

Mucho más que un bajón

Según la Organización Mundial de la Salud, “se espera que los trastornos depresivos, que en la actualidad son la cuarta causa de muerte y discapacidad a escala mundial, ocupen el segundo lugar, después de las cardiopatías, en 2020”. Las depresiones representan, después de las enfermedades cardíacas, el mayor problema sanitario si se considera la mortalidad prematura y los años de vida útil que se pierden por incapacidad. Según la OMS, 121 millones de personas padecen depresión; 37 millones, la enfermedad de Alzheimer; 50 millones, epilepsia y 24 millones esquizofrenia. Hasta ahora los esfuerzos para incrementar la calidad en la atención se han centrado en el tratamiento de los episodios depresivos, más que en la detección de los casos y el tratamiento de las depresiones crónicas.

En estos últimos años, algunos practicantes y teóricos de la salud no han vacilado en considerar la depresión como una verdadera “enfermedad social”. Algunos llegan a decir que, después de la sociedad industrial y la del ocio, se ha instalado la “sociedad depresiva”. Según ciertos medios, los medicamentos antidepresivos se convierten en artificiales píldoras de la felicidad y los deprimidos se vuelven “toxicómanos legales”. Para la opinión pública la depresión también suele ser “el mal del siglo”, producto del estrés, el hastío y la falta de ideales de la sociedad contemporánea.

Existen pocos incentivos para que las prepagas y obras sociales se preocupen por el ahorro de costos futuros o indirectos, por lo que el control se ha centrado en los costos directos a corto plazo. Las prepagas proporcionan asistencia a las personas que buscan ayuda. Les conviene que la depresión sea una enfermedad aguda y, por lo tanto, sin necesidad de tratamiento o seguimiento a largo plazo.

Las personas con “humor deprimido” presentan pérdida de energía e interés, sentimientos de culpa, dificultades de concentración, pérdida de apetito y pensamientos de muerte o suicidio. El humor deprimido y la pérdida de interés o satisfacción son los síntomas clave de las depresiones. En ellas se manifiesta una pérdida de energía que empeora el rendimiento escolar y laboral y disminuye la motivación para emprender proyectos. La inhibición es su trastorno fundamental. Otros signos y síntomas son los cambios en las funciones cognitivas, en el lenguaje y las funciones vegetativas (como el sueño, el apetito y la actividad sexual). Cambios que casi siempre afectan al funcionamiento social, laboral e interpersonal.

Los deprimidos presentan una visión pesimista de sí mismos y del mundo, así como un sentimiento de impotencia y de fracaso. Hay pérdida de la capacidad de experimentar placer –intelectual, estético, alimentario o sexual–. La existencia pierde sabor y sentido. Se sienten aislados

y abrumados por esa vergonzosa indiferencia hacia sus prójimos. El depresivo es un agobiado en busca de estímulo; un ansioso en busca de calma; un insomne en busca del sueño.

Ese agobio se expresa en la temporalidad –“no tengo futuro”–, en la motivación –“no tengo fuerzas”– y en el valor –“no valgo nada”–. Muchos hombres deprimidos no son diagnosticados porque su actitud no consiste en recluirse en el silencio del abatimiento, sino en el ruido de la violencia, el consumo de drogas o la adicción al trabajo. Suelen mostrar lo que, con un eufemismo, se suele llamar “irritabilidad”.

Los motivos de consulta en las depresiones se pueden agrupar en categorías. En lo concerniente a los estados de ánimo y afectividad que se ponen en juego, manifiestan: tristeza, baja autoestima, autorreproches, pérdida de placer e interés, sensación de vacío, apatía, ansiedad, tensión, irritabilidad, inhibiciones varias. En cuanto al pensamiento, suelen manifestar: concentración disminuida, indecisión, culpa, pesimismo, crisis de ideales y de valores, pensamientos suicidas. En cuanto a manifestaciones somáticas, puede haber alteración de algunas funciones –insomnio, hipersomnias, aumento o disminución del apetito, disminución del deseo sexual–, dolores corporales –cefaleas, lumbalgias, dolores articulares– y síntomas viscerales –principalmente gastrointestinales y cardiovasculares–.

¿A qué atribuir el aumento de la depresión? Aunque no dispongamos de estadísticas confiables, en nuestro país la predominancia de la depresión puede relacionarse con lo histórico-social: hemos padecido duelos masivos y traumas devastadores que hacen tambalear vínculos, identidades, proyectos personales y colectivos. Podríamos hablar también de efectos inherentes a la globalización, de efectos indeseados. Mientras tanto, podemos constatar que se han debilitado los lazos sociales y se ha borrado la dimensión de la vida pública.

Yo, distímico

El “trastorno distímico” se caracteriza por la presencia de un humor deprimido (o irritable, en niños y adolescentes), que se mantiene durante la mayor parte del día y está presente casi todos los días. La presencia de sentimientos de tristeza o una disminución o pérdida de interés por las actividades cotidianas es esencial. La gravedad de los síntomas es menor que en el trastorno depresivo mayor, y el trastorno distímico se caracteriza por la ausencia de episodios bien diferenciados.

Para el diagnóstico de distimia deben estar presentes por lo menos tres de los siguientes nueve ítem: 1) baja autoestima o falta de confianza en sí mismo; 2) pesimismo o desesperanza; 3) pérdida generalizada de interés o capacidad para disfrutar; 4) retraimiento social; 5) fatiga o cansancio crónicos; 6) culpa; 7) irritabilidad o rabia excesiva; 8) disminución de la actividad; 9) dificultad para pensar (falta de concentración, mala memoria o indecisión).

Según el DSM-IV (Manual de Diagnóstico de la American Psychiatric Association), el diagnóstico de trastorno distímico requiere la presencia de dos o más de los siguientes síntomas:

pérdida o aumento de apetito; insomnio o hipersomnia; falta de energía o fatiga; baja autoestima; dificultad para concentrarse o tomar decisiones; sentimiento de desesperanza.

Para definir un “episodio depresivo mayor” –según el DSM-IV– deben sumarse, durante dos semanas, cinco o más de los siguientes síntomas (uno de los cuales tiene que ser, necesariamente, o el estado de ánimo depresivo o la pérdida de interés o capacidad para el placer).

El estado de ánimo depresivo se presenta la mayor parte del día, casi cada día: así lo manifiesta el propio sujeto –por ejemplo, se siente triste o vacío– o lo advierten otros –por ejemplo, llanto–. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser más bien irritable.

La disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer se verifica, durante el episodio depresivo mayor, en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día y casi cada día –según refiere el propio sujeto u observan los demás–. También hay una pérdida importante de peso, sin hacer régimen, o bien aumento de peso (puede tratarse de un cambio de más del cinco por ciento del peso corporal en un mes); puede haber pérdida o aumento del apetito casi cada día. En los niños hay que considerar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.

Puede haber, en el episodio depresivo mayor, insomnio o hipersomnia casi cada día. También casi cada día, agitación o enlentecimiento psicomotores (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido). Y, también casi cada día, fatiga o pérdida de energía.

También suele haber sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (incluso ser delirantes) casi cada día; no se trata de los simples autorreproches o de culpabilidad por el hecho de estar enfermo. Se presenta, casi cada día, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión (sea una atribución subjetiva o una observación ajena). Suele haber pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte); ideación suicida recurrente, aun sin un plan específico, o ya una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

En el episodio depresivo mayor, los síntomas provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Y no son efectos fisiológicos directos de una sustancia (como una droga o medicamento) o una enfermedad médica (como el hipotiroidismo). Tampoco se explican mejor por la presencia de un duelo (por ejemplo, la pérdida de un ser querido).

Aunque el trastorno depresivo mayor puede darse en un episodio único, la recurrencia constituye la regla y no la excepción. Después de un único episodio depresivo mayor, el riesgo de presentar un segundo episodio es de aproximadamente el 50 por ciento; después del tercer episodio, el riesgo de un cuarto es aproximadamente del 90 por ciento.

Cerca del 50 por ciento de los episodios depresivos mayores no se detectan pues en ellos el estado de ánimo depresivo es menos evidente que otros síntomas del trastorno: la “alexitimia” o incapacidad para expresar los sentimientos con palabras puede centrar la atención del paciente en los síntomas físicos de la depresión, como el insomnio, la disminución de la energía y los

problemas de concentración, sin que el sujeto sea consciente de que está deprimido. Una disfunción física menor hace difícil distinguir una depresión mayor crónica de una hipocondría. El consumo de sustancias, como forma de autotratamiento de la depresión, puede ser más obvio que el trastorno del estado de ánimo subyacente.

Otros cuadros de depresión mayor pueden estar ocultos bajo conflictos conyugales y familiares, ausentismo laboral, bajo rendimiento escolar, aislamiento social y la falta de motivación. Estas depresiones reciben el nombre de enmascaradas. No está claro por qué la depresión se expresa más somáticamente en unos pacientes que en otros, pero es posible que una de las variables intervinientes sea el tipo de defensas utilizadas por el sujeto: hay constancia de un predominio mayor de depresiones somatizadas en las personas que tienden a la negación, la hiperactividad y cierto control omnipotente del entorno. La idiosincrasia de estas personas les permite no discernir vivencias de indefensión y de fracaso hasta que las alteraciones somáticas empiezan a minar la eficacia de sus defensas ante problemáticas subjetivas.

* Extractado de Las depresiones (afectos y humores del vivir), que distribuye en estos días editorial Paidós.

Nota original en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-72605-2006-09-07.html>