



LA TRISTEZA O DEPRESIÓN ¿CUÁNDO UN SENTIMIENTO SE CONVIERTE EN UNA ENFERMEDAD?

Discurso Profesora María Inés López-Ibor Alcocer en la toma de posesión como Académica Correspondiente perteneciente a la Sección de Medicina de la **Real Academia de Doctores de España** 15 de marzo de 2.016

Excmo. Sr. Presidente de la Real Academia de Doctores de España, Excmas. Sras. Académicas, Excmos. Sres. Académicos, amigos, Señoras y Señores,

Sean mis primeras palabras de agradecimiento a los miembros de la Real Academia de Doctores de España que decidieron escogermme para cubrir una vacante como Académico Correspondiente de la Sección de Medicina.

Me gustaría agradecer de forma especial a la Excma. Sra. D^a Blanca de Castilla García de Gortázar, al Excmo. Sr. D. Pedro Rocamora García-Valls y su Presidente por su apoyo y por supuesto al Excmo. Sr. D. Antonio González González, Presidente de la Sección de Medicina que me presenta en este Acto.

Hace poco más de un año mi padre, el Prof. Juan José López-Ibor Aliño, terminaba su discurso de ingreso en esta Corporación con las siguientes palabras que hoy me gustaría recordar, decía *"La ciencia tiene sus límites y no se puede ser un servidor de la misma sin un alto grado de humildad. La ciencia debe descifrar enigmas, pero bueno es reconocer que también hay un ámbito para el misterio, insondable, en el que cobijarnos para ser mejores científicos. De no aceptarlo así, correremos el riesgo de desterrar como científicos a un dios, para erigirnos a nosotros mismos en dioses, señores de la historia, por no decir tiranos de la misma"*.

Fueron sus últimas palabras leídas y escritas en un acto público y fueron, a mi modo de ver, unas palabras que resumían muy bien su pensamiento y quizás sus



sentimientos un legado científico y personal lleno de valores que nos acompañan cada día a los que tuvimos la suerte de estar a su lado.

Los mismos valores que tiene sin duda esta Real Academia de Doctores de España que se distingue, desde sus orígenes en 1922, por su naturaleza multidisciplinar al abarcar todas las disciplinas académicas y lo hace agrupándolas en diez secciones. Su actual Presidente el Dr. Álvarez Fernández-Represa en su carta de bienvenida, escribe *que lo que permite esta corporación es abordar temas más complejos desde todas sus perspectivas y consecuencias.*

Por lo que es para mí un honor haber sido propuesta como Académica Correspondiente en la Sección de Medicina.

Quiero agradecer también a mi madre, a mis hermanos, a mis cuñados, a mis hijos, a mis amigos y a todas las personas que me han ayudado y continúan haciéndolo con paciencia y que han hecho posible que yo sea quien soy y esté hoy aquí.

Escoger un tema para un discurso de ingreso no es fácil.

Del ser humano se dice que es un ser profundamente racional, Descartes, filósofo, matemático y físico del siglo XVI decía "*pienso luego existo*", pero no sólo eso, el ser humano es también un ser sentimental, aspecto que se ha considerado mucho menos y sobre el que se ha investigado todavía menos. Por eso pensé que sería quizás una buena idea hablar de los sentimientos y en especial de uno de ellos: la tristeza y su relación con uno de los trastornos mentales más frecuentes, discapacitantes y en ocasiones devastadores para el propio paciente y para su familia como es la depresión.

Existen dos razones fundamentales para la elección de este tema. La primera es que mi actividad docente como profesora universitaria desde hace más de 18 años se centra en el ámbito de la psicología médica, que no es una psicología para médicos sino una disciplina que trata de proporcionar una visión holística o integral del enfermar humano, de los condicionantes de la salud y de la adaptación del sujeto a su ambiente incluido a su enfermedad.



Este es para mí el ámbito de la medicina más humanístico o antropológico, que cuenta con unas profundas raíces éticas y morales, probablemente fue Dilafaux o quizás Charles Achard a finales del siglo XIX quienes dijeron que el papel del médico es "*curar a veces, frecuentemente aliviar y consolar siempre*",

Pero también la psicología médica se dedica al estudio de las funciones psíquicas en los estados de salud y en la enfermedad, contemplando sus diferentes vertientes neurobiológicas y psicosociales. Una de esas funciones fundamentales que nos diferencian de los otros seres de la naturaleza son los sentimientos, definidos como *estados del yo* por Scheler, filósofo alemán de finales del XIX (por ejemplo cuando decimos estoy triste) o *pensamientos confusos* por Descartes y es Pascal medio siglo después (XVI) quien inicia una tradición en la que destacan Schopenhauer, Nietzsche y Freud, que recuperará la importancia de los aspectos sentimentales no racionales del ser humano, y más recientemente es San Juan Pablo II quien decía *que una persona es un ser con el cual solo uno puede relacionarse desde el amor*, es decir desde un sentimiento y no desde la razón.

La segunda razón y la más importante, es porque en los últimos tres años el Profesor López-Ibor (mi padre) y yo dedicamos muchas horas a la investigación de este tema, a estudiar las diferencias entre una tristeza normal, como un sentimiento de la vida cotidiana y a cuándo esa tristeza deja de ser un sentimiento normal y se convierte en una alteración psicopatológica, en un síntoma de alguna enfermedad en especial de la depresión. Trabajo que quedó sin terminar por su muerte, y que era para mí una tarea pendiente y hoy la mejor oportunidad para continuarlo.

El discurso tendrá tres partes en las que explicaré lo que es y lo que no es una depresión, la tristeza como sentimiento y como síntoma de una depresión y si tiene un sentido estar triste, o no, desde el punto de vista evolutivo, es decir si sirve para algo.

Las depresiones son, y vienen siéndolo desde hace muchos años, un tema de interés no sólo para los psiquiatras, que suponen una gran parte de nuestra actividad clínicos, sino también para los médicos y para la población en general. Su prevalencia es elevada y además va en aumento.



Se sabe que una de cada cinco personas presentará un trastorno del estado de ánimo a lo largo de su vida y en las personas que padecen una patología médica aumenta la incidencia llegando a aparecer en el 20% de los casos, siendo las cifras más elevadas en grupos concretos de población de pacientes sobre todo los que padecen o han padecido meses antes una enfermedad cardiovascular, oncológica o neurológica.

En las enfermedades neurológicas son frecuentes los síntomas depresivos, sucede tanto en las demencias como en los accidentes cerebrovasculares o ictus, en los que hasta en un 25% de los casos se cumplen criterios de depresión mayor. Los pacientes oncológicos presentan clínica de depresión en un 25% de los casos, la frecuencia es mayor en determinados tumores (cabeza de páncreas, digestivos).

En enfermedades metabólicas como la diabetes, la incidencia de depresión es tres veces superior a la de la población general. Los pacientes depresivos tienen una mortalidad de origen cardiovascular aumentada, los criterios de depresión mayor se cumplen en un 25% de los sujetos con un infarto de miocardio reciente. Diversos estudios han mostrado que los familiares de pacientes depresivos padecen depresión con el triple de frecuencia que los familiares de los controles sanos.

Todo esto hace que adquiera una importancia notable en todos los programas de prevención y gestión de la salud. No es una enfermedad que concierna únicamente al especialista, ya que a éste sólo llegan el 10% de los casos, y el resto o son vistos por otros médicos no psiquiatras o no acuden a ninguna consulta. Probablemente una de las razones más importantes para que se de este hecho es que ni el paciente ni sus familiares, ni el entorno, relacionan a veces la depresión con un hecho patológico o una enfermedad.

Entre los pacientes que acuden al médico de atención primaria, se calcula que el 10-20% sufren trastornos depresivos como entidad primaria y algunos autores piensan que la incidencia es superior, llegando a alcanzar el 40%. De entre los pacientes que acuden al psiquiatra la proporción es realmente más elevada, aproximadamente un 50%.



Entre los factores sociodemográficos destaca el sexo, siendo la prevalencia para los trastornos depresivos el doble en la mujer que, en el varón, al menos en edades medias de la vida. Además, el riesgo de cronicidad es mayor en la mujer.

Las diferencias entre los sexos no tienen una causa clara, pero sin duda intervienen tanto factores socioculturales (mayor expresión de quejas psíquicas en la mujer, obligaciones domésticas y familiares), como biológicas (hormonales) y quizás una diferente respuesta a la metabolización de los psicofármacos.

El estado civil de "previamente casado" (separado o divorciado) es el que con más frecuencia se asocia a padecer trastornos depresivos mayores.

Finalmente, el tener una amplia red de apoyo social parece ser un claro factor de protección frente a la depresión o por el contrario un escaso apoyo social, sobretudo dentro de la pareja y la falta de "confidentes", se ha relacionado tanto con un mayor riesgo para el inicio de la depresión como con un peor pronóstico una vez aparecido el cuadro afectivo.

Otro aspecto importante es que cada vez está más clara su influencia negativa en la evolución de patologías físicas, habiéndose demostrado que los pacientes depresivos tienen una mortalidad (no sólo atribuible al suicidio) superior a la de la población general, posiblemente por la propia naturaleza de la enfermedad, por las alteraciones de los factores inmunitarios o por factores inflamatorios que se han descrito recientemente como una de las posibles bases etiológicas de este trastorno.

Los acontecimientos vitales estresantes se asocian de forma clara a la presencia de depresión. Se ha demostrado que, aunque menos del 10% de los sujetos que padecen un acontecimiento vital relevante desarrollan posteriormente una depresión, el riesgo de sufrirla se multiplica por seis si se han tenido varios acontecimientos estresantes.

Probablemente los acontecimientos estresantes serían especialmente importantes cuando se dan en la infancia y en los primeros episodios de los trastornos



depresivos, adquiriendo después un curso más independiente de los acontecimientos externos.

Se considera que sujetos con ciertos trastornos de la personalidad están especialmente predispuestos a padecer trastornos depresivos, como son que padecen un trastorno límite, dependientes u obsesivo de la personalidad. También ciertos rasgos de la personalidad, como el neuroticismo, se han implicado tanto en la presencia como en el pronóstico de la depresión siendo éste peor en los sujetos con alto grado de neuroticismo.

Así la Organización Mundial de la Salud, estima que la depresión unipolar, sólo una de las causas de depresión, será la segunda causa de discapacidad en el año 2020.

La prescripción de antidepresivos ha aumentado un 10% cada año en los últimos diez años, un 11% de la población mayor de 11 años toma antidepresivos en EE.UU. (25% mujeres entre 40 y 50 años).

Probablemente el déficit de serotonina es la hipótesis etiológica de la depresión que ha recibido mayor apoyo experimental, un metabolito de ésta en líquido cefalorraquídeo, el 5-hidroxi-indolacético se encuentra disminuido en pacientes deprimidos. Aunque también se ha observado disminución en la concentración de noradrenalina y de dopamina y otros neurotransmisores.

Los fármacos, en especial algunos fármacos cardiovasculares (como betabloqueantes) y hormonales (anticonceptivos orales y corticoides), neurolépticos y anticolinérgicos son capaces de causar clínica depresiva. Dentro de las sustancias, el abuso de alcohol, es por su frecuente consumo una causa importante de sintomatología depresiva.

En el eje hipotálamo-hipofiso-suprarrenal, los pacientes deprimidos acostumbran a presentar hipercortisolismo y tener aumentado el tamaño adrenal.

Las pruebas de neuroimagen reflejan hipoactividad en el córtex prefrontal, temporal, cíngulo y ganglios de la base. La apatía, desmotivación, el déficit en la atención, la anhedonia y otros síntomas depresivos, podrían asociarse a una



disfunción de los circuitos fronto-límbicos. Y que se correlaciona con la severidad del episodio depresivo y que se normaliza tras el tratamiento y remisión de los síntomas.

El tratamiento de las depresiones ha avanzado mucho en los últimos años, hasta el punto que en la actualidad se puede afirmar que la mayor parte de las depresiones se pueden curar y el resto al menos resultan muy aliviadas.

Se considera que la intervención más eficaz para lograr la remisión y evitar recaídas y recidivas es la combinación de un tratamiento farmacológico y psicoterapéutico. La elección de un fármaco u otro se basará en primer lugar en aquel antidepresivo que haya funcionado con anterioridad, en caso de existir tratamiento previo. De no ser así la elección se hará en base al perfil de efectos secundarios e interacciones medicamentosas.

Se estima en unos seis meses la duración normal de un episodio depresivo, pero el tratamiento debe mantenerse una vez conseguida la remisión a la misma dosis durante un periodo de seis a doce meses. Si a lo largo de la vida se han padecido al menos tres episodios depresivos y aunque, no existe acuerdo entre todos los autores, en general se recomienda que el tratamiento se mantenga a cinco años o incluso de manera indefinida, teniendo siempre en cuenta de que el tratamiento deberá individualizarse.

Pero, ¿qué es y qué no es una depresión?

El término depresión se utiliza indistintamente para referirnos a un sentimiento vinculado a la tristeza, pero también a un síntoma que aparece en muchas enfermedades. Pero, además, es un término que utilizamos para referirnos a una entidad nosológica concreta a una enfermedad en si misma: el trastorno depresivo.

A veces es difícil establecer un límite entre un trastorno depresivo y una tristeza normal o un trastorno adaptativo, este último se caracteriza por la dificultad que tiene un sujeto para adaptarse a una situación vital compleja apareciendo síntomas de ansiedad, tristeza, alteraciones del sueño



El problema de la psiquiatría actuales que carecemos de una definición clara y precisa de lo que son los trastornos mentales que nos permita cubrir todas las situaciones y persisten además dificultades para definir qué comportamiento es normal y cuál no es normal o patológico.

Y por eso son muchos los que dicen que la psiquiatría como disciplina médica está atravesando una profunda crisis en los últimos años. Quizás sea debido a que las investigaciones científicas realizadas en el campo de la genética y de la neuroimagen no han aportado los datos esperados y que seguimos sin tener un concepto claro de los que son las enfermedades mentales y por eso en el siglo XXI nos seguimos refiriendo a ellos como trastornos y no enfermedad (por ejemplo, trastorno psicótico, trastorno depresivo...).

Los sistemas de clasificación psiquiátricos actuales pueden dar lugar a confusión si el médico no es consciente del hecho que una clasificación no es un tratado de psicopatología, capaz de definir lo que son las enfermedades, los criterios diagnósticos son confundidos con síntomas y los síntomas con enfermedades.

Por ejemplo, es posible que dos pacientes que muestran los mismos síntomas (por ejemplo, un estado de ánimo depresivo la mayor parte del día y la mayoría de los días, la reducción de su capacidad para mostrar interés o disfrutar de todas o casi todas las actividades la mayor parte del día y durante la mayoría de los días, una pérdida de peso significativa, insomnio e inhibición psicomotriz) obtengan el mismo diagnóstico en los manuales que utilizamos para clasificarlos (DSM-IV-TR). Serían ambos diagnosticados de episodio depresivo mayor o por el contrario de un episodio o reacción de duelo dependiendo de la presencia o ausencia de la pérdida de un pariente o ser querido. La última revisión del Manual de Diagnóstico y Clasificación de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría publicado en 2013 y conocido como DSM-5 consideró en un principio prescindir del duelo como criterio de exclusión para el diagnóstico de la depresión mayor, algo que a veces se ha interpretado erróneamente como la transformación de una vivencia de pérdida, de un duelo (normal) en un trastorno clínico, que no debe ser es el caso.

Convertir del duelo o la pérdida en un trastorno mental puede ser considerado como una intromisión en las emociones privadas. Estigmatiza la experiencia de



duelo, convierte al sujeto en un paciente y por lo tanto actuará como tal por lo que es posible que necesite tratamiento psicofarmacológico o terapéutico.

Esta falta de criterio ha hecho que aparezcan muchas críticas y que incluso psiquiatras de reconocido prestigio como Allen Frances, ex-Presidente de la Asociación Americana de Psiquiatría, se planteen si quizás estamos medicalizando el sufrimiento como plantea en su libro "*¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría*" publicado por Ariel el año pasado

Algo muy similar a lo que decía mi abuelo el Profesor López Ibor en 1952 en su libro sobre la angustia vital: "*El gran problema del hombre actual es haber convertido en problemático el sentido de su vida. Por eso no es extraño que obstáculos y contrariedades del cotidiano vivir aparezcan envueltos en una atmósfera angustiosa*".

¿Qué es un sentimiento?

Es necesario distinguir lo que es un sentimiento normal de uno patológico. Los límites entre la tristeza normal y la que ya no lo es son a veces vagos o imprecisos y a veces difíciles de establecer.

Los sentimientos son difíciles de describir, lo que los hace aparecer como algo inconcreto. A la dificultad de descripción de los sentimientos se añade la idea que los sentimientos, al igual que las pasiones y los impulsos, deben estar sometidos a la razón, por ser perturbadores y en ocasiones incluso esclavizadores del ser humano. A veces se piensa incluso que los sentimientos son la manifestación del lado débil, frágil o, hablando peyorativamente, femenino, de la naturaleza humana ("*llora como mujer ya que no supiste vencer como hombre*", recrimina a Boabdil su madre tras la pérdida de Granada).

Sentimiento es lo que no es instinto, lo que no es pensamiento, lo que no es percepción; es decir, todo lo que no es una vida psíquica objetivable.

En segundo lugar, los sentimientos son estados del yo (Scheler) una manera de estar con nosotros mismos en el mundo. Sentimientos y vida sentimental son



sinónimos entre sí. Son los términos preferidos de filósofos y psiquiatras de orientación antropológica, porque su ámbito semántico es el más amplio y humano (en sentido estricto, los animales se emocionan, pero no tienen sentimientos).

Lo más frecuente es que el estado de ánimo se explique de manera negativa, expresando la dificultad para experimentar alegría o incluso para “sentir” las cosas como antes, o de una incapacidad para el disfrute de las actividades previamente experimentadas como placenteras, por lo que todo pasa a sentirse como una obligación o un peso sin ninguna gratificación.

La tristeza es un sentimiento y no una enfermedad

La tristeza es un sentimiento que surge ante la pérdida de algo o alguien significativos. Se vivencia como un apagamiento, pesadumbre y falta de agilidad y como un enlentecimiento del tiempo (el pasado se hace pesado y, en cambio, lo que está por venir se borra y no existe casi). En la tristeza todo son sombras y oscuridad. Negro, sería el color de la tristeza.

La tristeza se acompaña de las lágrimas y de un enlentecimiento del funcionamiento de todo el organismo. Tiene también efectos morales, como el afán de soledad o de simpatía (según el carácter y circunstancias personales), el repliegue sobre uno mismo y la indiferencia por todo lo que no sea la pena, que absorbe el ánimo y la irritación o quizás el resentimiento hacia lo que contradiga o distraiga de esa pena. Existen dos tipos de tristeza, cuando uno pierde lo que tiene y se siente desesperado y cuando uno sabe lo que le falta.

El concepto de tristeza vital fue introducido por Kurt Schneider a principios del siglo XX siguiendo las descripciones de Max Scheler de los tipos de sentimientos en las que distingue:

- Sentimientos sensoriales, referidos a partes del cuerpo más físicas como el dolor.
- Sentimientos vitales, referidos al cuerpo en su totalidad y relacionados con el bienestar o malestar.



- Sentimientos anímicos, que también llama sentimientos del yo, referidos al mundo en el que se vive y por lo tanto reactivos, provocados por un acontecimiento exterior (por ejemplo, tristeza o alegría ante una noticia) y suelen ser además la expresión de una inclinación, de una toma de postura y, por consiguiente, de una valoración. Si entristece un suceso, la tristeza es signo de que se le concede un valor; de otro modo dejaría indiferente. Hay en ellos una participación activa, del sujeto.
- Sentimientos espirituales o de la personalidad, en cierto sentido trascendentales.

La transición entre un sentimiento vital o anímico es importante y tiene un gran interés psicopatológico. En el caso de la tristeza hay un *ponerse triste*, sentimiento reactivo anímico (algo me ha sucedido que me pone triste) y un *estar triste*, sentimiento vital no reactivo (quizás no haya sucedido nada o nada que a lo que podamos atribuirlo), y un *ser triste*, que denota un matiz temperamental más ligado a la personalidad.

Para K. Schneider, el humor del deprimido sería la "tristeza vital" sentimiento que no surge ante una situación concreta, y que López Ibor (1970) describió como una "tristeza sin nombre y sin saber por qué".

La tristeza se expresa no solo en la cara sino también en los movimientos del cuerpo y en ocasiones aparecen lágrimas, como expresión de ese sentimiento. El ser humano es el único ser de la naturaleza que tiene tres tipos de lágrimas con diferente composición, unas más ricas en sales y minerales, otras más ricas en ácido hialurónico y las tres funciones que tienen nuestras lágrimas son: uno para mantener la humedad del ojo, las segundas se llaman reflejas y sirven para hacer frente a la irritación (y son las que aparecen cuando hay humo, polvo, frío, etc.) y las terceras son las emocionales que expresan dos tipos de emociones: la necesidad de ayuda o para expresar simpatía ("te acompaño en el sentimiento", "te acompaño en tu dolor"), y ponen de manifiesto el estado de la persona y provocan una reacción positiva en los demás de solidaridad.

Si la tristeza es un sentimiento, ¿cuándo se convierte en patológico y pasa a ser un síntoma de una enfermedad?



La tristeza es sólo uno de los síntomas del síndrome depresivo, ciertamente uno de los más importantes, pero no es suficiente ni necesario para considerar que alguien tiene un cuadro depresivo.

La tristeza, la soledad, la angustia y el dolor son sentimientos (el dolor es sensación y sentimiento) muy frecuentes pero también son síntomas importantes, que encaminan al enfermo y al médico y guían a éste en un primer momento en sus exploraciones. Sin embargo, superado ese momento inicial, pierden su finalidad protectora y quedan sus molestias, a veces muy molestas, que el clínico debe intentar hacer desaparecer.

Un sentimiento como la tristeza se convierte en patológico cuando aparecen mecanismos que comprometen al sujeto, suponen una restricción de su libertad, y una pérdida de posibilidades de autorrealización. Desde el punto de vista psicopatológico la tristeza se ha asociado con la melancolía y esta con la depresión. Desde el punto de vista psicopatológico la tristeza se ha asociado con la melancolía y esta con la depresión.

Existen descripciones de los trastornos depresivos desde hace muchos años. Hipócrates, 460 años antes de Cristo, decía si el miedo y la tristeza se prolongan eso es melancolía. Areteo de Capadocia, en el siglo II, describe al paciente melancólico como triste, abatido, sin sueño, adelgazando por su estado de agitación y pérdida de sueño reparador. En un estado más avanzado se quejan de mil fruslerías y desean la muerte.

W. Shakespeare en 1596 en su obra "El Mercader de Venecia" escribía: *"me cansa esta tristeza ¿os cansa a vos? La verdad es que no sé por qué estoy tan triste, pero ¿cómo me ha dado o venido? ¿en qué consiste? Lo ignoro y tan torpe me vuelve este desánimo que me cuesta conocerme"*

Robert Burton, clérigo inglés del siglo XVI, que se describía a sí mismo como melancólico y decía que escribía sobre ella para evitarla, en su tratado "Anatomía de la Melancolía" estudia las causas de la depresión y sus tratamientos y fue el primero, según apunta la Dra. Picazo en su Tesis doctoral defendida la semana pasada, que relaciona el suicidio con la enfermedad mental. R Burton d escribía la melancolía como una disposición de la que nadie está libre *"ningún hombre vivo ni siquiera el estoico; nadie es tan sabio, nadie tan feliz, nadie tan paciente, tan*

generoso, tan divino o tan piadoso que pueda defenderse: la melancolía en este sentido es una característica inherente al hecho de ser criaturas mortales”.

Los síntomas de la depresión se han clasificado en cuatro grandes grupos: síntomas emocionales, cognitivos, volitivos y somáticos.

Los síntomas emocionales son la característica fundamental de la depresión e incluyen cambios del estado de ánimo con tristeza, pesimismo, falta de ilusión, desesperanza y tendencia al llanto. Además, pueden presentar anhedonia (incapacidad de disfrutar de las cosas).

Los síntomas cognitivos derivan de la modulación del ánimo sobre la valoración negativa que el individuo hace de sí mismo, del mundo y del futuro. Respecto a sí mismo, expresa ideas de minusvalía e inutilidad, viéndose inferior a los demás e incapaz de realizar tareas que antes realizaba sin dificultad. El futuro aparece sombrío, sin posibilidad de recuperación, pudiendo llegar a la desesperanza, a la aparición de ideas de muerte e incluso ideas autolíticas (cuando la planificación suicida es clara). La disminución de la atención y concentración suele llevar asociado un aparente deterioro de la memoria (más subjetivo que objetivo) y lentitud en el proceso del pensamiento.

En cuanto a los síntomas volitivos, aparecen abulia, apatía, falta de iniciativa y de capacidad de decisión para las tareas normales de la vida diaria, lo que junto al ánimo bajo y a la anergia lleva a deterioro o abandono de la actividad laboral y doméstica.

Los síntomas somáticos son múltiples, además de la habitual falta de energía o impulso y la lentitud de movimientos, lo más notable son los trastornos del apetito o del sueño. El sueño se ve afectado en la mayoría de los casos, mostrando un insomnio de conciliación, sueño fragmentado o despertar precoz, además de sueño no reparador. Pueden aparecer otras alteraciones como pesadillas o mioclonias nocturnas. El apetito está disminuido, y en ocasiones disminuye el peso. Es más raro el aumento del apetito que se manifiesta en forma de “atracones”. Se observa también disminución del deseo sexual, también se asocia a la tendencia a la somatización con cefaleas o lumbalgias.



En general, se puede considerar que los contenidos básicos de los estados depresivos son:

- El sentimiento de amenaza hacia la propia persona, racionalizándolo como enfermedad, ruina o persecución.
- El sentimiento de amenaza a la relación con su pareja o racionalizándolo como infidelidad, muerte o abandono.
- El sentimiento de amenaza al lugar jerárquico que ocupa y manifestándolo como pérdida del puesto y del prestigio.
- Otras amenazas que se manifestarán como sentimientos de insuficiencia en las diversas esferas de la vida (rendimiento laboral, inteligencia, belleza, juventud, educación de los hijos, sexualidad, ...).

La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco

Algunos de los síntomas descritos previamente pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Los ejemplos más típicos de estos síntomas son:

- Pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras;
- Pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras;
- Despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual;
- Empeoramiento matutino del humor depresivo;



- Presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas);
- Pérdida marcada de apetito;
- Pérdida de peso (del orden del 5% o más del peso corporal en el último mes) y
- Pérdida marcada de la libido.

¿Tiene sentido la tristeza o la depresión?

La Organización Mundial de la Salud, en su carta fundacional, define la salud como un perfecto estado de bienestar físico, psicológico y social y no solo la ausencia de enfermedad y no es hasta el año 2011 en que define la salud mental como *el estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus propias capacidades, afronta tensiones normales de la vida, trabaja de forma autónoma y fructífera y es capaz de hacer una contribución a la sociedad.*

Freud decía que la salud mental *era la capacidad de amar y trabajar*, es decir la capacidad de experimentar sentimientos y de ser útil a la sociedad. Nada que ver con el ser racional, un concepto que tiene su origen filosófico en Aristóteles, que consideraba que única capacidad que nos es propia es la razón, después en el siglo XVII fue Descartes el que continúa con las definiciones del racionalismo y su división entre el cuerpo y el alma, dividiendo al sujeto entre "*res extensa*" cuerpo y "*res cogitans*" alma o sustancia pensante. Tampoco tiene que ver ya con la visión de Nietzsche: para él, el predominio de lo racional en el ser humano responde a un estado de decadencia o descomposición de los valores fundamentales de la vida y para él el valor fundamental sería la voluntad de poder.

La definición de la OMS es una definición basada en las teorías evolutivas o Darwinistas que sostiene que el que sobrevive es el que es capaz de adaptarse y como veremos más adelante la tristeza que es un sentimiento puede tener un valor desde el punto de vista evolutivo ya que nos permite adaptarnos a nuestros acontecimientos vitales.

El enfoque evolucionista de las emociones (por ejemplo, Nico Frijda, 1988) sostiene que las emociones han evolucionado para una función concreta, como por ejemplo la de mantener en seguridad al individuo. Las emociones se forman por un proceso de selección natural, para ajustar diversos aspectos del organismo de tal forma que



estos han tendido a ofrecer una ventaja selectiva de cara a adaptarse a nuevos retos característicos de un determinado tipo de situación.

El propio Charles Darwin fue diagnosticado por Kempf, Hubble, Bowlby, Woodruff como enfermo depresivo, o quizás padeció una neurosis de ansiedad, pero lo que es cierto es que tuvo a lo largo de su vida muchos episodios de tristeza, de fatiga, abatimiento, síntomas de ansiedad... Y se planteó que, si estos síntomas han sobrevivido a los avatares evolutivos, quizás sean una ventaja desde el punto de vista evolutivo y nos permitan sobrevivir.

Los síntomas de tristeza aparecen en todas las culturas y a lo largo de la vida. Si fuese un error, la selección natural ya lo habría eliminado y hay datos neurobiológicos importantes que apuntan a la teoría de la evolución como por ejemplo la adaptación del receptor 5-HT_{1A}, receptor implicado en los trastornos depresivos y la actividad de la corteza ventrolateral prefrontal.

La tristeza es compartida con otras especies, pero no la depresión

Los sujetos melancólicos tienen mayores competencias a la hora de juzgar con exactitud rumores y recordar eventos pasados. Su pensamiento se vuelve más analítico y ese pensar mucho en sus problemas puede hacer que su capacidad para resolver problemas sociales mejore y tiendan a tener aptitudes incrementadas para enfocar la atención sobre un conflicto, permitiéndoles tomar decisiones acertadas.

Son más capaces de realizar evaluaciones y analizar lo que hemos hecho bien y tienen mejores aptitudes para la toma de decisiones en situaciones complejas.

La depresión con sus aspectos paralizantes sirve para evitar decisiones inapropiadas frente a los avatares de la vida.

El Profesor López-Ibor también consideró que teniendo en cuenta que la tristeza y los afectos relacionados son sentimientos normales que pueden ser útiles, se puede considerar que en general puedan llegar a tener un valor adaptativo en casos clínicos específicos. Incrementan la capacidad de resolver problemas relacionados con enfrentarse a desafíos, a pérdidas, daños, también nos ayudan a comunicar nuestra vulnerabilidad y nuestras necesidades. A veces incluso ayudan en



situaciones de conflictos a evitar agresiones en enfrentamientos jerárquicos y modulan intervenciones que conducen a la recuperación de vínculos perdidos.

En condiciones normales ayudan a la supervivencia, igual que el dolor o la ansiedad, pero cuando (ya) no lo hacen es necesario un tratamiento.

También ayuda al médico cuando debe tratar las formas patológicas y ayuda a los enfermos y a sus familias a comprender lo que los tratamientos modernos pueden ofrecer y hasta donde pueden llegar

La teoría de la evolución puede proporcionar conocimientos útiles sobre el posible valor adaptativo de sentimientos como la ansiedad o la tristeza y puede ser además útil a la hora de considerar un estado de humor como "normal" o como patológico y ayudar a la correcta toma de decisiones clínicas.

Mario Maj, ex-Presidente de la Asociación Mundial de Psiquiatría, considera en un artículo publicado hace 2 años que los límites entre la tristeza y la depresión deberían ser abordados desde tres ámbitos: el ámbito conceptual donde la tristeza es provocada por un acontecimiento vital y es proporcional a ese acontecimiento, otro es el ámbito cualitativo, donde la diferencia cualitativa entre lo que es una depresión y lo que es la tristeza tiene que ver con que en la depresión hay otros síntomas y el tercer ámbito es el más pragmático y es si tiene o no sentido hacer esa diferenciación desde el punto de vista clínico, para evitar medicalizar el sufrimiento por un lado y no privar a una persona de un tratamiento si lo que de verdad padece es una enfermedad.

La tristeza y la depresión por lo tanto permiten sobrevivir al que las padece en un mundo que ha perdido su sentido tras la pérdida que las provocó y llaman la atención sobre otros valores y realidades: las del límite de la propia libertad.

Estar enfermo -como trastorno mental- es lo más importante que el paciente deprimido tiene que asumir, todo lo que en el fondo le ocurre a nivel personal es generado, precisamente, por la exigencia de acomodarse al modo de experimentarse a sí mismo en la relación con las realidades de su mundo.

Conocer el sentido de la tristeza y la depresión ayuda a conocer al hombre. La conciencia y el pensamiento son las funciones más específicamente humanas, en



ellas confluyen y se enmarcan todas las demás. Permiten darse cuenta de lo que acontece en el mundo y consigo mismo (conciencia), de dar a ello un sentido y resolver problemas (pensamiento). Se trata de la conciencia emocional primero y reflexiva después, es decir, la específica capacidad humana de elevarse sobre su situación y considerarla, considerándose a sí mismo, desde una distancia como decía Guardini y ese tomar distancia nos permite valorar nuestra relación con el mundo, con nosotros mismos y con nuestra historia.

Me gustaría concluir con una cita del Profesor López Ibor, mi abuelo, en su libro "Discurso a los Universitarios Españoles" publicado en 1964 *"lo esencial no es enseñar unos conocimientos, lo primario es enseñar a buscar la verdad. El fin de la vida intelectual del hombre no es conocer sino saber, los conocimientos no deben ser sino instrumentos para lograr la sabiduría"*. Y Ortega y Gasset decía *"siempre que enseñas enseña a la vez a dudar de lo que enseñas "*

Termino añadiendo que la práctica de la psiquiatría y de la medicina en general requiere una sutil combinación de conocimientos científicos y consideraciones éticas que afectan a los valores propios y sobre todo a los del enfermo, que hacen que tengamos que ser muy cuidadosos a la hora de establecer los límites entre un comportamiento o un sentimiento normal y uno patológico, especialmente en momentos como este en el que se habla tanto de la felicidad o la cultura del bienestar, que por cierto según Bill Fullford Psiquiatra y filósofo y teólogo que desarrolla su actividad en Oxford y es el creador del concepto "Medicina basado en los valores " el bienestar no es algo que esté relacionado ni con la edad, ni con el género, ni con los ingresos (siempre que éstos estén por encima del nivel de la pobreza), sino con el hecho de ser maduro (entendido como ser capaz de regirse a sí mismo, de cooperar y de tener un sentido de trascendencia) y de ser honesto (es decir sabio, capaz de esperar y de amar).

Muchas gracias