

Síntomas y diagnóstico de la depresión

¿Qué diferencia existe entre melancolía y depresión?

La melancolía es la tristeza transitoria que dura, a lo sumo, unas horas o unos pocos días. Muchas personas que se sienten tristes dicen que están «deprimidas», pero en realidad no experimentan una alteración anormal de su estado de ánimo que necesite asistencia profesional. Cuando los especialistas de salud mental hablan de «depresión», se refieren a la depresión clínica, que es un estado anormal, una enfermedad como cualquier otra. Por definición, la depresión clínica es tan intensa o dura tanto tiempo que hace muy difícil el desarrollo de las actividades normales en importantes áreas del diario vivir.

¿Cómo puedo valorar la gravedad de mi depresión?

El nivel de gravedad está en función de la intensidad, de la duración y del número de síntomas. Si sufre dos o tres síntomas que no interfieren en el desarrollo de sus actividades normales, su caso puede considerarse leve. Si, por el contrario, ha tenido seis síntomas durante varias semanas y éstos son cada vez más intensos, su caso es lo suficientemente grave como para cumplir los criterios de una depresión mayor.

Mónica se dio cuenta de que estaba seriamente deprimida a la edad de veintiséis años, cuando su peso llegó a bajar hasta 45 kilos y «me aterrizzaba ir a dormir por la noche porque sabía lo mal que me sentiría a la mañana siguiente».

Por lo general, cuanto más repercuten los síntomas sobre su estilo de vida, más profunda se considerará su depresión. Usted puede evaluar todos los síntomas de una forma global, pero será más fácil examinarlos individualmente, teniendo en cuenta que una depresión clínica siempre se manifiesta a través de múltiples síntomas, y no a través de uno solo.

Tomemos como ejemplo el insomnio, extremadamente común en la depresión. Existen cuatro tipos de trastornos del sueño: dificultad para conciliar el sueño (insomnio primario), despertarse varias veces durante la noche (insomnio secundario), despertarse antes de lo normal (insomnio terciario) y dormir más de lo normal (hipersomnia). Un individuo con depresión moderada puede mal (hipersomnia). Un individuo con depresión moderada puede padecer sólo insomnio primario, además de sentirse triste. A medida que la depresión se hace más intensa, aparecerán el insomnio secundario y el terciario. Es mucho más difícil estar bien durante el día si se sufren las tres formas de insomnio durante la noche.

Otro modo de valorar la gravedad de su depresión consiste en examinar la forma en que sus síntomas interfieren en su calidad de vida y en sus actividades básicas. Observando el conjunto de síntomas como un todo, pregúntese usted mismo: «¿Hasta qué punto la depresión me afecta en el trabajo, en mi tiempo libre y en mis relaciones?». O bien: «En una escala de cero a diez (el diez representa lo mejor que me he sentido nunca, el cero lo peor), ¿cómo me encuentro ahora?». Si la respuesta es de siete u ocho, su depresión probablemente es leve; entre cinco o seis, indica un grado moderado de depresión; entre uno y tres sugiere una depresión grave. Medirse uno mismo el estado de ánimo no constituye un método muy científico, pero le dará una idea, aunque subjetiva, respecto a dónde se encuentra. Realizar este ejercicio una vez al mes después de iniciar un tratamiento puede ayudarle a usted y a su médico a valorar la evolución de su caso.

Otra forma más científica de evaluar la gravedad de la depresión consiste en completar una de las escalas de depresión que emplean algunos psicoterapeutas. Estas pruebas, como el Beck De-

pression Inventory (índice de Beck) y la Hamilton Rating Scale for Depression (escala de Hamilton), no dan respuestas del tipo correcto o incorrecto; se trata de verdaderas herramientas de evaluación. El índice de Beck es una escala de autoevaluación que se centra en los esquemas de pensamientos negativos. Contiene veintuna frases tales como «siento asco de mí mismo» y «me odio a mí mismo», que se puntúan entre 0 y 3 según el estado de ánimo del momento. La escala de Hamilton se basa en una entrevista semiestructurada, que el médico proporciona. Se le pregunta al paciente sobre varios síntomas depresivos, tales como cambios en sus hábitos de sueño y del estado de ánimo, y se califican sus respuestas. La escala de Hamilton se utiliza mucho, pero ha sido criticada porque sobrevalora las causas biológicas de la depresión. Probablemente debería combinarse por lo menos con otra escala de depresión para que proporcionara un criterio más equilibrado sobre el estado de ánimo.

¿Experimentan o manifiestan la depresión de manera distinta las mujeres y los hombres?

Existen unas cuantas diferencias asociadas a la distinción hombre-mujer, aunque son debidas principalmente a aspectos culturales y sociales. En general, los hombres experimentan sus depresiones de forma más cognitiva (cómo afecta la depresión a la visión de sí mismos y del mundo), mientras que las mujeres tienden a expresar su depresión de forma más emocional: hablan más de lo que sienten que de lo que piensan.

La diferencia más clara entre ambos sexos es la propensión a comunicar su depresión. A pesar de que muchos hombres famosos han sacado a la luz pública su estado de depresión, el trastorno continúa siendo ampliamente considerado como una debilidad, como una falta de carácter, particularmente por los hombres. Las mujeres que sufren depresión están mucho más predispuestas a buscar un tratamiento, mientras que los hombres son más propensos a sufrirla en silencio.

¿La depresión puede provocar una enfermedad psicosomática?

Sí. En algunos casos, una enfermedad psicosomática se considera como una «depresión enmascarada». Cualquier síntoma físico atribuible a una causa más mental que física se conoce como enfermedad psicosomática. Los síntomas psicosomáticos aparecen más fácilmente entre las personas que tienen dificultades para expresar sus sentimientos mediante palabras. Sus alteraciones del estado de ánimo se traducen en sensaciones físicas o malestares, tales como dolores de cabeza o de estómago. La exploración física y los análisis clínicos no revelan razones médicas para explicar tales dolencias. Por tratarse de una función de la psicología y de la fisiología de la persona, las enfermedades psicosomáticas afectan por igual a hombres y a mujeres. Los médicos también se refieren a la enfermedad psicosomática como un «trastorno psicofisiológico».

¿Cuántas clases de depresión existen?

Se han establecido una media docena de grandes categorías y numerosas subcategorías para diagnosticar la depresión y el trastorno bipolar (depresión maníaca). Algunos de estos términos son técnicos y su conocimiento probablemente no le ayudará a usted a comunicarse, pero le permitirán familiarizarse con parte de la terminología que empleará su médico a la hora de describirle a usted —o a un familiar— el estado en que se encuentra.

Todas las formas de depresión reciben el nombre de trastornos del estado de ánimo. Cualquier persona que haya tenido al menos un «episodio de depresión mayor», se dice que sufre un «trastorno de depresión mayor». Si la depresión y la manía aparecen simultáneamente, se denomina «episodio mixto». La depresión leve y crónicamente se conoce como distimia. Además, hay depresiones causadas por condiciones médicas generales o por el abuso de sustancias. El trastorno bipolar puede presentar formas muy distintas.

Para diagnosticar con exactitud su enfermedad, el terapeuta puede usar «especificadores» (es decir, características específicas) para describir el episodio del trastorno del estado de ánimo más reciente. Algunos de estos especificadores son: comportamiento melancólico

en el inicio del posparto; depresión leve, moderada o grave sin alteraciones psicóticas; y depresión grave con alteraciones psicóticas. También se valorará si su último episodio depresivo se encuentra en remisión parcial o total. Además, existen especificadores para describir el curso de episodios depresivos recurrentes, que incluyen los «patrones estacionales» del estado de ánimo deprimido que se presentan en los meses de invierno, y los de «ciclo rápido» con frecuentes síntomas maníacos o depresivos, que pueden alternarse entre sí en breves espacios de tiempo.

¿Qué diferencia existe entre un trastorno de depresión mayor y un episodio de depresión mayor?

Un trastorno de depresión mayor es un término genérico que hace referencia a la enfermedad depresiva en sí misma; el episodio, en cambio, hace referencia al tiempo en que el paciente estuvo con síntomas depresivos. Si usted padece un único episodio de depresión, se le diagnosticará un «trastorno de depresión mayor». En el caso de que sufra más de un episodio, el diagnóstico cambiará a «trastorno recurrente de depresión mayor».

¿En qué consiste un episodio de depresión mayor?

Según el DSM-IV, la característica más importante de un episodio de depresión mayor es la sensación de sentirse vacío, triste o, en otras palabras, deprimido. O bien sintiendo un manifiesto desinterés e insatisfacción por casi todas las actividades durante dos semanas como mínimo. Para fijar este diagnóstico, el DSM-IV establece que deben presentarse cuatro o más de los síntomas siguientes:

1. Pérdida o ganancia de más de un 5 por % del peso corporal en un mes (sin hacer dieta).
2. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
3. «Agiación psicomotora» (nerviosismo extremo) o «enlentecimiento psicomotor» (sentirse con poca energía) visibles y casi cada día.
4. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.

5. Sentimientos de inutilidad o de culpa, excesivos o inapropiados, casi cada día.
6. Dificultad para pensar o concentrarse, o indecisión casi cada día.
7. Pensamientos recurrentes de muerte, fantasías suicidas recurrentes sin un plan específico, una tentativa real de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Para cumplir los criterios de un episodio de depresión mayor, sus síntomas no deben ser atribuibles a la aflicción por la pérdida de un ser querido, y deben dañar o afectar de forma significativa la vida social, el trabajo u otros aspectos importantes de la vida.

¿Varía la gravedad de los síntomas entre la mañana y la noche?

Normalmente, las personas afectadas de una depresión grave se sienten peor por la mañana que por la noche. En las depresiones más leves, puede darse la situación contraria.

¿Cómo es un día típico de alguien que padece un episodio de depresión mayor?

Si la persona ha tenido la suerte de quedarse dormida la noche anterior, probablemente se despertará temprano, antes de la salida del sol, pero no podrá volver a conciliar el sueño. La oscuridad que refleja su estado de ánimo encaja con la oscuridad que hay fuera de la ventana. Siente el cuerpo pesado, como si le hubiesen atado pesos a las extremidades. Se encuentra atargada, con la boca seca, los sentidos embotados y los pensamientos pesimistas.

Finalmente consigue salir de la cama, ducharse y vestirse. Se dirige a la cocina aunque no siente interés alguno por la comida, le falta la energía física y emocional para cocinar. Nada huele bien, nada sabe bien, nada parece bueno. Cualquier hecho negativo la hace llorar, por lo cual decide no volver a leer el periódico. Tiene poco interés en el cuidado de sus hijos y se va irritando a medida que los va preparando para llevarlos a la escuela. Esta persona es reacia a conducir y prefiere ir en un transporte público. Considera

la posibilidad de llamar al trabajo para decir que no se encuentra bien, como hizo la semana pasada cuando se sintió incapaz de levantarse de la cama, aunque finalmente cambia de idea por miedo a perder su trabajo.

Al llegar a la oficina, la persona en cuestión tiene dificultad para concentrarse en su trabajo y empieza a dolerle la cabeza. No quiere ver a los demás porque se siente inútil, ineficaz y culpable por no hacer lo que se espera de ella. Todo esto alimenta su punzante sensación de ansiedad. Piensa en sus parientes fallecidos y en cómo debe sentirse uno después de la muerte. Al final de la jornada laboral se olvida de recoger a sus hijos de la casa de unos amigos. No tiene ganas de cocinar ni de cenar. No le interesa hacer planes para ver a sus amigos durante el fin de semana. Después de cenar no tiene ningún interés en realizar sus actividades favoritas (navegar por Internet, leer un buen libro, ayudar a sus hijos en las tareas escolares, ver una película, escuchar música o hacer el amor con su pareja): sólo le interesa volver a la cama y desconectarse del mundo.

Esta situación constituye un caso relativamente extremo. Por lo general, la depresión disminuye a lo largo del día. Probablemente habrá ratos agradables o interesantes como, por ejemplo, la hora de la comida, circunstancia que le creará la falsa sensación de que la depresión está tocando a su fin, pero a la mañana siguiente volverá a sentirse fatal cuando tenga que volver a levantarse. Los síntomas de la depresión no siguen una curva suave.

¿Los síntomas de la depresión mayor aparecen de golpe o poco a poco?

En la mayoría de los casos, el comienzo de los síntomas es insidioso, lento, progresivo; los síntomas van apareciendo en el transcurso de semanas o meses. En otros casos, un desencadenante puntual como por ejemplo, la pérdida del empleo, provoca la aparición súbita de un episodio depresivo. Pero lo más frecuente es que coincida un conjunto de hechos y cierta reacción psicológica y fisiológica frente a ellos para que se ponga en marcha gradualmente el episodio depresivo.

¿Son distintos los síntomas si el trastorno se debe al efecto de una enfermedad subyacente o al efecto secundario (o a la interacción) de un medicamento?

En general, una depresión es una depresión, independientemente de su origen. En ocasiones, pueden aparecer indicios sutiles de que una enfermedad o una medicación son la causa de que el paciente se sienta excesivamente en baja forma o «aplastado», incluso para el caso de una persona a la que, clínicamente, se le ha diagnosticado depresión.

Si el estado anímico es depresivo como consecuencia de una baja actividad tiroidea, el enfermo puede presentar los síntomas clásicos de la depresión, aunque raramente estará agitado. Puede presentar sequedad de piel (lo que también podría ser un efecto secundario de la medicación) y disminución de los reflejos. Si la depresión se debe al alcoholismo, puede tener alteraciones en la función hepática y temblores. Sólo se llegará a un diagnóstico correcto después del estudio completo de todos los síntomas y de un adecuado análisis de sangre. Todo ello exige a menudo una estrecha colaboración entre el paciente, el psicoterapeuta y el médico general.

Me siento muy irritable, cosa que me lleva a enfrentarme con la gente, sobre todo con los más allegados. ¿Éste podría ser un síntoma de depresión?

Desde luego. La gente tiende a considerar que la depresión es sólo una cuestión de tristeza, pero si estudiara los criterios que definen la depresión mayor, observaría que aparece la irritabilidad entre ellos. Ésta puede ser, evidentemente, una característica de la personalidad del individuo o un síntoma de otros trastornos del estado de ánimo como, por ejemplo, la ansiedad. Si antes de padecer la depresión usted no era una persona irritable, ahora la irascibilidad se ha convertido, para usted, en un síntoma de depresión. La irritabilidad y la intranquilidad son síntomas frecuentes en los niños y en los adolescentes clínicamente deprimidos.

Los episodios recurrentes de depresión mayor, ¿presentan distintos niveles de gravedad?

A medida que la gente se hace mayor, los episodios recurrentes se vuelven cada vez más graves, una gravedad que depende en gran medida de la propia psicología de la persona y del tratamiento previo, si éste ha existido. Si el paciente fue adecuadamente tratado durante su primer episodio de depresión, es probable que nunca vuelva a padecer una depresión tan grave. Sobre todo porque comprenderá lo que le está sucediendo, porque sabrá qué tratamiento le conviene, porque ya conocerá a un buen terapeuta y porque ya no esperará mucho tiempo a ser tratado. Aunque haya cambiado de lugar de residencia desde su primer episodio, le será fácil localizar a un terapeuta cualificado porque ya ha aprendido cómo localizarlo.

Las personas deprimidas, ¿difieren en sus percepciones o reacciones frente a los síntomas?

Sí. En muchos aspectos, el dolor psíquico de la depresión es análogo al dolor físico; ambos son difíciles de describir con palabras, cada persona tiene un umbral distinto para el dolor, una capacidad de percepción diferente. Por ejemplo, algunos hombres y mujeres no pueden donar sangre porque no toleran una aguja clavada en su brazo, mientras que otros no experimentan nada cuando se les inserta la aguja. De la misma forma, hay personas que pueden «funcionar» bastante bien a pesar del persistente bajo estado de ánimo, mientras que otras se desmoronan. Las distintas sensibilidades frente a la depresión se ponen de manifiesto cuando uno intenta darse cuenta de cuál es el grado de depresión de una persona deprimida la primera vez que entra en el consultorio del terapeuta. Algunos pacientes acuden prematuramente, antes de que su bajo estado de ánimo alcance un nivel crítico. Otros pueden haber estado clínicamente deprimidos durante más de un año e incluso podría ser que hayan intentado suicidarse. Finalmente, están los que buscan ayuda en el momento más adecuado, cuando los síntomas han empezado a afectar su calidad de vida.

¿Cómo varían los episodios de depresión mayor entre distintas personas?

Algunas personas sufren un único episodio de depresión y nunca más vuelven a padecerlo. Otras experimentan varios, aislados, separados por años de estar sin síntomas. En otros casos, los episodios aparecen de forma agrupada. Algunas personas no se recuperan del todo de un episodio de depresión mayor antes de recaer en el siguiente.

La frecuencia de los episodios depresivos puede o no aumentar a medida que una persona se hace mayor. De todas formas, cuantos más episodios depresivos haya tenido una persona, mayor es el riesgo de volverlos a padecer en el futuro. Según ponen de manifiesto las investigaciones, cuando una persona ha sufrido dos episodios de depresión mayor, tiene un 70 % de posibilidades de sufrir un tercer episodio, y los que han padecido un tercero, tienen un 90 % de probabilidades de desarrollar un cuarto.

¿Cómo puedo saber si tengo distimia?

Si ha estado continuamente triste o «cayendo en el pozo» (aunque no gravemente deprimido o con ideas de suicidio) durante dos o más años, probablemente padece distimia, también llamada trastorno distímico. A los niños se les diagnostica distimia cuando presentan un estado crónico de ánimo deprimido o irritable de duración superior a un año. Además de la depresión prolongada, para diagnosticar distimia se deben padecer por lo menos dos de los siguientes síntomas: un poco o desmesurado apetito, trastornos del sueño (insomnio o hipnomanía), poca energía o fatiga, baja autoestima, escasa capacidad de concentración, dificultad para tomar decisiones y sentimiento de desesperación.

Algunos pacientes de distimia se hunden todavía más al considerarse a sí mismos como personas «no interesantes» o «incapaces». Raramente buscan ayuda profesional debido a que el largo tiempo en que han estado conviviendo con la distimia les ha llevado a considerar normales los síntomas que padecen. Igual que en el caso de la depresión mayor, los síntomas de la distimia se apoderan sigilosamente de la persona. No es raro ver síntomas que empiezan en la infancia, en la adolescencia o en la pubertad.

¿Es frecuente que gente con distimia también padezca episodios de depresión mayor?

Aproximadamente una de cada cuatro personas diagnosticadas de distimia sufrirá también al menos un episodio de depresión mayor. Si el episodio se superpone a un período de distimia, el proceso recibe el nombre de «depresión doble», una situación difícil de diagnosticar ya que los síntomas de ambos trastornos son similares.

¿Cuáles son los síntomas de un episodio de estado de ánimo mixto?

Esta alteración, rara pero grave, se diagnostica cuando alguien presenta a la vez síntomas de depresión y de manía. Por ejemplo, cuando alguien se encuentra emocionalmente triste, pero tiene ideas delirantes al pensar en negocios, o cuando la persona se siente con energías ilimitadas pero es incapaz de canalizarlas hacia algo que anteriormente le había aportado satisfacción. La característica más significativa de este trastorno es la irritabilidad. Las víctimas de episodios del estado de ánimo mixto pasan por ser gruñonas y malhumoradas.

¿Existe la depresión premenstrual?

Sí. La denominación técnica recibe el nombre de trastorno disfórico premenstrual. Se diagnostica como tal si se experimenta de forma regular un estado de ánimo marcadamente deprimido, ansiedad importante y disminución del interés por las actividades normales durante la semana que precede a la menstruación, y si esta sintomatología desaparece unos días después del inicio de la regla. Los síntomas deben haberse manifestado en la mayoría de los ciclos menstruales del año anterior y deben desaparecer a la semana de finalizar el período. Además, para poder diagnosticar este trastorno, los síntomas deben interferir con el trabajo, la escuela o las demás actividades.

¿Qué otras formas de depresión existen?

Si bien la depresión se puede definir en general como un estado emocional patológico, de un modo más específico, es susceptible de múltiples clasificaciones. Entre ellas, cabe citar:

- **Trastorno depresivo menor.** Se refiere a episodios de síntomas de depresivos con una duración mínima de dos semanas y con menos de los cinco síntomas característicos de la depresión mayor.
- **Depresión grave con características psicóticas.** Significa que el paciente deprimido tiene fantasías o alucinaciones que generalmente giran en torno a temas depresivos. Por ejemplo, el paciente puede sentirse culpable, sin serlo, de las desgracias que le ocurren a otro, o puede oír voces fantasmales que le dicen que no sirve para nada. Las alucinaciones que padecen las personas con depresión grave son generalmente transitorias.
- **Trastorno depresivo breve y recurrente:** constituido por episodios depresivos que duran entre dos días y dos semanas, y que aparecen por lo menos una vez al mes durante un año, sin estar asociado al ciclo menstrual.
- **Depresión mayor con caracteres melancólicos:** este diagnóstico puede aplicarse al estado de ánimo del paciente deprimido que no reacciona, ni siquiera temporalmente, cuando sucede algo bueno. Según el DSM-IV, también deben estar presentes tres de los síntomas siguientes: una cualidad distinta del estado de ánimo depresivo (por ejemplo, el paciente siente una emoción distinta de la experimentada tras la muerte de un ser querido); la depresión es habitualmente más intensa por la mañana, con un despertar precoz (al menos dos horas antes de la hora habitual); entumecimiento o agitación psicomotoras importantes; anorexia significativa o pérdida de peso; culpabilidad excesiva o inadecuada.
- **Depresión atípica:** en lugar de despertarse demasiado pronto y no tener apetito, como ocurre en la depresión clásica, estos pacientes tienden a dormir más de lo habitual y a comer en demasía. A lo largo del día, su estado de ánimo empeora progresivamente en lugar de mejorar.
- **Trastorno afectivo estacional:** se caracteriza porque los síntomas depresivos aparecen a finales de otoño o en invierno, y desaparecen en primavera y verano.

- **Depresión posparto (DPP):** se trata de la depresión mayor que se instala entre las dos semanas y el año después del parto, con una duración media de entre tres y seis meses. Hasta un 15 % de las madres sufren una depresión posparto.

• **Trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido:** son sentimientos de tristeza, ganas de llorar o desespero que se desarrollan al producirse un cambio importante en la vida como, por ejemplo, marcharse a estudiar lejos de casa o cambiar de trabajo.

¿Cuáles son los síntomas de la depresión posparto?

Existen muchos síntomas asociados a la DPP, entre los que se incluyen ansiedad, dificultad para tomar decisiones, miedo a la soledad, falta de memoria, confusión, falta de interés por actividades, que antes producían satisfacción, cambios importantes en el apetito, alteraciones del sueño, ganas de llorar sin motivo aparente, dificultad para tocar o cuidar al bebé, sentimiento de culpabilidad por haber tenido un bebé; odio hacia el marido, hacia el bebé o hacia sí misma; hostilidad, rabietas, nerviosismo, pérdida del control, problemas de lactancia, sentimientos de inutilidad, dolores corporales, ataques de pánico. Las mujeres con DPP se sienten atrapadas y quieren abandonar a su familia. Algunas quieren lesionar al bebé o dañarse a sí mismas. Estas mujeres presentan un elevado riesgo de caer en el abuso de drogas o en el alcoholismo.

Para que se les diagnostique DPP, tienen que padecer varios de los síntomas señalados arriba, siempre y cuando se hayan iniciado dentro de los doce meses siguientes al parto.

¿Qué diferencia existe entre la melancolía posparto y la depresión posparto?

En la melancolía, las ganas de llorar y la tristeza no duran más de cuatro días. Desaparece normalmente sin más intervención exterior que el soporte de la familia y los amigos. La melancolía se considera normal. Afecta a más de la mitad de las mujeres en los primeros días después del parto.

La DPP es un problema mucho más serio. Sus síntomas son los mismos que los de la depresión mayor y duran por lo menos dos semanas. El riesgo de sufrir DPP es mayor entre las mujeres con antecedentes personales o familiares de depresión o de otro tipo de problemas psiquiátricos.

¿Cuáles son los síntomas del trastorno bipolar?

Las personas que padecen un trastorno bipolar pasan alternativamente de una depresión clínica a un estado de regocijo o euforia (manía). La fase maníaca de la enfermedad puede producir elevados niveles de energía, comportamientos sociales inusuales, poco discernimiento, insomnio e ideas descabelladas. Cada estado de ánimo, depresión o manía, puede durar entre unas pocas horas y varios meses antes de pasar al otro.

Cada vez que Belinda se deprime, empieza a tener discusiones con su marido, pero cuando entra en su fase maníaca, se vuelve cariñosa y apasionada en casa y más eficiente en el trabajo. Como la mayoría de los pacientes bipolares, Belinda pasa períodos en los que su estado de ánimo es normal. Los trastornos bipolares afectan entre un 0,4 y 1,6 % de la población; se estima que un 10 % de las personas deprimidas sufren episodios maníacos.

Como consecuencia de las distintas manifestaciones del trastorno bipolar, la comunidad asistencial que trata las enfermedades mentales clasifica las maníaco-depresivas en varias categorías:

- *Trastorno bipolar I*: se caracteriza por la presencia de episodios maníacos importantes y depresiones leves.
- *Trastorno bipolar II*: se caracteriza por la presencia de depresiones importantes y períodos de manía moderada.
- *Trastorno bipolar III*: diagnóstico no oficial que se da cuando el paciente está habitualmente deprimido y sufre trastornos maníacos cuando se le trata con medicación antidepressiva. Los antecedentes familiares de depresión están también presentes en casos de trastorno bipolar III.
- *Trastorno ciclotímico*: el paciente experimenta varios ciclos maníaco-depresivos en el transcurso de dos años por lo menos. En los niños y adolescentes, se exige una duración de doce meses como

mínimo. A lo largo de estos períodos, el paciente no se encuentra libre de síntomas durante un tiempo superior a los dos meses; estos síntomas son lo suficientemente graves como para producir angustia o deterioro importantes. Si el paciente sufre más de un ciclo depresivo o maníaco a lo largo de una semana, el trastorno se denomina «de ciclo rápido». El llamado «ciclo ultra rápido» se produce cuando el paciente pasa de la tristeza a la irritabilidad más de una vez al día. Los síntomas incluyen generalmente agitación, cambios de apetito, psicosis (pérdida de contacto con la realidad) e ideas de suicidio. Algunos pacientes quedan tan afectados o tan en riesgo de dañarse que deben ser hospitalizados. Afortunadamente, esta situación no es muy frecuente.

¿En qué se diferencia el duelo de la depresión?

El duelo es una reacción normal de pena frente a la pérdida, normalmente por muerte, de alguien próximo. El duelo y la depresión comparten algunos síntomas, tales como la tristeza, el insomnio y la pérdida de peso. De todas formas, el duelo desaparece normalmente en el término de un par de meses, mientras que la depresión clínica no tratada dura una media de seis meses. Los medicamentos antidepressivos bloquean a menudo los síntomas en las personas clínicamente deprimidas. Estos medicamentos no tienen ningún efecto en las personas que padecen un duelo «normal».

En algunos casos, la pérdida de un ser querido desencadena un episodio de depresión. Pensamientos tales como «realmente voy a encontrar a faltar a esta persona», «mi vida nunca volverá a ser la misma» forman parte de lo que es un proceso «normal» de pena. Si, por otra parte, los pensamientos van en la línea de que «no puedo seguir viviendo sin esta persona», «no vale la pena vivir por más tiempo», usted puede estar clínicamente deprimido además de afligido. Otros indicios de que su reacción de duelo es anormal incluyen una preocupación patológica con sensación de no servir para nada, una significativa y prolongada incapacidad para funcionar y una sensación de culpabilidad no relacionada con la muerte del ser querido, según el DSM-IV. Recuerde que la duración de un duelo normal puede depender del tipo de relación que haya tenido con la persona perdida. Si teme que su sensación de pena pueda evolucionar

nar hacia una depresión clínica, necesitará probablemente hablar con su médico de confianza, con un sacerdote, con un consejero con experiencia en estas situaciones, o con un psicoterapeuta.

DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN

¿Cómo se diagnostica la depresión?

Ahora usted ya sabe que existe una larga letanía de síntomas asociados a la depresión clínica. El trabajo de su terapeuta consiste en averiguar qué síntomas presenta, decidir si son indicadores de un estado anímico depresivo y determinar si han durado lo suficiente como para justificar un diagnóstico de depresión. Después de reconsiderar todos sus síntomas, el terapeuta deberá establecer si existen otros factores que puedan confundir el diagnóstico, tales como una depresión posparto, una depresión añadida a un trastorno de personalidad, una depresión relacionada con alguna enfermedad o una depresión inducida por el consumo de drogas, ya sea legales o ilegales.

Así pues, la herramienta de diagnóstico más válida es la confección de una lista detallada de sus síntomas pasados y presentes: su «historia». Su terapeuta tendrá presente, entre otras cosas, cuándo empezaron sus síntomas, si le habían afectado en otras ocasiones, si padece alguna enfermedad que produzca depresión y si tiene parientes consanguíneos que hayan padecido depresión. En el caso de que algún familiar hubiera sido tratado con éxito de depresión, le preguntará probablemente por el tratamiento seguido. Un buen terapeuta le preguntará, además, por otros síntomas que usted no haya mencionado, como por ejemplo si su apetito ha cambiado o si tiene problemas para dormir.

¿Es posible que mis antecedentes culturales, religiosos o étnicos influyan en cómo sufro o expreso mis síntomas depresivos?

Sí. En algunos países y entre algunos grupos étnicos, la depresión puede expresarse sobre todo en forma de síntomas físicos más que

en forma de tristeza o de falta de interés. Por ejemplo, las personas de origen latino pueden quejarse de «nerviosismo», mientras que los asiáticos pueden hablar de lasitud y de fatiga. Las personas que practican su religión de forma muy rígida pueden experimentar más sentido de culpabilidad en su depresión; pueden creer, por ejemplo, que no viven según lo que su guía religioso o Dios espera de ellos.

¿Algunas razas o culturas son más propensas a la depresión?

No. La depresión y otros trastornos del estado de ánimo son enfermedades independientes de las razas y de las culturas.

¿Cuánto tarda normalmente un paciente deprimido en pedir ayuda profesional?

Una persona corriente tarda entre tres y cuatro meses en pedir hora de visita para el psiquiatra. No es raro que estas personas presenten un historial de depresión no tratada. Como se indicó en el capítulo uno, se estima que un 80 % de las personas clínicamente deprimidas no pedirá ayuda, y que un 50 % nunca se dará cuenta de que padece una depresión como diagnóstico inicial.

Si la gente se encuentra deprimida durante tanto tiempo, ¿qué motiva finalmente su búsqueda de ayuda?

Algunos han oído hablar de un nuevo antidepresivo y quieren probarlo. Otros lo hacen en respuesta a una crisis surgida como consecuencia de su estado de depresión; por ejemplo, cuando la esposa amenaza con irse de casa o su jefe con despedirles si no buscan ayuda. Una noticia sobre una persona famosa que ha sido tratada con éxito de su depresión puede inducir a alguien a buscar ayuda. Otros se encuentran tan débiles que se han aislado socialmente y no pueden seguir funcionando de forma óptima en su

trabajo, en casa o en la escuela. En ocasiones, alguno intenta suicidarse o «toca fondo» y acepta que necesita la ayuda de un profesional.

¿Tendré que hacerme un análisis de sangre antes de mi primera visita al psiquiatra?

Cuando contacte con su terapeuta para fijar fecha para la primera visita, se le preguntará el motivo por el cual desea ser visitado. Si existe una posibilidad de que esté deprimido, se le pedirán unos análisis de sangre antes de la visita. Estos análisis no sirven para diagnosticar la depresión: sólo comprueban una serie de condiciones médicas que pueden simular la depresión. También es importante descartar ciertas enfermedades para el caso de que fuese necesario administrar antidepresivos. Los análisis generalmente incluyen:

- Recuento completo de células sanguíneas, cosa que detectaría una anemia, por ejemplo.
- Análisis química para verificar el funcionamiento del hígado y de los riñones.
- Electrolitos (que forman parte de la química química) para medir los niveles de potasio, sodio y calcio en la sangre. Permitirán descartar varias causas metabólicas de la depresión.
- «Perfil tiroideo», especialmente un análisis de la hormona estimulante de la tiroides (TSH), que podría detectar una glándula tiroides con baja o excesiva actividad.

Según donde viva, puede ser que le hagan un análisis para detectar la enfermedad de Lyme, que, transmitida por una garrapata, a veces causa síntomas psiquiátricos, especialmente depresión. La enfermedad de Lyme es frecuente en el nordeste de Estados Unidos, aunque también se ha detectado en otras regiones y en otros países.

Además del análisis de sangre, pueden pedirle un electrocardiograma (ECG) para asegurarse de que su corazón está suficientemente bien para soportar ciertos antidepresivos en el caso de que los necesite.

¿Surgirá el tema del suicidio durante mi primera visita?

Debería surgir. Antes de sacar el tema (si no lo hace usted mismo), su terapeuta seguramente esperará un poco hasta que se haya establecido una buena comunicación. No obstante, siempre que se sospeche una depresión es esencial preguntar sobre el suicidio para ayudar a determinar la gravedad del trastorno. Según la American Psychological Association (Asociación Psicológica Americana), se han realizado estudios que demuestran que el 75 % de los individuos que se suicidan ya lo habían intentado anteriormente.

La primera pregunta relacionada con el suicidio será algo como «¿Ha pensado alguna vez en autolesionarse?». Si su respuesta es afirmativa, su terapeuta deberá averiguar el riesgo de su situación. Le puede preguntar: «¿Ha intentado alguna vez autolesionarse?», o bien «¿Alguien de su familia se ha suicidado o ha intentado suicidarse?». Evidentemente, si contesta de forma afirmativa a una o a ambas preguntas, el problema es muy serio.

El terapeuta también deberá averiguar si usted tiene un plan concreto de suicidio o si simplemente se trata de una vaga intención de no querer seguir viviendo. ¿Tiene control sobre sus pensamientos suicidas? ¿piensa actuar de acuerdo con ellos? Si usted manifiesta que no puede controlar sus ideas sobre el suicidio, es posible que le haga ingresar inmediatamente en un hospital para su propia protección. Si puede controlar sus pensamientos suicidas, el paso siguiente del terapeuta consistirá en averiguar si este sentido de control le tranquiliza o le perturba. Pensar en el suicidio de una forma controlada y sentirse tranquilo por este control ha llevado a muchos pacientes deprimidos a salir del pozo. La causa radica en que los que están gravemente deprimidos se sienten a menudo atrapados, desesperados y desamparados. A veces, pensamientos suicidas pasivos tales como «No me importa si me atropella un camión» o «No me importa morir si me libro de todo este padecimiento», sirven como una puerta metafórica para salir de un lugar que no tiene otras puertas. Entre la idea de quitarse la vida y el hecho de hacerlo hay una gran distancia: el mero pensar en el suicidio no significa necesariamente que usted deba ser un candidato a ingresar en un hospital psiquiátrico.

Mis pensamientos suicidas me asustan y me perturban. ¿Cómo puedo hablar de un tema tan personal con un extraño?

Los psiquiatras están acostumbrados a este tipo de conversaciones y no se sorprenderán ni se mostrarán sentenciosos. En la mayoría de los casos, los pacientes con ideas suicidas se sienten aliviados e incluso confortados cuando el profesional empieza a efectuar preguntas sobre estos pensamientos. Estas preguntas provocativas pueden marcar un giro en la terapia y ayudan a crear una relación de confianza entre usted y el terapeuta.

¿Existen pruebas médicas para diagnosticar la depresión?

En la actualidad no existen pruebas de sangre, fiables que permitan diagnosticar la depresión. Hace algunas décadas se desarrollaron unas pruebas analíticas de sangre, como por ejemplo el test de su presión de dexametasona, para detectar la depresión, pero dejaron de usarse pues demostraron que no eran de confianza.

Hay dos tipos de pruebas basadas en el tratamiento electrónico de imágenes del cerebro (la tomografía por emisión de positrones —el PET— y la tomografía de emisión simple de fotones —el SPECT—) que permiten estudiar el metabolismo de la glucosa en distintas partes del cerebro. Estas pruebas son utilizadas por los investigadores y podrían ser herramientas útiles para el diagnóstico, pero resultan muy costosas para ser empleadas de una forma rutinaria. De todos modos, tales pruebas no son en realidad imprescindibles, ya que la depresión puede ser diagnosticada fácilmente a través de sus síntomas y la historia clínica de su salud mental.

¿Puede un profesional saber si estoy deprimido por la expresión de mi cara o mi apariencia?

Sí. Algunas personas deprimidas son muy retraídas. Se sientan en el consultorio del profesional como una estatua de mármol. Otras se

hallan visiblemente agitadas y parece imposible que se queden quietas en la silla, incluso pueden ponerse a deambular por la habitación. Otros indicadores de la depresión son el ceño fruncido, la inexpressividad o el abatimiento, así como el llanto. A algunos pacientes les gustaría llorar, pero no pueden porque se encuentran muy bloqueados por sus sentimientos.

¿Mi terapeuta va a querer hablar con mi pareja o con otros miembros de mi familia?

Esto depende de su estado. Su terapeuta podrá invitar a su pareja a una o más sesiones de terapia en el supuesto de que ésta sea la causa principal de su depresión o, por el contrario, un posible apoyo para curarse. No obstante, la mayoría de los terapeutas sólo tratará de hablar con su pareja u otro familiar si cree que usted necesita alguna información importante para el tratamiento. En todo caso le pedirá permiso a usted antes de hablar con cualquier miembro de su familia.

Los terapeutas sólo contestan a la llamada telefónica de un familiar si se produce una emergencia o si el familiar es responsable de su bienestar y usted ha dado su consentimiento previo a esta comunicación. El terapeuta no debe ponerse al teléfono si le llama, por ejemplo, el tío Juan, quien únicamente tiene curiosidad por conocer el estado de su sobrino.

En el caso de los adolescentes, los terapeutas suelen hablar con los padres o tutores al menos una vez, siempre con el conocimiento del paciente y en general en su presencia. Nunca deberá romper la confianza del joven a menos que la depresión pueda poner en peligro su vida.

¿Se puede diagnosticar una depresión en una sola sesión?

Sí, especialmente cuando el médico tiene los resultados de los análisis de sangre que le permitan descartar otras condiciones médicas que puedan simular el cuadro clínico de la depresión.

¿Puede pasarse por alto o diagnosticarse mal una depresión?

Desgraciadamente la respuesta es sí. Entre los profesionales de salud mental existe la incompetencia, la falta de experiencia, la falta de práctica. También es posible que no sean capaces de reconocer la enfermedad aunque la tengan delante de ellos. Algunos se encuentran tan incómodos frente a un enfermo deprimido que no detectan los síntomas.

Otro problema importante lo constituye el diagnóstico erróneo. Un paciente que deambula por el consultorio en una primera visita, puede ser diagnosticado de trastorno de ansiedad cuando en realidad se trata de un síntoma de ansiedad de la depresión que sufre. La disimulia puede diagnosticarse erróneamente como un trastorno de la personalidad. A una madre que acaba de dar a luz se le puede decir que padece de melancolía posparto cuando en realidad sus síntomas han durado demasiado y han sido demasiado intensos. También puede producirse un error en el diagnóstico cuando la depresión es extremadamente complicada o el paciente aporta un historial pobre o poco confiable. Incluso el terapeuta más experimentado puede equivocarse.

Además, existe varios problemas médicos, como la enfermedad de Parkinson o la de Alzheimer, ciertas encefalitis y otras enfermedades infecciosas, algunos casos de trombosis cerebral, etc., que pueden dejar a una persona clínicamente deprimida. Si usted ha sufrido una trombosis, por ejemplo, y como consecuencia padece depresión, un médico podría pensar: «¿Quién no estaría deprimido después de tener una trombosis?» y dejarle sin tratamiento. Una serie de estudios demuestran que hasta un 60 % de los pacientes que han sufrido una trombosis, especialmente en los casos en que ésta ha afectado la parte anterior izquierda del cerebro, desarrollan una depresión clínica y responden bien al tratamiento con antidepressivos. Muchos pacientes afectados de cáncer pueden beneficiarse de un tratamiento antidepressivo. Aunque en estos casos exista una causa externa evidente para la depresión, ello no implica necesariamente que ésta deba ignorarse. Negarse a tratar una depresión en una persona con otra patología es como si un médico rehusara enyesar su pierna fracturada porque sabe que se la ha roto cayendo por una escalera.

¿Algunos pacientes pueden simular una depresión con la finalidad de conseguir Prozac u otro antidepressivo?

Existe un cierto número de pacientes que intentan hacerse con medicamentos. En la mayoría de casos, no obstante, estos enfermos se quejan de ansiedad o insomnio y buscan pastillas para dormir o tranquilizantes. Algunos aparentan estar deprimidos para conseguir ausentarse del trabajo o eludir otras responsabilidades. Esta conducta puede ser consciente o inconsciente: un terapeuta astuto la detectará fácilmente.

Consulté a un psiquiatra y me dijo que no padezco depresión. No estoy de acuerdo con el diagnóstico: ¿debo ir a otro médico?

Usted siempre tiene plena libertad para obtener una segunda opinión. Si dos o más terapeutas llegan a la misma conclusión, lo más probable es que estén en el camino correcto.

Un ejemplo típico lo constituye el caso de un paciente alcohólico cuyo psiquiatra se niega prescribirle un antidepressivo o a iniciar la psicoterapia hasta que se abstenga de beber alcohol. El profesional sabe que ciertos antidepressivos no deben mezclarse con alcohol y que en muchos casos la psicoterapia es ineficaz en un bebedor activo. Más aún, el médico querrá saber si la depresión del paciente desaparece por sí sola cuando éste deje de beber. El paciente no suele estar conforme con esta situación y busca a otro terapeuta.

Lo importante es que, independientemente de que usted esté o no conforme con las apreciaciones de su terapeuta, éstas deben tener sentido para usted; en caso contrario, busque a otro especialista en salud mental (véase Capítulo 4).

Causas de la depresión

¿Por qué está tan extendida la depresión?

Nadie lo sabe. El ámbito tan extenso sobre el que puede actuar la depresión tiene que ver probablemente con nuestra bioquímica, con la psicología de cada uno y con el ambiente en que está inmerso el individuo. El buen funcionamiento de nuestro cerebro depende de la correcta interrelación de varias sustancias químicas conocidas como «neurotransmisores», sustancias que permiten la comunicación entre las células cerebrales. Basta una pequeña anomalía en un determinado neurotransmisor para precipitar un episodio depresivo o predisponer a alguien a la depresión.

Más allá de las causas bioquímicas, existe una gran cantidad de factores psicológicos, tales como la baja autoestima y los conflictos inconscientes, que son muy comunes y que pueden conducir a un estado de ánimo depresivo en personas predispuestas. En nuestra sociedad también aparecen, con mucha frecuencia, desencadenantes externos de la depresión como, por ejemplo, la pérdida del trabajo, el divorcio, etc.

¿Qué sustancias químicas se hallan alteradas en las personas deprimidas?

Se sabe que existen tres neurotransmisores relacionados con la depresión. Probablemente el más importante es la serotonina, que, al parecer, influye en el control del estado de ánimo y en los estados de conciencia. Le sigue la norepinefrina (o noradrenalina, emparentada con la epinefrina o adrenalina), hormona encargada de desencadenar la reacción de alerta en una situación de alarma. La norepinefrina es segregada por ciertos terminales nerviosos y por las glándulas suprarrenales. La tercera sustancia química del cerebro relacionada con la depresión es la dopamina. Al igual que la norepinefrina, la dopamina es una sustancia hormonal que desempeña varias funciones en el cerebro. El desequilibrio en el contenido de dopamina se ha asociado a la enfermedad de Parkinson, a la esquizofrenia, al alcoholismo y a la depresión

¿Cómo controlan el estado de ánimo estos neurotransmisores?

Hace veinte años se pensaba que la depresión se debía simplemente a una disminución de los niveles de serotonina, norepinefrina y dopamina en el cerebro. En la actualidad, los investigadores están de acuerdo en que la depresión es un problema mucho más complejo, y justo ahora están empezando a comprender la interacción, normal o anormal, entre la serotonina, la norepinefrina y la dopamina.

De acuerdo con las teorías actuales, la serotonina, la norepinefrina y la dopamina actúan sobre los «centros de control del estado de ánimo». Se cree que estos centros del humor están formados por agrupaciones de neuronas distribuidas por el cerebro. Cuando los centros de control del estado de ánimo funcionan correctamente, se entiende que los neurotransmisores trabajan de manera sincrónica, facilitando una comunicación estable entre todas y cada una de las células cerebrales implicadas en el control del estado de ánimo. Cuando, por el contrario, los neurotransmisores funcionan mal (de una forma que no se conoce completamente) se desarrolla la depresión. Si se tratase tan sólo de una deficiencia en los neurotransmisores, la depresión podría curarse rápidamente con medicación. La

realidad, no obstante, no es así. Se necesita tiempo, por lo general hasta seis semanas, para que los antidepresivos normalicen la actividad de los neurotransmisores.

Puede establecerse una analogía con la arritmia cardíaca. En este caso, el corazón sigue latiendo, pero su ritmo es demasiado rápido, demasiado lento o desorganizado, anárquico. Como consecuencia, la sangre no circula bien. Poco a poco, los medicamentos para el corazón van regulando el ritmo cardíaco, normalizando así la cadencia de sus latidos. En el cerebro, los antidepresivos actúan disminuyendo o aumentando la regulación de las células cerebrales responsables del estado de ánimo, a las que suponemos aceleradas o frenadas y causando así la depresión.

¿Existe alguna teoría que explique las causas de las anomalías en los neurotransmisores?

Cuanto más grave es una depresión, más parece tener un componente genético. Por ejemplo, si el padre o un hermano padece la enfermedad depresiva, la posibilidad que tiene el paciente de padecerla también es entre 1,5 y 3 veces más probable que una persona que no tenga esos antecedentes. La presencia en particular de un cierto componente genético en el «gen de transporte de serotonina» puede predisponer a ciertas personas a una depresión mayor, tal lo que indica un reciente artículo publicado en *The Lancet*, prestigiosa revista de medicina que se publica en Gran Bretaña y que se distribuye por todo el mundo.

A menudo, la depresión yace adormecida hasta que el nivel de estrés acumulado en la vida de una persona alcanza un punto crítico. Según esta «teoría del estrés fisiológico», cuando el cerebro se sobrecarga fisiológica, psicológica o sociológicamente, se manifiesta el trastorno mental que tenga la persona. Por ejemplo, tiene más probabilidades de desarrollar una depresión aquella persona que tiene una predisposición genética a esta enfermedad y sufre la pérdida de un ser querido o del puesto de trabajo, tiene baja autoestima o experimenta una situación de aislamiento extremo, de trabajo excesivo o de otra situación estresante. Si tiene propensión a padecer fobias o ataques de ansiedad, se podrían desencadenar cualesquiera de estos trastornos como consecuencia de la misma situación estresante.

Sucede lo mismo con el cáncer o con las enfermedades cardíacas. Algunas personas heredan genes que incluyen el código del cáncer o de una cardiopatía, aunque la expresión de estos genes depende parcialmente del estilo de vida, de factores tales como el hábito de fumar, la dieta, la vida sedentaria, etc. Esto no quiere decir que la gente pueda controlar el desarrollo de un cáncer, una enfermedad cardíaca o una depresión. En cada caso se da una coincidencia de causas, sobre algunas de las cuales se puede actuar mientras que sobre otras no se puede hacer nada.

¿Existen otras teorías sobre las causas biológicas de la depresión?

Se ha estudiado el papel del metabolismo anormal de ciertos electrolitos en las neuronas como posible factor de la depresión, especialmente en los trastornos bipolares. Concretamente, hay cierta evidencia que apoya la hipótesis de que durante los episodios de trastorno del estado de ánimo se produce un excesivo transporte de sodio al interior de las neuronas y que éste vuelve a equilibrarse durante la fase de recuperación. Las alteraciones de los ritmos biológicos, particularmente durante la fase de ensoñación, del sueño, son objeto de estudio como posibles causantes de la depresión y de trastornos bipolares.

Los psicólogos evolucionistas tienen otra teoría: estamos genéticamente programados para actuar en una sociedad de cazadores-recolectores. Los antropólogos nos dicen que los cazadores-recolectores eran especies con un alto concepto social, donde algunos miembros de estos extensos clanes cuidaban a los hijos de los otros, y donde cada uno dependía de los demás para sobrevivir en el día a día. En la actualidad, uno de cada cuatro americanos vive solo. Los automóviles, las computadoras personales y la televisión nos aíslan de nuestros vecinos. Un artículo publicado en la revista *Time* en agosto de 1995 atribuye la depresión a la falta de concordancia entre nuestra carga genética y el mundo moderno. Como prueba de ello, los psicólogos evolucionistas hacen referencia a las tribus primitivas de hoy en día, como los kaluli de Nueva Guinea y los cazadores-recolectores kung de África, entre los cuales parece que no existe la depresión.

La gente dice que mi depresión reside sólo en mi cabeza y que debo librarme de ella yo solo... ¿Tienen razón?

Hablando estrictamente, la primera parte de la frase es correcta. La depresión reside en su cabeza: su cerebro es el único responsable de su estado de ánimo. Si usted es capaz de levantar su estado de ánimo sin ayuda alguna, probablemente nunca ha tenido depresión clínica, sino que ha estado sometido a las sensaciones normales de tristeza. En el caso de la depresión mayor, usted podrá salir adelante solo un día en particular o en una experiencia determinada sin ser consciente de que está deprimido. No obstante, librarse de un episodio de depresión mayor con sólo la fuerza de voluntad es prácticamente imposible. Comentarios como «ánimate y sal adelante» se deben, en general, al miedo, a la denegación, a la ignorancia o a falsos estereotipos. Nadie le diría a un diabético o a un esquizofrénico que se cure sin ayuda de un profesional.

Mi madre padeció episodios depresivos durante la mayor parte de su vida. ¿Esto puede aumentar el riesgo de que yo padezca depresión?

Sin duda. De hecho, una historia familiar de depresión puede doblar o triplicar el riesgo de padecer depresión respecto a la población general. La prueba más convincente la tenemos a partir de los estudios llevados a cabo a finales de los años ochenta sobre hermanos gemelos. Si uno de los gemelos idénticos había sufrido una depresión, en un 65 a un 75 % de los casos también lo sufrió el otro hermano; entre los no idénticos, el porcentaje se sitúa entre el 14 y el 19 %. Estas cifras se mantienen incluso en los casos en que los gemelos fueron separados desde el nacimiento. La investigación ha demostrado también que los parientes que sufren depresión suelen responder a los mismos antidepresivos. Con la finalidad de establecer un tratamiento, los científicos han empezado a identificar marcadores en distintos genes que parecen ser los responsables de la enfermedad depresiva. Se espera que la clonación de animales de labo-

ratorio con el fin de estudiar la depresión pueda permitir avanzar en la búsqueda de estos genes.

¿Qué edad suele tener el paciente deprimido?

En la mayoría de los casos, el primer episodio de depresión clínica se produce en mayores de treinta años. Se ignora el motivo, pero es así, aunque pueden existir razones fisiológicas. También pueden darse factores sociológicos: para mucha gente, la educación formal no termina hasta los veintitún años, aunque en algunos casos llega hasta los treinta o más. Terminar los estudios, tanto los superiores como los secundarios, constituye un objetivo conocido como desencadenante de la depresión en individuos vulnerables.

Del estudio de la depresión a lo largo de varias décadas se deduce que la edad de aparición es cada vez más temprana. Entre los años 1920 y 1930, la depresión de los adolescentes parecía muy rara y era prácticamente desconocida entre los niños. Hoy en día, tiene una elevada incidencia entre los adolescentes y es cada vez más frecuente en la infancia. En el caso de las chicas puede ser un reflejo de la aparición de la menstruación, que se inicia a edades cada vez más precoces. También puede estar sucediendo que tanto los padres como los pediatras sean más sensibles a la depresión de la gente joven. Además, se ejerce más presión sobre los niños y adolescentes de hoy para que alcancen metas académicas y sociales. El abuso de drogas entre la gente joven puede provocar y enmascarar una depresión clínica.

¿Por qué la depresión entre los adolescentes está tan extendida?

A medida que se acercan a la edad adulta, los adolescentes se encuentran con un sinnúmero de situaciones estresantes que pueden afectar a su estado de ánimo: cambios en el cuerpo, sensación de ser objeto de la atención de los demás, aprender a conducir antes de que esté emocionalmente preparado, drogas, tratar de independizarse de los padres pese a depender aún de ellos, etc. Sin embargo, la máxima incidencia estadística de la depresión clínica *no* corresponde

a la adolescencia. Los cambios de humor y los estados de melancolía periódicos se consideran normales en la adolescencia. La depresión que aparece a esta edad suele tener mucha publicidad, probablemente debido al drama y al impacto que supone un suicidio en este grupo de edad, al que también puede contribuir el hecho de su tendencia a ser más impulsivos e ir directos a la acción.

¿Cuál es la causa de la depresión posparto?

Como ocurre con otras formas de depresión, se cree que la DPP tiene causas múltiples. Por un lado, durante el embarazo se produce un profundo cambio hormonal en la relación entre los estrógenos y la progesterona, a la que sigue otro cambio después del parto. Estos cambios hormonales pueden provocar estragos en las emociones de las mujeres predispuestas a la depresión. Se piensa que el estrés súbito que representa el convertirse en responsable de una criatura indefensa puede contribuir a la DPP, que afecta de un 10 a un 15 % de mujeres dentro de los seis meses que siguen al parto. El riesgo de padecer una DPP es mayor entre las mujeres con antecedentes psiquiátricos.

Me deprimí mucho después de abortar.

¿Esto es frecuente?

Según un estudio sobre 229 mujeres que habían abortado, el 11 % padeció un trastorno de depresión mayor dentro de los seis meses posteriores a la pérdida del embarazo. Esto contrasta con el 4,3 % de mujeres que sufrió depresión de entre las 230 escogidas de forma aleatoria como grupo de control para el mismo estudio. Las mujeres sin hijos que abortaron presentaban cinco veces más depresión que aquéllas que ya tenían otros hijos. Según el estudio publicado el 5 de febrero de 1997 en el *Journal of the American Medical Association* (Revista de la Asociación Médica Americana), el 72 % de las mujeres con depresión que se presentaron después de haber abortado, lo hizo dentro del primer mes después de perder al hijo. El estudio también demostró que las mujeres con un historial de depresión están más predispuestas a sufrir una recaída después un aborto.

¿El embarazo puede causar depresión?

Posiblemente. En Estados Unidos, una de cada diez mujeres sufre un episodio de depresión mayor durante su embarazo. Entre los factores de riesgo se incluyen los problemas de pareja, un período previo con depresión, una historia familiar con esta enfermedad o un embarazo no deseado.

¿Los solteros tienen un mayor riesgo de padecer una depresión?

Los solteros sin relaciones íntimas estables presentan una proporción mayor de depresiones que la gente casada. El porcentaje más bajo de depresiones se da entre los hombres felizmente casados. Los índices más altos se presentan entre los hombres solteros, blancos y ancianos, así como entre las personas con matrimonios infelices.

¿Las personas mayores son más sensibles a la depresión?

Las personas de edad avanzada tienen ciertamente un riesgo mayor de sufrir depresión. Ello puede deberse en parte a una disminución de los niveles de los neurotransmisores, aunque también se dan otras circunstancias negativas. Las personas mayores deben encarar la pérdida de salud, del cónyuge o del atractivo físico en una sociedad en la que se potencia el atractivo de la juventud. Después de la jubilación, los mayores pueden echar en falta la pérdida del prestigio y de la posición social que disfrutaron durante su etapa laboral. Es aquí donde interviene el concepto de «integridad del ego frente a la desesperación del ego» desarrollado por el investigador Erik Erikson: se sienten bien aquellas personas que pueden mirar hacia atrás en sus vidas de forma positiva; los que no pueden hacerlo, tienen una sensación de desesperación que puede conducir a una depresión clínica.

Desde un punto de vista cultural, las personas mayores tienden a ser menos respetadas en virtud de sus supuestos años dorados, y tienden también a quedarse más aisladas, dos ingredientes más para la depresión.

¿Por qué hay tantas mujeres afectadas de depresión?

Las mujeres tienen más mecanismos internos y externos de activación de la depresión, especialmente en el caso de las depresiones leves. Internamente, las mujeres tienen un ciclo de retroalimentación hormonal, muy bien estudiado en la depresión, que se inicia en el hipotálamo, pasa a la pituitaria (o glándula hipófisis) y de allí va a las glándulas suprarrenales y a los ovarios. Como consecuencia, los cambios en la concentración de estrógenos y de progesterona a lo largo del ciclo menstrual afectan el estado de ánimo. Las mujeres que han experimentado los cambios emocionales del síndrome pre-menstrual saben lo que significa este ciclo de retroalimentación hormonal. No obstante, sentir melancolía precisamente antes del inicio del período no es lo mismo que la depresión clínica. En el caso de las mujeres que padecen depresión clínica, cualquier alteración de este ciclo hormonal puede desencadenar una crisis. En los hombres también existe una retroalimentación hormonal similar, pero actúa en menor grado sobre los testículos. Por ello, las hormonas sexuales femeninas desempeñan un papel potencial importante en la depresión, mientras que las hormonas sexuales masculinas parecen influir menos en el control del estado de ánimo. Por definición, la depresión posparto sólo afecta a las mujeres. Éstas tienen «un equilibrio tiroideo más precario (asociado a menudo a episodios del estado de ánimo crónicos y de ciclo rápido)», según señala el doctor Hagop S. Akiskal, en un capítulo sobre los trastornos del estado de ánimo del libro *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (Tratado de psiquiatría, Williams y Wilkins, 1995).

Las mujeres sufren fuertes presiones sociales externas, de las que los hombres tienden a escapar. Más de la mitad de las madres trabajan actualmente fuera de casa. Los estudios demuestran que las mujeres todavía realizan la mayor parte del trabajo doméstico, la preparación de la comida, la compra y el cuidado de los hijos. Las mujeres también están más dispuestas que los hombres a asumir la tarea de cuidar a los demás. De acuerdo con un estudio realizado en 1994 en Estados Unidos, el 81 % de los cuidadores son mujeres, y un 49 % de ellas sufren depresión prolongada a causa de sus experiencias como cuidadoras, según la National Family Caregivers Association (Asociación Nacional de Cuidadoras Familiares) de Kensington, Maryland. Esta asociación define a los cuidadores como

familiares, amigos y vecinos que ayudan a los seres queridos en caso de enfermedad crónica o invalidez. En Estados Unidos existen unos 25 millones de cuidadores.

Además del estrés en el hogar, las mujeres sufren también mayor tensión en el trabajo. Ganan menos dinero que los hombres por el mismo trabajo, les es más difícil acceder a puestos de responsabilidad laboral y sufren acoso sexual con más frecuencia. De vuelta a su casa, también tienen más posibilidades que los hombres de ser víctimas de la violencia doméstica.

La bulimia y la anorexia son en gran medida problemas femeninos, en parte debidos al excesivo énfasis que nuestra cultura pone en la delgadez de las mujeres. Pobre de la mujer soltera con exceso de peso que escudriña los anuncios de contactos personales en busca de una cita. La mayor parte de los anuncios, puestos por hombres, especifican la «delgadez» como prerequisite.

Desde una perspectiva sociológica, se supone que los hombres deben expresar su agresividad de forma directa, mientras que a las mujeres se les pide que la controlen. Según Freud, las personas que reprimen su cólera acaban volviéndola contra sí mismas, lo que puede conducir a una sensación de desamparo e inutilidad, dos síntomas de la depresión.

Si hay más mujeres que sufren depresión, ¿por qué se dan más suicidios entre los hombres?

Las estadísticas engañan. Es cierto que el porcentaje de suicidios es superior en el caso de hombres blancos, solos y ancianos. No obstante, los *intentos* de suicidio entre las mujeres doblan prácticamente a los de los hombres. Estos tienen más éxito cuando intentan suicidarse porque tienden a emplear métodos más letales (armas o coches) para matarse, mientras que las mujeres suelen escoger la sobredosis de fármacos, un método menos eficaz de suicidio.

¿Qué es lo que causa el trastorno bipolar?

Como en el caso de la depresión unipolar, la depresión maníaca es una enfermedad compleja cuya causa permanece aún desconocida.

Se cree que puede existir una anomalía en los neurotransmisores cerebrales y hay evidencias que sugieren que el trastorno bipolar es hereditario. Este trastorno es poco frecuente: afecta entre el 0,4 y el 1,6 % de los individuos del mundo occidental. Se presenta normalmente al final de la adolescencia.

¿Cuáles son los desencadenantes externos más comunes de la depresión?

Éstos son los desencadenantes más comunes de la depresión:

- Soledad o aislamiento.
- Enfermedad crónica.
- Dificultades económicas.
- Muerte de un ser querido (o aniversario de su fallecimiento).
- Divorcio o fin de una relación.
- Boda o problemas de pareja.
- Abusos sexuales, emocionales o físicos en el niño o en el adulto.
- Implicación en un desastre importante, una guerra o un accidente.
- Cuidado durante largo tiempo de un ser querido afectado de una enfermedad crónica.
- Jubilación.
- Intervención quirúrgica o parto.
- Suicidio de un amigo o pariente.
- Enfermedad crónica o dolor crónico.
- Desempleo.
- Transiciones en la vida, como cambiar de domicilio o terminar los estudios.

¿Qué tienen en común todas estas situaciones?

Lo que estas situaciones tienen en común es que todas incluyen una pérdida, sea ésta tangible o intangible. La pérdida es el punto central de la depresión.

¿Por qué algunas personas se sienten deprimidas después de una operación quirúrgica?

Existen varios motivos. El primero es la anestesia general, que es un depresor del sistema nervioso central. Todos los fármacos que se emplean para dormir al paciente durante la operación son liposolubles, es decir, solubles en grasa, y el cerebro está formado principalmente por este material lípido. Por ello estos fármacos pueden permanecer en el tejido cerebral durante días e incluso semanas después de la operación. La medicación contra el dolor que se suele recetar en el postoperatorio también es un depresor.

La hospitalización en sí misma también puede desencadenar un episodio depresivo. El paciente se encontrará lejos de los seres queridos, confinado en una cama. No tendrá tanto control sobre sí mismo y dependerá de los demás para sus necesidades básicas, todo esto además de tener que soportar su herida o la enfermedad. También está presente la realidad de la operación quirúrgica en sí misma: ¿qué me habrán sacado?, ¿qué me habrán puesto?, ¿afectará la cirugía a mi imagen o a mi estilo de vida?

Es interesante constatar que la gente que se siente deprimida después de una intervención quirúrgica no encaja totalmente en los criterios de una depresión mayor. Este diagnóstico no debe considerarse hasta transcurridas unas semanas, cuando hayan pasado totalmente los efectos de la anestesia y de la medicación contra el dolor. En la mayoría de los casos, se trata de una respuesta inesperada o excesiva a la cirugía, motivo por el cual estos pacientes no suelen requerir tratamiento con antidepresivos; además, estos medicamentos tardan varias semanas en actuar, precisamente cuando la tristeza del postoperatorio ya ha pasado.

¿Es habitual la depresión entre la gente que padece enfermedades crónicas?

Según un informe aparecido en 1996 en el *Journal of the American Medical Association* (Revista de la Asociación Médica Americana), más de la mitad de los pacientes que padecen enfermedades crónicas experimentan depresión clínica. La depresión mayor, la distinción o un trastorno adaptativo con depresión son comunes entre las per-

sonas que padecen trastornos neurológicos, incluidos la enfermedad de Parkinson, la demencia, el cáncer, la diabetes.

¿Existe alguna relación entre el aburrimiento y la depresión?

Se dice que el aburrimiento constituye una eficaz «cortina de humo» psicológica. Usted puede sentirse aburrido simplemente porque que no le interesa lo que sucede en un momento determinado, porque tiene necesidades intelectuales o emocionales muy exiguas, o porque es un narcisista que necesita ser alimentado, cuidado y entretenido continuamente. O puede estar aburrido porque padece una depresión clínica. A la mayoría de las personas que padecen una depresión mayor les parece imposible encontrar algo que les estimule o les entretenga.

¿Puede haber causas médicas para la depresión?

Sí. Una de las causas médicas más comunes de la depresión es la baja producción de hormona tiroidea, el hipotiroidismo. Esta enfermedad afecta al 1 % de la población adulta y se debe en general a la producción de anticuerpos que atacan a los propios tejidos de la glándula. Un estado de ánimo bajo, con poca energía, debido a una insuficiente producción de hormonas tiroideas, es una situación que se resuelve sin antidepresivos, una vez que el paciente comienza a tomar medicación para compensar la baja producción de la tiroidea.

La anemia es otra causa típica de la depresión. Hay varias causas de anemia, siendo la más común la producida por falta de hierro, cosa que se traduce en una disminución del número de glóbulos rojos y, en consecuencia, de la cantidad de hemoglobina (la sustancia que transporta el oxígeno) en la sangre. Si usted está deprimido a causa de esta anemia, comiendo alimentos ricos en hierro o haciendo el tratamiento adecuado (suplementos con hierro vía oral), desaparecerá la depresión. Los terapeutas deben solicitar un análisis de sangre para descartar tanto el hipotiroidismo como una anemia a todo paciente que presente síntomas depresivos.

Mucho más rara es la depresión causada por un tumor cerebral o un cáncer de páncreas, por ejemplo. La esclerosis múltiple y otras enfermedades neurológicas crónicas pueden precipitar la depresión, al igual que una trombosis cerebral, el exceso o el déficit de calcio, el hipertiroidismo (excesiva actividad de la glándula tiroidea) y algunas infecciones, entre ellas la gripe y ciertas formas de encefalitis. Incluso un resfriado común puede deteriorar el estado de ánimo de una persona debido a la alteración de la química del cerebro.

¿Qué relación existe entre el estrés y la depresión?

Considere algunas situaciones estresantes de la vida: la muerte de un ser amado, un cambio de domicilio, un divorcio, el desempleo, la jubilación. Todas ellas implican una pérdida. Incluso la indescriptible alegría que representa el nacimiento de un hijo queda frenada por la pérdida de libertad que ello implica. Una pérdida, tanto real como simbólica, constituye el mayor factor estresante de nuestras vidas.

Algunas personas encaran perfectamente bien estas pérdidas, mientras que para otras constituyen una situación insostenible. Algunos se sienten felices al cambiar de ciudad de residencia, otros se sentirán desolados porque dejarán de ver a sus viejos amigos y vecinos. Algunos jubilados están encantados con su nueva situación y viven pendientes de ir a jugar al golf, otros caen en las garras de la depresión. Sigue siendo un misterio el hecho de que una pérdida afecte a unas personas sí y a otras no.

¿Pueden provocar depresión los efectos secundarios de los medicamentos?

Técnicamente, cualquier medicamento que atraviese la barrera hemato-encefálica (mecanismo selectivo que se opone al paso de la mayoría de compuestos moleculares grandes de la sangre al tejido cerebral) puede provocar una depresión. En este sentido, hay fármacos más activos que otros. El Valium, las pastillas para dormir y otros tranquilizantes o ansiolíticos pueden causar depresión, especialmente si se usan durante largo tiempo. Se sabe que el Aldomet,

un remedio que se usa para tratar la hipertensión, puede provocar depresión. De hecho, casi todos los antihipertensores pueden causarla, aunque los peores son los betabloqueantes, que pueden provocar depresiones importantes. Los bloqueantes de los canales del calcio son la única clase de fármacos existentes para controlar la presión arterial que probablemente no provocan depresión. Si usted se encuentra entre los que pueden sufrir este efecto secundario, consulte con su médico o farmacéutico.

¿Qué debo hacer si tengo que tomar uno de estos fármacos?

Si tiene predisposición a la depresión o una historia familiar de depresión, comente este tema con su médico antes de iniciar el tratamiento con una medicina que tendrá que tomar durante largo tiempo; quizás le puedan cambiar la medicación. En el caso de no poder resolver el problema, es más seguro tomar un antidepresivo para tratar una depresión inducida por un fármaco. No obstante, tomar un antidepresivo en estas condiciones debe ser siempre un último recurso.

Por el contrario, si usted se encuentra deprimido y está tomando medicación para controlar cualquier problema médico, informe a su psicólogo, psiquiatra o médico general sobre qué medicamentos está tomando. Podría ser que su depresión estuviera motivada por los fármacos y no por una alteración en la bioquímica cerebral. De hecho, siempre debe decirle a su médico qué fármacos toma, tanto si se los han prescrito como si los ha comprado sin receta. Existe la posibilidad de que su depresión se deba a una interacción medicamentosa que podría resolverse con sólo cambiar los fármacos.

¿Es posible que algunos tipos de personalidad sean más propensos que otros a la depresión?

Algunos tipos de personalidad parecen más predispuestos que otros a la depresión cuando se ven sometidos a determinadas circunstancias. Por ejemplo, alguien con una personalidad dependiente que pierde a un ser querido o que termina una relación, tiene un cierto

riesgo de caer en la depresión. Otro ejemplo lo constituiría una persona con un perfil obsesivo-compulsivo o perfeccionista que provoca involuntariamente un accidente de automóvil y alguien resulta herido; estos individuos se deprimen debido a la visión rígida que tienen de sí mismos y del entorno, y son incapaces de perdonarse sus propias fallas. Un tercer ejemplo sería el de una persona narcisista que sufre una pérdida o un ataque a su imagen corporal. Las personas con un trastorno de personalidad (inestables respecto a sus amistades, a su imagen o a su estado de ánimo) pueden desencadenar la depresión si se ven envueltas en una relación quijotesca o inestable.

Básicamente, la depresión se produciría cuando cierto tipo de personalidad se ve sometida a situaciones especialmente estresantes.

¿Cuáles son algunas de las causas psicológicas de la depresión?

Una de las causas psicológicas más importantes de la depresión es la pérdida de la autoestima. Ésta puede disminuir a consecuencia de pérdidas reales, como el divorcio y el desempleo, o de pérdidas simbólicas, como la pérdida de poder, de valores o de identidad. Algunos conflictos inconscientes pueden precipitar también episodios depresivos. Por ejemplo, usted puede tener el deseo de dejar el hogar paterno, pero no es capaz de decidirse a hacerlo. En este caso existe un conflicto entre su autonomía y su dependencia. Todavía se siente ligado a sus padres, pero no es consciente de esta dependencia.

Una visión excesivamente negativa del mundo y de las relaciones constituye otra causa de depresión. Si estas personas no alcanzan un objetivo determinado, piensan que van a fallar en todos los demás. Cuando una de estas personas rompe con su pareja, puede pensar que jamás nadie podrá quererla.

Otros factores psicológicos que pueden conducir a una depresión son un excesivo sentido de culpa, el miedo a ser abandonado o rechazado, una cólera interna que no se expresa ni se reconoce. Estudios recientes sugieren que comportamientos sociales pobres pueden conducir una persona a un episodio depresivo.

Me considero responsable de provocar mi depresión. ¿Es esto correcto?

Sí, sólo en el caso de que entienda el concepto de responsabilidad en el sentido más positivo de la palabra, es decir, asumir la propia responsabilidad de ser capaz de cuidarse a sí mismo, de buscar la mejor asistencia posible y de constituir un elemento importante de su propio tratamiento, en lugar de ser un simple receptor de lo que le prescriba su médico.

Usted no es responsable de estar deprimido si entiende el sentido de ser responsable como «culpable». En psicoterapia, el objetivo es entender qué significa estar deprimido, no culparle a usted, a sus padres, al jefe o a cualquier otra persona. ¿Alguna de las cosas que usted hace a diario contribuye a su depresión? Seguramente. ¿Debe culparse por ello? Absolutamente, no. Se trata de un proceso de aprendizaje en el que debemos valorar qué es lo que usted ha hecho para provocar la depresión y cómo evitar esta situación en el futuro.

Como se ha indicado más arriba, la depresión es un problema extremadamente complejo. No es justo ni razonable autoinculparse por un montón de hechos (biológicos, psicológicos y ambientales) que pueden contribuir a su estado depresivo.