

Qué hacer contra el mal de la tristeza



# ENRIQUE ROJAS



CÓMO  
SUPERAR  
LA DEPRESIÓN

Enrique Rojas

# Cómo superar la depresión

Qué hacer contra el mal de la tristeza

temas de hoy.

El papel utilizado para la impresión de este libro  
es cien por cien libre de cloro  
y está calificado como **papel ecológico**

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea este electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del editor. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (art. 270 y siguientes del Código Penal)

Diríjase a Cedro (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra. Puede contactar con Cedro a través de la web [www.conlicencia.com](http://www.conlicencia.com) o por teléfono en el 91 702 19 70 / 93 272 04 47

© Enrique Rojas, 2014

© Editorial Planeta, S. A., 2014

Ediciones Temas de Hoy es un sello editorial de Editorial Planeta, S. A.

Avda. Diagonal, 662-664, 08034 Barcelona (España)

[www.temasdehoy.es](http://www.temasdehoy.es)

[www.planetadelibros.com](http://www.planetadelibros.com)

Primera edición: septiembre de 2014

ISBN: 978-84-9998-421-6

Depósito legal: B. 15.473-2014

Preimpresión: J. A. Diseño Editorial, S. L.

Impresión: Romanyà

# ÍNDICE

Introducción. Decálogo contra la tristeza .....	13
Capítulo 1. Las depresiones .....	19
¿Qué es en realidad una depresión? .....	19
¿Por qué aparecen las depresiones? .....	28
¿Tristeza o inhibición? .....	30
Diferencias entre la tristeza normal y la tristeza depresiva .....	33
Cuando la depresión se asocia a otro trastorno .....	36
¿Cómo se reconoce la depresión? .....	38
Los residuos depresivos .....	47
Las depresiones bipolares y otros trastornos asociados .....	53
Capítulo 2. Tipos de depresiones .....	61
Reacciones depresivas. Reacciones adaptativas .....	61
Reacciones depresivas biológicas .....	62

Reacciones depresivas psicológicas y psicológicas puras	63
Reacciones adaptativas .....	65
Depresiones endógenas .....	66
La distimia .....	67
Curación espontánea de algunas depresiones .....	69
Las depresiones y su concepción patológica del tiempo .....	72
Vivencias delirantes y tendencias suicidas .....	78
Capítulo 3. Algunas depresiones difíciles de tratar .....	80
Depresiones crónicas .....	80
Depresiones residuales .....	82
Depresiones obsesivas .....	84
Capítulo 4. Las depresiones en la mujer .....	88
Las depresiones asociadas al cuerpo de la mujer .....	88
El síndrome de tensión premenstrual .....	89
Las depresiones en el embarazo .....	89
La depresión postparto .....	94
La menopausia .....	95
Las depresiones tras el aborto .....	97
Capítulo 5. El síndrome de estar quemado ( <i>burnout</i> )	98
Sobrecarga emocional en el trabajo .....	98
Del desgaste profesional a la fatiga crónica .....	99
Diferencias del <i>burnout</i> con otros padecimientos psiquiátricos .....	101
Diferentes tipos de <i>burnout</i> o síndrome de estar quemado .....	102

Capítulo 6. Tratamiento de las depresiones .....	106
Diagnosticar bien la depresión .....	106
Formas de tratar una depresión .....	108
La farmacoterapia .....	110
Terapia electroconvulsiva (TEC) .....	121
Estimulación magnética transcraneal (EMT) .....	122
Fototerapia .....	123
La remisión .....	125
La psicoterapia .....	128
La laborterapia .....	148
La socioterapia .....	149
 Epílogo. La esperanza, columna vertebral de la vida ..	152
 Bibliografía .....	155
 Escalas de evaluación y cuestionarios de diferentes trastornos relacionados con la depresión .....	161

## ¿Qué es en realidad una depresión?

Es la pregunta clave. La variedad que presenta este trastorno y las dificultades que el psiquiatra experimenta a veces en su labor diagnóstica hacen que necesitemos precisar su concepto, *pues existe en la actualidad un uso y un abuso exagerado de la palabra depresión*. También hemos comprobado que, pese a una mayor incidencia de la depresión en los tiempos modernos, lo cierto es que este trastorno ha existido siempre, desde los palimpsestos a los llamados *libros de los muertos* en Egipto, desde Mesopotamia a los escritos de los siglos v y vi.

Puesto que la enfermedad muestra diferentes manifestaciones de acuerdo con las circunstancias y las características de cada cual, es obvio que nos encontramos ante un término cuyo significado puede variar según el uso que le queramos dar. Así, en el lenguaje corriente, *depresión* se refiere a una sensación de malestar relacionada con síntomas co-

mo tristeza y angustia, pero también contrariedad, mal humor, frustración, como consecuencia de algo negativo que ha sucedido. A menudo lo que se conoce coloquialmente como depresión no es tal cosa, al menos desde el punto de vista médico. La frustración, la contrariedad o la tristeza son sentimientos negativos que surgen como reacción ante un hecho adverso, pero experimentar tales estados no supone ni mucho menos estar deprimido. La verdadera depresión es un estado de hundimiento terrible que cualitativa y cuantitativamente es mucho mayor que cualquier decaimiento producido por los avatares de la vida. *El sufrimiento de la depresión puede llegar a ser tan profundo que solo se vea como salida de ese túnel el suicidio.*

Para el especialista la depresión es un estado psicológico anormal producido tanto por *factores exógenos* (adquiridos) como *endógenos* (bioquímicos, inmotivados, hereditarios), entre los cuales cabe un espectro intermedio de posibilidades que se mueven en esos dos polos. Por eso hablamos de *depresiones predominantemente endógenas* y otras *preferentemente reactivas*. Por ejemplo, se puede hablar técnicamente de personalidad depresiva y predepresiva, ya que existen personas que debido a factores hereditarios y ambientales parecen predispuestas a sufrir este mal. Son las típicas personas pesimistas y tristes, que siempre piensan en negativo. Por supuesto, este tipo de sujetos solo son *propensos* a sufrir una depresión, pero su forma de ser no representa en sí misma una depresión (del mismo modo que una persona optimista puede padecer depresión en un momento dado de su trayectoria vital).



Cada época de la historia tiene su forma predominante de enfermedad y en la nuestra, se puede decir que la depresión constituye su expresión más acabada. La depresión es cosa muy antigua y existen datos relevantes para tipificarla desde hace muchos siglos, aunque en las últimas décadas los avances habidos han sido muy esclarecedores.

¿Qué significa la palabra *depresión*, qué contenidos se hospedan en su seno, cuáles son los ingredientes que residen en su geografía? *El término depresión es polisémico: tiene distintos usos y significados.* Vamos a clarificarlos:

1. Expresión que se utiliza en el *lenguaje coloquial*, que se ha popularizado y que hace referencia a un sentimiento mal delimitado, difuso, de pesar, como consecuencia de algo negativo que ha sucedido y que podría tener equivalencias con los sinónimos frustración, desagrado, molestia, disgusto, contrariedad, enfado, etc.
2. *Estado de ánimo normal*, sano, que se da como consecuencia de algo que ha sucedido y responde a algún acontecimiento penoso, que representa la pérdida de un bien o la imposibilidad de conseguir un objetivo concreto que uno se había fijado. En sentido estricto deberíamos hablar mejor de *reacción vivencial normal*, tomando cada palabra en sentido estricto y siempre que la respuesta afectiva esté en consonancia con el factor desencadenante.
3. *Estado de ánimo anormal* originado por un motivo o causa que actúa de estímulo desencadenante, pero

cuya respuesta es desproporcionada, a corto o medio plazo. Podemos manejar también la expresión *reacción vivencial anómala*. Sus principales características son:

- a) se produce como consecuencia de una *vivencia*;
- b) de aquí se deriva una reacción<sup>4</sup> que no habría sucedido si no existiera previamente esa motivación interna;
- c) el contenido debe ser comprensible psicológicamente, es decir, hay relaciones de sentido claras y fácilmente captables, aunque desproporcionadas, excesivas, hipertrofiadas;
- d) la evolución dependerá del acontecimiento en sí mismo y de la estructura de la personalidad sobre la que recae;
- e) la intensidad y la duración de la misma deben ser estudiadas en el conjunto de la biografía, el momento actual, así como factores físicos, psicológicos, sociales y culturales.

4. Significa también un *tipo de personalidad*. Se ha hablado mucho de la *personalidad depresiva*, con un perfil preciso, como una forma de ser presidida por el pesimismo y la tristeza y una forma de interpretar

---

4. El DSM-V [*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*] (2013) de la American Psychiatric Association habla de *reacciones adaptativas*, caracterizadas por síntomas depresivos o ansiosos o del comportamiento o paranoides o mixtos, en respuesta a un estrés psicosocial que puede ser claramente identificable.

la realidad distorsionada. Se trata aquí de un individuo que *desde siempre*, desde que tiene conciencia de ser persona, tiene un modo de pensar negativo, apreciando más lo difícil que lo fácil, los contras que los pros. Quiero puntualizar que *tal sujeto no tiene una depresión, sino que es depresivo*; no es algo pasajero ni transitorio, sino permanente y asentado.

5. Otro concepto que quiero poner sobre el tapete es el de *la vida depresiva*, que consiste en una forma de vivir presidida por la monotonía excesiva, un gran aislamiento, falta de expectativas positivas, lo que va conduciendo a una progresiva desmotivación. Muchos pacientes comentan en una primera entrevista que llevan más de diez años con depresión y esta afirmación esconde en ocasiones esta modalidad depresiva que menciono. Una vez más se pone de relieve la importancia de una historia clínica biográfica sistematizada y completa, en donde datos de este tipo sean recogidos.
6. La depresión como *síntoma*. Es decir, como señal o signo que puede aparecer en muchas enfermedades generales e incluso psíquicas (pero que no sean depresiones en sentido estricto). Procesos cancerosos, enfermedades degenerativas, infecciones, endocrinopatías como el hipotiroidismo, pasando por enfermedades metabólicas o dolores crónicos de origen impreciso o de difícil curación. Desde el punto de vista psíquico, pueden aparecer síntomas depresivos en los estados de ansiedad, en las esquizofrenias (además

de los estados esquizoafectivos), en las fobias y en los distintos trastornos de la personalidad (aquí la denominación actual es la de *distimias*).

7. Como *síndrome*: conjunto de síntomas. Este se desglosa en una serie de expresiones clínicas, que siguiendo el modelo pentadimensional propuesto se quiebra en cinco apartados: esferas *somática*, *psicológica (vivencial)*, *de conducta*, *cognitiva* y *asertiva* (referida a las habilidades sociales).
8. La depresión como *enfermedad*, que es su sentido más auténtico y genuino y la sitúa de lleno en el campo de la psiquiatría, la psicología y, en menor medida, de la medicina general. Se trata de una entidad clínica más precisa y mejor dibujada que tiene una etiología, una patogenia (modo de producirse el cuadro clínico), una sintomatología concreta, un pronóstico, una forma de prevenir las recaídas y, finalmente, un tipo de tratamiento específico.
9. La depresión como *estado*, concepto anglosajón que hace referencia a la totalidad de síntomas en un momento determinado del curso evolutivo.
10. Finalmente, la depresión como *síndrome de burnout*, que últimamente ha tenido bastante resonancia y que menciona una experiencia singular que puede ser definida de la siguiente manera: su nombre más popular es *el estar quemado* o síndrome de estrés laboral. También *síndrome del desgaste profesional*; «estar quemado» es la expresión del lenguaje coloquial, que en español ha pasado al uso común. Sus manifesta-

ciones son cansancio psicológico, pérdida progresiva de la energía para realizar las labores profesionales, agotamiento, fatiga crónica, irritabilidad, actitudes negativas ante el entorno tanto laboral como familiar que conducen a reacciones frías y deshumanizadas y todo ello envuelto en un sentimiento de escasa o nula realización personal.

*La tristeza es el centro de la depresión.* Suele ser así en la mayoría de los casos. Voy a ir dando las siguientes definiciones, una vez trazada la geometría de este vocablo. *Las depresiones son un conjunto de enfermedades psíquicas, que pueden ser endógenas o exógenas, de fondo hereditario o adquirido, cuya sintomatología está presidida por un descenso del estado de ánimo, al que se asocian cambios negativos en el campo somático, de conducta, cognitivo y asertivo.* Utilizo la palabra *depresiones* en plural, dado que existen muchas modalidades y, aunque debemos resumirlas todas en un grupo, la heterogeneidad de ellas es evidente.

Se ha discutido mucho si el síntoma más relevante es *el descenso del estado de ánimo*, que puede ser vivido como *tristeza, melancolía, apatía, decaimiento, falta de ilusión, abatimiento, desgana, aburrimiento profundo, pérdida del sentido de la vida, desesperación, hundimiento...* Hay muchos matices entre unas y otras, eso es evidente, pero en todas ellas late una misma vivencia: el humor melancólico, el dolor moral, un sufrimiento psicológico mezcla de profunda infelicidad y una tristeza honda que es vivida como incapacidad para proyectarse en el futuro. Para un gran nú-

mero de estudiosos es la *tristeza* el principal ingrediente que sintetiza todo esto, aunque otras se presentan de forma más relevante en el terreno físico, en el de la conducta, en el cognitivo o en el asertivo; de ahí la dificultad para hablar de forma rotunda. De otra parte, en los últimos años los cambios operados en ellas son extraordinarios.

Hoy sabemos que muchos depresivos no están tristes, sino aburridos o con molestias somáticas desparramadas por distintos territorios de la geografía corporal o que muestran trastornos de conducta o distorsiones en la forma de pensar o que presentan serios problemas en las habilidades sociales.

Por ello, al buscar lo esencial de la depresión, yo prefiero recurrir a la expresión *cambio negativo del estado de ánimo*, porque pone de relieve lo que sucede y además enfatiza la posible mezcla con otras manifestaciones físicas y psicológicas: desde ansiedad a dolores o molestias corporales, pasando por desajustes de la personalidad, fobias, obsesiones o delirios. Vale también el *descenso del estado de ánimo*, pues baja el tono vital psicológico de forma ostensible objetiva y subjetivamente.

Las depresiones, en plural, forman un grupo de trastornos del humor o del estado de ánimo o del campo afectivo, que agrupan un *continuum* entre dos modalidades contrapuestas, la *endógena* (bioquímica, inmotivada, de fondo hereditario) y la *exógena* (reactiva, motivada, de fondo adquirido), entre las cuales emerge un complejo abanico de posibilidades clínicas. Hablamos en plural, como la diversidad, variedad, estilos, abundancia y modos de presentarse

esta, que originan un territorio depresivo extenso y proteiforme, de una variedad en formas y contenidos extraordinaria, en donde a veces la clasificación de todo lo que se da dentro se hace difícil y resulta complicado agruparlo de forma ordenada. Junto al estado de ánimo deprimido, existe una disminución o pérdida del interés por casi todas las actividades, falta de energía y dificultades físicas y mentales que originan una seria alteración de la vida ordinaria, tanto de manera privada como pública.

Hoy el tema se ha desplazado hacia una serie de criterios básicos para poder estudiar las depresiones, siguiendo este esquema: forma de aparición, contenido, número de síntomas, duración, sistema de diagnóstico más fiable, pronóstico (o predicción del curso evolutivo), principales hallazgos biológicos y tipo de tratamiento a ensayar. Algunos de estos principios quedan bastante en el aire, pues al haberse popularizado el diagnóstico de depresión, la estabilidad del mismo es con frecuencia poco consistente y con el paso de un cierto tiempo este cambia, se modifica o es matizado de otra manera.

Bajo estas premisas podemos ofrecer una definición general: las depresiones son un conjunto de enfermedades psíquicas, hereditarias o adquiridas, con una sintomatología determinada a la que se asocian cambios negativos de tipo somático, psicológico (vivencial), conductual, cognitivo y asertivo.

Lo que está claro es que se trata de un trastorno que produce un gran dolor moral, una mezcla de infelicidad y tristeza combinada con una total ausencia de expectativas de futuro.

## ¿Por qué aparecen las depresiones?

La sociedad desarrollada moderna, con sus prisas y exigencias, parece haber fomentado cierta proliferación de las depresiones. Al menos así se desprende de las estadísticas y la experiencia clínica, ya que los trastornos depresivos, junto a las alteraciones de la personalidad, se han convertido en las entidades clínicas más frecuentes. Por otra parte, se ha podido comprobar que la forma de las depresiones ha evolucionado y que a menudo interactúan con otros problemas de tipo nervioso o físico. Uno de los rasgos más notables en esta evolución es la tendencia a convertirse en crónicas. ¿Cuál es la razón? Sin duda una combinación de factores entre los cuales podemos destacar la ruptura del tejido social tradicional. En nuestros días es cada vez más habitual la existencia de familias monoparentales, con frecuencia fruto de divorcios previos o parejas de hecho sin más o parejas de hecho rotas y vueltas a rehacerse.

Por otra parte, es notable la capacidad de las depresiones para ocultarse bajo la apariencia de otras enfermedades, lo que a menudo dificulta el diagnóstico. En muchas ocasiones la persona acude al médico de cabecera aquejada de síntomas imprecisos que pueden confundirse con un trastorno de tipo físico. Ante tales casos es necesaria una colaboración estrecha entre la medicina interna y la psiquiatría, pues no debemos olvidar que *la depresión ha cambiado de vestido* y junto a las formas clásicas comienzan a despuntar otras variedades depresivas, a veces muy complejas.

La dispersión de los síntomas, ese borrado de los límites



claros de la depresión tal y como era estudiada hasta hace pocas décadas, requiere especialistas alertas que presten atención a ciertos detalles, en particular al hecho de que síntomas que en otro tiempo se consideraban secundarios ahora pueden ser de capital importancia. Por otra parte, a la hora de elaborar un diagnóstico, el médico debe centrarse en cada síntoma por separado y tener siempre en cuenta que la comorbilidad (asociación de patologías distintas) es muy corriente. Por ejemplo, depresiones asociadas a fobias, obsesiones y, en casos extremos, esquizofrenia. La situación puede en ocasiones llegar a tal punto que no es posible establecer un diagnóstico unificado, sino que hay que analizar por un lado lo sustantivo, es decir, los rasgos que definen el trastorno, y por otro lo adjetivo o accesorio. Este es un problema añadido a la hora de fijar un diagnóstico, ya que puede ocurrir que el paciente no esté realmente deprimido, sino que se sienta triste de forma natural por la razón que sea. O bien que estando en realidad deprimido no se sienta en absoluto triste, sino «enfermo». A veces el trastorno se manifiesta en fases que se repiten con cierta periodicidad y otras veces el mal es permanente.

Aunque se barajan diversos factores ambientales, personales, laborales y hasta hereditarios como posible causa de las depresiones, lo cierto es que muchas veces ni siquiera parece haber un disparador aparente. Por este motivo resulta fundamental el análisis de la historia vital y clínica del paciente para buscar antecedentes que hayan ejercido influencia en la aparición y desarrollo de la enfermedad. La vida es un continuo puente entre el pasado y el futuro. La exis-

tencia se basa en una suma entre nuestra experiencia y nuestros recuerdos y los proyectos y expectativas que albergamos. Entre unos y otros se eleva el siempre fugaz presente. La depresión puede representar una ruptura de ese puente. El paciente depresivo debe recordar que la vida es siempre un proyecto, un viaje hacia delante. Pasado, presente y futuro constituyen nuestras tres dimensiones vitales. La persona psíquicamente sana vive empapada de futuro y la pérdida de expectativas puede ser una de las causas fundamentales de la depresión.

En la génesis de la depresión debemos valorar en primer lugar la influencia de dos factores básicos: la tristeza y la inhibición.

### ¿Tristeza o inhibición?

Con mucha frecuencia no está claro si en el origen de algunas depresiones se encuentra primero la *tristeza*, una congoja del ánimo, o una mera *inhibición*, la sensación íntima de no tener ganas de hacer nada, de estar como bloqueado o ralentizado. Cada autor manifiesta una opinión al respecto, aunque en la práctica clínica parece haber quedado demostrado que se trata de dos sentimientos independientes, si bien coordinados, ya que la inhibición suele ser fruto de la tristeza previa. La tristeza<sup>5</sup> (y la preocupa-

---

5. La tristeza y sus sinónimos son lo que define realmente la depresión.

ción) es un sentimiento esencialmente reactivo; la inhibición, que adopta formas diferentes, es un componente que se asocia a diversos trastornos nerviosos, entre ellos las depresiones.

Así que en primer lugar debemos analizar qué sentido tienen los sentimientos de inhibición dentro del padecimiento depresivo. En general, la inhibición se manifiesta en depresiones ya avanzadas, cuando el paciente se siente incapaz de hacer nada ni de emprender ningún proyecto. En casos extremos la persona afectada ni siquiera tiene ganas de hablar con las personas que le rodean, lo que supondría un ejemplo radical de inhibición. Es como una lucha entre el querer y el no poder: la capacidad de acción está ahí, pero resulta inoperante. Los pacientes suelen describir esta situación de manera muy expresiva: no hay un mal físico, pues el enfermo no se encuentra imposibilitado, simplemente carece de intencionalidad para actuar, como si hubiera una ruptura entre el yo y el mundo exterior.

Esta separación entre el sujeto y el objeto se produce como resultado de la inmersión del depresivo en su propio mundo de negatividad. No se siente capaz de compartir la vida con los demás, ni de emprender acciones o proyectos. Perdido el interés por las cosas, el proceso depresivo tiende a autoalimentarse: el enfermo se encierra en sí mismo, busca lo negativo en todo, se culpabiliza de cualquier cosa, sus relaciones se vuelven problemáticas y se sumerge en pensamientos penosos del pasado o plenos de incertidumbre hacia el futuro...

El término *inhibición* a menudo resulta un tanto incon-

creto para estudiarlo como ingrediente básico de las depresiones, por lo que vamos a dividir este síntoma en cuatro variedades que describiremos someramente a continuación. Se trata de bradipsiquia, inhibición psicomotriz, apatía y despersonalización.

1. *Bradipsiquia*. El paciente nota que ha perdido el ritmo habitual de vida. Siente que todo va más lento, que las cosas son más pesadas. Tiene dificultades para expresarse, para tener ideas, para comunicarse, para recordar lo que acaba de hacer. Se mantiene en silencio o solo habla para lamentarse. El llanto es frecuente. Hay una inmersión en un mundo interior cada vez más oscuro.
2. *Inhibición psicomotriz*. Es lo que podríamos llamar *inhibición en sentido estricto*. La atención y la capacidad de estímulo-respuesta se reducen de manera notable. Falta expresividad y se cae en la inacción. Bloqueo, paralización, estar como parado.
3. *Apatía*. Constituye un estado intenso de indiferencia. Las relaciones se descuidan, así como el arreglo personal y el aseo. La afectividad está sin vibración.
4. *Despersonalización*. El paciente siente que «no es el mismo que antes». Este no es un rasgo exclusivo de la depresión, ya que se encuentra en muchos otros trastornos psíquicos, pero puede ser un buen indicativo. Algunos pacientes se extrañan de ver su rostro en el espejo, como si fuera el de otro, o como si estuviera cambiando. Cuando la extrañeza del yo llega

a un punto extremo, el paciente empieza a sentirse desligado de la realidad.

En definitiva, la vida es movimiento, por lo que la inhibición asociada a la depresión constituye todo lo contrario: un freno. En tal sentido podemos describir la inhibición, rasgo fundamental del trastorno depresivo, como ese obstáculo interno que no nos deja hacer nada. Es el triunfo de la pasividad, que si no se controla puede llegar a dominar por completo la vida del enfermo, que se deja llevar y se encierra en un círculo vicioso autodestructivo. En una situación así el depresivo profundo puede terminar perdiendo el contacto con la realidad.

### Diferencias entre la tristeza normal y la tristeza depresiva

Existen tres variedades de descenso del estado de ánimo o cambio negativo de la afectividad o tristeza vital. Tanto si tomamos una como otra, los adjetivos a utilizar son *vital*, *psíquico* y *vitalizado*.

*Descenso del ánimo vital* (clínicamente depresivo): es el propio de la depresión. Sus características motivacionales, de sentido, de intensidad y duración, vivenciales, etc., van a configurar una fisonomía bastante precisa que permitirá distinguirla de las otras dos submodalidades. Es la tristeza depresiva.

*Descenso del estado de ánimo psíquico*: es el que se produce en el hombre psicológicamente sano. Es motivado.