



Se ha generalizado el término depresión, que se ha puesto de moda en el lenguaje de la calle y se utiliza en muchos casos de forma incorrecta. El peligro de generalizar el término puede llevar a descuidar una cura eficaz. Para esclarecer este punto, el profesor Salvador Cervera, de la Universidad de Navarra, explicó en un reciente, la diferencia entre el malestar y la enfermedad de la depresión.

El estado de ánimo triste es un malestar psicológico frecuente, pero sentirse triste o deprimido no es suficiente para afirmar que se padece la depresión. Este término puede indicar un signo, un síntoma, un síndrome, un estado emocional, una reacción o una entidad clínica bien definida. Por ello es importante diferenciar entre la depresión como enfermedad y los sentimientos de infelicidad, abatimiento o desánimo, que son reacciones habituales ante acontecimientos o situaciones personales difíciles.

En la respuesta afectiva moral nos encontramos con sentimientos transitorios de tristeza y desilusión, comunes en la vida diaria. Esta tristeza, que denominamos normal, se caracteriza por: ser adecuada y proporcional al estímulo que la origina; tener una duración breve; y no afectar especialmente a la esfera somática, al rendimiento profesional o a las actividades de relación.

En la depresión como estado patológico se pierde la satisfacción de vivir, la capacidad de actuar y la esperanza de recuperar el bienestar. Se acompaña de manifestaciones clínicas en la esfera del estado de ánimo (tristeza, pérdida de interés, apatía, falta de sentido de esperanza), del pensamiento (capacidad de concentración disminuida, indecisión, pesimismo, deseo de muerte, etc.), de la actividad psicomotriz (inhibición, lentitud, falta de comunicación o inquietud, impaciencia e hiperactividad) y de las manifestaciones somáticas (insomnio, alteraciones del apetito y peso corporal, disminución del deseo sexual, pérdida de energía, cansancio, etc.) Este conjunto de síntomas ponen de manifiesto que nos hallamos ante un estado patológico específico, netamente distinto de la tristeza normal y que adquiere formas e intensidades bien definidas. Y en este sentido se han establecido diversas formas clínicas de depresión internacionalmente aceptadas, que de menor a mayor intensidad son: reacción depresiva; trastorno depresivo mayor; distimia; trastorno bipolar; trastorno depresivo orgánico;

depresión melancólica; y depresión psicótica. Cada una de ellas con rasgos diferenciales clínicos bien establecidos.

La depresión es el resultado de un diálogo interactivo entre la biología, los factores personales y psicológicos, y el ambiente. Como factores biológicos figuran una base genética, en algunas formas de depresión, alteraciones en los neurotransmisores cerebrales y alteraciones endocrinas e inmunológicas. Todos estos factores no deben ser considerados como agentes causales, sino como moduladores o marcadores biológicos del estado de enfermedad. Desde otro punto de vista, las características de personalidad juegan un papel, unas veces de predisposición, otras de complicación del cuadro clínico, o de configuraciones del cuadro clínico. Es de gran importancia también el estudio de los factores de vulnerabilidad, como, por ejemplo, la inestabilidad emocional, la hipersensibilidad, o la dependencia, la inseguridad y el pesimismo, o la alta vulnerabilidad a las situaciones de estrés. Estos rasgos predispondrían a la enfermedad especialmente cuando se asocian a factores sociales negativos.

Existe también una variedad de factores de protección que fortalecen al sujeto. Son los sistemas de creencias religiosas y de valores, el grado de madurez psicológica que permite una respuesta equilibrada desde el punto de vista emocional y racional, la facilidad para captar y asumir el sentido de las experiencias propias y ajenas, los sentimientos estables de apoyo y pertenencia propios de las relaciones personales, el ejercicio de la libertad para la realización de proyectos que comprometen de manera estable y que nos vinculan a los demás.

En cuanto a los factores ambientales, se han descrito una mayor probabilidad de padecer un trastorno depresivo cuando se dan factores externos adversos, como acontecimientos estresantes recientes, muerte prematura de un familiar, inadecuada educación, pobreza, malnutrición, insuficiente soporte social. Todos estos factores que forman parte de la biografía del individuo, repercuten en él, creando vulnerabilidad.

En conclusión, los factores que inciden en la génesis de la enfermedad depresiva forman parte de un sistema interactivo, que modula la respuesta a los sufrimientos que generan tristeza. Este sistema interactivo incluye una valoración, un discernimiento interno personal que otorga significado a lo percibido, con muy distintos significados clínicos. En la tristeza o aflicción normal, aunque hay una afectación, ésta no rompe el sentido armónico de la persona, y por eso se produce una respuesta adaptada al propio sujeto y a su entorno.

En el trastorno adaptativo la afectación es desproporcionada. En la depresión mayor y en la distimia, la afectación de las estructuras es, no sólo intensa, sino distorsionante. Y en el caso de la melancolía, del trastorno bipolar y de la depresión psicótica, la respuesta está fragmentada, rota, con una fisura amplia respecto a las demás formas de depresión, pues manifiestan una ruptura interior,

que supone un salto tanto cuantitativo como cualitativo. Consideramos que el principio armónico y de control global al que toda persona tiende, y que es adaptativo, se distorsiona en tres fases sucesivas, que podemos denominar sobrecarga, distorsión y ruptura. Y no parece que se deba plantear una disyuntiva entre incremento cuantitativo y salto cualitativo. En todos los ámbitos, desde lo inorgánico hasta los vivos, son muchos los casos en que un incremento cuantitativo del estrés se traduce en un cambio cualitativo, de forma y de función.

Diez características más comunes de la depresión:

La persona experimenta un sentimiento general de falta de esperanza, de interés, con apatía, tristeza y abatimiento general.

- Pérdida de perspectiva. Lucha por la confianza en uno mismo en lugar de contra los problemas de la vida.
- Cambios en las actividades y preferencias. Alteraciones de sueño, en las comidas, en las relaciones sexuales...
- Baja autoestima.
- Tendencia al aislamiento. Temor sin fundamento a ser rechazado.
- Deseo de huir de los problemas y de la vida misma. Deseo de suicidio.
- Hipersensibilidad ante los comentarios y los actos de los demás.
- Dificultad para controlar sus emociones, en especial la ira.
- Fuerte sentimiento de culpa.
- Estado de dependencia que refuerza el sentimiento de invalidez.

El término poliédrico de la depresión

La tristeza normal es una respuesta afectiva constituida por sentimientos de la vida diaria, poco o muy intensos, pero escasamente duraderos. Debe considerarse como experiencia depresiva normal.

- La depresión, como estado patológico, es un fenómeno en el que se pierde la satisfacción de vivir, la capacidad de actuar y la esperanza de recuperar el bienestar; se acompaña de manifestaciones somáticas y psíquicas, y produce en la persona diversos grados de incapacidad.
- El proceso de estación de la experiencia depresiva patológica es altamente dinámico en el tiempo, con modos de vulnerabilidad que resultan de la combinación de la biología, factores personales y sociales o ambientales, y que se acentúan de acuerdo al curso de la biografía personal, los factores de protección y las experiencias de sí mismo y del entorno.
- En la medida en que es una experiencia estrictamente personal, la vivencia de la enfermedad depresiva, como la de la tristeza normal, deben ser consideradas como únicas para cada persona, y su significado personal debe ser estimado en un plano existencial.

Cómo ayudar a personas que sufren depresión

Mensaje de Juan Pablo II a la XVIII Conferencia Internacional sobre la Depresión:

«La clave para ayudar a una persona con depresión es el amor y la oración. Las personas que cuidan de los enfermos deprimidos deben ayudar a recuperar la propia estima, la confianza en sus capacidades, el interés por el futuro, las ganas de vivir. Por eso, es importante tender la mano a los enfermos, hacerles percibir la ternura de Dios, integrarlos en una comunidad de fe y de vida, en la que se sientan acogidos, comprendidos, sostenidos, dignos, en una palabra, de amar y de ser amados.

En el camino espiritual son de gran ayuda la lectura y la meditación de los salmos, el rezo del Rosario, la participación en la Eucaristía, fuente de paz interior. La difusión de los estados depresivos es preocupante. Se manifiestan fragilidades humanas, psicológicas y espirituales, que al menos en parte son inducidas por la sociedad. Es importante ser conscientes de las repercusiones que tienen los mensajes transmitidos por los medios de comunicación sobre las personas, al exaltar el consumismo, la satisfacción inmediata de los deseos, la carrera a un bienestar material cada vez mayor. Es necesario proponer nuevas vías, para que cada uno pueda construir la propia personalidad, cultivando la vida espiritual, fundamento de una existencia madura. La Iglesia y la sociedad deben proponer a las personas, especialmente a los jóvenes, figuras y experiencias que les ayuden a crecer en el plano humano, psicológico, moral y espiritual. La ausencia de puntos de referencia contribuye a crear personalidades más frágiles, llevando a considerar que todos los comportamientos son semejantes.

Juegan un papel relevante la familia, la escuela, los movimientos juveniles, las asociaciones parroquiales.

También es significativo el papel de las instituciones públicas para asegurar condiciones de vida dignas, en particular, a las personas abandonadas, enfermas, ancianas. Son igualmente necesarias las políticas para la juventud, que ofrezcan a las nuevas generaciones motivos de esperanza, preservándolas del vacío o de otros peligros».

Si tienes alguna duda, escribe a nuestros [Consultores](#)