

La depresión, esa enfermedad tan común

*Pepa Garrido Palacios
María Luisa Fernández
María José González Torres*

1. Introducción

La depresión es, estadísticamente, la enfermedad mental más común en el mundo. Durante el curso de su vida, una de cada cuatro personas tendrá síntomas suficientes como para que se diagnostique que la padece.

En condiciones normales, el humor puede sufrir oscilaciones frecuentes, pero siempre suele existir una proporción adecuada entre las causas que determinaron la llamada *depresión afectiva* —sin consecuencias graves— y la intensidad y duración de esta experiencia. En cambio, en la depresión como problema mental, el humor puede sufrir modificaciones que son completamente desproporcionadas en intensidad y duración.

En la actualidad se habla más de la depresión que de cualquier otro trastorno mental. Si analizamos las razones de esto, podremos llegar a las siguientes conclusiones:

- Hoy se habla más de la depresión porque, dentro del carácter vergonzante —para mucha gente— que tienen las enfermedades mentales, es quizás la más tolerada socialmente, a fuerza de popularizarse.
- Es cada vez más conocida por médicos, psicólogos, psiquiatras y por los propios pacientes.
- Popularmente, ya se distingue entre un día con moral baja o incluso una semana de acontecimientos desafortunados que te hagan estar triste y desganado, con tener una depresión.
- El aumento de la esperanza de vida hace que cada vez sean más las personas que han pasado por un primer episodio sin saber bien lo que pasaba. En una segunda ocasión, ya se suele tener más información y mayor conciencia de este proceso.

- La investigación farmacológica y la psicoterapia han avanzado considerablemente. Los medicamentos se han desarrollado con éxito para paliar los síntomas, a saber: tranquilizantes (desasosiego), euforizantes (abatimiento y apatía) e hipnóticos (insomnio).
- Se ha popularizado la figura del psicólogo. Se va entendiendo a este profesional —junto al psiquiatra— como referencia para tratar estas dolencias. Hemos aceptado que los problemas afectivos afectan a nuestro equilibrio físico del mismo modo que las dolencias físicas alteran nuestro estado de ánimo. Los trastornos depresivos causan dolor y sufrimiento tanto a quien los padecen como a sus seres queridos. La depresión severa puede llegar a destruir tanto la vida de la persona enferma como la de su familia. Sin embargo, este sufrimiento se podría evitar con el tratamiento adecuado. La mayoría de las personas deprimidas no busca tratamiento —el propio paciente no sabe qué le sucede— y a veces las personas de su entorno tampoco prestan la atención que la seriedad del padecimiento requiere.

2. El trastorno depresivo

Es una enfermedad que afecta al organismo (cerebro), al ánimo y a la manera de pensar, a la forma en que una persona come y duerme. Afecta a la autoestima. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza, no indica debilidad personal. No es una condición de la cual uno pueda librarse a voluntad. Las personas que lo padecen no pueden decir simplemente “ya basta, me voy a poner bien”. Sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses e incluso años. Con un tratamiento adecuado hay garantía de que se puede mejorar.

No se consideran trastorno depresivo, los síntomas depresivos provocados por medicación o enfermedad. Tampoco aquéllos que son de duración normal y consecuencia directa de un conflicto personal o de la pérdida de algún familiar.

3. Causas de la depresión

Las causas de una depresión son difíciles de precisar. Hay, sin embargo, algunos datos que nos pueden aportar algo de luz:

Se ha comprobado que las personas con baja autoestima, que se perciben a sí mismos y al mundo de forma pesimista, se abruma más fácilmente por el estrés y están predispuestas a padecer depresión. Parece demostrado que algunas enfermedades físicas, como accidentes cardiovasculares, epilepsia, estados infecciosos o traumas craneales, pueden acarrear problemas mentales.

Hay líneas de investigación que apuntan a causas endógenas, es decir, a factores genéticos y a predisposición hereditaria; otras, centran su análisis en factores exógenos —del entorno de la persona— como la pérdida de un ser querido, problemas económicos, situaciones estresantes... Estos factores no serían los desencadenantes directos, pero sí la vivencia individual que cada persona experimenta. Estudios recientes revelan la implicación de la serotonina, sustancia que se produce en el cerebro, y cuyo exceso o déficit podría estar en el origen de esta enfermedad.

Seguramente, las causas de la depresión responden a una combinación de todo lo anterior, según podemos deducir del conocimiento de la vida de los pacientes de la planta de psiquiatría donde trabajamos, en el hospital San Juan de la Cruz, de Úbeda.

4. Tipos de depresión

La llamada *depresión severa* se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren la capacidad de trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras. Se caracteriza por un cuadro muy incapacitante en el que la persona vive los síntomas como reales, sin que haya una causa desencadenante del episodio.

La *distimia*, sin embargo, supone un tipo de depresión menos grave, cuyos síntomas crónicos no incapacitan al paciente pero sí interfieren negativamente en su bienestar.

El *trastorno bipolar*, tradicionalmente conocido como enfermedad del maniaco-depresivo, se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Los cambios de ánimo en estos pacientes pueden ser rápidos pero generalmente son graduales. Cuando están en la fase depresiva del ciclo, pueden padecer uno o varios síntomas del trastorno depresivo. En la fase maníaca, la persona se suele mostrar hiperactiva, hablar excesivamente y derrochar mucha energía. Puede

sentirse feliz o eufórica, tener proyectos grandiosos. En esta fase, el paciente se puede meter en situaciones embarazosas o en graves problemas: gastar gran cantidad de dinero, comportarse de forma inapropiada en reuniones sociales, tomar decisiones de negocios descabelladas, involucrarse en aventuras o fantasías románticas...

5. Síntomas de la depresión

Los síntomas deben persistir a lo largo de dos semanas, como mínimo, y estar interfiriendo en el funcionamiento diario de la persona. Nuestra experiencia clínica —en enfermería— revela que es muy frecuente el tratamiento de pacientes con depresión enmascarada.

Los síntomas que a continuación citamos se manifiestan de manera variable, dependiendo del paciente:

- Estado de ánimo triste, ansioso.
- Sentimientos de desesperanza y pesimismo.
- Falta de interés por actividades en las que antes disfrutaba.
- Cambios de peso, más o menos relacionados con cambios de apetito.
- Disminución de la energía, fatiga, agotamiento, sensación de estar “a cámara lenta”.
- Llanto frecuente o bloqueo afectivo del mismo.
- Sentimiento de culpa, ideas de ruina.
- Problemas de concentración, olvido de las cosas, dificultad para tomar decisiones.
- Pensamientos excesivos sobre morir, hacer comentarios sobre intenciones de suicidio. El paciente dirige la agresividad hacia sí mismo, de ahí la importancia de una vigilancia responsable.
- Sentimiento de inutilidad y desamparo.
- Inquietud e irritabilidad.
- Síntomas físicos persistentes: dolores de cabeza, trastornos digestivos y dolores crónicos.

6. La depresión en la mujer

La tasa de depresión en la mujer casi duplica a la del hombre. Factores hormonales podrían contribuir a ello, específicamente, los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el periodo post-parto

y la menopausia. Muchas mujeres presentan más estrés por las responsabilidades del cuidado de los hijos, la casa y la presión de un empleo. En algunos casos, el cuidado de sus padres o suegros ancianos o ser madre soltera viene a complicar la situación.

Un cuadro propio de la mujer es la llamada depresión post-parto, que no suele ser tal pues generalmente representa un periodo pasajero de tristeza, aunque hay casos graves, que requieren tratamiento y que suponen un episodio severo.

7. La depresión en el hombre

El hombre suele ser más reacio a admitir esta enfermedad y su diagnóstico es, por tanto, más complicado. Las tendencias autodestructivas suponen en el hombre una tasa de suicidios cuatro veces mayor que en la mujer, aunque éstas presentan más intentos.

El alcohol y las drogas enmascaran la depresión en el hombre más que en la mujer. El hábito, socialmente aceptado, de trabajar en exceso, puede enmascarar una depresión. No es raro que la depresión masculina se manifieste mediante irritabilidad, ira y desaliento, en lugar de sentimientos de desesperanza y desamparo.

8. La depresión en la vejez

Hay una creencia errónea consistente en considerar normal que los ancianos se depriman. La mayoría de las personas de edad se sienten satisfechas con sus vidas. No obstante, diagnosticar y tratar correctamente la enfermedad en estas edades es muy difícil y, si se detecta, puede evitar un sufrimiento innecesario para el paciente y la familia.

Cuando una persona de edad va al médico tiende a describir solamente síntomas físicos y se muestra reacia a hablar de su desesperanza y tristeza, generalmente asociada a la pérdida de interés por algunas actividades o a su pena por la desaparición de su compañero/a de toda la vida. No hay que confundir, en estos casos, el declive propio de la edad y el vacío dejado por los seres queridos, con los episodios depresivos.

9. La depresión en la niñez

La depresión en la niñez se empezó a tomar en serio hace sólo dos décadas. Dado que los comportamientos normales varían de una etapa de la infancia a otra, es difícil establecer si un niño está pasando por una fase de su desarrollo o si padece un síndrome depresivo. A veces, el niño tiene un cambio de comportamiento muy acusado que preocupa a los padres y maestros y que se traduce en un simple y simplista “no parece el mismo”. En casos muy preocupantes, después de descartar problemas físicos, se puede sugerir la evaluación del niño por un psiquiatra especialista.

10. Evaluación diagnóstica y tratamiento

A pesar de resultar evidente, hay que insistir que el primer paso para recibir un tratamiento adecuado consiste en un examen médico. Ciertos medicamentos y algunas enfermedades pueden producir los mismos síntomas que una depresión. Se deben descartar estas posibilidades por medio de un examen físico, de una entrevista con el especialista y de un análisis de laboratorio.

La selección del tratamiento dependerá del resultado de la evaluación.

Existe una gran variedad de medicamentos antidepresivos y psicoterapias que se pueden utilizar para tratar los trastornos depresivos. La psicoterapia parece resultar efectiva sólo en casos leves. Las personas con depresión moderada o severa mejoran a menudo con la administración de antidepresivos. La mayoría obtienen un resultado óptimo con un tratamiento combinado de medicamentos —para obtener un alivio rápido de los síntomas— y psicoterapia —para aprender a afrontar mejor sus problemas, incluyendo la enfermedad que padece—.

Es posible que el paciente se sienta tentado de dejar de tomar el medicamento prematuramente, casi siempre pasa. Suele creer que se siente mejor y ya no lo necesita, o puede pensar que el medicamento no le está ayudando. Es fundamental hacer incidencia en que se debe dejar que los fármacos actúen en el organismo. Algunos efectos secundarios pueden aparecer antes que el propio efecto antidepresivo. Cuando el paciente nota mejoría, hay que continuar el tratamiento entre cuatro y nueve meses para prevenir recaídas. Ciertos medicamentos deben de dejar de tomarse gradualmente para que el organismo se adapte y para prevenir los síndromes de abstinencia que apare-

cen al suspender algunos tratamientos. No obstante, y en contra de una idea muy extendida, en general, los medicamentos antidepresivos no crean adicción.

En algunos casos, como el trastorno bipolar o la depresión severa crónica, la administración de fármacos puede ser por tiempo indefinido.

Hay un pequeño grupo de personas que no responde a los tratamientos con los antidepresivos más comunes. Con ellas, el tratamiento se hace administrándoles productos específicos, que son incompatibles con algunos alimentos. Nos referimos a alimentos que contienen niveles altos de tiramina (una sustancia que se encuentra en quesos fermentados, vinos y encurtidos o alimentos en vinagre) y que interactúan con aquellos antidepresivos, pudiendo provocar crisis hipertensivas.

Respecto a los sedantes o medicamentos ansiolíticos, remarcar que no son antidepresivos y por sí solos no son efectivos para tratar una depresión. Igual pasa con los estimulantes.

El litio ha sido durante años el tratamiento de elección para el trastorno bipolar por su efectividad en prevenir los extremos de estado de ánimo propios de aquella anomalía. Su uso, no obstante, debe ser cuidadosamente supervisado por el médico pues la frontera entre la dosis efectiva y la tóxica es mínima.

No podemos negar que los antidepresivos provocan efectos secundarios, aunque éstos son generalmente leves y temporales, son molestos pero no graves.

Los antidepresivos de incorporación más reciente al mercado suelen provocar los efectos secundarios que a continuación relacionamos: dolor de cabeza, náuseas, agitación (en casos persistentes hay que consultar al terapeuta), nerviosismo e insomnio (primeras semanas) y problemas sexuales (en casos preocupantes requieren consulta médica).

11. Terapia naturista

En los últimos años, el uso de hierbas para el tratamiento de la depresión y la ansiedad ha generado gran interés entre los especialistas. La hierba de San Juan (*hypericum*) ha sido objeto de diversos estudios científicos. Los resultados arrojan luces y sombras y no hay resultados concluyentes.

Nuestro sistema de salud incorporará estas sustancias alternativas cuando los resultados estén suficientemente acreditados. Romper con nuestro culto generalizado a los fármacos y nuestra tendencia a la automedicación es una tarea que, si llega, requerirá tiempo.

Bibliografía

1. Blehar MD, Oren DA. Gender differences in depression. *Medscape Women's Health*, 1997; 2:3. Revisado de: Women's increased vulnerability to mood disorders: Integrating psychobiology and epidemiology. *Depression*, 1995.
2. Ferketick AK, Schwartzbaum JA, Frid DJ, Moeschberger ML. Depression as an antecedent to heart disease among women and men in the NHANES I study. National Health and Nutrition Examination Survey. *Archives of Internal Medicine*, 2000.
3. Frank E, Karp JF, Rush AJ (1993). Efficacy of treatments for major depression. *Psychopharmacology Bulletin*, 1993.

Direcciones de interés (USA)

1. National Institute of Mental Health: www.nimh.nih.gov
2. National Alliance for the Mentally III (NAMI): www.nami.org
3. Depression & Bipolar Support Alliance: www.DBSAAlliance.org
4. National Foundation for Depressive Illness, Inc: www.depression.org
5. National Mental Health Association: www.nmha.org