

**Hable sobre:
Las mujeres 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:

Las mujeres y la depresión

Introducción	3
Tipos de enfermedad de depresión	3
Síntomas de la depresión y la manía	4
Causas de la depresión	5
El riesgo de padecer de depresión es más alto en las mujeres que en los hombres	6
Las muchas dimensiones de la depresión en las mujeres	6
La depresión tiene tratamiento.....	9
El camino hacia el bienestar	13
Dónde obtener ayuda	14
Para más información	15
Obras consultadas	16
Libros útiles	17

LA VIDA EMOCIONAL ESTÁ LLENA DE ALTAS Y BAJAS. Pero cuando los tiempos “bajos” son de larga duración o interfieren con su habilidad para funcionar, usted puede estar sufriendo de una enfermedad común- la depresión. La depresión clínica afecta el humor, la mente, el cuerpo, y el comportamiento. Las investigaciones han demostrado que en los Estados Unidos sobre 19 millones de personas-uno de cada diez adultos-experimenta la depresión cada año, y casi dos terceras partes no obtienen la ayuda que necesitan.⁹ El tratamiento puede aliviar los síntomas en más del 80 por ciento de los casos. Sin embargo, dado que muchas veces no es reconocida, la depresión sigue causando sufrimiento innecesario.

La depresión es una enfermedad persistente y debilitante que afecta tanto a las mujeres como a los hombres, pero las mujeres experimentan la depresión a una tasa casi el doble que la de los hombres.¹ Los investigadores siguen explorando cómo los asuntos especiales que son únicos para las mujeres-biológicos, ciclo de vida, y psico-social-pueden estar asociados con la alta tasa de depresión en las mujeres.

Nunca dos personas se deprimen exactamente de la misma manera. Muchas personas tienen solamente algunos de los síntomas, y éstos varían en su severidad y duración. Para algunas, los síntomas ocurren en episodios de tiempo limitado; para otras, los síntomas pueden estar presentes durante períodos largos si no se busca tratamiento. El hecho de tener algunos síntomas depresivos no significa que la persona está deprimida clínicamente. Por ejemplo, no es raro que las personas que han perdido un ser querido se sientan tristes, impotentes, y pierdan interés en actividades cotidianas. Solamente cuando estos síntomas persisten por un tiempo más allá de lo usual es que hay razón para sospechar que el luto se ha convertido en una enfermedad depresiva. Similarmente, cuando uno vive con el estrés de poder ser despedido, demasiado trabajo, o problemas financieros o familiares, esto puede ocasionar irritabilidad y “sentirse triste”. Hasta cierto punto, tales sentimientos son simplemente parte de la experiencia humana. Pero cuando esos sentimientos aumentan en su duración e intensidad y la persona no es capaz de funcionar como siempre, lo que parecía un asunto de humor temporal puede haberse convertido en una enfermedad clínica.

Tipos de enfermedad de depresión

- En la depresión mayor, a veces conocida como unipolar o depresión clínica, las personas tienen algunos o todos los síntomas en la siguiente lista, durante por lo menos dos semanas, pero con frecuencia duran varios meses o más. Los episodios de la enfermedad pueden ocurrir una vez, dos veces, o varias veces durante la vida.
- En la distimia, los mismos síntomas están presentes aunque son menos severos y duran por lo menos dos años. Las personas con distimia a menudo carecen de ánimo y entusiasmo para vivir, viviendo una existencia triste y fatigada que le parece a muchos ser una manifestación normal de su personalidad. Éstos también pueden experimentar episodios de depresión mayor.



- La enfermedad maniaco-depresiva, o trastorno bipolar, no es tan común como otras formas de enfermedad depresiva e incluye ciclos disruptivos de síntomas depresivos que alternan con manía. Durante los episodios maniacos, las personas suelen volverse hiperactivas, habladoras, eufóricas, irritables, gastan dinero irresponsablemente, y se envuelven en relaciones sexuales inapropiadas. En algunas personas, una forma menos intensa de manía, llamada hipomanía, se alterna con los episodios depresivos. A diferencia de otros trastornos de humor, tanto las mujeres como los hombres tienen la misma tendencia en cuanto al trastorno bipolar; sin embargo, las mujeres con trastorno bipolar suelen experimentar más episodios de depresión y menos episodios de manía o hipomanía.⁵

Síntomas de la depresión y la manía

Es necesario llevar a cabo una evaluación diagnóstica comprensiva si, de tres a cinco o más de los siguientes síntomas persisten por más de dos semanas (una semana cuando se trata de manía), o si éstos interfieren con el trabajo o la vida familiar. Una evaluación envuelve un examen físico completo y la recopilación de información sobre el historial de salud de la familia. No toda persona con depresión experimenta cada uno de esos síntomas. La severidad de los síntomas también varía de persona a persona.

La depresión

- Humor persistente de tristeza, ansiedad, o sentirse “vacío”
- Pérdida de interés o placer en actividades, incluyendo actividad sexual
- Inquietud, irritabilidad, o llanto excesivo
- Sentimientos de culpabilidad, de no tener valor, impotencia, desesperanza, pesimismo
- Dormir demasiado o muy poco, despertar temprano en la mañana
- Pérdida de apetito y/o peso o comer demasiado y engordar
- Disminución de energía, fatiga, sentirse “lento”
- Pensamientos de muerte o suicidio, o intentos de suicidio
- Dificultad para concentrarse, recordar cosas, o tomar decisiones
- Síntomas físicos persistentes que no responden a tratamientos, tal como dolores de cabeza, trastornos digestivos, y dolor crónico

Manía

- Humor abnormalmente elevado
- Irritabilidad
- Disminución de la necesidad de dormir
- Nociones de grandiosidad
- Hablar más de lo normal
- Pensamientos volátiles
- Aumento en la actividad, incluyendo actividad sexual
- Aumento marcado de energía
- Pérdida de juicio que conduce a comportamiento arriesgado
- Comportamiento social inapropiado

Causas de la depresión

Factores genéticos

Existe cierto riesgo a desarrollar la depresión cuando hay historial familiar de la enfermedad, lo que indica que se puede haber heredado una vulnerabilidad biológica. El riesgo aumenta para aquellas personas con trastorno bipolar. Sin embargo, no toda persona con un historial familiar desarrolla la enfermedad. Además, la depresión mayor puede ocurrir en personas que no tienen miembros de la familia con la enfermedad. Esto indica que factores adicionales, posiblemente la bioquímica, estresores ambientales, y otros factores psicosociales, tienen que ver con el comienzo de la depresión.

Factores Bioquímicos

La evidencia demuestra que la bioquímica del cerebro es un factor significativo en los trastornos depresivos. Conocemos, por ejemplo, que las personas con enfermedad de depresión mayor típicamente experimentan la desregulación de ciertas químicas del cerebro, llamadas neurotransmisores. Además, los patrones del sueño, que son influenciados por la bioquímica, típicamente son diferentes en las personas con trastornos depresivos. La depresión puede ser inducida o aliviada con ciertos medicamentos, y algunas hormonas producen el efecto de cambiar el humor. Lo que aún no conocemos es si los “disturbios bioquímicos” de la depresión son de origen genético o si son secundarios al estrés, el trauma, la enfermedad física, o alguna otra condición ambiental.

Estresores Ambientales y Otros Estresores

Una pérdida significativa, una relación dificultosa, problemas financieros, o un cambio importante en la vida han sido todos indicados como contribuyentes a la enfermedad depresiva. A veces el comienzo de la depresión se asocia con enfermedad física aguda o crónica. Además, algunas formas de abuso de sustancias ocurren en más de una tercera parte de personas con cualquier tipo de trastorno depresivo.⁷

Otros factores psicológicos y sociales

Las personas con ciertas características-pensamientos pesimistas, baja autoestima, un sentido de tener poco control sobre los eventos de la vida, y la tendencia de preocuparse excesivamente- tienen más probabilidad de desarrollar la depresión. Estos atributos pueden aumentar el efecto de situaciones de estrés o interferir con la iniciativa de lidiar con los problemas o de mejorarse. La forma de crianza o las expectativas del rol sexual pueden contribuir al desarrollo de esas características. Parece que los patrones de pensamiento negativo se desarrollan típicamente durante la niñez o la adolescencia. Algunos expertos proponen que la crianza tradicional de las niñas puede desarrollar estas características y puede ser un factor en la alta tasa de depresión en las mujeres.



El riesgo de padecer de depresión es más alto en las mujeres que en los hombres

La depresión mayor y la distimia afectan dos veces más a las mujeres que a los hombres. Esta relación de dos-a-uno existe sin importar el trasfondo racial y étnico o el nivel económico. Se ha reportado la misma relación en otros diez países a través del mundo.¹² Los hombres y las mujeres tienen la misma tasa de trastorno bipolar (maniaco depresivo), aunque en las mujeres típicamente se manifiestan más los episodios depresivos y menos los maníacos. También, es mayor el número de mujeres que tienen la forma de trastorno bipolar con ciclo rápido, la cual puede ser más resistente a los tratamientos tradicionales.⁵

Se sospecha que una variedad de factores únicos a las vidas de las mujeres juegan un papel en el desarrollo de la depresión. Las investigaciones se concentran en el entendimiento de estos factores, incluyendo los factores: reproductivos, hormonales, genéticos u otros factores biológicos; el abuso y la opresión; factores interpersonales; y ciertas características psicológicas y de la personalidad. Aún así, las causas específicas de la depresión en las mujeres todavía no están claras; muchas de las mujeres que están expuestas a estos factores no desarrollan la depresión. Lo que sí es claro es que sin importar los factores contribuyentes, la depresión es una enfermedad con tratamiento efectivo.

Las muchas dimensiones de la depresión en las mujeres

Los investigadores se están concentrando en las siguientes áreas en el estudio de la depresión en las mujeres:

El tema de la adolescencia

Antes de la adolescencia, hay poca diferencia en la tasa de depresión entre los niños y las niñas. Pero entre las edades de 11 a 13 años existe un aumento notable en la tasa de depresión entre las niñas. A la edad de 15, las mujeres tienen la probabilidad de haber experimentado un episodio depresivo mayor dos veces más que los varones.² Esto sucede en un momento en la adolescencia cuando los roles y las expectativas cambian dramáticamente. El estrés de la adolescencia incluye la formación de una identidad, desarrollo de la sexualidad, separarse de los padres, y tomar decisiones por primera vez, junto con otros cambios físicos, intelectuales, y hormonales. Este estrés generalmente es diferente entre niños y niñas, y puede estar asociado con más frecuencia con la depresión en las hembras. Las investigaciones indican que las estudiantes femeninas de escuela superior tienen tasas de depresión, trastornos de ansiedad, trastornos de comida, y problemas de ajuste, significativamente más altos que las de los estudiantes varones, los cuales tienen tasas más altas de trastornos de comportamiento disruptivo.⁶

Los adultos: relaciones y el rol en el trabajo

En general, el estrés puede contribuir a la depresión en las personas que son vulnerables biológicamente a la enfermedad. Algunos han teorizado que la alta

tasa de depresión en las mujeres no se debe a una mayor vulnerabilidad sino a los estreses específicos que muchas de las mujeres enfrentan. Estos estreses incluyen las responsabilidades principales en el hogar y el trabajo, ser madre soltera, y cuidar de niños y padres envejecientes. Cómo es que estos factores pueden afectar a las mujeres de manera única es algo que todavía no se comprende totalmente. Para ambos, las mujeres y los hombres, las tasas de depresión mayor son más altas entre los que están separados o divorciados, y más bajas entre los que están casados, aunque siempre son más altas para las mujeres que para los hombres. No obstante, la calidad del matrimonio puede contribuir significativamente a la depresión. Se ha demostrado que cuando la relación carece de intimidad y confianza, y existen disputas matrimoniales, esto está relacionado a la depresión en las mujeres. De hecho, las tasas de depresión resultaron más altas entre las mujeres que no eran felices en sus matrimonios.

Eventos reproductivos

Los eventos reproductivos de las mujeres incluyen el ciclo menstrual, embarazo, el período después del parto, infertilidad, menopausia, y a veces, la decisión de no tener hijos. Estos eventos conllevan fluctuaciones en el humor que para algunas de las mujeres incluye la depresión. Los investigadores han confirmado que las hormonas afectan la química del cerebro que controla las emociones y el humor; aunque se desconoce el mecanismo biológico específico que explica el papel que juegan las hormonas.

Muchas de las mujeres experimentan ciertos comportamientos y cambios físicos asociados con las fases de los ciclos menstruales. En algunas de las mujeres, estos cambios son severos, ocurren con regularidad, e incluyen sentimientos de depresión, irritabilidad, y otros cambios emocionales y físicos. Los cambios, conocidos como el síndrome premenstrual (PMS por sus siglas en inglés) o trastorno disfónico premenstrual (PMDD por sus siglas en inglés), típicamente comienzan después de la ovulación y empeoran gradualmente hasta que comienza la menstruación. Los científicos están estudiando cómo la subida y bajada cíclica del estrógeno y otras hormonas puede afectar la química del cerebro que está asociada con la enfermedad depresiva.¹⁰

Los cambios del humor postpartum varían desde un poco de tristeza que inmediatamente acompaña el parto, hasta un episodio de depresión mayor, a una depresión psicótica severa e incapacitadora. Los estudios indican que las mujeres que experimentan una depresión mayor después de dar a luz muy probablemente han experimentado episodios depresivos anteriores, aunque no hayan sido diagnosticadas y tratadas.

El embarazo (si es deseado) raramente lleva a la depresión, y provocarse un aborto no parece resultar en incidentes más altos de depresión. Las mujeres con problemas de infertilidad pueden estar sujetas a episodios de ansiedad o tristeza extrema, pero no está claro si esto contribuye a una tasa más alta de la enfermedad depresiva. Además, el ser madre puede ser un tiempo de alto riesgo para la depresión debido al estrés y las exigencias que esto impone. La



menopausia, en general, no está asociada con un aumento en el riesgo por la depresión. De hecho, aunque una vez fue considerado un trastorno único, las investigaciones han demostrado que la enfermedad depresiva durante la menopausia no es diferente que durante otras edades. Las mujeres más vulnerables a la depresión durante el cambio de vida son aquellas que ya tienen historial de episodios depresivos.

Consideraciones culturales específicas

Para la depresión, en general, la tasa de incidencia de la depresión en las mujeres africano-americanas e hispanas permanece el doble que la de los hombres. Sin embargo, existen algunas indicaciones que es posible que la depresión mayor y la distimia puedan ser diagnosticadas con menos frecuencia en las mujeres africano-americanas y con un poco más de frecuencia en las mujeres hispanas que en las mujeres caucáseas. La información tocante a la incidencia de la enfermedad para otros grupos raciales y étnicos no es definitiva.

Es posible que las diferencias en la presentación de síntomas afecte la manera en que se reconoce y se diagnostica la depresión entre las minorías. Por ejemplo, es más probable que los afroamericanos reporten síntomas somáticos, tales como un cambio en el apetito y achaques y dolores del cuerpo. Además, las personas de varios trasfondos culturales pueden percibir los síntomas de la depresión de diferentes maneras. Tales factores deberán ser considerados cuando se trata de mujeres de poblaciones especiales.

Victimización

Los estudios muestran que las mujeres que fueron violadas de niñas tienen una probabilidad más alta de sufrir de depresión clínica en algún tiempo durante sus vidas que las que no tienen tal historial. Además, varios estudios muestran una incidencia más alta de depresión entre las mujeres que han sido violadas como adolescentes o adultas. Muchas más mujeres que hombres han sido abusadas sexualmente de niñas y, por lo tanto, esta información es relevante. Las mujeres que experimentan otras formas comunes de abuso, tal como abuso físico y hostigamiento sexual en el trabajo, también pueden experimentar tasas de depresión más altas. El abuso puede resultar en depresión porque fomenta la baja autoestima, el sentido de estar indefensa, la auto-culpabilidad, y aislamiento social. Pueden existir factores biológicos y ambientales de la depresión como resultado de haberse criado en una familia disfuncional. Actualmente, es necesario llevar a cabo más investigaciones para comprender si la victimización está vinculada a la depresión.

Pobreza

Las mujeres y los niños representan setenta y cinco por ciento de la población estadounidense que se considera pobre. Un nivel económico bajo lleva consigo mucho estrés, incluyendo aislamiento, incertidumbre, eventos negativos frecuentes, y poco acceso a recursos útiles. La tristeza y moral baja son más comunes entre las personas de bajos ingresos y aquellos que carecen de apoyo social. Pero las investigaciones aún no han establecido si las enfermedades

depresivas son más prevalentes entre las personas que experimentan factores de estrés ambientales tales como los señalados.

La depresión más tarde en la adultez

Hubo un tiempo que se pensaba que las mujeres tenían vulnerabilidad particular a la depresión cuando sus hijos se iban del hogar y ellas confrontaban el “síndrome del nido vacío” y experimentaban un profundo sentido de pérdida del propósito e identidad. Sin embargo, los estudios no muestran ningún aumento en la enfermedad depresiva entre las mujeres en esta etapa de vida.

Como en los grupos de edad más joven, las mujeres de más edad sufren de enfermedad depresiva en mayor número que los hombres. Similarmente, para los grupos de todas edades, el no estar casado (lo que incluye viudez) también es un factor de riesgo para la depresión. Aun de mayor importancia, la depresión no debe ser considerada como consecuencia normal de los problemas físicos, sociales, y económicos de los últimos años de vida. De hecho, los estudios muestran que la mayoría de las personas mayores de edad se sienten satisfechos con sus vidas.

Sobre 800,000 personas enviudan cada año. La mayoría de los cuales son mayores de edad, mujeres, y experimentan varios grados de sintomatología depresiva. La mayoría no necesitan tratamiento formal, pero aquellos que experimentan tristeza moderada o severa parecen beneficiarse de los grupos de auto-ayuda o los varios tratamientos psicosociales. Sin embargo, una tercera parte de las viudas y viudos tienen los criterios para experimentar un episodio depresivo mayor durante el primer mes después del fallecimiento, y la mitad de ellos todavía están clínicamente deprimidos un año después. Estas depresiones responden a los tratamientos antidepresivos rutinarios, aunque las investigaciones sobre cuándo comenzar el tratamiento o cómo combinar los medicamentos con tratamientos psicosociales aun están en las primeras etapas.^{4,8}

La depresión tiene tratamiento

Aún la depresión severa puede responder exitosamente al tratamiento. De hecho, la creencia que la condición de uno es “incurable” suele formar parte de la pérdida de esperanza que acompaña la depresión severa. A tales personas se les debe proveer información sobre la efectividad de los tratamientos modernos para la depresión de tal manera que reconozca sus dudas sobre si el tratamiento funcionaría para ellos. Como sucede con muchas enfermedades, mientras más temprano se comience el tratamiento, más efectivo será y más probable que se puedan evitar reparaciones serias. Por supuesto, el tratamiento no elimina los inevitables estreses y altas y bajas de la vida. Pero puede ser de gran ayuda para mejorar la habilidad de manejar esos retos y resultar en que puedan disfrutar más de la vida.

El primer paso en el tratamiento de la depresión deberá ser un examen completo para



descartar las enfermedades físicas que pueden causar síntomas depresivos. Como ciertos medicamentos pueden causar los mismos síntomas que la depresión, el médico que está llevando a cabo el examen deberá recibir información sobre cualquier medicamento usado. Si no se encuentran causas físicas de la depresión, el médico deberá llevar a cabo una evaluación psicológica o hacer un referido a un profesional de salud mental.

Tipos de tratamiento para la depresión

Los tratamientos típicos usados para la depresión son los medicamentos antidepresivos, la psicoterapia, o una combinación de los dos. Cuál de los dos es el tratamiento indicado para cada persona depende de la naturaleza y severidad de la depresión y, hasta cierto punto, en la preferencia individual. En la depresión leve o moderada, uno o ambos de los tratamientos pueden resultar útiles, mientras que en la depresión severa o incapacitadora, generalmente se recomienda el medicamento como el primer paso en el tratamiento.³ En tratamientos combinados, el medicamento puede aliviar los síntomas físicos rápidamente, mientras que la psicoterapia permite la oportunidad de aprender opciones más efectivas para lidiar con los problemas.

Medicamentos

Existen varios tipos de medicamentos antidepresivos que se usan para el tratamiento de los trastornos depresivos. Estos incluyen medicamentos más nuevos—principalmente los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (selective serotonin reuptake inhibitors o SSRI por sus siglas en inglés)—y los tricíclicos y los inhibidores de la monoamina oxidasa (monoamine oxidase inhibitors, o MAOI por sus siglas en inglés). Los SSRI-y otros medicamentos más nuevos que afectan los neurotransmisores tales como la dopamina o norepinefrina—generalmente tienen menos efectos secundarios que los tricíclicos. Cada uno actúa sobre diferentes vías químicas del cerebro humano que están relacionadas con el humor. Los medicamentos antidepresivos no forman hábito de dependencia. Aunque algunas personas notan mejoramiento en las primeras dos semanas, los medicamentos antidepresivos deben ser tomados regularmente por lo menos durante cuatro semanas y, en algunos casos, hasta tanto como ocho semanas, antes de que pueda ocurrir el efecto terapéutico completo. Para que sean efectivos, y para evitar un relapso de la depresión, se deberán tomar los medicamentos por 6 a 12 meses, siguiendo cuidadosamente las instrucciones del médico. Los medicamentos deben ser supervisados para asegurar el uso de la dosis más efectiva y para disminuir los efectos secundarios. Para los que han tenido varios episodios de depresión, el tratamiento con medicamentos a largo plazo es la manera más efectiva de evitar episodios recurrentes.

El médico que receta proveerá información sobre los posibles efectos secundarios y, en el caso de los MAOI, restricciones de dieta y medicamentos. Además, se deben examinar los otros medicamentos usados, recetados o sin receta, porque algunos pueden interactuar negativamente con los medicamentos antidepresivos. Puede haber restricciones durante el embarazo.

Para el trastorno bipolar, el tratamiento preferido por muchos años ha sido el litio, porque puede ser efectivo para suavizar los cambios de humor que son típicos de este trastorno. Su uso deberá ser supervisado cuidadosamente, porque la diferencia entre una dosis efectiva y una dosis tóxica puede ser relativamente pequeña. Sin embargo, no se debe recomendar el litio si la persona tiene problemas pre-existentes de la tiroides, los riñones, o trastornos del corazón o epilepsia. Afortunadamente, se han encontrado otros medicamentos que ayudan a controlar los cambios de humor. Entre éstos se encuentran los anticonvulsivos que controlan los cambios de humor, carbamazepina (Tegretol[®]) y valproato (Depakote[®]). Ambos de esos medicamentos han sido aceptados en la práctica clínica, y valproato ha sido aprobado por la Food and Drug Administration para el tratamiento inicial de manía aguda. Los estudios llevados a cabo en Finlandia en pacientes con epilepsia indican que valproato puede aumentar los niveles de testosterona en mujeres jóvenes (teenage girls) y pueden producir el síndrome de ovario poliquístico (polycystic ovary syndrome) en las mujeres que comenzaron a tomar el medicamento antes de la edad de 20 años.¹¹ Por lo tanto, el médico debe supervisar cuidadosamente a las pacientes hembras jóvenes. Los otros anticonvulsivos que se están usando ahora incluyen lamotrigine (Lamictal[®]) y gabapentin (Neurontin[®]); su rol en la jerarquía de tratamiento de trastorno bipolar aún se está estudiando.

La mayoría de las personas con trastorno bipolar toman más de un medicamento. Junto con litio y/u otro anticonvulsivo, muchas veces toman un medicamento para la agitación, ansiedad, insomnio, o la depresión que lo acompañan. Algunas de las investigaciones indican que en personas con trastorno bipolar cuando un antidepresivo se toma sin un medicamento que estabiliza el humor, puede aumentar el riesgo de cambiar en manía o hipomanía, o de desarrollar un ciclo rápido. Es de suma importancia para el paciente que se pueda encontrar la mejor combinación posible de estos medicamentos y es necesario que el médico supervise todo cuidadosamente.

Terapia de plantas medicinales

En los últimos años, ha aumentado el interés en el uso de hierbas en el tratamiento de tanto la depresión como la ansiedad. El corazoncillo (la infusión de St. John) (*Hypericum perforatum*), una hierba que se usa extensamente en Europa en el tratamiento de la depresión leve o moderada, recientemente ha causado interés en los Estados Unidos. El corazoncillo, una planta atractiva que crece como un arbusto bajo una cubierta de flores amarillas en el verano, ha sido usada durante siglos en muchos remedios caseros y de hierbas. Hoy en Alemania, se usa el *hypericum* en el tratamiento de la depresión más que cualquier otro antidepresivo. Sin embargo, los estudios científicos llevados a cabo con el *hypericum* han sido a corto plazo y han utilizado dosis diferentes.

Debido al gran interés demostrado para el corazoncillo (St. John wort), el Instituto Nacional de Salud (NIH por sus siglas en inglés) está llevando a cabo un estudio de tres años, auspiciado por los tres componentes del NIH-el Instituto Nacional de Salud Mental, el Instituto Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa, y la



Oficina de Suplementos Dietéticos. El estudio está diseñado para incluir a 336 pacientes con depresión mayor, asignados al azar a una prueba de ocho semanas donde una tercera parte de los pacientes reciben una dosis uniforme de corazoncillo, otra tercera parte reciben un SSRI normalmente recetado para la depresión, y la última tercera parte recibe un placebo (una píldora que se parece exactamente al SSRI y el corazoncillo, pero no contiene ningún ingrediente activo). Los participantes en el estudio que respondan positivamente recibirán seguimiento por unas 18 semanas adicionales. Después de completar el estudio de tres años, los resultados serán analizados y publicados.

La Administración de Alimentos y Drogas emitió un Advertencia de Salud Pública el 10 de febrero de 2000. Éste indicó que el corazoncillo parece afectar una vía metabólica importante que es usada por muchos medicamentos recetados para el tratamiento de condiciones tales como la enfermedad del corazón, la depresión, ataques, ciertos cánceres, y el rechazo de transplantes. Por lo tanto, los proveedores de cuidado de salud deberán alertar a sus pacientes sobre estas posibles interacciones entre los medicamentos. Cualquier suplemento de hierbas deberá tomarse solamente después de consultar con el médico u otro proveedor de cuidado de salud.

Psicoterapia

En casos leves a moderados de depresión, la psicoterapia también es una opción de tratamiento. Algunas terapias a corto plazo (de 10 a 20 semanas) han resultado muy efectivas en varios tipos de depresión. Terapias de “hablar” ayudan a los pacientes a comprender y resolver sus problemas mediante conversaciones con su terapeuta. Terapias de “comportamiento” ayudan a los pacientes a aprender nuevos comportamientos que resultan en más satisfacción en su vida y a “desaprender” comportamientos que son contraproducentes. Las investigaciones han demostrado que dos tipos de psicoterapias a corto plazo, interpersonal y comportamiento cognitivo, son útiles para algunas formas de depresión. La terapia interpersonal funciona para cambiar las relaciones interpersonales que causan o empeoran la depresión. La terapia de comportamiento cognitivo ayuda a cambiar estilos de pensamiento y comportamiento negativos que pueden contribuir a la depresión.

Terapia electroconvulsiva

Para las personas cuya depresión es severa o pone su vida en peligro o para los que no pueden usar medicamentos antidepresivos, la terapia electroconvulsiva (ECT por sus siglas en inglés) es útil.³ Esto es particularmente cierto para las personas con riesgo extremo de suicidio, agitación severa, pensamiento sicótico, pérdida severa de peso o debilitación física como resultado de enfermedad física. A través de los años, la ECT ha sido mejorada mucho. Se administra un relajador muscular antes del tratamiento, lo cual es hecho bajo leve anestesia. Se colocan electrodos en lugares precisos en la cabeza para aplicar los impulsos eléctricos. La estimulación causa un breve (sobre 30 segundos) ataque dentro del cerebro. La persona que recibe la ECT no experimenta el estímulo eléctrico conscientemente. Por lo menos varias sesiones de ECT, usualmente administradas a razón de tres por semana, son necesarias para recibir el beneficio terapéutico completo.

Tratamiento de la depresión recurrente

Aún cuando el tratamiento es exitoso, la depresión puede recurrir. Los estudios indican que ciertas estrategias de tratamiento son muy útiles en este instante. Muchas veces la continuación del medicamento antidepresivo en la misma dosis que se trató exitosamente el episodio agudo puede evitar la reaparición. La psicoterapia interpersonal mensual puede alargar el tiempo entre los episodios en aquellos pacientes que no están tomando medicamento.

El camino hacia el bienestar

Para obtener beneficio del tratamiento hay que comenzar reconociendo los signos de la depresión. El próximo paso es ser evaluado por un profesional cualificado. Aunque la depresión puede ser diagnosticada y tratada por médicos de cuidado primario, muchas veces el médico refiere al paciente a un psiquiatra, psicólogo, un trabajador social clínico, u otro profesional de salud mental. El paciente y el proveedor de cuidado de salud son socios en el tratamiento. Un consumidor bien informado conoce las opciones de tratamiento y según surgen sus preocupaciones, las dialoga con su proveedor.

Si no hay resultados positivos después de dos o tres meses de tratamiento, o si los síntomas empeoran, hable con su proveedor sobre otra opción de tratamiento. Es posible que sea de ayuda que usted obtenga una segunda opinión de otro profesional de salud o salud mental.

Aquí, de nuevo, se presentan los pasos hacia el bienestar:

- Verifique sus síntomas con la lista en la página 4.
- Hable con un profesional de salud o salud mental.
- Seleccione el profesional de tratamiento y el método de tratamiento con el cual se siente cómoda.
- Considérese un socio en el tratamiento y sea un consumidor informado.
- Si no se siente cómoda o satisfecha después de dos o tres meses, hable con su proveedor. Es posible que recomienden tratamiento diferente o adicional.
- Si usted experimenta una reaparición, recuerde lo que usted sabe sobre cómo lidiar con la depresión y no se exima de pedir ayuda de nuevo. De hecho, mientras más pronto se trate la reaparición, menos tiempo durará.

Las enfermedades depresivas le hacen sentir cansancio, sin valor, incapaz, y sin esperanza. Por razón de esos sentimientos algunas personas se quieren rendir. Es importante reconocer que estos sentimientos negativos son parte de la depresión y disminuirán cuando el tratamiento comience a tener efecto.

Junto con el tratamiento profesional, existen otras cosas que usted puede hacer para ayudarse a mejorar. Algunas personas determinan que el participar en grupos de apoyo es de gran ayuda. También puede ser útil pasar algún tiempo con otras personas y participar en actividades que le hacen sentir mejor, tal como ejercicio leve o yoga. Sin embargo, no se exiga demasiado muy rápido. El sentirse mejor toma tiempo.



Dónde obtener ayuda

Si no está seguro adónde debe ir para obtener ayuda, pídale ayuda a su médico familiar, obstetra o ginecólogo, o a la clínica de salud. También puede buscar en las páginas amarillas bajo “salud mental,” “salud,” “servicios sociales,” “prevención de suicidio,” “servicios de intervención durante crisis,” “líneas telefónicas gratuitas,” “hospitales,” o “médicos”, para obtener los números de teléfono y las direcciones. En tiempos de crisis, el médico de la sala de emergencia en un hospital puede proveerle ayuda provisional para un problema emocional y podrá indicarle dónde y cómo puede obtener más ayuda.

A continuación enumeramos los tipos de personas y lugares que harán un referido para, o proveerán servicios de diagnósticos y tratamientos.

- Médico familiar
- Los especialistas de salud mental tales como psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, o consejeros de salud mental
- Organizaciones de mantenimiento de salud
- Centros de salud mental de la comunidad
- Los departamentos de psiquiatría y las clínicas en hospitales
- Programas afiliados con las universidades o las escuelas de medicina
- Las clínicas de pacientes ambulatorios en hospitales estatales
- Agencias de servicios a la familia y servicios sociales
- Clínicas y facilidades privadas
- Programas de ayuda para empleados
- Sociedades médicas y/o psiquiátricas locales

Para más información

National Institute of Mental Health Information Resources and Inquiries Branch 6001 Executive Boulevard Room 8184, MSC 9663 Bethesda, MD 20892-9663 Telephone: 1-301-443-4513 FAX: 1-301-443-4279 TTY: 1-301-443-8431 FAX4U: 1-301-443-5158 website: <http://www.nimh.nih.gov> E-mail: nimhinfo@nih.gov

National Alliance for the Mentally Ill (NAMI) Colonial Place Three 2107 Wilson Blvd., Suite 300 Arlington, VA 22201 Telephone: 1-800-950-NAMI (6264) o (703) 524-7600 website: <http://www.nami.org>

Una organización de ayuda y apoyo para consumidores, familiares, y amigos de personas con enfermedades mentales severas. - más de 1,200 afiliados estatales y locales. Los afiliados locales frecuentemente pueden brindar ayuda para obtener tratamiento.

Depression & Bipolar Support Alliance (DBSA) 730 N. Franklin St. - #501 Chicago, IL 60610-7224 Telephone: (312) 988-1150 Fax: (312) 642-7243 website: www.DBSAAlliance.org

El propósito es la educación de los pacientes, familiares, y al público sobre la naturaleza de la enfermedad depresiva. Mantiene un extenso catálogo de libros útiles.

National Foundation for Depressive Illness, Inc. P.O. Box 2257 New York, NY 10016 Telephone: 1-212-268-4260; 1-800-239-1265 website: <http://www.depression.org>

Una fundación que informa al público sobre la depresión, su tratamiento como también promueve programas de investigación, educación y tratamiento.

National Mental Health Association (NMHA) 2001 N. Beauregard Street 12th Floor Alexandria, VA 22311 Telephone: 1-800-969-6942 o (703) 684-7722 TTY-800-443-5959 website: <http://www.nmha.org>

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



Obras consultadas

- 1 Blehar MC, Oren DA. Gender differences in depression. *Medscape Women's Health*, 1997;2:3. Revised from: Women's increased vulnerability to mood disorders: Integrating psychobiology and epidemiology. *Depression*, 1995;3:3-12.
- 2 Cyranowski JM, Frank E, Young E, Shear MK. Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression. *Archives of General Psychiatry*, 2000; 57:21-27.
- 3 Frank E, Karp JF, and Rush AJ. Efficacy of treatments for major depression. *Psychopharmacology Bulletin*, 1993;29:457-75.
- 4 Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS, Reynolds CF, Alexopoulos GS, Bruce ML, Conwell Y, Katz IR, Meyers BS, Morrison MF, Mossey J, Niederehe G, and Parmelee P. Diagnosis and treatment of depression in late life: Consensus statement update. *Journal of the American Medical Association*, 1997;278:1186-90.
- 5 Leibenluft E. Issues in the treatment of women with bipolar illness. *Journal of Clinical Psychiatry (supplement 15)*, 1997;58:5-11.
- 6 Lewisohn PM, Hyman H, Roberts RE, Seeley JR, and Andrews JA. Adolescent psychopathology: 1. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, 1993;102:133-44.
- 7 Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, and Goodwin FK. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the epidemiologic catchment area (ECA) study. *Journal of the American Medical Association*, 1993;264:2511-8.
- 8 Reynolds CF, Miller MD, Pasternak RE, Frank E, Perel JM, Cornes C, Houck PR, Mazumdar S, Dew MA, and Kupfer DJ. Treatment of bereavement-related major depressive episodes in later life: A controlled study of acute and continuation treatment with nortriptyline and interpersonal psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 1999;156:202-8.
- 9 Robins LN and Regier DA (Eds). *Psychiatric Disorders in America, The Epidemiologic Catchment Area Study*. New York: The Free Press, 1990.
- 10 Rubinow DR, Schmidt PJ, and Roca CA. Estrogen-serotonin interactions: Implications for affective regulation. *Biological Psychiatry*, 1998;44(9):839-50.
- 11 Vainionpaa LK, Rattya J, Knip M, Tapanainen JS, Pakarinen AJ, Lanning P, Tekay, A, Myllyla, VV, Isojarvi JI. Valproate-induced hyperandrogenism during pubertal maturation in girls with epilepsy. *Annals of Neurology*, 1999;45(4):444-50.
- 12 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, and Yeh EK. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *Journal of the American Medical Association*, 1996;276:293-9.

Libros útiles

Se han escrito muchos libros sobre la depresión mayor y el trastorno bipolar. Los siguientes libros son solamente algunos de los que pueden ayudarle a entender mejor este tipo de enfermedades.

Andreasen, Nancy. *The Broken Brain: The Biological Revolution in Psychiatry*. New York: Harper & Row, 1984.

Carter, Rosalyn. *Helping Someone With Mental Illness: A Compassionate Guide for Family, Friends and Caregivers*. New York: Times Books, 1998.

Duke, Patty and Turan, Kenneth. *Call Me Anna, The Autobiography of Patty Duke*. New York: Bantam Books, 1987.

Dumquah, Meri Nana-Ama. *Willow Weep for Me, A Black Woman's Journey Through Depression: A Memoir*. New York: W.W. Norton & Co., Inc., 1998.

Fieve, Ronald R. *Moodswing*. New York: Bantam Books, 1997.

Jamison, Kay Redfield. *An Unquiet Mind, A Memoir of Moods and Madness*. New York: Random House, 1996.

Los siguientes tres folletos puede obtenerlos del Madison Institute of Medicine, 7617 Mineral Point Road, Suite 300, Madison, WI 53717, tel 1-608-827-2470:

Tunali D, Jefferson JW, and Greist JH, *Depression & Antidepressants: A Guide*, rev. ed. 1997.

Jefferson JW and Greist JH. *Divalproex and Manic Depression: A Guide*, 1996 (formerly Valproate guide).

Bohn J and Jefferson JW. *Lithium and Manic Depression: A Guide*, rev. ed. 1996.

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

First printed May 2004, revised March 2007

SPANISH