

## **Depresión: cómo ayudarnos a nosotros mismos**

La depresión o enfermedad depresiva es un trastorno muy frecuente que se caracteriza por una perturbación del estado de ánimo en la que predomina un sentimiento de tristeza injustificado, y que casi siempre se acompaña de ansiedad, ideas repetidas de tipo pesimista, sentimientos de culpa y minusvalía personal, así como también de síntomas somáticos, entre los que destacan el insomnio, la fatiga, las molestias gastrointestinales, la pérdida o exceso de apetito, y la disminución o ausencia del deseo sexual. Con frecuencia se produce un enlentecimiento mental y físico: hacer las cosas cuesta más, se pierde memoria y capacidad de concentración. Por lo tanto, más que una enfermedad psiquiátrica, podemos decir que la depresión es un trastorno de todo el organismo: afecta al estado de ánimo, al pensamiento y al comportamiento, a la forma de comer y dormir, a la manera de sentirse con uno mismo y de pensar.

No todas las depresiones son iguales, ni por su gravedad ni por su duración, lo que da lugar a distintos tipos de depresiones. Generalmente, la enfermedad cursa en episodios autolimitados de gran intensidad, que pueden durar semanas o meses, y que aparecen una o más veces a lo largo de la vida. En ocasiones, los episodios depresivos se alternan con otros de euforia igualmente injustificada. Otras veces, los síntomas son menos graves ("hay días buenos y malos"), pero más persistentes, pudiendo llegar a durar años.

La depresión afecta a una de cada 5 mujeres y a uno de cada 10 hombres, de manera que se calcula que sólo en España hay entre 1.200.000 y 1.500.000 enfermos con depresión. Según un estudio recientemente publicado, realizado por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard (Estados Unidos) y la OMS (Organización Mundial de la Salud), la depresión será en el año 2020 el segundo mayor problema de salud del mundo, solo superado por los problemas cardiovasculares.

Pero no podemos decir que la depresión sea únicamente un problema de nuestro tiempo. Existen datos de que el término "melancolía", equivalente durante siglos al concepto de depresión, fue acuñado en la Grecia clásica, y desde luego fue utilizado por Hipócrates de Cos (460-375 a.C.), considerado el "padre de la medicina" en nuestra cultura occidental. La etimología de la palabra "melancolía" hay que buscarla en el griego (melas: negro; chole: bilis), ya que se pensaba que la enfermedad se producía por el acumulo anómalo de "bilis negra". En las obras de Hipócrates, Homero, Aristóteles, Areteo, Plutarco y otros, encontramos descripciones vívidas de pacientes depresivos. Pero estos relatos son comunes también en otras culturas y textos; por ejemplo en la Biblia podemos leer acerca de la enfermedad del rey Antíoco Epífanos: "En cuanto el rey se enteró de todos estos hechos, fue presa de estupor, se sintió profundamente agitado; cayó en el lecho y enfermó de tristeza... Allí permaneció muchos días porque se le renova-

ba la gran tristeza, pensando que iba a morir. Llamó a todos sus amigos y les dijo: el sueño se aparta de mis ojos y mi corazón desfallece por la preocupación... Ahora me acuerdo de los males que hice... Me doy cuenta de que por causa de esto me han sobrevenido estos males; y de ahí que muero de gran tristeza en tierra extraña (Macabeos 6, 8-13).

Tan importante como saber qué es la depresión es saber lo que no es depresión. No es algo imaginario o que la persona se invente. Tampoco aparece por propia voluntad, ni se puede mejorar solo con desearlo. No es una tristeza pasajera, un signo de debilidad personal o de pecado. Por eso, algunos comentarios que se hacen con frecuencia a las personas deprimidas, tales como "hay que poner algo de tu parte", "anímate y date una vuelta" o "lo que necesitas son unas buenas vacaciones", suelen ser nocivos para los pacientes, y provocan sentimientos de no ser comprendidos, e incluso de culpa e incapacidad, que pueden provocar incluso un agravamiento de la tristeza. No hay que confundir la depresión con la reacción normal de tristeza ante alguna circunstancia que nos afecta: la depresión siempre tiene un sello de injustificación o reacción desproporcionada que la diferencia de los altibajos en el estado de ánimo que todos podemos tener.

Como ocurre en la mayoría de las enfermedades, no existe una causa única de depresión. Hay más riesgo de padecer la enfermedad si existen antecedentes familiares, lo que indica una cierta predisposición genética. También existen fases hormonales en la mujer especialmente propicias a la aparición de la depresión, como son el postparto y la menopausia. Asimismo, existen personas con una personalidad que podríamos denominar "predepresiva", y que tienen más facilidad para padecerla. Se trata de personas con autoestima baja, tendencia a ver el mundo desde una perspectiva pesimista ("siempre me pongo en lo peor"), poca capacidad para apreciar los aspectos lúdicos y placenteros de la vida, y un gran sentido de la responsabilidad, lo que suele dar lugar a sentimientos de culpa, ya que tienden a pensar que no han cumplido satisfactoriamente con las obligaciones que les correspondían. Ciertas experiencias infantiles traumáticas, como las carencias afectivas, pueden estar en el origen de este tipo de personalidades, aunque también en ello se aprecia una tendencia familiar.

Hay otros factores que pueden estar implicados en la aparición de una depresión: una pérdida importante, una enfermedad crónica, conflictos familiares o de pareja, problemas financieros o cambios bruscos del modo de vida (ej. cambio de casa o de barrio, aunque sea "a mejor"; un ascenso, porque enfrenta a la persona con sus límites) pueden desencadenar un episodio depresivo. Por otra parte, también hay aspectos socioculturales que pueden influir de forma negativa, como el materialismo, la lucha por el éxito o el individualismo, que dificultan el establecimiento de relaciones personales profundas y significativas, y tienden a aumentar el nivel de estrés y de fatiga, haciendo a las personas más sensibles a otros factores.

En cualquier caso, ya actúen uno o más factores, el resultado final es la puesta en marcha de unos mecanismos patológicos en el sistema nervioso central, que condicionan ciertos cambios bioquímicos; en concreto, la disminución de la disponibilidad cerebral de unas sustancias denominadas neurotransmisores, como la serotonina y la noradrenalina.

La mayoría de los episodios depresivos se curan con el tratamiento apropiado; este puede consistir en medidas de tipo farmacológico, psicoterapéutico y ambiental. El tratamiento farmacológico consiste en unos fármacos llamados anti-depresivos, que restablecen el equilibrio de los neurotransmisores cerebrales. Existe un buen número de sustancias antidepresivas, y aunque alguna de ellas han llegado a ser muy populares, es al médico al que corresponde la elección del fármaco y las dosis a utilizar.

En cualquier caso, una característica común de todos los antidepresivos es que no comienzan a hacer efecto hasta pasados varios días de utilización, y que los síntomas depresivos no desaparecen bruscamente, sino de forma paulatina a lo largo de varias semanas. Durante las primeras semanas de tratamiento es más frecuente que aparezcan efectos secundarios, como boca seca, náusea, somnolencia, molestias gástricas o hipotensión. Los fármacos modernos son tan eficaces como los más antiguos, y se toleran mejor. Es posible que su médico añada otros tratamientos, como hipnóticos o tranquilizantes, en caso de que el insomnio o la ansiedad sean muy importantes.

Es muy importante que durante las primeras semanas no se abandone el tratamiento ni se disminuyan las dosis para intentar disminuir los efectos secundarios. Si se toma una dosis menor de la prescrita, el fármaco puede ser ineficaz, pero tiene que tener en cuenta que tampoco se aumenta su eficacia si se toma en dosis mayores; en cambio, si que aumentarán probablemente los efectos adversos. Si estos son muy molestos, hay que consultarlo con el médico, para que tome la decisión oportuna. Nunca debe dejarse un tratamiento sin consultar antes. Ninguno de los fármacos antidepresivos provoca adicción o causa dependencia: el paciente no se convierte en un drogadicto. Tampoco cambia la forma de ser. Cuando el médico tome la decisión de suspender el tratamiento, que debe prolongarse un tiempo después de la recuperación de los síntomas para evitar la aparición de recaídas, simplemente hay que retirarlos de forma gradual y escalonada.

Los tratamientos psicoterápicos se basan en la interacción verbal entre un profesional adiestrado y el paciente. No consiste únicamente en "hablar de lo que me pasa", y ciertamente, es totalmente desaconsejable ponerse en manos de personas poco expertas o que utilicen métodos poco contrastados científicamente. No hay una única forma de psicoterapia válida. Pueden ser muy útiles, porque ayudan al paciente a comprender mejor la enfermedad, a ponerse en contacto con su vida emocional y a enfrentarse con los problemas que le afectan evitando los mecanismos de autoinculpación que favorecen la aparición del trastorno depresivo.

Por último, también existen medidas ambientales para el tratamiento de la depresión. En general, estas no consisten en "huir de los problemas", sino en afrontarlos cuando se esté preparado para ello. Hay que evitar realizar cambios drásticos o viajes prolongados en el curso de una depresión, siendo más aconsejable posponerlos hasta que esta se haya resuelto.

Es muy importante ayudarse a sí mismo en el curso de una depresión, especialmente cuando ya ha empezado a producirse una mejoría. Sobre todo, hay que entender que la desconfianza y el pesimismo que se siente es una consecuencia de la propia depresión, y que progresivamente van a ir desapareciendo conforme el tratamiento vaya haciendo su efecto. También es importante aprender a conocernos y a evitar las situaciones o circunstancias que nos entristecen, si son evitables. En cualquier caso, las siguientes indicaciones pueden servir de ayuda:

1. Es conveniente mantener la actividad en tanto sea posible, pero sin plantearse metas difíciles ni aceptar grandes responsabilidades.
2. Asumir que la enfermedad ha limitado nuestra capacidad: hacer lo que permitan las fuerzas. No dar prioridad al rendimiento, sino a la curación de la enfermedad.
3. Dividir las grandes actividades en pequeñas tareas; establecer prioridades.
4. No aislarse; esforzarse por estar con otras personas. Intentar que comprendan lo que nos pasa, pero sin sentirnos obligados a contárselo a todo el mundo. Podemos elegir con quien compartir nuestra intimidad.
5. Participar en actividades que nos hagan sentirnos mejor, sin grandes esfuerzos (ej. leer, ir al cine). Es muy recomendable hacer ejercicio físico, de forma suave.
6. No tomar decisiones trascendentes, por ejemplo, cambio de trabajo o de domicilio, casarse, divorciarse, etc. Es aconsejable posponerlas para cuando haya desaparecido la depresión.
7. No aceptar pensamientos negativos: forman parte de la enfermedad.
8. Cumplir las indicaciones médicas o de los profesionales que nos atienden. No cambiar o iniciar tratamientos por nuestra cuenta. Acudir a las consultas con regularidad. Nunca deben consumirse drogas, alcohol o sustancias euforizantes; con frecuencia tienen el efecto contrario a medio plazo. Suspender las dietas o regímenes no controlados médicamente.
9. Rechazar los sentimientos de culpa. La depresión es una enfermedad, no un signo de debilidad.

10. Una vez se ha superado la enfermedad, reflexionar sobre aquellos factores de nuestra forma de ser y de nuestra forma de vida que puedan haber contribuido al desencadenamiento de la enfermedad.

Manuel Martín Carrasco  
Psiquiatra  
Instituto de Investigaciones Psiquiátricas (Bilbao)  
Fundación M<sup>a</sup> Josefa Recio