya no me siento triste.' Y después, cuando finalmente se fue, me sentí alegre, regresé a las cosas usuales que estaba haciendo en mi vida. Uno se siente tan feliz porque uno piensa para sí, 'Nunca pensé que se iría.' "

-Shawn Colten, Campeón Nacional de Clavado

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

Terapia electroconvulsiva

La terapia electroconvulsiva (electroconvulsive therapy-ECT) es otra opción de tratamiento que puede ser particularmente útil para individuos cuya depresión es severa o una amenaza a su vida, o que no pueden tomar medicamentos antidepresivos. La ECT es frecuentemente efectiva en casos donde los medicamentos antidepresivos no proveen suficiente alivio de los síntomas. Todavía no se conoce el mecanismo exacto mediante el cual la ECT ejerce su efecto terapéutico.⁴¹

En años recientes, la ECT ha mejorado mucho. Antes del tratamiento, el cual es administrado bajo anestesia, se le da al paciente un relajante muscular. Se colocan electrodos en puntos precisos de la cabeza para dar impulsos eléctricos. La estimulación causa un breve (alrededor de 30 segundos) ataque generalizado en el cerebro, el cual es necesario para la eficacia de la terapia. La persona que recibe la ECT no siente de manera conciente el estímulo eléctrico.

Un curso típico de ECT conlleva seis a 12 tratamientos, administrados a razón de tres veces a la semana, ofrecidos como paciente interno o ambulatorio. Para mantener la respuesta a la ECT, se tiene que ofrecer tratamiento continuado, frecuentemente en forma de medicamentos antidepresivos o estabilizadores del humor. Algunos individuos requerirán ECT de mantenimiento, la cual se ofrece como paciente ambulatorio a razón de una vez por semana hasta tan infrecuentemente como una vez al mes. Los efectos secundarios más comunes de la ECT son confusión y pérdida de la memoria sobre los sucesos durante el periodo del tratamiento de la ECT. La confusión y desorientación experimentadas al despertarse después de la ECT típicamente cesan luego de una hora. Los problemas persistentes con la memoria varían y pueden ser minimizados con el uso de técnicas de tratamiento moderno, tales como la aplicación de ambos electrodos de estímulos al lado derecho de la cabeza (ECT unilateral).^{41,42}

Terapia de plantas medicinales

En los últimos años ha habido un aumento en el interés público relacionado con uso de plantas medicinales (hierbas) para tratar la depresión y la ansiedad. El extracto de la infusión St. John (San Juan) (*Hypericum perforatum*), una planta que crece silvestre, con hojas amarillas, ha sido utilizada extensamente en Europa como tratamiento para la depresión leve a moderada, y actualmente está clasificada como una de los productos botánicos más frecuentemente vendidos en los Estados Unidos. Debido al aumento en uso de la infusión St. John por parte de los americanos y la necesidad de responder a preguntas importantes sobre la eficacia de la hierba y su uso a largo plazo, el Instituto Nacional de Salud (National Institute for Health - NIH) condujo un ensayo clínico de cuatro años a un costo de \$6 millones para determinar si la infusión



del extracto de St. John, bien estandarizada, es efectiva en el tratamiento de adultos que sufren de depresión mayor de severidad moderada. Por medio del ensayo se determinó que la infusión de St. John no fue más efectiva en el tratamiento de la depresión mayor de severidad moderada que el placebo.⁴³ Se necesitan más estudios para confirmar la función de la hierba en el manejo de las formas severas de la depresión.

La Administración de Drogas y Alimentos emitió una Advertencia de Salud Pública en febrero del 2000 acerca del uso de la infusión St. John en el que declaró que la hierba aparenta afectar un importante mecanismo del metabolismo que es utilizado por muchas drogas recetadas para tratar condiciones como enfermedades del corazón, depresión, ataques epilépticos, ciertos tipos de cáncer, y el rechazo de trasplantes de órganos. Además, la infusión St. John reduce el nivel en la sangre de ciertos medicamentos utilizados para tratar el virus que causa el SIDA. Si se toman juntos, la combinación podría permitir que el virus del SIDA reaparezca, tal vez en una nueva forma resistente a drogas. (Vea el alerta del NIMH en el sitio web: <http://www.nimh.gov/events/stjohnwort.cfm>) Los proveedores de servicios de cuidado de salud deben alertar acerca de la interacción potencial de esta droga, y los pacientes deben consultar siempre con sus proveedores de servicios de salud antes de tomar cualquier suplemento de plantas medicinales.

Cómo conseguir ayuda si está deprimido

“Afecta la manera en que uno piensa. Afecta la manera como uno se siente. Simplemente invade cada poro de la piel. Es una manta que cubre todo. El acto de pretender que todo estaba bien era exhaustivo. Todo lo que pude hacer fue vencerme.
A veces uno dice ‘Ya basta.’”
Steven Lappen, Escritor

Los trastornos depresivos hacen que uno se sienta exhausto, sin valor, desamparado y sin esperanza. Tales pensamientos y sentimientos negativos hacen que algunas personas sientan deseo de rendirse. Es importante darse cuenta que estos modos negativos de ver las cosas son parte de la depresión y típicamente, no reflejan las circunstancias reales. Los pensamientos negativos van desapareciendo según el tratamiento comienza a tener efecto. Mientras tanto:

- Puede ser de ayuda el ejercicio moderado, ir al cine, al juego de pelota, o participar en actividades religiosas o sociales.
- Establezca metas realistas, a la luz de la depresión, y asuma una porción razonable de responsabilidad.
- Divida las tareas grandes en tareas pequeñas, establezca prioridades, y haga lo que pueda según pueda.
- Trate de estar con otras personas y de confiar en alguien; esto es usualmente mejor que estar solo y mantener las cosas en secreto.

- Participe en actividades que lo puedan hacer sentir mejor.
- Espere que su humor mejore gradualmente, no inmediatamente. Toma algún tiempo para sentirse mejor. Frecuentemente, durante el tratamiento de la depresión, el sueño y el apetito comenzarán a mejorar antes que el humor depresivo desaparezca.
- Es recomendable posponer las decisiones importantes para cuando la depresión haya desaparecido. Antes de decidir hacer algún cambio significativo - cambiar de trabajo, casarse o divorciarse - discúptalo con otras personas que lo conozcan bien y puedan tener una visión más objetiva de la situación.
- Raramente la gente sale rápidamente de la depresión. Pero pueden sentirse un poco mejor cada día que pasa.
- Recuerde, el pensamiento positivo reemplazará al pensamiento negativo que es parte de la depresión y desaparecerá según la depresión responda al tratamiento.
- Permita que sus familiares y amigos le ayuden.

Cómo pueden ayudar la familia y los amigos

La cosa más importante que alguien puede hacer por un hombre que pueda estar deprimido, es ayudarlo a que consulte con un médico para que se le realice una evaluación de diagnóstico y tratamiento. Primero, trate de hablarle sobre la depresión - ayúdelo a entender que la depresión es una enfermedad común entre los hombres y no es nada por lo que sentirse avergonzado. Quizás, comparta este folleto con él. Después, anímelo a ver un médico para determinar la causa de los síntomas y obtener tratamiento apropiado.

Ocasionalmente, necesitará hacer una cita médica para la persona deprimida y acompañarla a ver al médico. Una vez él comience el tratamiento, puede continuar ayudando animándolo a permanecer en tratamiento hasta que los síntomas comiencen a mejorar (por varias semanas), o a buscar otro tratamiento diferente si no ocurre mejoría. Esto también puede significar supervisar si él se está tomando los medicamentos o asistiendo a las sesiones de terapia. Anímelo a que sea honesto con el médico acerca del uso de alcohol y drogas recetadas o recreativas, y a seguir las órdenes del médico acerca del uso de estas sustancias mientras esté tomando medicamentos antidepresivos.

La segunda cosa más importante es ofrecer apoyo emocional a la persona deprimida. Esto incluye, entendimiento, paciencia, afecto y dar ánimo. Entable conversación y escuche cuidadosamente. No menosprecie los sentimientos que puede que exprese, pero enfatice la realidad y ofrezca esperanza. **No ignore los comentarios sobre el suicidio. Infórmeselo al médico de la persona deprimida.** En caso de emergencia, llame al 911. Invite a la persona a caminar, y otras actividades. Sea insistente, gentilmente, si la persona rehúsa. Anime la participación en algunas actividades que antes eran placenteras, como pasatiempos, deportes, religión o actividades culturales, pero no presione a hacer mucho muy rápido. La persona deprimida necesita distracción y compañía, pero demasiadas demandas pueden aumentar los sentimientos de fracaso.

No acuse a la persona deprimida de estar fingiendo una enfermedad o de vaga, o espere que salga rápidamente de la condición. Eventualmente, con tratamiento, la mayoría de las personas se mejoran. Mantenga esto en su



mente, y continúele reafirmando a la persona que con el tiempo y ayuda se sentirá mejor.

Dónde conseguir ayuda

Si no está seguro dónde obtener ayuda, hable con alguien de su confianza y que tenga experiencia con asuntos de salud mental- por ejemplo, un médico, una enfermera, trabajador social, o consejero religioso. Pídale consejo sobre dónde buscar tratamiento. Si hay una universidad cerca, el departamento de psicología o psiquiatría pueden que ofrezcan clínicas de tratamiento, privadas o de tarifa variadas según ingreso. Si no, busque números de teléfonos y direcciones en las 'Páginas Amarillas' bajo "salud mental", "salud", "servicios sociales", "prevención de suicidio", "servicios de intervención de crisis", "línea de ayuda", "hospitales", o "médicos". En tiempo de crisis, el médico de la sala de emergencia del hospital puede ofrecer ayuda temporal para un problema de salud mental, y podrá decirle dónde y cómo obtener ayuda adicional.

A continuación se presenta una lista de los tipos de personas y lugares que harán referidos o proveerán diagnóstico y servicios de tratamiento.

- Doctor de cabecera (de familia)
- Especialista de salud mental, como psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales o consejeros de salud mental.
- Líderes o consejeros religiosos
- Organizaciones de mantenimiento de salud
- Centros de Salud Mental en la Comunidad
- Departamento de Psiquiatría en hospitales y clínicas para pacientes ambulatorios
- Programa afiliados a universidades o escuelas de medicinas
- Agencias de servicios sociales
- Clínicas y oficinas privadas
- Programas de asistencia al empleado
- Sociedades médicas o psiquiátricas locales

El Gobierno Federal, la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra el Abuso de Sustancias (Substance Abuse and Mental Health Services Administration - SAMHSA) ofrece un "Localizador de Servicios" a nivel nacional para programas y recursos de salud mental y contra el abuso de sustancias.

Visite el sitio Web <http://www.mentalhealth.samhsa.gov/database/> o llame gratis al 1-800-789-2647.

Conclusión

¿Ha conocido algún hombre que es cascarrabias, irritable, y no tiene sentido del humor? Tal vez él toma demasiado o usa drogas. Tal vez él es abusivo física o mentalmente con su esposa y sus hijos. Puede que él trabaje todo el tiempo, o busca compulsivamente placer en conductas de alto riesgo. O tal vez parece estar aislado, retirado y ya no se interesa en la gente o actividades que antes disfrutaba.

Quizás ese hombre es usted. De ser así, es importante que entienda que existe una enfermedad del cerebro llamada depresión que puede estar causando esos sentimientos y conductas. La enfermedad es real; los científicos han desarrollado instrumentos de imágenes muy sensitivos que nos permite verla en el cerebro. Y puede ser tratada: más del 80 por ciento de las personas que sufren de depresión responden a los tratamientos existentes,⁴⁴ y tratamientos nuevos están siendo disponibles constantemente y ayudando a más personas. Hable con su proveedor de servicios de salud sobre cómo se siente y pida ayuda.

O tal vez este hombre es alguien que le es importante. Trate de hablar con él por medio de alguien que tenga la oportunidad de acercarse a él. Ayúdelo a entender que la depresión es una enfermedad común entre los hombres y no es nada por lo que avergonzarse. Anímelo a visitar a un médico y a hacerse una evaluación de depresión.

Para la mayor parte de los hombres que sufren de depresión, la vida no tiene que ser tan oscura y desesperanzada. La vida es difícil como tal; y recibir tratamiento para la depresión puede liberar recursos vitales para lidiar efectivamente con los retos de la vida. Cuando un hombre está deprimido, él no es el único que sufre. Su depresión también obscurece la vida de su familia, sus amigos, virtualmente, toda persona cercana a él. Lograr que él obtenga tratamiento puede enviar un mensaje de curación y esperanza a todas esas vidas.

La depresión es una enfermedad real; puede ser tratada y los hombres pueden padecerla. Hay que tener valor para pedir ayuda, pero la ayuda puede hacer una gran diferencia.

“Y muy pronto uno comienza a tener pensamientos buenos sobre sí mismo y a sentirse valorado, y como que uno mira hacia atrás, para ver lo que deja: una carretera sucia, estancada, fangosa por la que acaba de pasar, y ahora uno está en una carretera asfaltada, suave, y uno está encaminado, ‘¡Ah!, que viaje. Todavía me queda mucho por andar, pero no quiero pasar por esa carretera de nuevo.’ ”

Patrick McCathern, Primer Sargento, Fuerza Aérea,
Jubilado



Para más información

National Institute of Mental Health (Instituto Nacional de Salud Mental)
Office of Communication
6001 Executive Boulevard, Room 8181, MSC 9663
Bethesda, MD 20892-9663
Llame gratis:
1-866-227NIMH (64640)
Teléfono: 1-301-443-4513
FAX: 1-301-443-4279
TTY: 1-301-443-8431
FAX4U: 1-301-443-5158
Sitio Web:
<http://www.nimh.nih.gov>
Correo electrónico:
nimhinfo@nih.gov

La misión de la agencia del Gobierno Federal es reducir el peso de la enfermedad mental y desórdenes de la conducta por medio de investigaciones científicas de la mente, el cerebro y la conducta. NIMH es parte del Instituto Nacional de Salud del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (Administración de Salud Mental y Servicios Contra el Abuso de Sustancias)
National Mental Health Information Center
PO Box 42557
Washington, DC 20015
Llame gratis: 1-800-789-2647
FAX: 1-301-984-8796
TDD: 1-866-889-2647
Sitio Web: <http://www.mentalhealth.org>
Correo electrónico:
info@mentalhealth.org

El National Mental Health Information Center de SAMHSA provee al público información

sobre los servicios de salud mental y referidos a recursos locales, estatales o federales para mayor información y ayuda. SAMHSA es una agencia del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Depression and Bipolar Support Alliance (formely the National Depressive and Manic-Depressive Association) (Alianza para el Apoyo de Personas que Padecen de Depresión y Trastornos Bipolares, antes Asociación Nacional para Condiciones Depresivas y Maníaco Depresivas)
730N. Franklin Street, Suite 501
Chicago, IL 60601-7224
Llame gratis: 1-800-826-3632
Teléfono: 1-312-642-0049
FAX: 1-312-642-7243
Sitio Web:
<http://www.dbsalliance.org>

Una organización dirigida por pacientes cuya misión es mejorar las vidas de las personas que padecen de trastornos del humor.

National Alliance for the Mentally Ill (Alianza Nacional en pro de los Enfermos Mentales)
Colonial Place Three
2107 Wilson Boulevard, Suite 300
Arlington, VA 22201
Llame gratis:
1-800-950-NAMI (6264)
Teléfono: 1-703-524-7600
FAX: 1-703-524-9094
TDD: 1-888-344-6264
Sitio Web:
<http://www.nami.org>

Una organización de consumidores, familiares y amigos de personas que padecen de enfermedades mentales severas que tiene como meta brindar apoyo y defensa. Cuenta con más de 1,200 afiliados estatales y locales. Los afiliados

locales normalmente ofrecen información sobre tratamientos.

National Foundation for Depressive Illness, Inc. (Fundación Nacional Incorporada sobre Enfermedades Depresivas)
PO Box 2257
New York, NY 10116
Llame gratis: 1-800-239-1265
Teléfono: 1-212-268-4260
Sitio Web:
<http://www.depression.org>

Una fundación que ofrece información al público sobre enfermedades depresivas y sus tratamientos y promueve programas de investigación, educación, y tratamiento.

National Mental Health Association (Asociación Nacional de Salud Mental)
2001 N. Beauregard Street, 12th Floor
Alexandria, VA 22311
Llame Gratis:
1-800-969-NMHA (6642)
Teléfono: 1-703-684-7722
FAX: 1-703-684-5968
TTY: 1-800-433-5959
Sitio Web: <http://www.nmha.org>

Una asociación que trabaja con más de 340 afiliados a nivel nacional para promover la salud mental a través de educación, defensa, investigación y servicios.

OBRAS CONSULTADAS

1. Blehar MD, Oren DA. Gender differences in depression. *Medscape Women's Health*, 1997; 2(2):3. Revised from: Women's increased vulnerability to mood disorders: integrating psychobiology and epidemiology. *Depression*, 1995; 3:3-12.
2. Weissman 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.
3. Narrow 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. Unpublished table.
4. Sackeim HA. Commentary: Functional brain circuits in major depression and remission. *Archives of General Psychiatry*, 2001; 58(7): 649-50.
5. Regier 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(Suppl. 34): 24-8.
6. Depression Guideline Panel. Clinical practice guideline, number 5. Depression in primary care: volume 1. Detection and diagnosis. AHCPR Pub. No. 93-0551. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services, Agency for Health Care Policy and Research, 1993.
7. Shalev 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.
8. Strakowski SM, DelBello MP. The co-occurrence of bipolar and substance use disorders. *Clinical Psychology Review*, 2000; 20(2): 191-206.
9. NIMH Fact Sheets on Depression and Other Illnesses. June 2002. <http://www.nimh.nih.gov/publicat/cooccurmenu.cfm>
10. Lewinsohn PM, Hoberman HH, Rosenbaum M. A prospective study of risk factors for unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 1988; 97(3): 251-64.
11. Tsuang MT, Faraone SV. The genetics of mood disorders. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 1990.
12. Soares JC, Mann JJ. The anatomy of mood disorders review of structural neuroimaging studies. *Biological Psychiatry*, 1997; 41: 86-106.
13. Soares JC, Mann JJ. The functional neuroanatomy of mood disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 1997; 31(4): 393-432.
14. Pollack W. Mourning, melancholia, and masculinity: recognizing and treating depression in men. In: Pollack W, Levant R, eds. *New psychotherapy for men*. New York: Wiley, 1998; 147-66.
15. Cochran SV, Rabinowitz FE. *Men and depression: clinical and empirical perspectives*. San Diego: Academic Press, 2000.
16. Robins L, Regier D. *Psychiatric disorders in America*. New York: Free Press, 1991.
17. Mini-o 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.
18. Moscicki EK. Epidemiology of suicide. In: Jacobs D, ed. *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1999; 40-71.
19. Moscicki EK. Epidemiology of completed and attempted suicide: toward a framework for prevention. *Clinical Neuroscience Research*, 2001; 1: 310-23.
20. Lebowitz 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.
21. Gallo JJ, Rabins PV. Depression without sadness: alternative presentations of depression in late life. *American Family Physician*, 1999; 60(3): 820-6.



22. Conwell Y. Suicide in later life: a review and recommendations for prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2001; 31(Suppl): 32-47.
23. Bruce 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.
24. Little 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.
25. Reynolds 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.
26. Shaffer 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.
27. Angold 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.
28. Klerman GL, Weissman M. Increasing rates of depression. *Journal of the American Medical Association*, 1989; 261: 2229-35.
29. Weissman 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.
30. Angold A, Costello EJ. Depressive comorbidity in children and adolescents: empirical, theoretical, and methodological issues. *American Journal of Psychiatry*, 1993; 150(12): 1779- 91.
31. Kovacs M. Psychiatric disorders in youths with IDDM: rates and risk factors. *Diabetes Care*, 1997; 20(1): 36-44.
32. Birmaher 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.
33. Ryan 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.
34. McClellan 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(Suppl 10): 157S-76S.
35. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996; 35(11): 1427-39.
36. Shaffer 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.
37. Shaffer D, Craft L. Methods of adolescent suicide prevention. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1999; 60(Suppl 2): 70-4; discussion 75-6, 113-6.
38. National 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>
39. Thase ME, Sachs GS. Bipolar depression: pharmacotherapy and related therapeutic strategies. *Biological Psychiatry*, 2000; 48(6): 558-72.
40. Nurnberg 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.
41. U.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>
 42. Sackeim 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.
 43. Hypericum Depression Trial Study Group. Effect of *Hypericum perforatum* (St. John's wort) in major depressive disorder: a randomized, controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 2002; 287(14): 1807-14.
 44. Healthcare reform for Americans with severe mental illnesses: report of the National Advisory Mental Health Council. *American Journal of Psychiatry*, 1993; 150(10): 1447-65

La Oficina de Salud Mental agradece al Instituto Nacional de Salud Mental por proveer la información contenida en este folleto.

Para mayor información, escriba o llame a la Oficina de Salud Mental (Office of Mental Health, Community Outreach & Public Education Office, 44 Holland Ave., Albany, New York 12209) o llame gratis al 1-866-270-9857 (inglés solamente).

NATIONAL
SUICIDE
PREVENTION
LIFELINE™

Con la ayuda viene la esperanza
I-800-273-TALK
www.suicidepreventionlifeline.org
Ayuda disponible, 24-7, para tí
o para alguien que te preocupa