Depresión y Suicidio

Luis Arimany

(+34) 699305423

luisarimany@gmail.com

www.luisarimany.com

Hay un duro trabajo detrás del libro, así como una inversión en la página web. Si el contenido te parece bueno, espero que reconozcas mi trabajo con un donativo haciendo un bizum al (+34) 699305423 o si quieres hacerlo de otra forma me escribas a luisarimany@gmail.com

Puedes contactarme para lo que necesites, pero ten en cuenta que a quien debes recurrir es a un profesional sanitario (psiquiatra y/o psicólogo).

Yo no soy personal sanitario, así que no estoy capacitado para ayudar a nadie así que insisto que recurras a un profesional sanitario. Pero por algún motivo deseas te cuente en persona mi historia y escuche la tuya, podré hacerlo cobrando el coste horario que tengo estipulado para otras actividades.

Índice

Depresión y suicidio 1
Índice 1
Introducción a la depresión y el suicidio 6
La depresión es como caer a un pozo 7
_____ 9
Parte 1: Información sobre la depresión y el suicidio 9
_____ 10
La depresión 10
Datos sobre la depresión 12
Depresión no es ser un flojo, es una enfermedad 17
Causas de la depresión 18
Síntomas de la depresión 36
Tipos de depresión 37
Cambios en el estado mental de un deprimido 37
¿Y qué no deben hacer con un deprimido? 39
La depresión no es una enfermedad de una persona, la padece toda la familia 41
El síndrome del cuidador 45
¿Cómo se vive el daño que te hacen los demás? 47
Referencias sobre la depresión 48
_____ 50
El Sucidio 50
El suicido en España 50
Los 10 mitos del suicidio 57
Causas del suicidio 59
La balanza de la vida 60
Señales de alarma de suicidio 61
Los teléfonos de la esperanza anti suicidio 62
Por qué el suicidio muchas veces no se ve venir 64
¿No deberíamos tener voz los que hemos vivido la experiencia o hemos estado cerca de ella y la hemos superado o no? 66
Referencias de suicicio 67
_____ 68
Los Síntomas de la depresión 68
Tristeza y depresión 68
Anhedonia y depresión 70

Abulia y depresión 74
Ansiedad y depresión 77
Pensamientos de muerte o suicidio 81
Aislamiento social y depresión 83
Adiciones y depresión 85
_____ 90
Tratamiento de la depresión 90
Medicamentos para la depresión 91
Psicoterapia y depresión 94
Terapia electroconvulsiva (TEC) y depresión 95
Vida saludable 96
Adherencia al tratamiento 102
Referencias de tratamiento y depresión 104
_____ 105
El Trastorno Bipolar 105
¿Qué es el trastorno bipolar? 105
Componente genético 107
Manía e hipomanía 108
Depresión bipolar 109
Tipos de trastornos bipolares 111
Tratamiento del trastorno bipolar 111
Estigma social 114
Referencias del trastorno Bipolar 116
_____ 116
Mi historia personal con la depresión 117
Contexto antes de la depresión 117
Primer semestre 2020. La ansiedad y depresión 119
Junio 20202. Menos sociable y depresión 123
Septiembre 2020. Anhedonia y depresión 127
Octubre-2020. La mudanza, la abulia y depresión 130
Noviembre 2020. La tristeza y depresión 131
Noviembre 2020. Sexo y depresión 133
Diciembre 2020. La cama y depresión 135
Enero 2021. La seta, las maquetas y depresión 137
Marzo 2021 La gente no entiende la depresión 138
Abril 2021. La balanza de la vida 142

Junio 2021. El pensamiento suicida 145
Julio-2021 Terapia electroconvulsiva (TEC)..... 149
Octubre 2021. La Ruptura 150
Noviembre de 2022- Libro el Tao del emprendimiento..... 151
Enero 2022. La búsqueda de empleo..... 151
Marzo-2022-La balanza de la vida 2..... 152
Abril 2022-Libro de la depresión y el suicidio 154
Junio 2022. Libro: Padres y adolescentes 155
Agosto 2022 – Libro Resiliencia y Alcohol..... 155
Octubre 2022- Conclusiones 156

Introducción a la depresión y el suicidio

He estado más de 2,5 años con una depresión mayor (grave y profunda), hasta el de punto de que estuve unos meses sin poderme levantar de la cama y he estado un año donde mi principal pensamiento era el suicidio.

Hago este libro por dos motivos, el primero porque es terapéutico para mí, así como es mi hobby, el segundo porque la depresión y el suicidio son dos temas tabú de los que no se habla pero son un serio problema.

Con este libro pretendo ayudar a las familias a entender por lo que está pasando un deprimido y al deprimido quiero hacerle ver que otros también lo estamos pasando mal y quiero darle la información para que pueda explicarse mejor ante sus allegados.

Lo que se siente, lo que se sufre, lo que se piensa cuando uno está deprimido no se entiende por las familias, pues el deprimido ve las cosas desde otro punto de vista que está alterado por la enfermedad. Me gustaría que este libro os ayude a entender mejor a los enfermos.

La depresión es una enfermedad que afecta a casi una quinta parte de la población mundial, tiende a la cronicidad, genera una importante discapacidad, empeora el pronóstico de otras enfermedades y está relacionada con un número significativo de suicidios

Más de 2,1 millones de personas con depresión, 230.000 de ellos grave. En España, a mediados de 2020, había 2,1 millones de personas con un cuadro depresivo, el 5,25 % de la población mayor de 15 años de todo el país, según la Encuesta europea de salud, cuyos datos difundió el Instituto Nacional de Estadística (INE). De todas ellas, 230.000 personas sufrían una depresión grave

El suicidio es en España la primera causa de muerte no natural, por encima de las muertes en accidente de tráfico. En nuestro país se produce una media de 10 suicidios diarios; uno cada dos horas y media. El Observatorio del Suicidio en España apunta que las muertes por suicidio duplican ya las de los accidentes de tráfico, multiplican por 13 los homicidios y por 67 la violencia de género.

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2019 se suicidaron en España 3.671 personas -2.771 hombres y 900 mujeres-, siendo el suicidio ya la primera causa de muerte no natural en España como hemos dichos.

Yo con 45 años intenté explicar a mi pareja, a mis padres y a mis amigos lo que me pasaba pero por más que lo intentaba no me comprendían. Ellos veían la vida desde el prisma de una persona normal, donde la vida es luminosa, llena de colores y de matices, sin embargo, yo veía la vida desde el punto de vista de una depresión, de una forma gris, donde la vida no aporta ningún placer y sólo aporta sufrimiento. No intentéis comprender al deprimido, pues no podréis, habláis distinto idioma, simplemente limitaros a seguir las indicaciones de los profesionales que le estén tratando.

He dividido el libro en 2 partes:

1. Información sobre la depresión y el suicidio. Esta es una sección divulgativa donde además describo cómo se sienten los principales síntomas de la depresión. Hablaremos sobre la depresión, el suicidio, sus causas, sus señales de alarma y su tratamiento. Luego veremos los principales síntomas de la depresión y trataré de explicar cómo se viven. Hablaremos de la tristeza, de la anhedonia (incapacidad de

sentir placer), de la abulia (falta de motivación y energía para hacer cosas), ansiedad, pensamientos de suicidio, aislamiento social adiciones y cambios en el estado mental.

2. Mi historia personal. Esta no es una historia inventada por un escritor, es mi propia historia. Cuento mi experiencia como emprendedor para que entienda que yo era una persona fuerte, resiliente y optimista. Pero llegó un punto donde me quebré y entré en una grave depresión en la que llevo metido 2,5 años. En la historia pongo diálogos con la gente cercana a mí y lo que yo en ese momento. Esta historia real ayudará a las familias a entender un poco más al deprimido y al deprimido que vea que hay gente que lo estamos pasando muy mal y durante mucho tiempo.

Familias, vosotros sólo veis la conducta del deprimido y conocéis lo poquito que os cuente, que con mucha probabilidad os digan que están mejor de lo que están. Es imposible que sepáis los pensamientos y los sentimientos del deprimido, y tenéis que aceptarlo y respetarlo. Os garantizo que se puede estar en una depresión profunda sin que se enteren los demás, es más se puede entrar en ella sin que uno mismo se de cuenta como explicaré en la analogía del pozo.

Por último, os pido comprensión con los diálogos de mi historia personal, pues soy un autor de libros divulgativos (llevo 5), pero nunca había hecho historias con diálogos. No os quedéis en la forma, en cómo lo digo, si os entretengo o no, quedaros con el fondo, el por qué lo digo, qué se siente, cómo se puede ayudar y no perdáis el objetivo que tiene este libro, que comprendáis al deprimido y al suicida y si eres uno de ellos que te sientas reflejado en el libro.

Tengo dos niños adolescentes, en el libro no salen porque he tenido siempre la suficiente fuerza como para ponerles siempre buena cara y no he tenido conversaciones, ni situaciones con ellos respecto a la depresión. Ellos eran adolescentes y se encerraban en sus cuartos y les daba igual lo que hiciera papa, para ellos, aunque notaran algo, lo normalizaron. Creo que los adultos debemos aprender de los niños

Espero que este libro os sirva de ayuda. Cualquier comentario, cualquier cosa que echéis en falta, no dudéis en escribirme a luisarimany@gmail.com

Creo que no tengo más que decir, así que comencemos antes de entrar en la parte una con la analogía de la depresión y caer a un pozo.

La depresión es como caer a un pozo

La depresión es como si te montas en una plataforma que va descendiendo a un pozo. Lo hace tan lentamente que no te das cuenta de que se está hundiendo. Poco a poco, sin darte cuenta vas entrando en las profundidades del pozo, vas entrando en la depresión.

Al principio te sientes algo triste, pero esta tristeza se va prolongando a lo largo de los días y poco a poco se va haciendo más grande.

Un día te das cuenta de que estás dentro de un pozo oscuro y ves la luz a lo lejos y lo que ves es sobre todo oscuridad. En esa oscuridad hay tristeza, sufrimiento, apatía, anhedonia y muchos otros sentimientos negativos. Ha dejado de hacer las cosas que te gustaban, has dejado de quedar con amigos, ves la vida de forma negativa, etc.

Pero cuando te has dado cuenta ya es tarde, la depresión ya está avanzada, ya estás dentro del pozo y necesitas de ayuda para salir de él.

Si pensáis que podéis estar deprimidos o estáis demasiado tristes o estáis sufriendo mucho, haya causa o no para esos sentimientos, pedid ayuda. Porque del pozo sólo se sale con ayuda.

Cuando no se pide ayuda, el tratamiento que te dan no es el adecuado, fumas marihuana, tienes estresores externos, bebes alcohol para reducir el malestar, etc. Esa plataforma sigue bajando hasta que se deja de ver la luz y lo único que se ve es oscuridad. Es decir que no se ve nada, la vida está vacía de ningún elemento placentero y te da igual vivirla o no vivirla, pero sin embargo te sientes mal y tienes sentimientos negativos.

Pero si no se ha detenido la depresión con ayuda externa, la plataforma no para, sigue bajando inexorablemente, hasta que finalmente empieza a llegar al final del pozo y aparece agua. Esa agua primero te cubre los pies, luego la cintura, hasta llegar al cuello. En esos momentos ya estás sufriendo mucho, ya no eres capaz de ver las cosas positivas de la vida y empiezas a ser incapaz de hacer nada y empiezas a plantearte si tiene sentido vivir la vida, pues no te aporta ninguna cosa positiva y lo único que te da es una pesada carga.

Finalmente, el agua te cubre entero, ya no hay salvación, te estás ahogando. Es en ese momento de asfixia, espontáneamente, sin que tú lo pienses racionalmente, te surge una idea para terminar el suplicio, y es quitarte la vida. Y aunque al principio asusta, sorprendentemente la idea de suicidarte te relaja, te da paz, pues implica el fin a tu calvario.

Has hecho todo lo posible por salir adelante, por ver las cosas de otra forma, sin embargo, sólo ves oscuridad y un agua que te está ahogando. No hay placer alguno en tu vida y todo es sufrimiento, ¿qué sentido tiene aguantar esto?

Las siguientes semanas siguen apareciendo las ideas de suicidio espontáneamente a lo largo del día, hasta que un día por la noche eres tú el que racionalmente la evocas para tener un rato de paz antes de irte a dormir. A partir de ese día, probablemente será tu último pensamiento todos los días.

La frecuencia y la intensidad de las ideas de suicidio van en aumento hasta que la idea de suicidio es una idea constante a lo largo del día. Para entonces ya has buscado cómo hacerlo, ya has fantaseado que ocurría.

Lo has comentado con tus adyegados, pero no le han dado demasiada importancia, has pedido ayuda de la forma que puedes, pero ellos no saben ver la gravedad de tu situación, ni saben cómo actuar, prefieren no saber nada.

Si estás mucho tiempo en el fondo del pozo, ahogándote con el agua, lo más probable es que termines suicidándote, salvo que tengas un clavo al que agarrarte.

En mi caso el clavo no fueron mis hijos, mi familia, las cosas buenas de mi vida, porque no las apreciaba, mi clavo fue simplemente saber que estaba enfermo (deprimido) y decidí posponer el suicidio a estar recuperado. Pero conforme me fui recuperando esas ideas de suicidio desaparecieron de forma natural igual que vinieron.

Deprimido, si piensas en suicidarte ten en cuenta que no eres tú el que está generando esos pensamientos, ni ese sufrimiento, es la enfermedad, es la depresión.

No te voy a dar razones para no hacerlo, pero mi consejo es que la pospongas a que la medicación haya hecho efecto y te encuentres mejor. Así serás tú el que tome la decisión y no la enfermedad.

Este más o menos es el proceso que yo seguí sin llegar a intento de suicidio.

Yo no lo hice porque soy una persona con gran capacidad al sufrimiento como se verá en la historia con la empresa Evolufarma y fui capaz de racionalizar el sufrimiento y de ver que estaba viendo la vida distorsionada por la depresión. Nada, absolutamente nada me ataba a la vida, lo único que lo hizo es saber que estaba enfermo y que tenía que aguantar a estar sano para stomar esa decisión.

Parte 1: Información sobre la depresión y el suicidio

He estado años y medio con una depresión mayor (profunda y grave) y he estado un año donde mi principal pensamiento era el suicidio, así que soy una persona que sabe bien cómo se siente una depresión pues a lo largo de la misma he tenido todos los síntomas y sé en mis propias carnes lo difícil que es mantenerse vivo cuando sufres más de lo que eres capaz de aguantar.

Dicho esto, no soy un psicólogo, ni un psiquiatra, por lo que alguno podría pensar que haber sido un paciente de depresión no me cualifica para hablar en cierta profundidad de la misma. Bueno, no soy psicólogo, ni psiquiatra, pero al igual que un periodista se documenta para hacer un artículo de un tema que desconoce, o un novelista se documenta para hacer una novela, yo me he documentado en Internet para hacer este libro y he puesto las fuentes.

Las fuentes son diversas, unas son de entidades públicas, otras de hospitales y clínicas, otras de asociaciones, otras de blogeros de salud, etc. Pero todas cumplen dos requisitos que yo buscaba, que fueran coherentes con otras fuentes y que fueran coherentes con lo que yo he vivido y con lo que me han enseñado en el curso de depresión que hice en la clínica Nuestra Señora de la Paz.

Comienzo hablando de la depresión y el suicidio, dando datos, las causas y los síntomas que tienen.

Luego hablo de los principales síntomas de la depresión tanto en formato divulgativo como tratando de explicar cómo los he sentido yo para que las familias del deprimido puedan entenderle mejor o para que el deprimido pueda usar este libro para explicar sus sentimientos y pensamientos.

Las familias no llegan a entender del todo a un deprimido, lo que trato es que se le entienda mejor para poder ayudarle mejor. La depresión a mí me costó la relación con mi novia Irene, pues ella desarrolló el síndrome del cuidador y no podía soportar más estar viviendo con alguien deprimido. Ella es una persona de mente muy abierta, comprensiva, pero en el fondo, no sabía cómo me estaba sintiendo ni cómo estaba pensando y eso le causó un gran daño a ella.

Hablaremos de la tristeza, de la anhedonia (incapacidad de sentir placer), de la abulia (falta de motivación y energía para hacer cosas), ansiedad, pensamientos de suicidio, aislamiento social adiciones y cambios en el estado mental.

Finalmente hablaremos del tratamiento, de la adherencia al tratamiento y de la bipolaridad (es una de las principales causas de la depresión).

Si tenéis comentarios, echáis en falta algo, enviadme un email a luisarimany@gmail.com

---

La depresión

La depresión es un trastorno emocional que afecta a más de 300 millones de personas en todo el mundo según datos de la OMS (Organización Mundial de la Salud), España es el cuarto país de Europa en número de casos con dos millones de personas afectadas, es decir el 4,2% de la población.

Personalmente no me gusta habar de trastorno emocional, pues nadie sabemos qué cuernos significa realmente eso. Prefiero llamarle enfermedad, enfermedad mental, como hacen muchos psiquiatras, ya que hace más entendible la depresión. Cuando alguien se rompe una pierna, todos comprendemos que está escayolado y que tiene movilidad limitada. Igualmente, el que está deprimido tiene su cerebro estropeado y por tanto también está limitado como veremos en los siguientes capítulos.

La depresión es una enfermedad mental que provoca bajo estado de ánimo, apatía y sentimientos de tristeza, que generalmente afectan al grado de actividad, al pensamiento y al comportamiento de las personas que la sufren.

En ocasiones, se acompaña de sentimientos negativos como el de culpa, irritabilidad y pesimismo, así como de una disminución de la concentración, del apetito y de la libido. En los casos más graves pueden aparecer ideas de muerte o suicidio.

Todas las personas nos sentimos tristes, melancólicas, desmotivadas en algún momento de nuestra vida. Estos sentimientos por sí mismos no pueden considerarse patológicos, de hecho, la tristeza es una respuesta emocional normal ante algo que nos ha herido o ante circunstancias difíciles de las que nos es complicado escapar.

Para llegar a constituir un trastorno (enfermedad) deben darse una serie de condiciones, entre las que se incluyen la intensidad y la duración de los síntomas, y si éstos llegan a afectar a la capacidad de la persona para relacionarse con los demás, trabajar e incluso involucrarse en actividades de su día a día (hacer la compra, cocinar, deporte, etc.). De ahí la importancia de saber diferenciar entre tristeza y depresión.

Se trata de una patología que no afecta a los dos sexos por igual. Según datos de la OMS de las personas que presentan depresión un 5,1% son mujeres y un 3,6% son hombres.

Veamos cómo define la depresión Wikipedia:

“La depresión (del latín depressio, que significa ‘opresión’, ‘encogimiento’ o ‘abatimiento’) es el diagnóstico psiquiátrico y psicológico que describe un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y

de los acontecimientos de la vida cotidiana (la anhedonia). Los trastornos depresivos pueden estar, en mayor o menor grado, acompañados de ansiedad."

La depresión es un trastorno emocional o enfermedad mental que causa un sentimiento de tristeza constante y una pérdida de interés en realizar diferentes actividades. También denominada «trastorno depresivo mayor» o «depresión clínica», afecta los sentimientos, los pensamientos y el comportamiento de una persona, y puede causar una variedad de problemas físicos y emocionales. Es posible que el paciente tenga dificultades para realizar las actividades cotidianas y que, a veces, sienta que no vale la pena vivir.

Hay que distinguirla de un estado emocional bajo o de tristeza, temporal, provocado o no por causas externas. Ese estado emocional se amortigua llorando, hablando de él y sobre todo con el tiempo. Con la depresión esto no ocurre.

El origen de la depresión es multifactorial. En su aparición influyen factores biológicos, genéticos y psicosociales.

Diversos factores ambientales aumentan el riesgo de padecer depresión, tales como el fallecimiento de un ser querido, la mudanza de país, conflictos familiares, post operatorios, factores de estrés psicosocial, permeabilidad intestinal aumentada, intolerancias alimentarias, inactividad física, obesidad, tabaquismo, atopia, enfermedades periodontales, sueño y deficiencia de vitamina D.

Entre los factores psicosociales destacan el estrés y ciertos sentimientos negativos (derivados de una decepción sentimental, la contemplación o vivencia de un accidente, asesinato o tragedia, el trastorno por malas noticias, tristeza, contexto social, aspectos de la personalidad, el haber atravesado una experiencia cercana a la muerte) o una elaboración inadecuada del duelo (por la muerte de un ser querido).

La depresión puede tener importantes consecuencias sociales, laborales y personales, desde la incapacidad laboral (ya que se puede presentar un agotamiento que se verá reflejado en la falta de interés hacia uno mismo, o incluso el desgano para la productividad, lo cual no solo afectará a quien está pasando por la depresión, sino también a quienes lo rodean) hasta el suicidio. Otros síntomas por los cuales se puede detectar este trastorno son cambio del aspecto personal, enlentecimiento psicomotriz, tono de voz bajo, constante tristeza, llanto fácil o espontáneo, disminución de la atención, ideas pesimistas, ideas hipocondríacas y alteraciones del sueño. Desde la biopsiquiatría, a través de un enfoque farmacológico, se propone el uso de antidepresivos. Sin embargo, los antidepresivos solo han demostrado ser especialmente eficaces en depresión mayor/grave (en el sentido clínico del término, no coloquial).

Es decir, el origen de la depresión es multifactorial. En su aparición influyen factores biológicos, genéticos y psicosociales. Y no lo que todo el mundo prejuzga que son los psicosociales, la depresión es mucho más que tener un problema que te cueste gestionar.

Existen muchas personas que están sumamente deprimidas y nadie a su alrededor lo nota, en ocasiones ni siquiera ellas mismas logran identificarla.

Es curioso, pero una persona deprimida puede llegar a alejarse tanto de sus propias emociones que puede literalmente no sentir nada o casi nada.

Datos sobre la depresión

Según datos de la OMS (Organización Mundial de la Salud):

- La depresión es un trastorno mental o enfermedad mental frecuente que afecta a más de 350 millones de personas en el mundo.
- La depresión es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial de morbilidad.
- La depresión afecta más a la mujer que al hombre.
- En el peor de los casos, la depresión puede llevar al suicidio.
- Hay tratamientos eficaces para la depresión.

La depresión puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio, que es la causa de aproximadamente 1 millón de muertes anuales.

He estado mirando artículos para documentarme para dar datos sobre la depresión y el suicidio. Voy a resumir uno bastante completo hecho por RTVE sobre la depresión en España y con datos del INE (Instituto Nacional de Estadística).

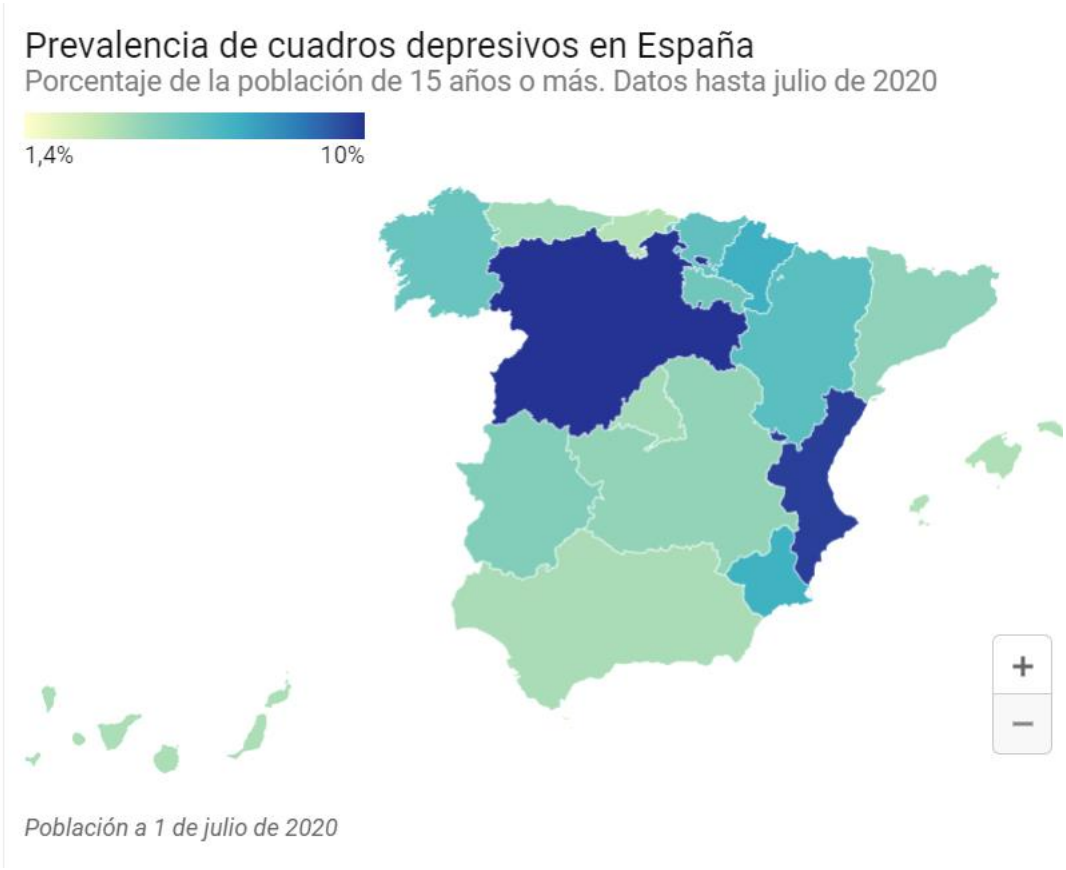
Más de 2,1 millones de personas sufren en España algún cuadro depresivo y 230.000 de ellos grave.

En España, a mediados de 2020, había 2,1 millones de personas con un cuadro depresivo, el 5,25 % de la población mayor de 15 años de todo el país, según la Encuesta europea de salud, cuyos datos difundidos por el Instituto Nacional de Estadística (INE). De todas ellas, 230.000 personas sufrían una depresión grave.

> La depresión es una enfermedad más común de lo que pensamos, la tiene el 5,25% de los españoles, sin embargo es una enfermedad estigmatizada, de la que no se habla y la cual se tiende a ocultar

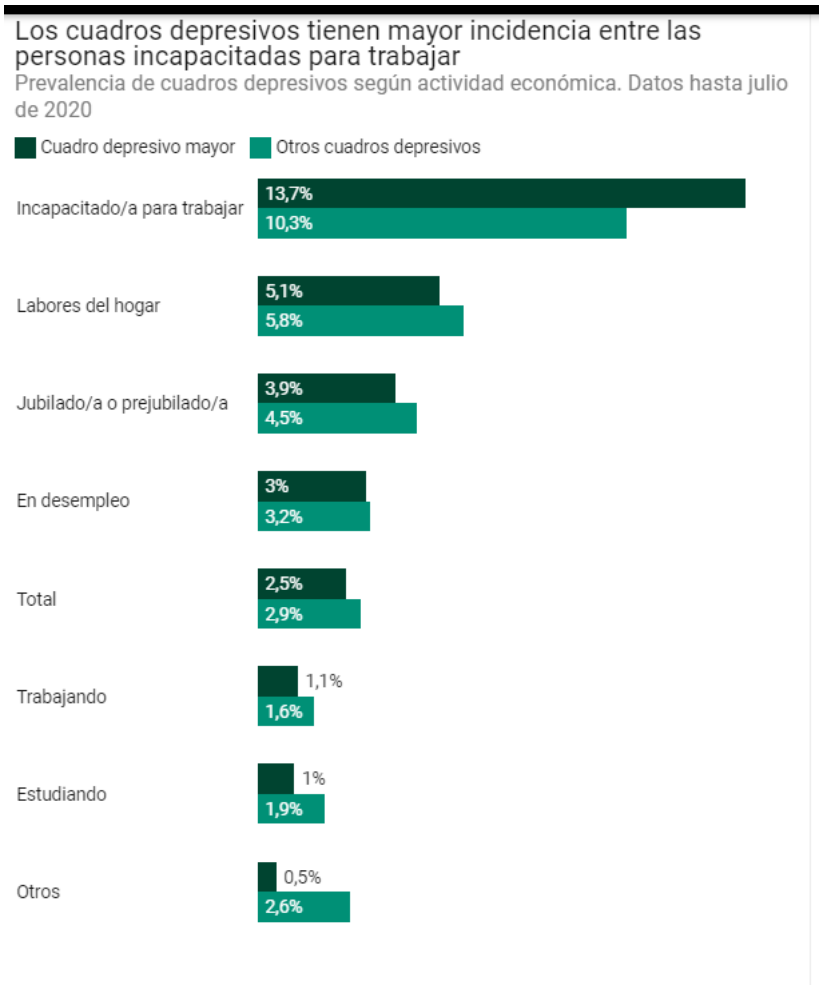
La prevalencia de la depresión en mujeres duplica a la de hombres (7,1% frente a 3,5%), y en los cuadros de depresión grave la diferencia es aún mayor: por cada caso grave en hombres hay 3,5 en mujeres. Los cuadros depresivos son más frecuentes al aumentar la edad y alcanzan su valor máximo entre los mayores de 85 años, donde afectan al 16 % de la población.

Por comunidades autónomas, Castilla y León (10 %) y Comunidad Valenciana (9,8 %) tienen las mayores prevalencias de cuadro depresivo entre los mayores de 15 años, y las cifras más bajas están en Baleares y Cantabria, además de Ceuta y Melilla



Datos de depresión por comunidad autónoma

La depresión, según la actividad laboral tiene la prevalencia que se ve en el siguiente gráfico:

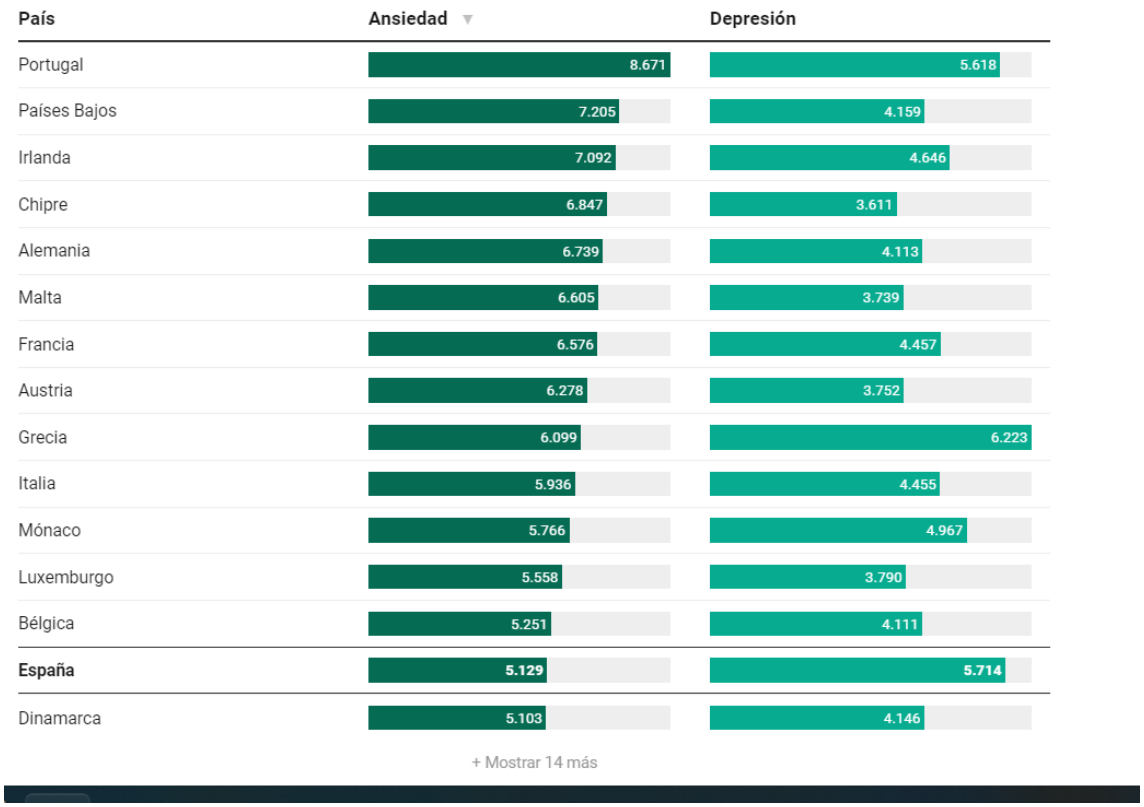


Datos de depresión por actividad económica

Grecia y España son los países de la Unión Europea con más prevalencia en depresión. En el caso de España, registraba 5.714 casos por cada 100.000 habitantes, según datos de 2019 recopilados por la fundación Civio (www.civio.es).

Aunque está lejos de los más de 8.600 casos de Portugal y los más de 7.000 de Países Bajos e Irlanda, los países más afectados por estos problemas de salud, significa que en España cinco de cada cien personas están diagnosticadas de depresión, y el mismo dato en lo que respecta a los trastornos de ansiedad (la prevalencia es de 5.129 casos por cada 100.000 habitantes).

A continuación podemos ver gráficos de depresión por países:



País	Ansiedad	Depresión
Portugal	8.671	5.618
Países Bajos	7.205	4.159
Irlanda	7.092	4.646
Chipre	6.847	3.611
Alemania	6.739	4.113
Malta	6.605	3.739
Francia	6.576	4.457
Austria	6.278	3.752
Grecia	6.099	6.223
Italia	5.936	4.455
Mónaco	5.766	4.967
Luxemburgo	5.558	3.790
Bélgica	5.251	4.111
España	**5.129**	**5.714**
Dinamarca	5.103	4.146

+ Mostrar 14 más

Datos de depresión en Europa

La solución a los problemas de salud mental se identifica muchas veces con la prescripción y consumo de medicamentos. Y en buena parte es así por la insuficiencia de psicólogos en la atención primaria que contribuirían a disminuir el consumo de psicofármacos, que es realmente elevado en España. España es líder en consumo de ansiolíticos y antidepresivos

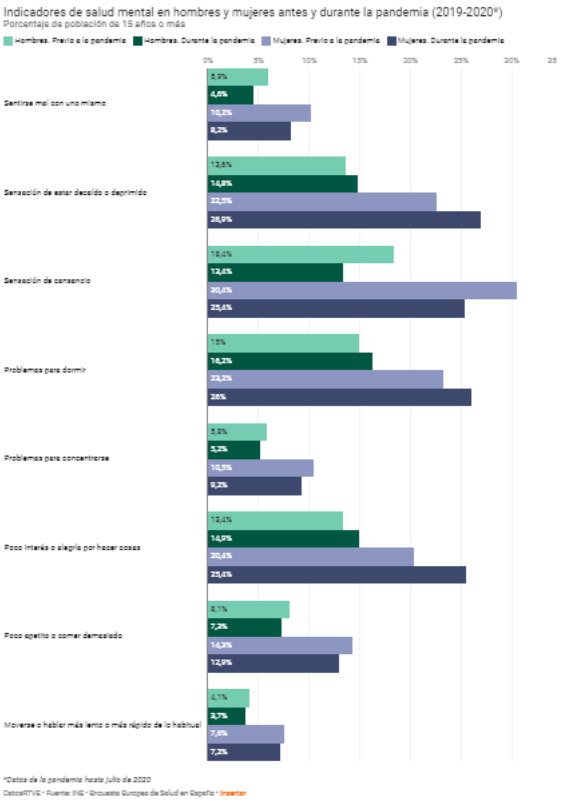
España es, junto a Portugal, uno de los países de la OCDE donde más ansiolíticos y antidepresivos se consumen. Los datos son elocuentes y alarmantes: más de dos millones de españoles toman a diario ansiolíticos, que son de fácil acceso en farmacias sin necesidad de un diagnóstico específico. Las mujeres doblan a los hombres en el consumo de psicofármacos y son más proclives al diagnóstico de ansiedad, insomnio o depresión, trastornos que conllevan una mayor prescripción de estas sustancias.

Ahora tocaría hablar del suicidio y la depresión, pero he preferido separarlo y ponerlo en el siguiente capítulo ya que es un problema enormemente grave que merece su propia atención.

La pandemia de COVID-19 pasa factura a la salud mental. Depresión

Como en tantas otras cosas, la pandemia de COVID-19 ha pasado una amplia factura a la salud mental de los españoles y también en el resto del mundo. Los efectos de los primeros meses, con el confinamiento domiciliario y la incertidumbre, fueron ambivalentes. Se observó un aumento en el porcentaje de población que experimentó sensación de estar decaído o deprimido, con problemas para dormir y con poco interés o alegría por hacer las cosas. Pero, al mismo tiempo, se redujo el porcentaje que indicó tener sensación de cansancio, sentirse mal con uno mismo o tener problemas para concentrarse.

En el siguiente gráfico vemos los indicadores de salud mental durante la pandemia.



Indicadores de salud mental durante la pandemia

La pandemia de COVID-19 también ha evidenciado que el impacto sobre la salud mental es mayor en quienes tienen menos recursos económicos. Durante la primera oleada, el miedo a morir y a contagiarse, y también a perder el trabajo o quedarse sin ingresos, fue significativamente mayor en las personas de clase más humilde.

Del mismo modo, las personas que se consideraban de clase baja y clase trabajadora reconocieron haber llorado más por la pandemia y somatizaron en mayor medida su desasosiego, porque se vieron más aquejados por problemas físicos que aquellos de clases socioeconómicas superiores, según una encuesta del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).

La pandemia no aumentó la demanda de atención en salud mental. Pese a que en la pandemia empeoraron los indicadores de salud mental y bienestar emocional, las solicitudes de ayuda a profesionales sanitarios no aumentaron, según la última encuesta del CIS dedicada a conocer los efectos y consecuencias del coronavirus.

Según dicha encuesta, durante la pandemia el 11,4 % de los encuestados recurrió a ayuda profesional debido a su estado de ánimo o situación emocional, casi el mismo porcentaje de quienes lo habían hecho durante los doce meses anteriores a la crisis sanitaria que irrumpió en marzo de 2020 (11,1 %).

Falta de personal sanitario para atender la depresión y correlación con perfil socioeconómico

Entre quienes requirieron ayuda médica por este motivo, el profesional de referencia fue el psicólogo, al que acudió el 58,6 %, y un 31,7 % acudió a su médico de cabecera; el 22,4 % recurrió a un psiquiatra. Sin embargo, de nuevo fue una decisión en la que influye el nivel

socioeconómico: las personas de clase superior recurrieron más a especialistas, tanto en psicología como en fisioterapia y masajes, mientras que las clases trabajadora y pobre se orientaron mucho más a la atención primaria y a la derivación psiquiátrica, lo que suele llevar aparejado un tratamiento más farmacológico que terapéutico.

En España hay menos de 12 psiquiatras por cada 100.000 habitantes. En la atención a la salud mental hacen falta especialistas. Es un hecho se ve claro al comparar España con otros países europeos. Según datos de Eurostat de 2019, ya antes de la pandemia, España era uno de los países con menor número de psiquiatras por cada 100.000 habitantes (11,84), en el furgón de cola de los países con información disponible, por debajo de Portugal, Rumanía y Chipre y muy lejos de los primeros puestos, que encabezan Suiza (52,37), Liechtenstein (41,49) y Alemania (27,71), los que tienen más médicos especializados en psiquiatria en relación a su población

El precio de un tratamiento que no todos pueden pagar. En España no hay que realizar pagos extra para acceder a la consulta del psicólogo en el sistema público de salud, pero una sesión con un especialista privado puede valer entre 50 y 100 euros, según el análisis de la fundación Civio para la red European Data Journalism Network (EDJNet).

Otra cuestión es que el número de psicólogos disponibles en el sistema nacional de salud en España sea muy corto, que no llega a seis psicólogos por cada 100.000 habitantes, cuando la recomendación de la Unión Europea es que haya 18 especialistas en la red asistencial público.

Así las cosas, las listas de espera para acceder a una consulta de atención psicológica oscilan entre los 27 días en Andalucía y los 71 en Murcia, según los datos disponibles de diez comunidades autónomas que recoge el citado estudio de Civio. Estos datos en mi opinión no son correctos, pues en Madrid me consta con 2 personas que les han dado cita para el psicólogo de la seguridad social para dentro de 6 meses, es decir que son más altos que el informe que ha hecho RTVE sobre la depresión.

De este modo, las listas de espera empujan a los pacientes con problemas como ansiedad o depresión al sistema privado, lo que constituye un importante obstáculo para acceder a un tratamiento a las personas menos desfavorecidas. Tomando como referencia el salario mínimo del país y un precio medio de 75 euros por sesión de un psicólogo privado, habría que dedicar el sueldo de más de una jornada de trabajo (casi diez horas) para pagarlo. Un acceso a un profesional de esta especialidad que resulta así más caro en España que en otros países europeos como Suecia, Reino Unido, Alemania o Finlandia (Fuente: Civio / EDJNet).

Depresión no es ser un flojo, es una enfermedad

La depresión no es que te tomas las cosas demasiado mal o eres un flojo, es una enfermedad, la química del cerebro se ha desajustado, es como si a la persona se le rompiera el cerebro.

El verlo así nos permitirá ver al deprimido como un enfermo y no como un vago, melancólico y flojo. Cuando una persona se rompe una pierna no le exigimos caminar y menos correr, sin embargo, a un deprimido sí que le exigimos las cosas equivalentes a caminar y correr, es más hasta le exigimos siguiendo la analogía, a saltar.

Como veremos a continuación las causas de la depresión son multifactoriales (intervienen distintos factores) y el detonante al que achacamos la depresión no es la principal causa, es simplemente la gota que colma el vaso. Un hecho en la vida de una persona que puede no ser muy trascendental para otra, puede hacer que se rompa y desencadene la depresión. Eso no

significa que ese hecho se la ha provocado, significa que ese hecho unido a muchos otros que desconocemos y veremos luego, ha hecho que su cerebro no pueda más y desequilibre su química general.

¿A dónde quiero llegar?, que lo que los demás vemos como que esa persona se ha tomado demasiado a pecho algo como un divorcio, un despido, una muerte y que desencadenan en depresión, no significa para nada que esa persona digiera mal las cosas o que sea una floja, las causas que hay detrás de la depresión están más allá de esa visión simplista que tiene la mayoría de la gente.

Como he dicho, la mejor forma de verlo es como si a la persona se le hubiera roto el cerebro, pues toda su química cerebral (lo que regula cómo funciona el cerebro) se ha alterado y está descompensado. Es entonces donde aparecen de la nada síntomas como la tristeza, la anhedonia (incapacidad de sentir placer) o la abulia (es la falta de voluntad o energía para hacer algo) sin necesidad de que haya una causa aparente tras integrase el detonante.

Sólo entendiendo que el cerebro del depresivo no funciona bien, y que no tiene explicación racional, podemos entender realmente la depresión.

La anhedonia y la abulia hacen que la persona no quiera hacer nada más que estar tirada en el sillón o ver Netflix. No es que sea un vago o no esté luchando contra la enfermedad, es que su cerebro le pide quietud, al igual que un hueso roto pide quietud para sanar.

Hay distintos grados de depresión, que todos se diferencian de un estado de ánimo bajo temporal por la intensidad y por el tiempo que duran. La depresión es una enfermedad grave, que puede matar como un cáncer (luego veremos datos de esto), es tan grave que lleva a muchas personas a suicidarse.

> Depresión no significa ser un flojo o tomarte las cosas más. Es una enfermedad grave multifactorial y ha de ser entendida así para entender la depresión

Causas de la depresión

Hay muchos factores que influyen en que una persona se deprima. Algunos de esos factores son de origen biológico, como nuestros genes, nuestra química cerebral y nuestras hormonas. Otros son de origen ambiental, como la luz solar y las estaciones del año, o las situaciones sociales y familiares que tenemos que afrontar. Y otros se deben a la personalidad, como la forma en que reaccionamos a los acontecimientos vitales o los sistemas de apoyo que creamos para nosotros mismos. Todos estos factores pueden ayudar a determinar si una persona se deprime o no.

Es decir, que **la depresión tiene causas diversas y no sólo como se piensa la gente que es porque alguien no puede gestionar bien una situación**. Es la combinación de estas causas la que hará que la depresión sea más grave o no o dure más o menos.

Consideraremos al deprimido como una persona enferma, de ésta forma podremos vivir mejor con la depresión, aunque no entendamos de dónde viene. Es más, ni si quiera los psiquiatras pueden mojarse en una única causa, pues no se hacen estudios de genética, de

química cerebral, de nivel de hormonas, la sensibilidad de la persona a temas ambientales o la personalidad real de la persona.

Yo explico siempre la depresión con la analogía de un ordenador. El ordenador tiene un hardware, que en el caso de la depresión es el cerebro, la parte física, que está influenciado por los genes, las hormonas y cómo se haya cuidado al cerebro. Cuando el hardware del ordenador falla llevamos el ordenador a reparar. En el caso del cerebro, quien se encarga de cuidar el harware (el cerebro), es el psiquiatra.

Un ordenador también tiene software, que es lo que le instalamos en él, que en el caso del cerebro sería el equivalente a la personalidad, cómo se toma uno las cosas, etc. Cuando el software de un ordenador no funciona se reinstala el programa o se le pasa un antivirus. En el caso de la depresión quién actúa es el psicólogo.

Luego están los elementos ambientales, si el ordenador está expuesto a la luz, si está en una habitación con alta temperatura, el uso que le demos que lo puede recalentar, etc. En la parte de la depresión son los factores ambientales y vivencias que tiene el enfermo.

En las depresiones, según sean problemas de hardware, software o mixtos, iremos al psiquiatra, al psicólogo o a los dos.

Veremos las causas de la depresión siguiendo como índice las mencionadas por Main Life Health

Los genes y la depresión

Existen numerosos estudios que corroboran que en el origen de estos trastornos de ansiedad y depresión están implicados los genes. Pero la predisposición genética no comporta que se desarrolle necesariamente la enfermedad.

Intervienen múltiples genes, seguramente con efectos pequeños y aditivos, y además está la importante influencia de factores ambientales. En estas enfermedades los factores ambientales son determinantes. Por ejemplo, un trauma en la infancia puede desencadenar un trastorno de ansiedad en la edad adulta.

El doctor Molero, psiquiatra de la Clínica Universidad de Navarra (CUN), dice que se sabe que no existe una causa única, sino que más bien es el resultado de una combinación de factores genéticos, bioquímicos, sociales y psicológicos. Como media se suele aceptar una heredabilidad de entre el 40 y el 50%, y hay algunos tipos de depresión que se transmiten de generación en generación. Eso sí, también puede presentarse en personas que no tienen antecedentes familiares de depresión.

El concepto de heredabilidad se refiere al porcentaje de población con esta enfermedad cuyas causas son atribuibles a la variación en el ADN entre individuos, pero no significa que los hijos de una persona con depresión vayan a presentarla con un 40%-50% de probabilidad, ¡no es correcto! Esto significa que la herencia genética explica el 40% de las diferencias individuales en presentar depresión.

En los estudios lo que se hace es comparar las tasas de concordancia del trastorno en gemelos monocigóticos (que comparten el 100% de sus genes) con las tasas de concordancia del mismo trastorno en gemelos dicigóticos (que comparten el 50% de sus genes). Gracias a esta comparación se consigue dar la heredabilidad del trastorno. Aunque hay discordancia en el porcentaje de heredabilidad de la depresión (algunos estudios afirman que el 70% mientras otros les atribuyen números bastante menores como un 40%), en general se ha visto la

importancia de los factores genéticos tanto en factores de riesgo específicos del sexo femenino (cosa que hace que haya más mujeres con esta enfermedad) como en factores de riesgo que afectan por igual ambos sexos.

Más del 40-50% de la explicación de una depresión es genética

Los estudios basados en gemelos permiten conocer la importancia relativa de los genes y del ambiente o de la interacción entre ambos. Es decir, permiten conocer la relación genes-ambiente-enfermedad.

En un estudio publicado en la revista American Journal of Medical Genetics, el Dr. George S. Zubenko y sus colaboradores encontraron evidencias sobre las diferencias genéticas entre los varones y las mujeres que presentaban depresión. En este estudio se compararon los marcadores genéticos de 100 varones y mujeres con depresión mayor recurrente, así como de 100 personas sin historia patológica psiquiátrica.

Fuera de las regiones del cromosoma 19, que se asocia a la depresión mayor, se detectaron 16 genes, que están estrechamente relacionados con la depresión, tanto en varones como en mujeres, pero no en ambos géneros. Son lo que se denomina genes específicos de géneros. Estos factores genéticos pueden contribuir a las diferencias en los síntomas clínicos de la depresión en varones y mujeres, las distintas respuestas al tratamiento y el desarrollo de otros trastornos psiquiátricos, como la ansiedad.

Lo importante es que existe un factor genético, esto significa que estas variaciones genéticas pueden pasar de padres a hijos y el riesgo para familiares de primer grado es mayor, pero no significa que vayan a desarrollar el trastorno.

Se llaman enfermedades complejas porque no siguen un patrón de herencia mendeliano, es decir, no existe una correlación directa entre el genotipo y el fenotipo como ocurre con la herencia del color de ojos, el color de pelo o la altura.

Su transmisión se explica con el **modelo de "umbral de la susceptibilidad". Esto significa que los factores ambientales y genéticos interactúan entre sí para dar una carga global de riesgo de presentar depresión.** Las personas que superan el "umbral de susceptibilidad" presentarán la enfermedad.

Los genes no tienen la última palabra a la hora de determinar si una persona va a sufrir o no depresión, el ambiente es también un factor importante y un entorno favorable puede anular la predisposición escrita en el ADN. Del mismo modo, demostraron que también se puede tener depresión sin predisposición genética si se está en un entorno desfavorable (monótono, estresante…).

La química cerebral y la depresión

Los neurotransmisores son unas sustancias químicas que ayudan a transmitir mensajes entre las células nerviosas del cerebro. Algunos neurotransmisores regulan el estado de ánimo. Cuando una persona sufre una depresión, estos neurotransmisores pueden estar en concentraciones muy bajas o pueden no ser eficaces.

Los neurotransmisores como la serotonina, la dopamina y la norepinefrina están vinculadas con la depresión, ya que problemas como una capacidad baja para producirlas hace que las

personas estén predispuestas a tomarse mal algunas situaciones. Estos problemas se pueden heredar, así que tienen una base genética

Los genes y la química cerebral pueden estar conectados: tener los genes de la depresión puede hacer más probable que una persona tenga el problema de los neurotransmisores como parte de su depresión.

Dos de los principales neurotransmisores relacionados con la depresión son la norepinefrina y la serotonina. Los medicamentos antidepresivos son los principales tratamientos para la depresión, los medicamentos modifican los niveles de estos neurotransmisores, con lo que, en muchos casos, alivian los síntomas de la depresión.

Serotonina, la hormona de la felicidad y la depresión

Un nivel bajo de serotonina se traduce en estrés, pensamientos negativos y desesperanza. Es decir, el deprimido se siente así no porque quiera, sino porque su hardware (química cerebral) hace que se sienta y piense así.

Por ello, gran parte de los antidepresivos actúan evitando que una serie de inhibidores frenen la producción de serotonina. No obstante, es importante saber que también es posible potenciar su producción.

La serotonina ejerce importante acción en el talante, conducta, movimiento, apreciación del dolor, actividad sexual, apetito, secreciones endocrinas, funciones cardiacas y el ciclo de sueño-vigilia.

¿Cómo aumentar los niveles de serotonina?

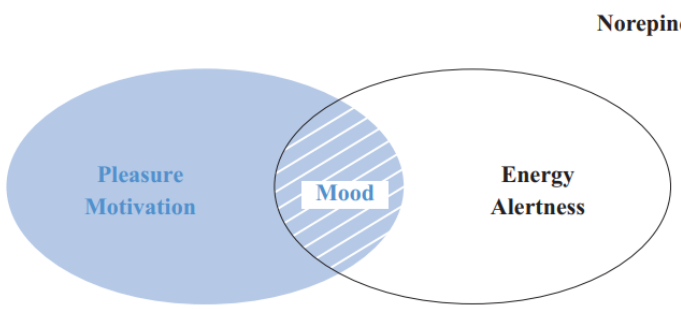
- Sal de casa, da un paseo y conoce gente nueva
- Escucha música que te guste para generar emociones positivas
- Busca, elige y pon en práctica una nueva afición: apúntate a clases de pintura, de baile, yoga, etc.
- Mejora tu alimentación aumentando el consumo de bananas, avena, aguacate, frutas, semillas, frutos secos, entre otros
- Comer chocolate negro con alto nivel en cacao

Norepinefrina

Funcionalmente, Norepinefrina parece estar relacionada con un número de procesos psicológicos, entre ellos la estabilización del estado de ánimo, la regulación del sueño, estado de alerta y activación, y en la respuesta a estresores que pueden iniciar o exacerbar la sintomatología depresiva.

En el siguiente gráfico vemos cómo los niveles de la dopamina y de la norepinefrina determinan nuestro estado de ánimo

Figura 1. Los neurotransmisores de la regulación del estado de ánimo y de la conducta



Adaptado de: Stahl SM. *Essential Psychopharmacology.* 1996.
Foote SI. *Psychopharmacology.* 1995.

.

Dopamina

Un nivel bajo de dopamina se traduce en apatía, cambios de humor, pérdida de intereses y tendencia a la depresión. Esto se debe a que la dopamina es uno de los neurotransmisores más importantes para el cerebro, ya que media en la comunicación de las neuronas.

La reducción de la actividad dopaminérgica se ha asociado con la anhedonia, menor motivación incentiva, y pérdida de interés en la depresión

¿Cómo puedo aumentar de forma natural los niveles de dopamina?

Hay un aminoácido esencial para aumentar la dopamina: se trata de la L-fenilalanina. El cuerpo no puede sintetizarla de forma natural y, por tanto, debemos obtenerla de los alimentos. Es entonces cuando se convierte en tirosina y genera la producción de dopamina.

Es posible obtener este aminoácido con los siguientes alimentos:

- Carne
- Té verde
- Plátanos
- Remolachas
- Chocolate negro
- Productos lácteos
- Semillas (sésamo, girasol y calabaza)
- Frutos secos (como las almendras y las nueces)

Asimismo, prácticas como la meditación o el ejercicio de intensidad moderada también nos permiten equilibrar la química cerebral.

Antidepresivos y la química cerebral

La mayoría de los antidepresivos trabajan ajustando la química cerebral para conseguir que el cerebro del deprimido se estabilice y pueda tener una vida normal. Es decir, en la analogía del ordenador ponen a un técnico a arreglar el hardware.

A continuación vemos los tipo de antidepresivos y si nos damos cuenta los dos primeros actúan con la serotonina y con la norepinefrina. Más adelante en el libro hablaremos en detalle de los antidepresivos.

- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina
- Inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina
- Antidepresivos atípicos.
- Antidepresivos tricíclicos.
- Inhibidores de la monoaminoxidasa

El estrés, la salud y la depresión

Estrés y depresión

El estrés, el uso de alcohol, el descanso nocturno o drogas y los cambios hormonales también afectan a la química cerebral y al estado de ánimo.

Existe una relación bidireccional entre estrés y depresión, mediante mecanismos neurobiológicos.

En el estudio de las relaciones entre estrés y depresión existe consenso en considerar el estrés crónico como factor de riesgo para el inicio, desarrollo o exacerbación de los trastornos depresivos. Yo estuve más de cinco años con un alto nivel de estrés por mi empresa Evolufarma, que si bien no hizo caerme en depresión mientras estaba en funcionamiento me producía una gran ansiedad (prima hermana de la depresión como veremos más adelante). Cuando la empresa se cerró y el estrés cesó, fue cuando entré en depresión mayor.

En primer lugar, la mayor exposición a experiencias traumáticas está asociada a mayor riesgo de depresión, modulado por la predisposición genética. El estrés, especialmente si es sufrido en la infancia, por ejemplo, por abuso o abandono, se ha asociado a mayor prevalencia de depresión en la edad adulta

La adversidad en la vida temprana puede moldear el desarrollo y maduración de los circuitos implicados en la regulación del estrés, conduciendo a una alteración permanente de la sensibilidad al estrés

En segundo lugar, el estrés, especialmente los estresores intensos o crónicos, predicen los primeros episodios depresivos y están asociados con la severidad de la enfermedad.

La depresión en sí misma supone un factor de vulnerabilidad a un mayor impacto de los estresores, ya que se asocia a un estilo cognitivo caracterizado por la sensación de falta de control sobre las demandas del entorno y a una tendencia afectiva negativa.

La literatura científica ofrece evidencia a favor de la relación entre depresión y estrés. El estrés crónico se considera como factor de riesgo del inicio, desarrollo o exacerbación de los trastornos depresivos y la depresión en sí misma puede considerarse una fuente de estrés.

Salud y depresión

Sueño y depresión

Más de 16 millones de personas en Estados Unidos tienen algún tipo de depresión, y más del 75 % de las personas con depresión tienen algún tipo de trastorno del sueño. Los trastornos del sueño también pueden aumentar el riesgo de desarrollar síntomas de depresión.

Pero la relación entre el sueño y la depresión es compleja. Los síntomas de depresión pueden afectar tu sueño, y los síntomas de trastornos del sueño como apnea del sueño o insomnio también pueden conducir a la depresión.

La relación entre depresión e insomnio es una vía de dos direcciones. Por un lado, la depresión en sí puede causar insomnio, considerándose un síntoma propio de la enfermedad. Sin embargo, hay un tipo de insomnio que está relacionado con el estrés sostenido. Ese estrés sostenido genera insomnio y ese mantenimiento de la falta de sueño provoca cansancio, apatía, dificultad para tomar decisiones, irritabilidad, y puede llegar a generar un trastorno depresivo, por lo que se confirma esa bidireccionalidad en algunos casos, detalla el Dr. Montes (Jefe de Sección de Psiquiatría en el Hospital Universitario Ramón y Cajal).

La realidad es que cualquiera puede ser el punto de partida. Las personas con una afección como el insomnio pueden tener más probabilidades de desarrollar depresión. En este caso, la falta de sueño es la causa de la depresión. Pero en otros casos, las irregularidades emocionales y cognitivas de la depresión causarán los problemas de sueño que pueda tener.

Hasta el 80% de las personas con depresión tienen algún tipo de trastorno del sueño. Esto puede tomar la forma de:

- Insomnio. Este trastorno del sueño hace que sea difícil conciliar el sueño o permanecer dormido durante largos períodos de tiempo.
- Hipersomnia. También llamada somnolencia diurna excesiva, la hipersomnia hace que te sientas anormalmente somnoliento durante todo el día, incluso si has dormido lo suficiente. Esto es menos frecuente.

El insomnio aumenta la probabilidad de síntomas de depresión en casi 10 veces.

La relación entre las alteraciones psiquiátricas y los trastornos del sueño está ampliamente documentada y sobre todo destaca la estrecha ligazón entre el insomnio, la depresión y la ansiedad. Es muy probable que ambos fenómenos, la regulación del sueño por un lado y los trastornos psiquiátricos por otro, estén vinculados a sistemas neurales en los que compartan procesos bioquímicos y estructurales, lo que de algún modo es corroborado al constatar el impacto que sobre el sueño ejercen los medicamentos psicótropos.

¿Sabes que el insomnio es uno de los principales síntomas de la depresión?

Su presencia debe indicarte que es hora de consultar al médico, ya que este trastorno del sueño afecta de forma negativa al curso de la propia depresión y requiere, por tanto, de soluciones para evitar que se perpetúe y cronifique.

Estos son algunos pasos que puedes tomar para ayudar a mejorar tu sueño y aliviar los síntomas de la depresión:

- **Llevar una dieta saludable y regular**. Trata de tener porciones regulares de frutas, verduras, granos integrales, lácteos bajos en grasa y carnes magras para mantener tu salud en general.

- **Haz al menos 30 minutos de ejercicio moderado todos los días.** Intenta hacer una rutina de salir a caminar, trotar o ir al gimnasio. No es conveniente que realices actividades que potencien la activación e impidan la relajación al menos una o dos horas antes de dormir. En este sentido, el ejercicio físico es preferible hacerlo durante el día, aprovechando las horas de luz
- **Acuéstate y levántate a la misma hora todos los días.** Tener un horario de sueño constante puede ayudar a reducir algunos de los síntomas de la depresión y los trastornos del sueño. Mantén una rutina similar todas las noches, que favorezca la aparición del sueño, y procura acostarte y levantarte a la misma hora todos los días.
- **No uses dispositivos electrónicos al menos 2 horas antes de acostarte.** La luz azul y los estímulos de los teléfonos, tabletas o televisores pueden interrumpir el ritmo circadiano y dificultar que concilies el sueño.
- **Limita tu tiempo en línea y en las redes sociales.** La enorme cantidad de información de las redes sociales puede hacerte sentir abrumado, y la investigación sugiere un vínculo entre el uso de las redes sociales y la baja autoestima. Mantén su uso al mínimo, especialmente justo antes de acostarse. Unas dos horas antes de acostarte, evita el uso de dispositivos electrónicos que proyectan una luz característica porque provoca la falsa sensación de que es de día y, por tanto, el mensaje al cerebro de que no es la hora de dormir
- **Mantén a tus amigos y familia cerca**. Tener relaciones personales sólidas puede ayudar a reducir los efectos de la depresión y contribuir a tus sentimientos de realización personal, lo que también puede ayudarte a dormir bien.
- Intenta meditar. Cierra los ojos, aclara tu mente y respira lentamente cada vez que te sientas estresado o deprimido.
- Permanece expuesto a la luz del sol, ya que el gran regulador de los ciclos sueño-vigilia.

Ejercicio y depresión

En general, los síntomas de depresión y ansiedad mejoran con el ejercicio.

De la investigación sobre la depresión, la ansiedad y el ejercicio se desprende que los beneficios psicológicos y físicos del ejercicio también mejoran el estado de ánimo y reducen la ansiedad.

Los vínculos entre depresión, ansiedad y ejercicio no están del todo claros, pero ejercitarse y realizar otras actividades físicas definitivamente mejoran los síntomas de depresión o ansiedad, y te ayuda a sentirte mejor. Además, cuando te sientes bien, el ejercicio puede impedir que reaparezcan la depresión y la ansiedad.

El ejercicio físico ha demostrado ser un complemento eficaz a la hora de prevenir y tratar la depresión. Entre otros efectos el ejercicio físico estimula la producción de proteínas que reparan las neuronas y aumentan su proliferación, regula los niveles de serotonina y otros neurotransmisores, aumenta el flujo sanguíneo cerebral y estimula la liberación de endorfinas.

Numerosos estudios científicos orientados a la prevención han demostrado que el ejercicio físico reduce el riesgo de padecer depresión. Además, las investigaciones sugieren una dosis-respuesta; es decir, que cuanto más ejercicio físico se practique (más de cinco horas por semana) menor será la probabilidad de sufrir este trastorno. Sin embargo, si ya padeces depresión, aún estás a tiempo para beneficiarte de los efectos terapéuticos del ejercicio físico. El ejercicio posee un efecto similar al de la terapia psicológica y algunos antidepresivos,

reduciendo los síntomas de la depresión. Además, la evidencia subraya que el ejercicio aeróbico (correr, nadar, montar en bicicleta, etc.) induce mayores beneficios que el ejercicio basado en la fuerza.

Las repetidas contracciones musculares producidas durante el ejercicio físico producen señales que afectan a todos los órganos y sistemas, entre ellos el cerebro. Los cambios producidos en el cerebro durante el ejercicio físico contrarrestan las alteraciones neuronales que ocasionan la depresión.

Mientras realizamos ejercicio físico nuestros músculos liberan a la sangre multitud de sustancias químicas que afectan a nuestras neuronas haciendo que éstas puedan repararse, proliferar, mejorar su funcionalidad e incrementar sus conexiones (neuroplasticidad). Son los llamados factores neurotróficos. Precisamente, algunos fármacos antidepresivos median su acción incrementando los niveles cerebrales de estos factores, efecto producido de forma natural al hacer ejercicio físico.

La proliferación de las neuronas (neurogénesis) ocurre en el hipocampo, una región especialmente afectada en desórdenes como la depresión y el alzhéimer. Además, se liberan opioides endógenos (las famosas endorfinas) y endocanabinoides, que modulan el cerebro para producir un efecto ansiolítico, analgésico y sensación de felicidad.

Las personas deprimidas tienen alterados neurotransmisores como la norepinefrina, la dopamina y la serotonina, factores que median nuestro humor (de ahí que uno de los fármacos más utilizados sean los inhibidores de la recaptación de serotonina). A nivel sanguíneo y cerebral el ejercicio incrementa los niveles de serotonina, revirtiendo así su alteración en los pacientes con depresión.

Las personas físicamente activas poseen un mejor riego cerebral que les ayuda a oxigenar sus neuronas y eliminar los deshechos que éstas producen de forma natural. Además, muestran menor inflamación, una mayor capacidad antioxidante y un mejor metabolismo, todas ellas dianas en el tratamiento antidepresivo.

En resumen, mientras hacemos ejercicio físico se modulan infinidad de señales que contrarrestan las alteraciones metabólicas y neuronales ocurridas en la depresión, previniendo su aparición o coadyuvando en su tratamiento. Así, dado que los tratamientos clásicos presentan ciertas limitaciones, podemos considerar el ejercicio físico como una potente herramienta complementaria que, a corto y largo plazo, nos proporcionará salud mental.

Hacer ejercicio con regularidad puede ayudarte a aliviar la depresión y la ansiedad al permitirte lo siguiente:

- Liberar endorfinas que te hacen sentir bien, sustancias químicas cerebrales naturales similares al cannabis (canabinoides endógenos) y otras sustancias químicas cerebrales naturales que pueden mejorar tu sensación de bienestar
- Quitar tu mente de las preocupaciones para que puedas alejarte del ciclo de pensamientos negativos que alimentan la depresión y la ansiedad

El ejercicio regular también tiene muchos beneficios psicológicos y emocionales. Puede ayudarte a lograr lo siguiente:

- **Ganar confianza.** Alcanzar las metas o los desafíos del ejercicio, incluso los más pequeños, puede promover la confianza en ti mismo. Ponerte en forma también puede hacer que te sientas mejor con tu aspecto.
- **Tener más interacción social**. El ejercicio y la actividad física pueden darte la oportunidad de conocer a otras personas y socializar con ellas. Un simple gesto como intercambiar una sonrisa amistosa o un saludo mientras caminas por tu vecindario puede mejorar tu estado de ánimo.
- **Enfrentar los problemas de manera saludable**. Hacer algo positivo para controlar la ansiedad o la depresión es una estrategia sana de afrontamiento. Tratar de sentirte mejor bebiendo alcohol, obsesionarte con lo mal que te sientes o esperar que la depresión o la ansiedad desaparezcan por sí solas puede empeorar los síntomas.

Con toda seguridad correr, levantar pesas, jugar al baloncesto y otras actividades para estar en forma que aumenten tu frecuencia cardíaca te pueden ayudar. Pero esto también es cierto para la actividad física, como por ejemplo la jardinería, lavar el coche, dar una vuelta a la manzana o realizar otras actividades menos intensas. Toda actividad física que te haga levantar del sillón y moverte puede mejorar tu estado de ánimo

Hacer ejercicio durante 30 minutos o más al día de tres a cinco días a la semana puede mejorar significativamente los síntomas de depresión o ansiedad. Pero las pequeñas cantidades de actividad física, de tan solo 10 a 15 minutos a la vez, pueden marcar la diferencia. Es posible que te lleve menos tiempo hacer ejercicio para mejorar tu estado de ánimo cuando las actividades son más vigorosas, como correr o andar en bicicleta.

Los beneficios para la salud mental del ejercicio y la actividad física pueden durar solamente si mantienes el hábito a largo plazo, otra buena razón para concentrarte en encontrar actividades que disfrutes.

El ejercicio físico regular es una herramienta de tratamiento que se utiliza en enfermedades mentales incluyendo la depresión debido a que influye en el estado de ánimo (incrementa la circulación sanguínea cerebral), en la función cognitiva (aumenta la perfusión), autoestima (percepción física); en la calidad de vida, aptitud vascular, el ciclo de sueño y sobre el afrontamiento del estrés

Alimentación y depresión

La nutrición no solo es fundamental para la fisiología humana y la composición corporal. También podría tener efectos significativos en el estado de ánimo y el bienestar mental. Esto es lo que dice un estudio publicado en European Neuropsychopharmacology, que afirma además que hay una evidencia creciente entre una mala alimentación y la aparición de los trastornos de ánimo, incluidas la ansiedad y la depresión

Los expertos concluyen que solo con una adherencia moderada a la dieta mediterránea, que es rica en frutas, verduras y frutos secos, conseguimos una protección de hasta un 40% del riesgo de depresión.

No hay evidencias de que una dieta determinada pueda curar la depresión , aunque hay que tener en cuenta que una dieta poco adecuada (igual que una vida sedentaria o un mal hábito de sueño) puede suponer un factor de riesgo para desarrollarla.

Nuestro cerebro depende del suministro de glucosa para funcionar, por lo que no es extraño que la cantidad de azúcar que consumimos guarde relación con las conductas agresivas, la ansiedad y la depresión. De hecho, se ha descubierto que las personas que sufren depresión son particularmente vulnerables a las oscilaciones del nivel de glucosa en sangre.

Cuando comemos alimentos que contienen demasiada azúcar o carbohidratos simples se produce casi inmediatamente un pico de glucosa. Para equilibrar esa cantidad excesiva de glucosa, nuestro cuerpo desata una respuesta hormonal dirigida a disminuir los niveles de glucosa en sangre. Como resultado, cuando baja el pico de glucosa podemos experimentar síntomas como la fatiga, irritabilidad, confusión mental, problemas de concentración y de memoria, tristeza y desaliento.

En segundo lugar, el consumo excesivo de azúcar genera una serie de reacciones químicas en nuestro cuerpo que promueven los procesos inflamatorios. A largo plazo, la inflamación crónica termina afectando el funcionamiento del cerebro e incluso puede generar enfermedades neurodegenerativas

Varios estudios han desvelado que los alimentos ricos en azúcar refinada y carbohidratos simples, como la bollería industrial, la pasta, el arroz blanco y las sodas, aumentan el riesgo de sufrir depresión.

Sin embargo, para prevenir y superar la depresión no solo debemos evitar los alimentos con azúcar refinada y carbohidratos simples. En los últimos años también se está mirando con lupa el gluten, que se suele encontrar en el trigo, el centeno, la cebada y la avena. Se debe aclarar que los resultados aún no son concluyentes

Una hipótesis explicativa apunta al hecho de que el exceso de gluten hace que disminuyan los niveles de serotonina, lo cual puede conducir a la depresión. Otra hipótesis indica que el gluten puede afectar la microbiota intestinal, causando cambios en el estado de ánimo que pueden provocar la depresión.

También se conoce que algunos aditivos alimentarios actúan sobre nuestro estado de ánimo y podrían contribuir a la aparición de problemas como la depresión. Uno de los aditivos más controvertidos es el aspartamo, un edulcorante no calórico que se usa en muchas bebidas, sobre todo en las versiones 'light'.

¿Por qué afecta la alimentación al estado de ánimo?

En primer lugar, cerca del 90% de la serotonina, que contribuye a sentirnos bien, es producida en nuestro intestino por microbios intestinales. En este caso, hay evidencia de que estos microbios pueden comunicarse con el cerebro a través del nervio vago, en lo que se llama eje intestino-cerebro.

Tras llevar a cabo el ensayo, la mayoría de los participantes siguieron el programa de alimentación y muchos estaban ansiosos por continuar con la dieta una vez que finalizó el estudio, concluye. Para tener microbios beneficiosos, necesitamos alimentarlos con fibra, que se encuentra en las legumbres, frutas y verduras.

Está demostrado que las dietas ricas en frituras, carne procesada, lácteos altos en grasa, cereales refinados y postres dulces se relacionan con el aumento de los síntomas depresivos. Y algo similar ocurre con la comida rápida y la bollería industrial.

Los alimentos que ayudan a combatir la depresión:

- **Alimentos ricos en triptófano.** El triptófano es un aminoácido que influye sobre el estado de ánimo ya que estimula la producción de serotonina, un neurotransmisor que genera una sensación placentera de tranquilidad, relajación y bienestar. Además, también disminuye la sensación de hambre, un aspecto muy importante, ya que las personas con tendencia a la depresión suelen experimentar una imperiosa necesidad de comer alimentos dulces. El pavo, el pollo, la leche, el queso y los huevos son algunos de los alimentos que contienen mayor cantidad de triptófano. Por otra parte, las frutas con más triptófano son: el plátano, la piña, el aguacate y la ciruela.
- **Alimentos ricos en ácido fólico**. Numerosos estudios realizados desde la década de 1940, cuando se descubrió esta vitamina, indican una relación entre el ácido fólico y la depresión. De hecho, se ha apreciado que las personas deprimidas tienen una deficiencia de esta vitamina. Por eso, se recomienda incluir en la dieta alimentos como el hígado de pollo o de ternera, los cacahuetes, las verduras de hoja verde como las espinacas y la acelga, así como los cereales integrales.
- **Alimentos ricos en magnesio.** La falta de magnesio provoca problemas de atención, dificultades de memoria y fatiga. De hecho, se trata de un mineral esencial para nuestro sistema nervioso y se ha demostrado que su deficiencia genera un estado de hipersensibilidad ante el estrés. Además, se conoce que en muchos casos los síntomas de la depresión pueden aliviarse con suplementos de magnesio. No obstante, también puedes encontrar este mineral en alimentos como el chocolate negro, los moluscos, los productos lácteos, los cereales integrales, las semillas de girasol, las almendras, la soja, el tofú, las bananas, la verdolaga y la acelga.
- **Alimentos ricos en omega-3.** No es un ácido graso milagroso, pero se estima que los suplementos de omega-3 pueden reducir los síntomas de la depresión al menos en un 10%. También se conoce que este ácido graso es muy beneficioso para el cerebro y contribuye a aliviar los procesos inflamatorios. De hecho, no podemos olvidar que el cerebro es uno de los órganos que más lípidos contiene, y se estima que un tercio de los ácidos grasos que componen la materia gris pertenecen a la familia del omega-3. El pescado azul, los mariscos, la yema del huevo, las almendras, las nueces y el aceite de linaza son alimentos ricos en omega-3 que deberías incluir en tu dieta.

La luz solar y las estaciones del año y la depresión

La luz solar afecta la manera en la que el cerebro fabrica la melatonina y la serotonina. Estos neurotransmisores ayudan a regular el ciclo de sueño-vigilia, la energía y el estado de ánimo de la gente. Cuando hay menos luz solar, el cerebro fabrica más melatonina. Cuando hay más luz solar, el cerebro fabrica más serotonina.

Los días más cortos y la mayor duración de la noche en otoño y en invierno pueden hacer que el cuerpo fabrique más melatonina y menos serotonina. Este desequilibrio es lo que crea las condiciones biológicas para la depresión en algunas personas, una afección conocida como trastorno afectivo estacional (TAE) o depresión de invierno. La exposición a la luz puede mejorar el estado de ánimo de personas afectadas por un TAE.

Para mucha gente el invierno, con sus días más cortos y su falta de luz, es sinónimo de tristeza, falta de energía y depresión.

Igual que ocurre con otras especies animales, el invierno provoca una disminución general de las funciones metabólicas y muchos individuos se retirarían gustosos a hibernar.

Entre más largo el período de luz, mayor el sentimiento de bienestar general. Tenemos más energía, nos sentimos más activos, más creativos y felices. Así que no sorprende que en invierno ocurra lo contrario.

Estudios llevados a cabo en la Universidad de Southampton, Inglaterra, revelan que la mayoría de los adultos, al menos 90%, experimentan cambios sutiles en el estado de ánimo, energía y sueño cuando cambia la estación.

Y en países como el Reino Unido, con sus marcados cambios estacionales, la industria pierde millones de horas laborales en los meses de invierno debido a la depresión invernal.

Muchos quizás reconocen ese sentimiento de falta de energía y motivación cuando debemos enfrentar un día gris y nublado. Pero la gente que sufre TAE realmente tiene sentimientos graves de depresión.

El TAE es un tipo de depresión grave y discapacitante porque evita que la persona funcione de forma normal.

Una glándula en el cerebro que produce melatonina se encarga de controlar qué tan soñolientos nos sentimos. En la oscuridad nos hace sentir con sueño y cuando hay la luz matutina nos ayuda a despertar. Pero en ciertos individuos esta glándula no parece funcionar como debiera y esto los puede hacer más vulnerables al TAE.

Algunos pacientes hablan de síntomas como dolor corporal y ataques de pánico, junto con depresión, que desaparecen en cuanto pasa el invierno.

Y cuando se diagnostica TAE una de las formas de tratarla es con una caja de luz que se coloca junto a la cama y al lado de lámparas de luz natural, los cuales se encienden cada mañana para ayudar a la persona a despertarse gradualmente y poder enfrentar el día. La terapia de luz ha demostrado ser efectiva en 85% de los casos de TAE.

Los acontecimientos vitales y la depresión

Se llaman acontecimientos vitales a los acontecimientos biográficos, generalmente negativos, que pueden tener repercusión en la salud mental de la persona.

A veces, la muerte de un miembro de la familia, amigo o mascota causa más pena de la habitual y desemboca en una depresión. Otros acontecimientos difíciles en la vida de una persona, como cuando los padres se divorcian, se separa, pierden el trabajo, pueden desencadenar una depresión.

El hecho de que un acontecimiento difícil lleve o no a una depresión pueden depender en gran medida de lo bien que la personas sea capaz de afrontarlo, mantenerse positivo y pedir y recibir apoyo. Esto lo veremos un poco más adelante, ahora nos centraremos en el acontecimiento vital, que objetivamente es algo externo que afecta a la vida de la persona.

Los elementos necesarios para que sean calificados como AVE (Acontecimiento vital estresante) son: la percepción como negativos o no deseables, y la circunstancia de que se acompañen de un cambio vital.

Se puede definir un AVE como un fenómeno económico social, psicológico o familiar, brusco que produce desadaptación social o distrés psicológico, la enfermedad sería el resultado del fracaso del individuo en la adaptación al estrés.

Otra definición se centra en las circunstancias o condiciones ambientales que amenazan, desafían, exceden o dañan las capacidades psicológicas o biológicas del individuo; se incluyen acontecimientos traumáticos agudos como desastres, abuso sexual y físico, violencia; o el estrés crónico como la pobreza, dificultad económica, enfermedad crónica individual o familiar, maltrato; así como también AVE como divorcio, ingreso de un familiar a la cárcel

Los AVE en el individuo producen un conjunto de respuestas motoras, cognitivas y psicofisiológicas en un intento de adaptarse a la situación causada por el evento estresante. La inadaptación produce cambios en la salud, aparición de enfermedades o empeoramiento de las ya existentes.

A continuación, veremos una tabla en la que se puntúan los AVE según su intensidad y grado en que nos afectan.

Figura Nº 1
Escala de acontecimientos vitales Holmes y Rahe 1976
Acontecimientos vitales que se han sucedido en los 12 últimos meses

1. Muerte del cónyuge:	100	23. Cambio de responsabilidad en el trabajo:	29
2. Divorcio:	73	24. Hijo o hija que deja el hogar:	29
3. Separación matrimonial:	65	25. Problemas legales:	29
4. Encarcelación:	63	26. Logro personal notable:	28
5. Muerte de un familiar cercano:	63	27. La esposa comienza o deja de trabajar:	26
6. Lesión o enfermedad personal:	53	28. Comienzo o fin de la escolaridad:	26
7. Matrimonio:	50	29. Cambio en las condiciones de vida:	25
8. Despido del trabajo:	47	30. Revisión de hábitos personales:	24
9. Desempleo:	47	31. Problemas con el jefe:	23
10. Reconciliación matrimonial:	45	32. Cambio de turno o de condiciones laborales:	20
11. Jubilación:	45	33. Cambio de residencia:	20
12. Cambio de salud de un miembro de la familia:	44	34. Cambio de colegio:	20
13. Drogadicción y/o alcoholismo:	44	35. Cambio de actividades de ocio:	19
14. Embarazo:	40	36. Cambio de actividad religiosa:	19
15. Dificultades o problemas sexuales:	39	37. Cambio de actividades sociales:	18
16. Incorporación de un nuevo miembro a la familia:	39	38. Cambio de hábito de dormir:	17
17. Reajuste de negocio:	39	39. Cambio en el número de reuniones familiares:	16
18. Cambio de situación económica:	38	40. Cambio de hábitos alimentarios:	15
19. Muerte de un amigo íntimo:	37	41. Vacaciones:	13
20. Cambio en el tipo de trabajo:	36	42. Navidades:	12
21. Mala relación con el cónyuge:	35	43. Leves transgresiones de la ley:	11
22. Juicio por crédito o hipoteca:	30		
No AVE=		**Puntuación=**	

Fuente: *De la Revilla 1994*

Una vez obtenidos los ítems señalados por el paciente se suma la puntuación asignada a cada uno y se interpreta de la siguiente manera:

- Menos de 150: riesgo bajo de 30% de presentar enfermedad psicosomática.
- Entre 150 a 300: riesgo intermedio de 50% de presentar enfermedad psicosomática.
- Más de 300: riesgo alto de 80% de presentar enfermedad psicosomática.

Reacción ante las situaciones de la vida

La vida está llena de altibajos. El estrés, las dificultades y los contratiempos suceden (pero, afortunadamente, no demasiado a menudo). La forma en que reaccionamos a las dificultades de la vida es muy importante. La actitud de una persona puede contribuir a que se deprima o puede ayudar a protegerla de la depresión.

Las investigaciones muestran que una actitud positiva actúa como una protección contra la depresión, incluso para las personas que corren el riesgo de desarrollarla por sus genes, su química cerebral o las circunstancias vitales que están atravesando. Lo contrario también es cierto: las personas que tienden a pensar de forma negativa corren un mayor riesgo de desarrollar una depresión.

No podemos controlar nuestros genes, nuestra química cerebral ni otros factores que también contribuyen a la depresión. Pero sí que tenemos un control sobre cómo vemos e interpretamos las situaciones y cómo las afrontamos.

Las tres causas por las que una persona sufre es porque no es capaz de aceptar su situación actual, tiene un apego al pasado o a una persona o tiene un anhelo de un futuro mejor. Si se trabajan estos tres puntos podremos tener dolor, pero no sufrimiento.

Las personas cuando hay cambios en sus vidas se resisten a aceptar que eso es lo que les ha tocado vivir. Eso no sólo causa sufrimiento, sino que les impide empezar a moverse para buscar soluciones que mejoren su situación.

El apego al pasado, a las personas o a las cosas nos hace sufrir porque queremos seguir teniéndolas. Pero el apego no tiene sentido alguna, pues el pasado pasado está y no podemos hacer nada por cambiarlo.

El único momento que importa en la vida es el presente, el Aquí y Ahora. El pasado se fue y no se puede cambiar, recordar cosas negativas lo único que va a hacer es traernos sufrimiento en el presente y no tiene sentido. Uno me podrá decir que no puede evitar esos pensamientos, y sí, se puede, pero tienes que entrenar tu mente a través de la meditación como veremos luego.

Estar pendiente del futuro tampoco tiene sentido, pues es impredecible, no podemos controlarlo y ya vendrá de la forma que venga y nos adaptaremos a él de la mejor forma que podamos. Sí, es cierto que para que el futuro nos sea favorable hay que planificarlo y hacer cosas en el presente para favorecerlo, pero ya está, con la planificación y ejecución vale. De nada sirve pensar en que nos gustaría comprar ese chalet que nos gusta, nos gustaría ascender en la empresa o nos gustaría tener ese niño que no llega. Eso sólo trae sufrimiento.

La mente es como los músculos, se puede entrenar para aceptar mejor las cosas, evitar pensar en el pasado y evitar el sufrimiento. También se puede entrenar para ver la vida más positiva. El gimnasio de la mente es la meditación

Hay dos caminos, el de los psicólogos y coaches y el otro el de la meditación.

Los psicólogos y coaches harán que te enfrentes a tus miedos, a tu sufrimiento, a tu pasado para que lo integres mejor y no afecte a tu presente. También te darán herramientas para manejar situaciones estresantes, manejar el sufrimiento y ver la vida positiva.

Eso sí, deben ser buenos y buenos no hay tantos. Un psicólogo o un coach malo puede hacer mucho daño a la persona y en vez de ayudar, puede causarle daños.

Meditación tiene enormes beneficios en la mente y en el cuerpo. Para mí el aprendizaje más grande que me ha dado es desidentificarme de mis pensamientos, es decir, yo no soy mis pensamientos, soy la conciencia que los observa. Es por esto por lo que cuando me vinieron los pensamientos suicidas los veía desde cierta distancia. Esto te cambia totalmente el cómo

afrontas las cosas y te enseña a aceptar las cosas como son, no como tú querrías que fueran. Eso te permite vivir en el aquí y ahora.

Por meditación no me refiero a Mindfullness, pues son meditaciones cortas y no tienen trasfondo metafísico. Me refiero a meditaciones de 30-60 minutos. Si haces un curso, busca uno que te hable no sólo de cómo meditar, sino de qué es la conciencia. Ahí está el gran poder de la meditación, que unido con información que te den, te cambia la forma de ver el mundo. Te paso el link de uno de mis maestros, Sesha, podrás ver videos de él en Youtube.

https://www.vedantaadvaita.com/

Esforzarse en pensar en positivo, como creer que todo problema se puede solucionar, puede ayudar a protegerse de la depresión.

Para evitar la depresión hay que ser resiliente. Podrás ver cómo desarrollar la resiliencia en detalle en mi libro "Resiliencia", disponible gratuitamente en www.luisarimany.com

Las características de una persona resiliente para ayudar a no tener depresión, son:

- **Aceptación del pasado**. El pasado nos persigue en el presente y nos impide avanzar hacia el futuro. Desarrollar esta característica es aceptar el pasado como fue, asumir que nos ha llevado a donde estamos y dejar de prestarle atención para avanzar hacia el futuro. El pasado no se puede cambiar, no podemos hacer nada con él, entonces, ¿por qué preocuparnos por el pasado?. Una persona resiliente acepta el pasado y se centra en trabajar en el presente con la mirada puesta en el futuro.
- **Aceptación del presente**. Es aceptar que las cosas son como son, que nuestras circunstancias son las que son y adaptarnos a ello. Tenemos que aprender a distinguir las cosas que podemos controlar y hacer algo con ellas y por tanto poner nuestra atención y energías en ellas, y las cosas que no podemos controlar, aceptarlas, sin resignación y sin victimismo. El momento presente es el único momento que existe, ya que el pasado se fue y el futuro no ha llegado. Pasado y futuro son constructos de la mente, mientras el Aquí y Ahora es el único momento que exite (el presente también es un constructo mental). Una persona resiliente ve los problemas como obstáculos a solucionar y busca las mejores formas de adaptarse a su situación, así como trata de encontrar oportunidades en cualquier circunstancia.
- **Aceptación del futuro.** El futuro es impredecible, hay tantas variables que lo determinan que no podemos saber qué va a ocurrir y esa incertidumbre nos da miedo. La falta de control sobre el futuro no sólo nos da miedo, sino que nos paraliza. Hay que aprender a vivir con esa falta de control y afrontar el futuro con confianza y esperanza y sobre todo confiando en uno mismo. Una persona resiliente no tiene miedo al futuro, pues es optimista, sabe que lo afrontará venga como venga y siempre saldrá fortalecido del mismo.
- **Sentimiento de propósito**. Tener sentimiento de propósito en la vida hace que seas más resiliente porque hay algo que te mueve hacia adelante por encima de las circunstancias, porque es algo más importante que tú mismo.
- **Autoconocimiento**. El autoconocimiento es básico para una persona resiliente, pues debe conocer sus capacidades y limitaciones para afrontar el presente y el futuro y de esta forma poder tomar las opciones más realistas que le permitan avanzar en la vida.
- **Autoestima.** Una persona resiliente no sólo confía en ella misma para afrontar el presente y el futuro, sino que se tiene en buena estima, ayudándole a ser optimista.

- **Proactividad**. Una persona resiliente no deja que le pasen cosas, sino que hace que pasen cosas. Cuando le ocurren circunstancias fuera de su zona de control no se queda parada, es proactiva y busca soluciones a los problemas, pasando esto a ser obstáculos a solucionar.
- **Flexibilidad**. Una persona flexible acepta el presente, pasado y futuro, y es flexible ante las circunstancias que le toque vivir. Es por esto que encuentra soluciones y oportunidades donde otros no las ven.
- **Tolerancia a la frustración y a la incertidumbre.** Una persona resiliente no se frustra, aprende de las circunstancias. Lo que ha dependido de él, aprende de sus errores. Y lo que no ha dependido de él aprende a aceptarlo.
- **Actitud positiva.** Una persona resiliente tiene una actitud positiva ante la vida, ve el vaso medio lleno y es realista ante las situaciones. Ve el mundo lleno de oportunidades y no como un mundo de carencia y victimismo.
- **Empatía.** La persona resiliente es una persona empática que entiende a los demás, sabe como piensan y cómo sienten, y de esta forma encuentra mejores soluciones ante cualquier situación porque comprende a las personas.
- **Aprender de los éxitos y errores.** Una persona resiliente aprende de éxitos y errores y se toma la vida como un crecimiento personal, en la que cualquier circunstancia le trae algo positivo, que como mínimo es el crecimiento y el aprendizaje.
- **Autocontrol.** Una persona resiliente mantiene el control ante las situaciones, de forma que toma decisiones racionales viendo las circunstancias con perspectiva.
- **Buena gestión emocional.** La persona resiliente no se deja llevar por sus sentimientos, usa la cabeza a la hora de abordar sus situaciones. Es parte del autocontrol, pero el autocontrol va más allá, pues implica meter a la gestión emocional la conciencia, la racionalidad.
- **Optimismo, esperanza y humor.** Una persona resiliente es optimista por naturaleza ya que no le da miedo la incertidumbre del futuro y tiene la esperanza de que el futuro será mejor porque tiene confianza en sí mismo.
- **Sociabilidad**. Una persona resiliente es sociable y tiene relaciones más profundas de las personas que no lo son. Cuando necesita ayuda, sabe pedirla.
- **Valores, espiritualidad y religión**. Una persona resiliente tiene unos fuertes valores sobre los que toma sus decisiones en el presente y que le guían hacia el futuro que él espera.
- **Autocuidado.** La persona resiliente se cuida, duerme bien, hace ejercicio, cuida la mente, medita, se alimenta bien. Sólo así podrá estar preparado para cualquier circustancia

El ambiente familiar y social y la depresión

Para algunas personas, una atmósfera familiar negativa, estresante o triste puede llevar a una depresión. Otras situaciones vitales de mucho estrés, como la pobreza, el no tener hogar o la violencia también pueden contribuir a que la gente se deprima. Tener que afrontar el acoso o la presión del grupo de iguales puede hacer que una persona se sienta aislada, marginada o insegura.

Situaciones como estas no han de llevar necesariamente a una depresión, pero no saberlas afrontar o afrontarlas sin ningún tipo de apoyo puede facilitar el desarrollo de una depresión.

La familia puede ser un soporte que te ayude a salir adelante. Pero también hay tipos de familia con roles negativos que más bien te hunden. No resultan tan agradables y seguro que

a nadie le da especial emoción reconocer que la suya es una de estas familias negativas. A pesar de esto, es importante conocerlas, identificarlas y, si es necesario, alejarse de ellas.

Desde fuera casi todos somos capaces de identificar una familia tóxica: hay mala comunicación, se hablan mal, no se tienen respeto, no se valoran, pueden pegarse, son demasiado exigentes con el otro, discuten todo el día, etc.

Pero cuando uno está metido en una de estas familias normaliza la mayoría de las actitudes y convive con ellas a costa del correspondiente coste emocional. Ven a su familia como normal. Las que no la ven, piensan en divorciarse, pero por amor u otros motivos que nunca entenderé aguantan y aguantan. Es el caso por ejemplo de las mujeres maltratadas, no entiendo por qué no cogen la puerta y se van, pero debe haber un componente psicológico que aún no he entendido.

Es en estas familias tóxicas donde hay un alto estrés emocional donde puede aparecer la depresión motivada por la familia.

En otros casos, la pérdida de trabajo de uno de los miembros, las dificultades económicas, las dificultades de los niños, la dificultad de quedarse embarazada, etc, son estresores de la familia. Si estos estresores no se gestionan bien por todos los miembros de la familia, puede venir la depresión.

Hay tres tipos de familias que son carne de cañón para la depresión de un niño:

1. **La familia "perfeccionista".** Este primero de los tipos de familia se caracteriza por exigir lo máximo de cada uno. No basta con ser buen estudiante o tener un buen empleo, se debe tener el mejor. Eso no sería negativo si se aceptara que el fracaso es parte de la vida. Hay una gran diferencia entre la familia perfeccionista que provoca depresión y los padres exigentes que quieren un buen futuro para sus hijos: los medios aceptados para conseguir lo que se busca. La familia perfeccionista te dirá que no importa cómo lo obtengas, siempre que llegues a la cima. Sentirás que corres en un maratón sin final, sin recompensa y sin ayuda. No esperes que te digan que lo has hecho bien porque nunca será suficiente. La depresión con esta familia se presenta cuando el exterior te demuestra que no eres perfecto y el mundo se te viene encima.
2. **La familia que descalifica.** Mientras que la familia perfeccionista te obliga a ser mejor, la familia que descalifica te sabotea. Aquí el mensaje negativo contra ti es que no eres bueno para nada. Lo común en este tipo de familia que causa depresión es la comparación donde sales perdiendo y se sientan las bases de la depresión. En todo momento se descalifican los unos a los otros y se habla de los demás como si nadie valiese nada. Los niños que conviven con este segundo de los tipos de familia crecen sintiendo que no valen nada para nadie. De adultos son personas inseguras y envidiosas. No solo creen que son incapaces de ser amados, tampoco saben amar y muy probablemente se involucren en relaciones destructivas. Los adultos que han crecido en este tipo de familia se sienten necesitados de amor pero no lo saben pedir ni dar.
3. **La familia violenta.** La violencia es un problema muy común dentro de las familias. Puede tratarse de violencia física, económica o psicológica pero el resultado es el mismo: una unión basada en el control. A simple vista puede no ser obvio, pero las familias violentas en verdad están unidas por un vínculo muy fuerte. Cuando te fijas bien, te das cuenta que no hay realmente una víctima. Todos actúan como si estuviesen en un campo de batalla. Cada uno busca defenderse y reafirmarse como

persona a través del dominio. Por eso los insultos, los gritos y hasta los golpes son comunes en el día a día. Una persona que ha vivido toda su existencia en este tipo de familia y es sacada de ese ambiente caerá en la depresión. Esto se debe a que la furia y el enojo que tiene la envenena desde dentro

Cuando hay un deprimido en casa la atmósfera familiar se deteriora y se vuelve negativa, es por esto que los cuidadores deben cuidarse, pues si no ellos también podrían entrar en depresión como le pasó a mi novia Irene.

Síntomas de la depresión

Más que solo una tristeza pasajera, la depresión no es una debilidad y uno no puede recuperarse de la noche a la mañana de manera sencilla. Es una enfermedad en la que incluso no tiene por qué aparecer la tristeza. La depresión puede requerir tratamiento a largo plazo. Pero no te desanimes. La mayoría de las personas con depresión se sienten mejor con medicamentos, con psicoterapia o con ambos

Si bien la depresión puede producirse solamente una vez en la vida; por lo general, las personas tienen varios episodios de depresión. Durante estos episodios, los síntomas se producen durante gran parte del día, casi todos los días y pueden los numeraremos a continuación. En los siguientes capítulos trataremos cada uno de los síntomas y trataré de describirlos para que las familias lo podáis entender un poco mejor.

Para diagnosticar a una persona como deprimida debe de tener varios de estos síntomas casi todos los días durante dos semanas o más.

Cambios emocionales

- Sentimientos de tristeza, los cuales pueden incluir episodios de llanto sin razón aparente. Sentimientos de vacío o desesperanza. Estado depresivo.
- Anhedonia o incapacidad de sentir placer. Pérdida del interés o del placer en las actividades cotidianas.
- Abulia. Pérdida de interés o placer por la mayoría de las actividades habituales o todas, como las relaciones sexuales, los pasatiempos o los deportes
- Frustración o sentimientos de ira, incluso por asuntos menores
- Sentimientos de desesperanza o vacío
- Estado de ánimo irritable o molesto
- Autoestima baja
- Sentimientos de falta de valoración de sí mismo o culpa
- Dificultad para pensar, concentrarse, tomar decisiones y recordar cosas
- Sensación continua de que la vida y el futuro son sombríos y desalentadores
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio
- Cambios en el comportamiento
- Angustia

Cambios en el comportamiento

- Cansancio y falta de energía, por lo que incluso las tareas pequeñas requieren un esfuerzo mayor
- Alteraciones del sueño, como insomnio o dormir demasiado
- Ansiedad, agitación o inquietud
- Cambios en el apetito: falta de apetito y pérdida de peso, o más antojos por ciertos alimentos y aumento de peso.

- Consumo de sustancias ilícitas o bebidas alcohólicas.
- Lentitud al razonar, hablar o realizar movimientos corporales.
- Quejas frecuentes de dolores de cuerpo o cabeza que no tienen explicación
- Aislamiento social.
- Bajo rendimiento laboral o escolar
- Menor atención a la higiene o al aspecto personales.
- Arrebatos de ira, comportamiento problemático o arriesgado, u otros comportamientos para llamar la atención. Irritabilidad o frustración, incluso por asuntos de poca importancia
- Autolesiones: por ejemplo, cortarse o quemarse.
- Pensamientos frecuentes o recurrentes sobre la muerte, pensamientos suicidas, intentos suicidas o suicidio
- Sentimientos de inutilidad o culpa, fijación en fracasos del pasado o autorreproches
- Dificultad para pensar, concentrarse, tomar decisiones y recordar cosas

Para muchas personas con depresión, los síntomas suelen ser lo suficientemente graves para causar problemas evidentes en las actividades cotidianas, como el trabajo, el colegio, las actividades sociales o las relaciones con otras personas. Algunas personas pueden sentirse infelices o tristes en general sin saber realmente porqué.

Tipos de depresión

Principalmente podemos distinguir diferentes los siguientes tipos de depresión:

- **Depresión mayor**: este tipo de depresión tiene un componente genético predominante y, aunque existe también un factor ambiental, tiene mucho menos peso. La depresión mayor puede presentar recurrencias y, en determinados casos, parece tener cierto carácter estacional. Suele ser una depresión profunda y grave.
- **Depresión reactiva**: en este caso normalmente se da la situación opuesta: la aportación genética existe, pero es menor, y la enfermedad suele producirse por una mala adaptación a situaciones estresantes externas que el paciente no logra afrontar de manera satisfactoria.
- **Distimia:** en este tipo de depresión el cuadro suele ser más leve que en los dos anteriores, y tiene una evolución crónica. Suele desarrollarse lentamente, pero la presencia de síntomas es constante. Parece tener relación con la personalidad y la exposición al estrés prolongado.
- **Depresión enmascarada**: en este caso el paciente no presenta los síntomas típicos de la depresión, sino que somatiza la enfermedad en alteraciones físicas (somatización) o en cambios de conducta.
- **Depresión resistente**. Es aquella que no responde a dos tratamientos farmacológicos con una dosis y tiempos adecuados.

Cambios en el estado mental de un deprimido

Ya hemos visto antes que una persona normal ve la vida con brillo, con colores, con matices y con sentimientos positivos. Sin embargo, un deprimido la ve gris, sin matices y con sentimientos negativos.

Esto hace que la forma de razonar no sea la misma que cuando estaba sano, está alterada, así como su escala de valores también se ve alterada. El deprimido ya no es la misma persona que era antes, es otra que ve el mundo de forma diferente, de forma negativa y sufre por ello.

Pero la cosa no acaba aquí, entre la depresión y los medicamentos aparece lentitud al razonar. Donde antes la persona razonaba rápido y encontraba soluciones lógicas, ahora razona lento, puede no encontrar soluciones lógicas y al tener la visión alterada, además razona mal.

Esta lentitud se puede trasladar al habla o al moverse. Cuando una persona está muy medicada se la ve fácilmente que lo está viendo cómo se mueve y por cómo habla y cómo se expresa. Es como si a la persona le faltase chispa, vidilla y se vuelve torpona.

La lentitud se puede convertir dificultad para pensar, concentrarse, tomar decisiones y recordar cosas.

A mí en concreto en una parte de la depresión era incapaz de decidir, intentaba que las decisiones se tomasen por sí solas. Respecto a la memoria he perdido casi íntegramente los dos años y medio que llevo de depresión y se me han olvidado muchas cosas del pasado. En esto también influyeron los electrosocks que me dieron, que tienen como efecto secundario la pérdida de memoria.

Como el deprimido ve las cosas de forma diferente, piensa de forma diferente, y esto tiene como consecuencia en cambios en el comportamiento según el esquema que vimos en la pirámide de la conducta.

Los seres allegados saben que el deprimido está enfermo por la conducta que tiene, sin embargo, como veremos en por qué muchos suicidios no se ven venir, lo que ocurre dentro de la mente del enfermo será un misterio para ellos.

Viendo el mundo gris, aparece un sentimiento de vacío en la vida, las cosas dejan de tener importancia, ya no existen objetivos, sólo la pesada carga de la depresión. Esto hace que aparezcan sentimientos de desesperanza y una sensación continua de que la vida y el futuro son sombríos y desalentadores.

Tanto afecta la depresión que uno deja de valorarse a sí mismo y la autoestima baja, tanto a veces que uno se siente como un despojo que no merece vivir. Y ese sentimiento de baja autoestima se mezcla con el de culpabilidad por sentirse así, como si fuera culpa suya el tener la depresión.

Este sentimiento de culpa muchas veces lo alimentan los allegados cuando intentan animar al deprimido diciéndole que haga cosas, diciéndole que tiene que apreciar lo bueno de la vida, que aprecie lo que tiene, etc. Es por esto por lo que no hay que decirle estas cosas, porque lo único que conseguiremos es aumentar su culpa. Él ya sabe qué tiene que hacer, él ya sabe que tiene cosas buenas y que la vida es buena, sin embargo es incapaz de sentirlo y cuando se lo recuerdan y le incitan a moverse, se siente aún más culpable.

En definitiva, con la depresión se dejan de valorar y sentir los aspectos buenos de la vida y se intensifican los malos, añadiéndoles a éstos los síntomas de la depresión. Eso cambia la escala de valores del deprimido, su forma de ver la vida y por tanto su forma de afrontarla.

Él no puede evitarlo, es esclavo de la depresión. Es la depresión quien altera su mente, sin embargo, el deprimido se cree la visión de la vida que le da la depresión y sufre, sufre tanto que hasta puede quitarse la vida.

¿Y qué no deben hacer con un deprimido?

1. Trivializar la situación, cuando es un problema y se necesita ayuda

Tendemos a pensar que cuando una persona es negativa o se siente triste, cambiar ese estado de ánimo es una cuestión de actitud, pero a veces no es tan fácil como eso. “Es importante que se asuma la dificultad que supone superar una depresión y que ello no es debido a la falta de voluntad del deprimido, sino a la propia depresión que, entre otras cosas, anula la voluntad de la persona” comenta el psicólogo clínico Miguel A. Rizaldos (psicólogo clínico con más de 30 años de experiencia), insistiendo en que trivializar el problema no ayudará a afrontarlo. Hay que ayudar a la persona a darse cuenta, de que igual que existen problemas físicos, que necesitan de tratamiento, ocurre igual con lo psicológico, aunque en este caso la solución no sea sólo la farmacológica.

Si siente ‘arropado’, acrecentará su malestar y solo servirá para que la persona se encierre más en sí misma y se aísle cada vez más de su entorno.

Minimiza o restar importancia a sus pensamientos, sentimientos o síntomas que padezca no hará más que hacerle sufrir.

2. Ver el problema desde nuestra perspectiva en vez de empatizar

“Introducir los pies en sus zapatos y caminar con ellos, siendo así conscientes de cuáles son sus circunstancias, puede orientarnos respecto a qué necesita”, ese es el primer cambio en la perspectiva que pone sobre la mesa Raquel García Romeral, psicóloga en Gabinete RgR. Cuando damos consejos, tendemos a ver las situaciones desde nuestra propia perspectiva, pero si queremos realmente ayudar, lo ideal es optar por la empatía, para tener más pistas sobre si esa persona necesita un hombro en el que llorar, distraerse, o solo que la escuchen en silencio. Ante la duda, siempre se lo podemos preguntar, en vez de dar las cosas por hecho.

Esto lo vimos en detalle en el apartado dos formad de ver el mundo.

El deprimido ve el mundo de una forma diferente, ya no lo ve como una persona normal, lo ve con negatividad, han cambiado sus valores, sus prioridades, ya no es la persona que era. Si intentamos racionalizar con él sólo le haremos daño y no conseguiremos nada, es mejor escuchar y tratar de entenderle empatizando con él. Asume que no entiendes la enfermedad de la depresión.

3. Caer en los “anímate” y frases vacías

Caemos en esa frase casi por defecto, como si un “anímate” pudiera arreglarlo todo, o como si esa persona no se hubiera dado cuenta de que su problema podría arreglarse de forma tan simple. La intención, claro, es buena, pero el efecto ya no tanto. “Para alguien que se encuentra encerrado en esa oscuridad interior, probablemente no sea de utilidad escuchar ese ¡anímate! o que le insinúen que está donde no debe”, insiste Raquel García Romeral. De hecho, según la experta “puede que entonces se sienta poco respetado en relación a lo que está vivenciando e incluso culpable por haberse metido allí y no poder o querer salir”. Con esta

misma idea, Miguel Rizaldos apunta a que frases del estilo “sé positivo”, “vamos, alégrate", o “sé cómo te sientes”, pueden provocar lo que no queremos: más culpa y tristeza.

Intentar animar con las típicas frases vacías. Ya sabes: ‘todo va a salir bien’, ‘nada puede ir a peor’, ‘cree en ti mismo’… Por favor, busca unas mejores.

Cuando uno está deprimido ve las cosas con una óptica estropeada por la depresión, ve todo distorsionado y no es capaz de controlar sus emociones, pues quien las gobierna es la depresión. Esas frases vacías no hacen más que hacer sentir al deprimido culpable, abatido por no poder pensar positivamente e incomprendido.

4. Imponer en vez de sugerir o proponer

Puede que en ocasiones salir de la rutina ayude a cambiar las perspectivas, la cuestión es cómo debemos sacar a esa persona de casa, si bajo un ordeno y mando, dada su poca voluntad a hacer cosas, o si quizás deberíamos cambiar de estrategia. “Se ha demostrado que cuantas más actividades agradables se realice, mejor será su estado de ánimo, pero teniendo en cuenta que la persona deprimida no está en buena disposición para llevar a cabo las mismas, conviene que nuestras peticiones o sugerencias no suenen a imposición”, aclara Rizaldos.

En este punto yo tarde más de 2 años en ser capaz de hacer actividades que me sacasen de casa, y no era porque no quería, era simplemente porque no podía. Cunado me insistían en que debía hacerlo, sólo me producía daño y sentirme incomprendido.

5. Asumir sus decisiones y responsabilidades

Cuando alguien querido nos preocupa y nos ponemos en modo “cuidador”, a veces acabamos por anular la poca voluntad que le queda, aún sin mala intención. Lo matiza un poco mejor la psicóloga del Gabinete RgR: “Como familiar o pareja, asumimos como propias las decisiones, tareas y responsabilidades que le competen a la persona que se advierte triste, y de esa manera, sin darnos cuenta, podemos ser cómplices de construir dinámicas que mantengan la situación de depresión más tiempo del necesario”. Al final, todo es cuestión de buscar equilibrios.

6. Alimentar el discurso negativo

Precisamente, en eso de buscar los equilibrios está la clave. No podemos decirle a esa persona que lo que le pasa es sólo una racha o algo trivial, pero tampoco podemos pasarnos al otro extremo, y acabar dándole más argumentos para verlo todo negro. “No es bueno alimentar sus quejas o fomentar discursos negativos”, afirma Miguel Rizaldos, que a cambio propone intentar desviar la conversación hacia otros temas, pero de forma sutil, con frases del estilo “creo que no es bueno para ti hablar de cosas que te hacen sentir mal", o "entiendo que tal y como estás veas todo tan negativo, pero creo que no es bueno que yo lo fomente, así que si te parece podemos hablar de otros cosas, por ejemplo…”.

7. Hacer reproches en vez de valorarle

La persona que está deprimida lo pasa muy mal, pero quien la acompaña no vive un camino de rosas, ni mucho menos. Es fácil caer en el reproche, pero antes de eso, respiremos, y pensemos que si de verdad queremos ayudar a esa persona a salir de esa situación, lo que necesita es sentirse valorado, no aún peor consigo mismo de lo que ya se siente. En este caso, la frase que perfila Rizaldos es bien sencilla: “Aunque no te sientas bien, creo en ti y eres genial”. Y es que, tal y como opina el experto “por mucho que pueda parecer una afirmación

forzada, es fundamental trasladarle que le valoras y es una persona importante para ti, no hay que olvidar que lo normal es que haya perdido la esperanza y confianza en sí mismo".

Culpabilizar. Es importante no hacerle sentir responsable de lo que le está pasando, nadie elige sufrir una depresión

No ser capaz de valorar o reforzar los pequeños avances que tenga durante su proceso hacia la recuperación hará su recuperación más lenta y le causará sufrimiento.

8. Intentar reemplazar al profesional

Puedes ser amigo, puedes ser madre, puedes ser pareja, pero asúmelo, no eres un psicólogo, y no deberías intentar serlo. "Si las soluciones que la persona y el entorno estén aplicando no estén resultando eficaces, en ese caso, habrá que cambiar de estrategia y para ello se puede consultar con un psicólogo especializado", recuerda García Romeral. No hay que olvidar, que todos tenemos nuestros límites, y que si está bien ayudar, ciertos problemas hay que ponerlos en manos de un verdadero profesional.

Recurrir a terapias 'rápidas, fáciles y sin garantías'. Una depresión no se pasa por la vía exprés. Siempre consulta a un especialista adecuado, puesto que será necesario hacer un proceso terapéutico para salir fortalecido y así evitar una posible recaída.

9. Pasar por alto las insinuaciones o amenazas de suicidio

Un porcentaje elevado de gente con depresión piensa en el suicidio como salida. Se ha constatado que la persona que acaba suicidándose expresa en algún momento sus intenciones, advierte Lizeretti (Profesora de Psicología Universidad Ramon Llull. Barcelona). La depresión es un problema complejo y el proceso de recuperación suele ser lento, por lo que requiere de paciencia tanto por parte de la persona afectada como de las personas de su entorno.

10. Solo hablar de temas superfluos

No me refiero a que haya que debatir sobre temas 'profundísimos', pero en vez de hablar de tonterías todo el rato para intentar distraer a esa persona, procurar que se sienta acompañada y así mostrar que estás presente.

La depresión no es una enfermedad de una persona, la padece toda la familia

La depresión no solo afecta a la persona que desarrolla la enfermedad; muchas veces, daña también a su familia. Cuando un miembro de la familia sufre depresión ésta impacta también en ellos, pues el comportamiento y la actitud del deprimido cambian, cambiando así la dinámica familiar.

Ningún hogar vive la depresión de la misma manera. Sin embargo, la gran cantidad de investigaciones que se han realizado acerca de los efectos de este trastorno del estado de ánimo hace que hoy por hoy conozcamos una serie de patrones psicológicos que, estadísticamente, son relativamente frecuentes en las familias en cuyo seno hay alguien que ha desarrollado depresión.

Dos formas de ver el mundo. El deprimido y el sano

Voy a volver sobre temas que ya he comentado antes, pero es importante que queden claros. Como hemos visto no se puede saber lo que realmente pasa por la mente de un deprimido y no se puede entender.

Sí, no se puede entender por muchas cosas:

- probablemente las causas sean multifactoriales. Ni siquiera el psiquiatra se atrevería a dar una única causa.
- No se puede entender porque pensamos que es un tema de actitud de vida, de mirar la vida con optimismo. Pensamos que si la persona es proactiva puede salir de la enfermedad, cuando no es así en la mayoría de los casos
- Pensamos que la causa es siempre un evento ocurrido que se lo ha tomado mal la persona y que solucionado el evento o aprendido a aceptarlo, la persona se curará. No, el evento puede ser un desencadenante, la gota que colma el vaso, pero no tiene por qué ser el motivo. Y una vez estás deprimido, estás enfermo y cada enfermo evoluciona de forma diferente
- Tenemos unas ópticas distintas que el deprimido de ver la vida, es más, él tiene unas ópticas distintas respecto de cuando estaba sano
- No podemos ni llegar a imaginarnos de lo que pasa en las profundidades del iceberg, de la mente del deprimido. Sólo conocemos su conducta y una pequeña parte que quiera contar y con bastante seguridad deje de contarnos cosas para no hacernos daño y para que le dejemos tranquilos
- No se entiende que es una enfermedad que puede requerir reposo absoluto, como el que te mandan después de un accidente y te has roto medio cuerpo. Yo estuve más de un mes en cama porque me lo pidió la depresión.
- Se prejuzga que la escala de valores y personalidad de la persona sigue siendo la misma, cuando ha sido totalmente modificada por la enfermedad
- Pensamos que la persona es una vaga, que no pone de su parte, y somos incapaces de aceptar que a lo mejor es que no puede. Al igual que alguien con una pierna rota no puede caminar, alguien con el cerebro enfermo tampoco puede hacer una vida normal
- Las adiciones que puedan ocurrir han podido ser causa o han podido ser efecto, si sigue con ellas es porque algo le aportan, aunque le venga mal
- Pensáis desde un punto de vista racional, mientras el deprimido tiene un punto de vista irracional condicionado por la enfermedad
- Estar todo el día viendo Netflix o estar enganchado a los videojuegos tiene su explicación en la anhedonia que él sufre y la dopamina que éstos generan. ¿Entonces son tan malos?
- Cuando está tirado en el sillón, sin hacer nada, no se entiende, no se entiende cómo no se aburre, eso se llama abulia.
- Somos poco conscientes sobre el riesgo de suicidio que hay por los anteriores motivos

Y un largo etcétera.

Con esto quiero decir, que no intentes comprender la depresión, no intentes comprender al deprimido, no vas a poder por lo contado en las dos últimas secciones, simplemente acepta que tiene una enfermedad de cabeza y sigue los consejos de tu médico para apoyarle lo mejor posible.

No intentes comprender la depresión, no intentes comprender al deprimido, no vas a poder por lo contado en las dos últimas secciones, simplemente acepta que tiene una enfermedad de cabeza y sigue los consejos de tu médico para apoyarle lo mejor posible.

Una persona sana ve la vida brillante, colorida y llena de estímulos. Cada día recibe estímulos de placer que compensan con creces los estímulos negativos que haya tenido en el día. Además, tiene vínculos familiares (padres e hijos) que le estimulan, que le dan una responsabilidad y que valora altamente. Muchas personas tienen objetivos en la vida que les llenan de energía para poder alcanzarlos.

Una persona deprimida no tiene nada de eso. Durante el día no recibe ningún estímulo positivo debido a la apatía, anhedonia, abulia y falta de metas, desapego a los seres queridos y sin embargo tiene estímulos negativos como la tristeza, la ansiedad, el estrés intrínsecos que se ven amplificados por los problemas ambientales que sufre. Su balanza de la vida es claramente negativa, por eso hay tanto suicidio.

Él ya no razona como una persona sana, razona de forma diferente, razona teniendo su juicio nublado por la depresión.

Su escala de valores se ha visto alterada, lo que importaba antes ahora no importa ahora o importa poco. Tiene pocas ganas de hacer las cosas, es más no tiene energías para hacerlas.

En mi caso, ¿cómo explicas que una persona que ha sido director general de 3 empresas no pueda salir de la cama durante más de un mes?

Lo que él necesita es que estén a su lado, que le den su espacio para recuperarse y cuando esté preparado, nunca antes, tirar algo de él. Digo que nunca antes porque hacer cosas como dar un paseo, coger un hobby, hacer ejercicio, por buenas que sean, se le pueden hacer un mundo al deprimido y pueden hacerle sentirse mal y pasarlo mal. Yo he tardado dos años y medio en empezar a estar preparado para estoç

Hay que cuidarle como a un enfermo que se ha roto una pierna o tiene un cáncer, con cariño, estando a su lado, pero nunca con reproches. A quien tiene la pierna rota o al que tiene cáncer, no le reprochamos que no salga de la cama, que no haga determinadas cosas. Eso es porque esas enfermedades las entendemos mejor, la depresión no.

La depresión genera una mayor propensión a las discusiones

La depresión produce, con frecuencia, problemas de convivencia en el ámbito familiar, dado que la persona que expresa estos síntomas se siente decaída y con poca energía, no demasiado dispuesta a involucrarse en tareas que no son consideradas imprescindibles.

Esto lleva fácilmente a la frustración por parte de los miembros de la familia, que observan en la otra persona una pasividad que no siempre son capaces de comprender, y por otro genera irritabilidad en la persona deprimida, que siente que no puede aislarse todo lo que querría. La mezcla de ambos elementos se traduce en situaciones de enfrentamiento, que a veces pasa a ser hostilidad por ambas partes.

Estas tensiones a pesar del amor que pueda existir en la pareja pueden pasar una gran factura. En mi caso rompió la relación con mi novia de 3 años que nos queríamos un montón, pero por un lado ella no podía soportar mi pasividad, calló en el síndrome del cuidador que veremos más adelante y por otro yo no tenía el espacio que necesitaba para recuperarme.

La depresión da pie a sentir culpa

La culpa es un sentimiento relativamente habitual en los miembros de la familia a los que tradicionalmente se les asigna un rol protector con respecto a la persona con depresión: específicamente los padres y madres, y los hermanos y hermanas de edad similar o superior.

Esto ocurre en menor medida en casos en los que estas personas están bien informadas acerca de las características de la depresión y saben que se trata de una psicopatología cuyas causas en la mayoría de los casos escapan al control de la familia en un principio. De todos modos, allí donde ha aparecido este sentimiento de culpa, es importante que se transforme en voluntad de ayudar colaborando en el proceso terapéutico en la medida de lo posible, en vez de llevar al auto-sabotaje y a los intentos por evitar pensar en el problema.

Depresión y economía familiar

El hecho de tener una baja laboral o despido de la persona deprimida impactará negativamente en la economía familiar. Esto a su vez estresará la pareja pues la familia se tendrá que reajustar a la nueva situación económica.

También el cuidador, dependiendo de la gravedad de la depresión, a lo mejor tendrá que rebajar su jornada o pedir tiempo para atender al deprimido.

La bajada de ingresos por una depresión en la familia supone otra fuente de estrés y conflicto dentro de la familia porque por un lado hay que adaptarse a los cambios para salir adelante y por otro hay una presión adicional para que el enfermo ser recupere lo antes posible. Esta presión hará que el cuidador le presione más de lo que debiera y el enfermo por su parte se sienta peor y se recupere peor.

Lamentablemente no se puede hacer nada ante la bajada de ingresos, sólo intentar acomodar nuestro estilo de vida a ésta y procurar no meter presión al enfermo para que se recupere antes, pues si lo hacemos tardará más en recuperarse. Es como intentar hacer andar prematuramente a alguien que se ha roto una pierna, no puede y si lo hace la lesión puede ser peor y durará más tiempo.

La depresión favorece el aislamiento

Muchas familias sienten vergüenza a causa del sufrimiento que ven en la persona con depresión, y adoptan un estilo de vida en el que se valora más la privacidad y se tiende a la reclusión, ya sea total o parcial. Por ejemplo, las familias en las que alguien sufre depresión tienen menores probabilidades de ir a eventos sociales todos juntos.

Esto, a su vez, suele dificultar la recuperación de la persona deprimida, dado que pasa a tener acceso a una cantidad de estímulos y de actividades mucho menor, y con menos capacidad de plantear situaciones novedosas con las que conectar emocionalmente.

Pero también debemos saber que en España la depresión sigue siendo un tema tabú y en muchos casos no es comprendida en nuestro entorno social.

Mi experiencia de la depresión y la familia

La depresión terminó con mi relación de pareja con Irene, no por falta de amor, sino porque ella no podía más con la enfermedad, ella desarrolló el síndrome del cuidador. Llegó hasta tal punto que ella dejó de hacer cosas que le gustaban, se enfadaba más fácilmente, dejó de quedar con amigos, y creo que tuvo un comienzo de depresión.

Ella es una mujer cuidadora, que se vuelca en los demás. Conmigo estaba siempre pendiente, ¿pero quién la cuidaba a ella? Nadie, yo no podía.

En casa la vida se hizo monótona, yo no hacía nada más que ver Netflix y estar tirado en el sillón, apenas hablaba. ¿cómo quiere alguien vivir así?

Aunque ella entendía la enfermedad, en realidad no la comprendía, teníamos dos formas distintas de ver el mundo y por más que le explicaba que no podía hacer cosas, no porque no quisiera, sino porque no podía, no me entendía aunque hacía esfuerzos por hacerlo.

Ahí comenzaron las primeras discusiones, que unido a su rechazo a que yo bebiera alcohol, fueron aumentando hasta que a ella le cambió el carácter, se volvió más irascible y discutíamos cada vez más a menudo.

Las discusiones fueron deteriorando la relación, hasta el punto de que yo quería que me dejara sólo, por eso cuando ella planteó la ruptura me pareció buena idea.

También he tenido un gran impacto en la economía. Cuando trabajaba en Evolufarma cobraba 5.000€ al mes como autónomo. Al darme de baja, esa cantidad apenas superaba los 1.000€. Pasados creo que 6 meses me quitaron la baja y empecé a cobrar el paro, nuevamente cerca de los 1.000€. Pero en 6 meses esta cifra bajó a unos 600€, hasta que 6 meses después dejé de tener ingresos laborales.

Han pasado casi 3 años desde el comienzo de la depresión y las pérdidas económicas que me ha supuesto la enfermedad son enormes. Afortunadamente tenía un buen colchón que me está permitiendo recuperarme sin pensar en tener que trabajar. Pero no quiero ni pensar el impacto que esto hubiera tenido en casi cualquier casa de España.

El síndrome del cuidador

Está claro que la depresión no se contagia tal y como lo hacen algunas enfermedades médicas, pero sí es cierto que cuando se plasma a través de acciones, puede contribuir a crear contextos que facilitan la aparición de trastornos psicológicos en quienes se exponen a ellos de manera habitual.

Así, por ejemplo, se ha visto que los hijos e hijas jóvenes de personas con depresión también tienen un mayor riesgo de desarrollarla, incluso teniendo en cuenta los factores de tipo genético

Los miembros de la familia se adaptan al estilo de vida del enfermo por depresión y olvidan su propia vida y su actividad social para apoyar al máximo a su familiar.

En estos casos, es importante pensar que en la mayoría de los casos esta situación es temporal y recordar que uno mismo también debe cuidarse.

Aunque es más fácil decirlo que hacerlo, es importante mantener aspectos del día a día para la propia salud mental. Tratar de mantener una rutina, en la medida de lo posible, puede ayudar a conservar la normalidad y la seguridad tanto a la persona enferma como al resto de la familia.

Cuando la depresión irrumpe en un domicilio, suele alimentar un distanciamiento de la pareja. Sencillamente, estar en contacto con una persona deprimida es tan difícil, que suele activar estrategias evitativas en la otra persona, que tenderá a pasar más tiempo trabajando, con los amigos (a amigas) y, en definitiva, lejos de casa.

La situación de un deprimido supone una sobrecarga emocional y física para el cuidador que se conoce con el nombre de Síndrome del Cuidador.

El Síndrome del Cuidador es un trastorno que se presenta en personas que desempeñan el rol de cuidador principal de una persona dependiente. Se caracteriza por el agotamiento físico y psíquico. La persona tiene que afrontar de repente una situación nueva para la que no está preparada y que consume todo su tiempo y energía. Se considera producido por el estrés continuado (no por una situación puntual) en una lucha diaria contra la enfermedad, y que puede agotar las reservas físicas y mentales del cuidador.

¿Cuál es el perfil de la persona que tiene el síndrome de cuidador?

Mujer de edad media que:

- familiar directo del afectado (pareja, madre, padre, hijo, hija…),
- muy voluntariosa,
- trata de compaginar el cuidado de su familiar con sus responsabilidades ordinarias,
- cree que ésta será una situación llevadera y que no se prolongará demasiado tiempo y
- espera ser ayuda por su entorno más cercano.

¿Qué ocurre con el cuidador de un deprimido?

Conforme el tiempo va pasando el cuidador poco a poco:

- va asumiendo una gran carga física y psíquica,
- se responsabiliza por completo de la vida del afectado (medicación, visitas médicas, cuidados, higiene, alimentación, etc.),
- va perdiendo paulatinamente su independencia ya que el enfermo cada vez le absorbe más
- se desatiende a sí mismo: no toma el tiempo libre necesario para su ocio, abandona sus aficiones, no sale con sus amistades, etc. y acaba paralizando, durante largos años, su proyecto vital.

Y es que “el tiempo no lo cura todo”… Conforme pasa el tiempo, la calidad d vida del afectado va mejorando considerablemente, mientras que la del cuidador va decayendo.

Principales síntomas del síndrome del cuidador

Los principales síntomas de alarma que nos deben hacer sospechar la existencia del Síndrome del Cuidador son:

- Agotamiento físico y mental
- Labilidad emocional: cambios de humor repentinos
- Depresión y Ansiedad
- Conductas de consumo abusivas: tabaco, alcohol
- Trastorno del sueño
- Alteraciones del apetito y del peso
- Aislamiento social
- Dificultades cognitivas: problemas de memoria, atención
- Problemas laborales

Y aparecen una serie de sentimientos en conflicto:

- Queremos cuidar y cuidar bien, pero a veces sentimos que la situación escapa a nuestro control
- Nos sentimos mal por no haber reaccionado como “tocaba”
- Sentimos que no estamos a la “altura” de las circunstancias

- Nos sentimos culpables por disfrutar de las cosas, por dedicarnos tiempo o cuidados a nosotros mismos o incluso por pedirlo.

Consejos generales para no caer en el síndrome del cuidador

- Primera y más importante: aceptar que existe un problema
- No ser el único cuidador, involucre a otros.
- Comenta la evolución del paciente con sus familiares u otros cuidadores. comunica al resto de la familia tus sentimientos y tus temores para hacerles partícipes del problema, y evitar sentirse culpable cuando te dediques tiempo a tí mismo
- Hábitos de vida saludable: alimentación equilibrada, deporte, evitar consumos excesivos (tabaco, etc.)
- Momentos de respiro: tiempo libre, ocio, cuidado de uno mismo. procurar tener un tipo reservado para hacer cosas propias y que le plazcan.
- Mantener aficiones previas
- Evitar aislamiento social: sal de casa y ponte en contacto con amigos.
- Intentar facilitar la autonomía del familiar al máximo. dejar que haga lo que puede hacer, aunque tarde más tiempo. si no, estaremos favoreciendo su dependencia y aumentando nuestras labores.
- Favorecer la adaptación del entorno, procurando que este sea estable y seguro. nos ayudará a evitar accidentes innecesarios.
- Evitar el estrés en la medida de lo posible, planificando de antemano las situaciones conflictivas
- Una actitud positiva juega en nuestro favor; es fundamental mantenerla en lo posible.
- Información y formación: el familiar enfermo no hace las cosas “para fastidiar”, sino que es el daño cerebral es el que genera conductas nuevas y difíciles de entender en ocasiones.
- Los sentimientos negativos que aparecen en algunos momentos son humanos. lo importante es saber reconocerlos, no tener miedo e intentar superarlos, o, al menos, equilibrarlos
- Profesionales sanitarios: no dude en ponerse en contacto con ellos para ayudarle con todos esos sentimientos negativos

¿Cómo se vive el daño que te hacen los demás?

Cuando estás deprimido y lo compartes con la gente todo el mundo trata de animarte, trata de sacar el lado positivo de las cosas, te aconsejas que hagas actividades como de porte, que dediques tu tiempo a un hobby, etc.

Es decir que intentan ayudarte mostrándote el lado positivo de las cosas o intentan que te muevas para hacer algo. Pero no entienden la enfermedad, la persona deprimida ya no es capaz de ver el lado positivo a las cosas ni aunque lo intente, y en muchas ocasiones, es incapaz de hacer casi cualquier actividad.

Donde alguien ve una flor preciosa que brilla bajo el sol, con su color, con su olor y su esplendor, el deprimido casi ni ve la flor, simplemente ve que hay algo gris que no le causa absolutamente ningún sentimiento positivo.

El deprimido no puede tener sentimientos positivos hacia las cosas, lo ve todo negro. Ya no puede disfrutar de las cosas y la vida para él es un pozo negro y vacío, lleno de sufrimiento.

El que te intenten ayudar haciéndote que veas las cosas positivas o que hagas determinadas actividades, en vez de ayudar empeoran las cosas y es contraproducente. Es como si a alguien que se ha roto la pierna le obligas a caminar o incluso a correr, no sanará antes, sino sanará después. En el caso de la depresión el cerebro se ha roto, se ha descompensado y necesita calma y tranquilidad para estabilizarse al igual que la necesita el que se ha roto una pierna.

Pero como las personas en general no entienden la enfermedad intentan forzar al enfermo a moverse, a ver las cosas de una forma que no ve. Y eso no sólo no funciona, sino que como al que se ha roto la pierna y le hacemos caminar, hacemos que empeore. No sólo porque no le damos tiempo al cerebro su merecido descanso para sanar, sino que los allegados introducen un sentimiento negativo adicional a los que el deprimido siente, y es la culpa.

Sí, el deprimido sabe que tiene que ver la vida bonita, que tiene que ver la flor, sus colores, su brillo y su olor. Pero no puede verlo así. Al decirle que lo haga lo único que hacemos es recordarle que está trastornado, que no ve las cosas bien, y él se siente culpable.

Cuando le obligamos a moverse, le hacemos que desgaste energías que no tiene, energías que necesita para su sanación. Le obligamos a hacer algo que no quiere hacer, y todos sabemos cómo nos sentimos cuando esto pasa. A esto hay que añadirle de nuevo la culpa y la frustración, ¿a caso al deprimido no le gustaría hacer cosas?. Por supuesto que sí, pero no las puede hacer, no porque no quiera, sino porque está enfermo, tiene el cerebro estropeado.

Referencias sobre la depresión

- https://psicoarganzuela.es/depresion-y-bajo-estado-de-animo/
- https://www.veritasint.com/blog/es/la-depresion-es-hereditaria/
- https://es.wikipedia.org/wiki/Depresi%C3%B3n
- https://www.magdalenasalamanca.com/como-entender-la-depresion/?gclid=CjwKCAjw3qGYBhBSEiwAcnTRLobSpGFrlRPVfr026EekoYnDhtAASEAtrF78MJHvvJgJII23KmNMYhoCiNAQAvD_BwE
- https://www.rtve.es/noticias/20211215/datos-salud-mental-espana/2238590.shtml
- https://kidshealth.org/es/teens/why-depressed.html
- https://kidshealth.org/MainLine/es/teens/why-depressed.html
- https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-ansiedad-depresion-evidencias-geneticas-13059415
- https://www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-hereditaria-depresion-20170227073736.html
- https://www.veritasint.com/blog/es/la-depresion-es-hereditaria/
- *http://bioinformatica.uab.cat/base/documents/genetica_gen201516/portfolio/Gen%C3%A9tica%20de%20la%20depresi%C3%B3n2016_6_20P8_43_9.pdf
- http://bioinformatica.uab.cat/base/documents/genetica_gen201516/portfolio/Gen%C3%A9tica%20de%20la%20depresi%C3%B3n2016_6_20P8_43_9.pdf
- https://mejorconsalud.as.com/equilibrar-la-quimica-cerebral/
- https://www.fairview.org/patient-education/84258
- https://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/Ret50_4.pdf
- https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2006/un062h.pdf
- https://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/Ret50_4.pdf

- https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/depression/in-depth/antidepressants/art-20046273
- https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/126778/TFG_SanchezGuerreroY_Relacionentreestres.pdf?sequence=1#:~:text=La%20literatura%20cient%C3%ADfica%20ofrece%20evidencia,considerarse%20una%20fuente%20de%20estr%C3%A9s.
- http://www.rethinkdepression.es/depresion-e-insomio/
- https://www.healthline.com/health/es/depresion-y-sueno#cambios-en-el-estilo-de-vida
- https://invanep.com/blog_invanep/sueno-y-depresion
- https://www.iis.es/alteraciones-del-sueno-en-la-depresion/
- https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/depression/in-depth/depression-and-exercise/art-20046495
- https://www.muyinteresante.es/salud/articulo/el-ejercicio-fisico-combate-la-depresion-751484040814
- https://www.elpradopsicologos.es/blog/prevenir-combatir-depresion-alimentacion/
- https://www.eldiario.es/consumoclaro/cuidarse/hay-relacion-mala-alimentacion-depresion_1_8587007.html
- https://www.abc.es/familia/vida-sana/abci-depresion-y-alimentacion-relacion-existe-entre-ambos-201904270222_noticia.html
- https://theconversation.com/lo-que-debemos-comer-y-lo-que-no-para-prevenir-la-depresion-175092
  https://www.20minutos.es/salud/nutricion/como-influye-comida-depresion-estado-animo-5001119/
- https://www.bbc.com/mundo/noticias/2011/11/111118_trastorno_afectivo_invierno_men
- http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582010000200010
- https://kidshealth.org/es/teens/why-depressed.html
- https://lamenteesmaravillosa.com/tipos-familia-provocan-depresion/
- https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/depression/symptoms-causes/syc-20356007
- https://www.redalyc.org/journal/2738/273851831016/html/
- https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/teen-depression/symptoms-causes/syc-20350985
- https://www.veritasint.com/blog/es/la-depresion-es-hereditaria/
- https://smoda.elpais.com/belleza/8-cosas-que-no-debes-hacer-cuando-alguien-esta-deprimido/
- https://www.lavanguardia.com/vivo/20181005/452143734570/dia-europeo-depresion-que-no-hacer.html
- http://www.rethinkdepression.es/como-la-depresion-impacta-en-la-vida-familiar/
- https://psicologiaymente.com/clinica/como-afecta-depresion-contexto-familiar
- https://neurorhb.com/blog-dano-cerebral/sindrome-del-cuidador-como-cuidar-al-que-cuida/
-

El Sucidio

El suicidio es el acto de quitarse deliberadamente la propia vida. El comportamiento suicida es cualquier acción que pudiera llevar a una persona a morir, como tomar una sobredosis de medicamentos, cortarse las venas, ahorcarse o estrellar un automóvil a propósito.

En España el suicidio no es un delito, pero sí se castiga su facilitación o instigación por parte de terceros. El artículo 143 del Código Penal español reza que «el que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años»

Es erróneo determinar que la mayoría de las personas que se suicidan quiere morir. La mayor parte de las personas con conductas suicidas lo que desean es liberarse definitivamente de su situación de crisis, hablan de la desesperación asociada a ese momento vital de crisis. Lo que no quieren es vivir de la manera en que lo están haciendo; si la situación de vida cambia, probablemente su deseo de muerte también lo haga.

En mi caso yo he querido siempre vivir, pero lo que durante un año me ha pasado era que el sufrimiento era tal, que la vida no tenía sentido. Afortunadamente he ido encontrando mis anclajes a la vida tanto racionales como motivacionales. Ya se verá que pasará.

Se estima que el 80% de las personas que han consumado el suicidio hicieron alguna advertencia previa. Estas advertencias deben entenderse como peticiones de ayuda y se recomienda explorar, preguntar e indagar sobre el significado de esas expresiones.

A mí me ha sorprendido que este dato fuera tan alto, pero si lo llevo a mi caso personal, mis allegados se preocuparon, pero no hicieron nada cuando les comuniqué que pensaba suicidarme.

https://www.diariosur.es/sociedad/salud/suicidio-primera-causa-20210910172712-nt.html?ref=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F

La Asociación Española para la Prevención del Suicidio dice que el 90% de las personas que intentan suicidarse presentan algún tipo de trastorno psiquiátrico, como depresión o trastorno bipolar

https://elpais.com/opinion/2022-01-26/el-suicidio-entre-los-jovenes.html#:~:text=Seg%C3%BAn%20un%20estudio%20patrocinado%20por,de%20nuevo%20a%20un%20incremento

El suicido en España

El suicidio es en España la primera causa de muerte no natural, por encima de las muertes en accidente de tráfico.

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2019 se suicidaron en España 3.671 personas -2.771 hombres y 900 mujeres-, «siendo el suicidio ya la primera causa de muerte no natural en España, cifra que se ha disparado sobremanera durante la pandemia de la Covid-19, una tendencia especialmente alarmante entre los jóvenes de 15 a 29 años con un aumento del 250% de los intentos de suicidio.

En nuestro país se produce una media de 10 suicidios diarios; uno cada dos horas y media. El Observatorio del Suicidio en España apunta que las muertes por suicidio triplican ya las de los accidentes de tráfico, multiplican por 13 los homicidios y por 67 la violencia de género."*

En 2021 se produjeron 921 siniestros mortales en las carreteras españolas en los que fallecieron 1.004 personas y otras 3.728 resultaron heridas graves. Es decir, que las muertes por suicidio suponen 3,6 veces las muertes por accidente de tráfico.

El suicidio es la primera causa no natural de muerte, siendo 3,6 veces mayor que los accidentes de tráfico

Tampoco registran en nuestro país, las estadísticas las tentativas autolíticas, pero se estima que existe una razón de 1 a 20. Es decir, que hay 20 tentativas por cada suicidio consumado. Es decir que en España cada año se intentan suicidar unas 73.000 personas, que me parece una cifra escalofriante.

Entre el 15 y el 30% de personas que realizan un intento de suicidio lo repiten al cabo de un año y hasta el 2% de ellos realizarán un suicidio consumado en los siguientes 5 años tras la tentativa.

Según un estudio patrocinado por el Consejo General de Psicología de España, el 15,5% de la población española dice haber tenido ideas suicidas, pero ese porcentaje se eleva hasta un 25,7% entre los jóvenes de 18 a 25 años. Por debajo de esa edad, los datos también son preocupantes y apuntan de nuevo a un incremento

Las muertes por suicidio en España siguen siendo un tabú directamente relacionado con la salud mental y pocas veces ocupan un lugar relevante en debates, tertulias y en los propios medios de comunicación, donde en muchas ocasiones se opta por silenciarlo para no generar el denominado "efecto llamada. Pero como veremos luego, ese efecto es un mito.

De acuerdo con el Congreso Nacional de Psiquiatría celebrado en Bilbao en septiembre de 2012, los problemas económicos son la primera causa de suicidio, con el 32%, seguidos del desamor y los problemas de pareja (25,8%), los problemas psiquiátricos (19,1%) y los conflictos familiares (11,2%).

El número de suicidios en 2020 en España creció en 270 personas, hasta los 3.941 suicidios, así pues en España se suicidan de media 11 personas cada día.

Esta cifra supone que la tasa de suicidios en España es de 8,3 por cada 100.000 habitantes, menor que la media de suicidios a nivel mundial, que es de 9,28 por cada 100.000 habitantes.

De los 3.941 suicidios que se produjeron en 2020, 2.930 fueron suicidios de hombres y 1.011 de mujeres. Así pues, se suicidan 12,6 hombres de cada 100.000 y 4,2 mujeres de cada 100.000 La diferencia entre la tasa de suicidios masculina y la femenina es bastante grande, lo que es habitual en la mayor parte de países

Esto supone que el pasado año se suicidaron una media de 11 personas al día, es decir, una cada dos horas y cuarto.

Con estas cifras y una tasa de suicidio de 7,7 por cada 100.000 habitantes, se enmarca el suicidio como la principal causa de muerte no natural en España, con el triple de muertes que los accidentes de tráfico,13,6 veces más que los homicidios y 85 veces más que la violencia de género.

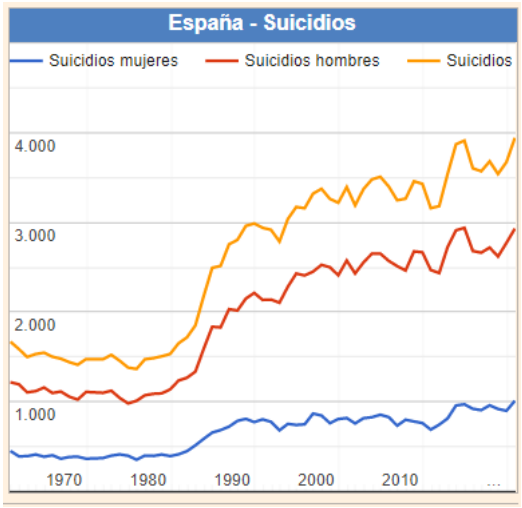
Eso sin tener en cuenta los intentos de suicidio y los pensamientos suicidas. Un 15,5 % de los españoles admite haber presentado alguna ideación suicida en el último año, según desvela el IV Estudio de Salud y Estilo de Vida.

A nivel mundial, las cifras son, si cabe, todavía más alarmantes. Una de cada 100 muertes se debe al suicidio, según datos de la OMS. Esto se traduce en un total de un millón de muertes por suicidio, una cada 40 segundos a nivel mundial.

Las principales causas de muerte no natural en España son:

Principales causas de muerte no naturales

En el siguiente gráfico podemos ver que el número de suicidios va cada año en aumento arrojando una tendencia y unas cifras alarmantes.



Evolución de la tasa de suicidios con los años

En el siguiente link hay una tabla que recoge las muertes por suicidio año a año desde 1960

https://datosmacro.expansion.com/demografia/mortalidad/causas-muerte/suicidio/espana#:~:text=Esta%20cifra%20supone%20que%20la,hombres%20y%201.011%20de%20mujeres.

Ahí podemos ver que en 2020 hubo 3.941 suicidios, mientras en 1960 hubo 1.670, que supone una diferencia 2.271 que supone un aumento del 135%.

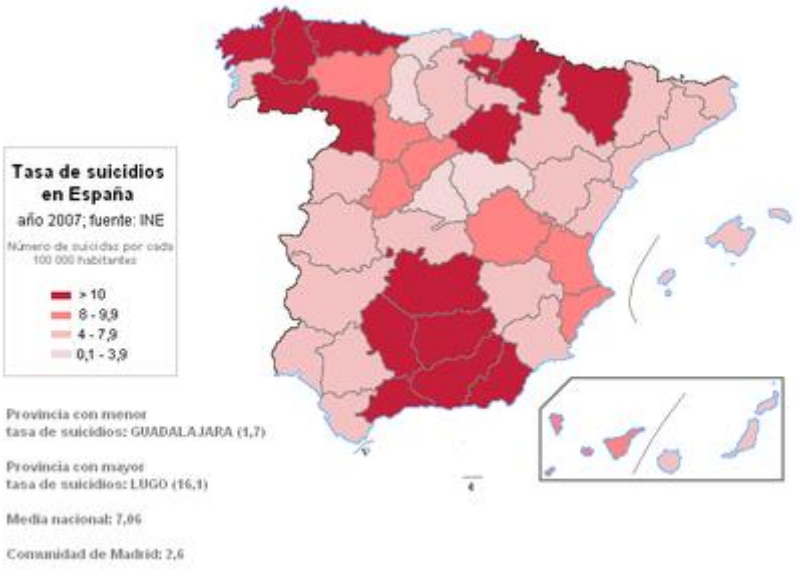
He tratado de buscar por qué con los años aumentan la tasa de suicidios, pero no he sido capaz de encontrarlo.

En España según el INE en 1960 había 30.582.936 habitantes y ahora 47.432.805, esto supone un aumento de población del 56%. Esto supone que **la tasa de suicidios a crecido 2,6 veces más que el aumento de población**. Es decir, que el aumento de población no justifica ni por asomo el aumento de suicidios.

¿Entonces por qué aumentan año a año el número de suicidios?. Mi opinión, no formada, es que ahora la gente sufre más que antes. Nuestras vidas son más complejas, tenemos más problemas, nos han vendido un estilo de vida que pocos pueden alcanzar y no nos hacen felices, nos hipotecamos hasta las cejas, etc.

Es decir que, con el paso de los años, todas las comodidades que la tecnología aporta, tener una casa en propiedad, todo a lo que podemos acceder; no nos han simplificado la vida, sino que nos la han hecho más compleja.

Por comunidad autónoma también hay discrepancias, que no voy a analizar para no extender el texto.



Suicidios por comunidad autónoma

Para Daniel Jesús López Vega, psicólogo coordinador de la Asociación de Profesionales en Prevención y Postvención del Suicidio Papageno (papageno.es) "Cada área se caracteriza por cosas diferentes, pero probablemente compartan problemas como crisis económica, despoblación, desempleo y falta de oportunidades para los jóvenes. Esto junto al problema de la soledad no elegida de las personas de edad más avanzada y la dificultad de acceder a servicios sanitarios y, en especial, de salud mental.

Por edades podemos ver en la siguiente tabla los números de suicidios:

Años	De 1 a 9	De 10 a 19	De 20 a 29	De 30 a 39	De 40 a 49	De 50 a 59	De 60 a 69	De 70 a 79	De 80 a 89	De 90 y más
2019	0	75	241	413	731	761	524	468	362	96
2018	0	77	198	396	708	758	512	403	403	84
2017	0	63	223	452	711	783	481	449	439	78
2016	0	70	189	456	704	700	533	448	374	95
2015	0	66	238	427	742	704	479	453	416	77
2014	0	69	260	504	843	751	524	461	421	77
2013	0	66	244	518	791	774	527	501	394	55
2012	0	57	253	548	704	626	423	482	386	60
2011	0	47	199	496	643	552	392	462	339	50
2010	0	31	211	500	655	546	420	416	323	56
2009	0	55	323	519	660	518	462	507	339	46
2008	0	45	339	563	640	550	451	486	335	48
2007	0	43	300	538	592	460	409	490	386	45
2006	0	55	324	558	555	448	409	502	345	50
2005	0	72	370	576	540	449	425	560	341	65
2004	0	66	431	563	587	468	433	555	345	59
2003	0	66	402	621	520	486	433	540	355	55
2002	0	74	416	546	484	479	459	538	320	55
2001	0	60	406	550	460	385	456	510	317	45
2000	0	98	456	502	471	421	501	558	338	48

Evolución de suicidios por edades y años

.

Impasividad de los Gobiernos ante el Suicidio

Es decir que nuestro Gobierno, sea del color que sea, se gasta millonadas de euros en campañas de tráfico para prevenir accidente, pero no se gasta ni un euro en campañas antisuicidio cuando son 3,6 veces mayor que los accidentes de tráfico. ¿Estamos tontos?

Lamentablemente sí, pero eso es una respuesta demasiado fácil. Lo que ocurre con el suicidio es que los políticos y el sistema nacional de salud, no saben cómo gestionarlo. Los psicólogos y los psiquiatras del SNS están saturados, así que mucha gente no llega a ellos. Los que llegan pueden no contar sus ideas suicidas y los que lo cuentan no se reportan, pues si finalmente el psiquiatra lo reporta y luego el paciente se suicida ¿qué responsabilidad tiene el médico?

Nos preocupamos por el cáncer, por los infartos, por el tabaco, pero no hablamos de la pandemia que es el suicidicio. No sé cómo lo harán en otros países, pero probablemente igual de mal que en España.

Joder, si la DGT nos da la murga por la velocidad, el alcohol, el cinturón, la velocidad, etc y los medios de comunicación nos cuentan los problemas de cáncer, de infartos, embolias, si todo esto es mucho inferior a los suicidios ¿no deberíamos replantearnos las cosas y poner el debate del suicidio encima de la mesa?.

Un alcohólico puede recurrir a alcohólicos anónimos, ¿un potencial suicida no debería de poder recurrir a “suicidas anónimos”?.

El suicidio y adolescentes

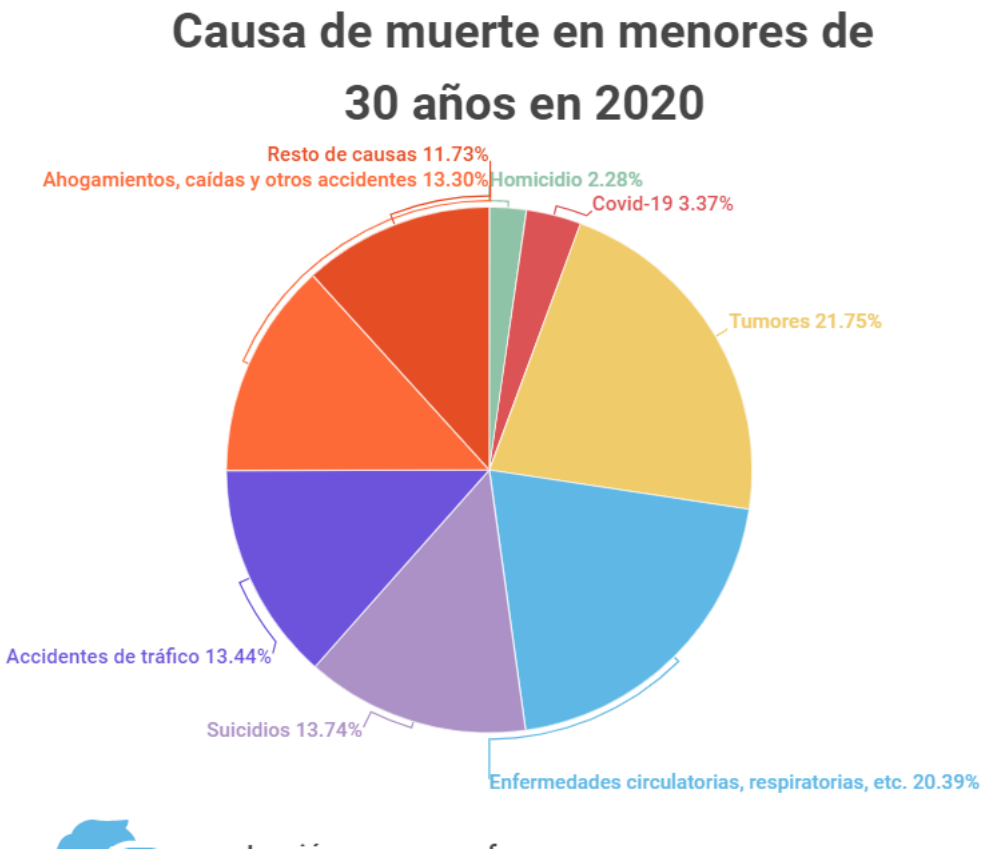
Con la pandemia del COVID tanto las depresiones como los intentos de suicidios han aumentado exponencialmente en adolescentes.

Según el artículo del País, en España desde 2006 los intentos de suicidio se han triplicado especialmente en niñas por sobredosis de medicamentos. El problema del suicidio de jóvenes es un problema que preocupa a la comunidad médica y empiezan a haber ensayos clínicos para reducirlos como el “Proyecto Survive”.

En este último año, especialmente por la pandemia de la covid-19, la salud mental de niños y adolescentes se ha visto dañada. Save the Children ha alertado de que la pandemia ha triplicado el número de trastornos mentales y de conducta entre los menores. Estos trastornos están especialmente relacionados con las tentativas de suicidio, ya que se han visto directamente incrementados: los intentos suicidas han crecido un 250%, según el Colegio Oficial de la Psicología de Madrid.

En la adolescencia es donde más evidente se ve este impacto, ya que entre menores de 30 años es la principal causa de muerte externa y la tercera después de los tumores y las enfermedades respiratorias, circulatorias o digestivas. Por poner un ejemplo claro, en 2020, hubo 77 muertes por covid-19 y cuatro veces más de suicidios, 314. Es decir que las muertes por suicidio en 2020 fueron 4 veces mayores que las muertes por COVID19, ¿a qué nadie te lo había dicho? ¿no te parece alarmante?

En el siguiente gráfico veremos la causa de muerte de adolescentes durante 2020:



En adolescentes, el suicidio es la segunda causa de muerte infantil por motivos externos, solo precedida por los accidentes de tráfico.

Según Save the Children, las situaciones que llevan a los niños y niñas al suicidio son conflictos familiares graves y separaciones, problemas de acoso por parte de iguales, humillaciones y malos tratos, soledad, desengaños amorosos, la muerte de familiares, fracaso escolar y la presión para evitar ese fracaso, y la discriminación por orientación sexual. De hecho, según este estudio los menores víctimas de acoso escolar tienen 2,55 veces más riesgo de suicidio.

A la hora de trazar un perfil, Save de Children ha apuntado a que las niñas están más afectadas por pensamientos e intenciones suicida", pero son los niños "quienes terminan por cometer en mayor proporción este acto".

A veces es el primer signo de alarma de una depresión grave. De hecho, muchas tentativas no tenían diagnóstico previo y, algo inquietante, un porcentaje importante de casos que llegan a urgencias se pierden en el circuito asistencial; según Fernando González Serrano (Jefe del Servicio de niños y adolescentes de la Red de Salud Mental de Bizkaia y del Centro de Uribe), casi la mitad de esas familias no acuden después al especialista cuando es obligado, ya que es fácil que se produzca un segundo intento durante los 10 días posteriores a una tentativa.

En cuanto a la prevención, González Serrano reconoce que los únicos indicadores disponibles son las tentativas anteriores y una ideación suicida. Por ello, enfatiza la necesidad de concienciar a las familias, debemos tomarlo en serio: "Si se habla de esto, hay que darle la importancia que tiene, que es mucha, no es una tontería. Y una tentativa es un acto muy grave".

Algunas personas piensan que cuando los adolescentes hablan de suicidarse, solo quieren llamar la atención. Un error. Es una señal de que es necesario tomárselo en serio, advierten los expertos. «No hay que minimizar el sufrimiento de los adolescentes. Una situación que para un adulto no tiene importancia, para ellos es motivo de un gran sufrimiento.

Padres, si vuestro hijo habla de la posibilidad del suicidio tomároslo en serio. Y si lo ha intentado acudir al médico para hacer seguimiento, pues probablemente lo vuelva a intentar

Los 10 mitos del suicidio

A continuación, veremos los 10 mitos sobre el suicidio que todos tenemos y que debemos dejar de creer.

Mito 1: Le gente que habla de suicidarse no se suicida

Realidad: De cada 10 personas que se suicidan 8 hablan de sus intenciones. Los intentos de amenaza de suicidio deben tomarse enserio. Uno de los principales problemas es que pensamos que se trata de una llamada de atención, cuando lo correcto es hablar de llamada de auxilio o petición de ayuda.

Mito 2: El suicidio ocurre sin previo aviso

Realidad: Los estudios sobre suicidios revelan que las personas han avisado dejando indicios de sus intenciones.

Mito 3: Una persona que se intenta suicidar lo intentará en el futuro hasta que lo consiga

Realidad: Muchas personas que desean matarse a sí mismos, después del frustrado intento desean vivir. Afortunadamente los deseos de autodestrucción están limitados a un periodo de tiempo.

Mito 4: Todos los suicidas son enfermos mentales y el suicidio es un acto de personas psicóticas

Realidad: Aunque las personas con enfermedades mentales se suicidan con mayor frecuencia, muchas no están afectadas por el comportamiento suicida y no todas las personas que se quitan la vida tienen un trastorno mental. Lo que indica el comportamiento suicida es un gran sufrimiento, pero no necesariamente una enfermedad mental.

Mito 5: Hablar sobre el suicidio puede incitar a cometerlo

Realidad: Está demostrado que hablar del suicidio de manera responsable reduce el riesgo de realizarlo ya que preguntar a una persona sobre la presencia de pensamientos suicidas permite aliviar la tensión que supone su malestar y le hace ver que nos importa. Puede darle tiempo para reflexionar y sentir que existen otras opciones.

Mito 6: Quien lo dice no lo hace y quien lo hace no lo dice

Realidad: La gran mayoría de los suicidios vienen precedidos por señales de alerta, a las que, en muchas ocasiones, o no se les presta la debida atención o se banalizan. Toda amenaza o ideación debe considerarse de riesgo Otro de los mitos más arraigados en el imaginario colectivo es el de que “quien lo dice no lo hace” y “quien lo hace no lo dice”. Según la OMS, alguien que habla sobre cometer un suicidio puede estar buscando apoyo o ayuda y que un porcentaje significativo de estas personas contemplan esta conducta como única opción. Respecto a la segunda afirmación, la Organización Mundial de la Salud apunta que “la mayoría de los suicidios han sido precedidos por señales de advertencia, ya sean verbales o conductuales. Por supuesto, algunos suicidios ocurren sin previo aviso. Pero es importante comprender cuáles son las señales de advertencia y estar atento a ellas.

Mito 7: Sólo la gente mayor y las personas con problemas graves se suicidan, por lo tanto en la infancia y adolescencia las personas no se suicidan

Realidad: A las personas adultas nos cuesta afrontar que el suicidio es una causa de muerte en edades tempranas de la vida. Una cuarta parte de las muertes por suicidio se producen en adolescentes y menores de 25 años.

Mito 8: El suicidio no se puede prevenir

Realidad: El suicidio sí se puede prevenir, igual que los accidentes de tráfico, la violencia de género o los homicidios. Pero para ello hacen falta políticas públicas y planes de prevención que lamentablemente no tenemos en este país.

Mito 9: Quien se quiere suicidar, no lo intenta, lo hace

Realidad: Nadie desea realmente su propia muerte, por lo que existe una ambivalencia hacia la vida que, sabiendo abordarla, puede atraer hacia ella aun a los casos más decididos

Mito 10: El suicida es un cobarde (o un valiente)

Realidad: El suicidio no tiene nada que ver con la cobardía o la valentía, sino con el sufrimiento y la desesperanza. Más que juzgar estas conductas hay que ayudar a prevenirlas

Causas del suicidio

El suicidio es multicausal. Muchos problemas pequeños pueden llevar al suicidio, además, lo que para unos es algo nimio, para otros puede ser algo catastrófico.

El suicidio no tiene por qué ser exclusivo de personas con una enfermedad de salud mental, personas sanas ante circunstancias que no pueden gestionar se suicidan. Sí es verdad que las personas enfermas de salud mental tienen una mayor probabilidad de suicidarse que las personas sanas.

El suicidio puede ser el resultado de un acto impulsivo repentino o de una planificación muy cuidadosa. En ambos casos, casi siempre existen signos directos o indirectos, verbales o no verbales, pistas o advertencias de riesgo suicida.

La principal causa es sencilla y es que el sufrimiento que padece esa persona es tan grande que no puede con su vida. Levantarse cada día le supone una pesada carga donde se tirará todo el día sufriendo y con gran probabilidad sin sentir ningún sentimiento positivo, como veremos en la balanza de la vida. La depresión por tanto también es la principal causa, pues con ella se sufre mucho.

El suicidio y los comportamientos suicidas generalmente ocurren en personas con uno o más de los siguientes factores:

- Trastorno bipolar
- Trastorno límite de la personalidad
- Depresión
- Consumo de drogas o alcohol
- Trastorno de estrés postraumático (TEPT)
- Esquizofrenia
- Historial de abuso sexual, físico y emocional
- Cuestiones de vida estresantes, como problemas serios a nivel financiero o en las relaciones interpersonales

De acuerdo con el Congreso Nacional de Psiquiatría celebrado en Bilbao en septiembre de 2012, las causas del sucicio son:

- 32%, los problemas económicos son la primera causa de suicidio
- 25,8% el desamor y los problemas de pareja
- 19,1% los problemas psiquiátricos
- 11,2% los conflictos familiares

Las personas que intentan suicidarse con frecuencia están tratando de alejarse de una situación de la vida que parece imposible de manejar. Muchos de los que cometen intento de suicidio están buscando alivio a:

- Sentirse avergonzados, culpables o una carga para los demás
- Sentirse como víctimas
- Sentimientos de rechazo, pérdida o soledad
- Los comportamientos suicidas pueden ocurrir por una situación o hecho que la persona ve como agobiante, tales como:
- El envejecimiento (los adultos mayores tienen la tasa más alta de suicidio)
- La muerte de un ser querido
- El consumo de drogas o alcohol

- Un trauma emocional
- Enfermedades físicas graves o dolor
- El desempleo o los problemas financieros

Mientras que los hombres son más propensos que las mujeres a morir por suicidio, las mujeres son dos veces más propensas a intentar suicidarse.

La mayoría de los intentos de suicidio no terminan en muerte. Muchos de estos intentos se llevan a cabo en una forma en la que el rescate sea posible. Estos intentos a menudo representan una llamada de auxilio.

Algunas personas intentan suicidarse de una manera que sea menos probable de ser fatal, como envenenamiento o sobredosis. Los hombres tienen mayor probabilidad de escoger métodos violentos, como dispararse. Como resultado de esto, los intentos de suicidio en los hombres tienen mayor probabilidad de terminar en muerte.

Los parientes de personas que intentan o cometen suicidio a menudo se culpan o se enojan mucho. Pueden ver el intento de suicidio como egoísta. Sin embargo, las personas que intentan cometer suicidio con frecuencia creen erróneamente que les están haciendo un favor a sus amigos y parientes al irse de este mundo.

La balanza de la vida

Hemos visto lo que los expertos dicen que son las causas, pero realmente no están yendo al centro del asunto. La principal causa de suicidio, en mi opinión, es que la persona no puede más con su vida, no puede con su sufrimiento, no puede con su tristeza, simplemente necesita que el suplicio termine.

Pero esto a muchos aún les haría tirar del carro, porque ven cosas positivas en su vida. ¿Pero qué ocurre cuando las cosas positivas dejas de verlas, dejas de sentirlas, dejas de valorarlas?. Entonces la balanza de la vida se inclina hacia el lado negativo, y la vida deja de cobrar sentido alguno.

Si tratásemos de racionalizar el suicidio, cometerlo sería como poner en una balanza en un lado las cosas buenas que tenemos y en el otro las cosas malas. Si la balance se inclina demasiado hacia el lado malo, entonces la “opción lógica” es suicidarse, pues tanto sufrimiento no es compensado por nada o casi nada positivo.

En el lado positivo de la balanza podríamos poner la familia, los hijos, los amigos, el trabajo, la situación económica, la vida. Pero, ¿qué le ocurre a un deprimido?, que no valora ninguna de estas cosas, ya no le reportan ningún placer, ya no tienen el significado que tenían antes para él. Por más que se lo intentemos hacer ver, él no lo siente, no es capaz, pues sus sentimientos y su visión de la vida están nublados por la enfermedad.

En el deprimido en la parte negativa tiene tristeza, sufrimiento, no siente placer (anhedonia), no tiene voluntad (abulia), tiene pensamientos negativos, etc. En definitiva, sufre mucho.

Es decir que para un deprimido la balanza de la vida está muy descompensada hacia el lado negativo, por lo que la idea de un suicidio no es negativa, sino es aliviadora por dos motivos.

El primer motivo porque supone el fin de su calvario, el fin del sufrimiento que ya no puede soportar, es por eso que fantasea por las noches antes de dormir en hacerlo.

La otra, no menos importante, el deprimido está abatido, se siente que la vida le maltrata y le está guiando por caminos que no quiere. El suicidarse supone un cambio de actitud, pues él retoma el control, él es el que decide si vive o no, es su última carta en la que no es la enfermedad la que decide, sino que es él.

Deprimido, cuando haces el balance de tu vida, sale favorable a quitarte la vida, no porque sea así, sino porque la enfermedad, la depresión, hace que lo veas así

Señales de alarma de suicidio

Podemos detectar las ideas suicidas mediante señales verbales (lo que dice) y no verbales (la conducta).

Señales verbales de suicidio

- La expresión de sentimientos de desesperanza, con una visión en la que no hay futuro o un futuro muy negativo (esto no tiene solución; nunca mejorará).
- Sentimientos de desesperación; pensar que una situación o un estado vital ya no puede ser soportado (esta vida es asquerosa; mi vida no tiene sentido).
- Intensos y abrumadores sentimientos de culpa, vergüenza y odio hacia sí mismo (no valgo nada).
- Comentarios reiterados relacionados con la muerte (me gustaría desaparecer; quiero descansar; no quiero seguir viviendo). Tener un plan para un intento de suicidio; usualmente, mientras más detallado sea el plan, mayor es el riesgo
- Despedidas verbales o escritas inusuales (quiero que sepas que en todo este tiempo me has ayudado mucho; siempre te amaré).
- Sensación de impotencia; la persona piensa que está sola, que a nadie importa, que molesta y que las cosas estarían mejor sin ella (… así descansaríamos todas).
- Estar enfocado en la muerte, ya sea por medio de conversaciones, escritos, dibujos o publicaciones en línea acerca de la muerte o el suicidio; escuchar música o visitar sitios web relacionados con la muerte

Señales no verbales de suicidio

- Observar un cambio repentino en el comportamiento habitual. Por ejemplo, un aumento significativo de la irritabilidad, mayor agresividad o no respetar los límites. Es especialmente significativa la aparición de un período de calma repentina cuando anteriormente se ha presentado una gran agitación. El cese de la angustia es un signo de grave peligro, ya que sugiere que se ha resuelto el conflicto entre el deseo de vivir y el deseo de morir a favor de este último.
- La existencia de un intento de suicidio anterior.
- La presencia de un evento desencadenante o precipitante (enfermedades, pérdidas, violencia de género, acoso laboral o escolar, abuso físico o sexual recientes, etc.).
- La búsqueda de mecanismos relacionados con la planificación del acto; por ejemplo, comprar un arma, una cuerda, tóxicos, acumular medicamentos, etc
- La conducta imprudente o temeraria.
- El cerrar asuntos pendientes, arreglar documentos como un testamento o contratar un seguro de vida.
- Regalar pertenencias significativas

- Despedirse de amigos y seres queridos
- Aumento del uso del alcohol o las drogas
- Cambios de personalidad, como los de una persona muy sociable que retire todo contacto o una persona de buena conducta que actúe con rebeldía

Es importante también prestar atención a la conducta de la persona cuando le preguntamos y no nos dice nada, pero llora, baja la cabeza, guarda silencio después de la pregunta en cuestión, muestra inquietud o ansiedad, etc.

Señales generales de suicidio

- la exhibición de signos o síntomas depresivos, como el aislamiento social; la falta de energía; una actitud pasiva, apatía, tristeza; la anhedonia (incapacidad para experimentar placer con actividades normalmente gratificantes)
- el descuido en la apariencia personal;
- las dificultades cognitivas (memoria, atención…)
- las alteraciones en el sueño o la alimentación.

Estas señales podrían ser también una petición de ayuda y nos proporcionan una oportunidad para intervenir rápidamente y prevenir que esta persona se suicide.

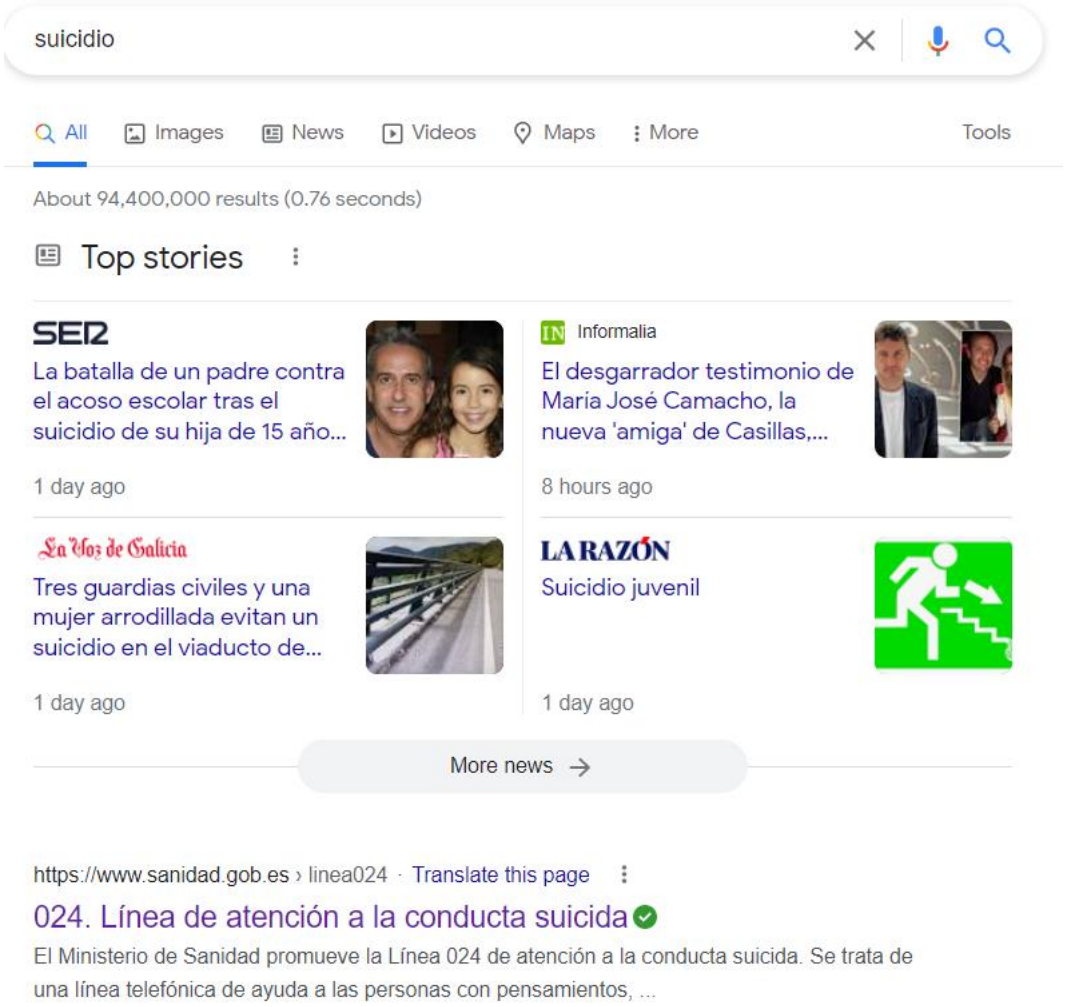
En caso de detectar estas señales, es importante responder con rapidez, especialmente si la persona muestra varias señales al mismo tiempo, hablando con ella y buscando la ayuda y el apoyo necesario.

Los teléfonos de la esperanza anti suicidio

Vale, vale, los suicidas tienen el número de la esperanza. Veamos los dos:ç

Teléfono de ayuda 024

Si metes en Google la palabra suicidio la primara búsqueda que arroja es una llamada a la acción para que te pongas en contacto con 024, un teléfono de ayuda para que no te suicides.



He llamado para preparar este libro, dejando claro que tenía intenciones de suicidio y dejando claro cómo hacerlo para que así me tomaran en serio. Aquí van mis conclusiones de la llamada:

- Primero te tienes que tragar la típica charla de protección de datos, ¿si alguien está jodido, no podemos evitarla?
- La persona que me ha atendido no me ha parecido suficientemente formada, no era ni capaz de llegar a las causas del suicidio, ni sabía mantener interés en la conversación, simplemente seguía un guion preestablecido.
- Después de la llamada, al minuto de llamar me ha llamado la persona de vuelta, no ha mantenido mi interés y la he colgado
- En esa llamada, le he pedido su nombre y me contestó que no pueden dan nombres, no sé por qué, pero en estas situaciones creo que aferrarse a alguien es positivo. Supongo que será para no crear dependencia con alguien específico y que cualquiera te pueda atender
- Después de esa llamada me han vuelto a llamar al menos 7 veces en 10 minutos desde distintos números. Lógicamente no he cogido ninguno.
- La policía ha llegado a casa de mis padres (donde está mi domicilio en todo sitio público) para preguntar por mí. Casi tiran la puerta abajo, menos mal que les pilló el portero antes de hacerlo.
- Después de estas acciones, nadie ha hecho seguimiento de mi llamada al 024 y ni si quiera se ha comunicado el hecho a mi médico de cabecera.

También he metido a parte el número de la esperanza en Google, que lo había escuchado alguna vez en la televisión.

El objetivo del teléfono de la esperanza es abordar de forma urgente, gratuita, anónima y especializada las situaciones de crisis emocionales .

La web es https://telefonodelaesperanza.org/ y solo tengo que comentar, hablando bien y pronto, que es una mierda de web. Si quieren ayudar a alguien contra el suicidio deberían de despedir a todos los que se encarguen de la web, pues para nada está orientada a evitar el suicidio. Si lo estuviera pensando en hacer cuando escribo estas líneas no me invita a llamarles, por lo cual no lo he hecho. He decidido no llamarlas para ver cómo actúan, porque ya de entrada su web no me invita a llamarles.

Por qué el suicidio muchas veces no se ve venir

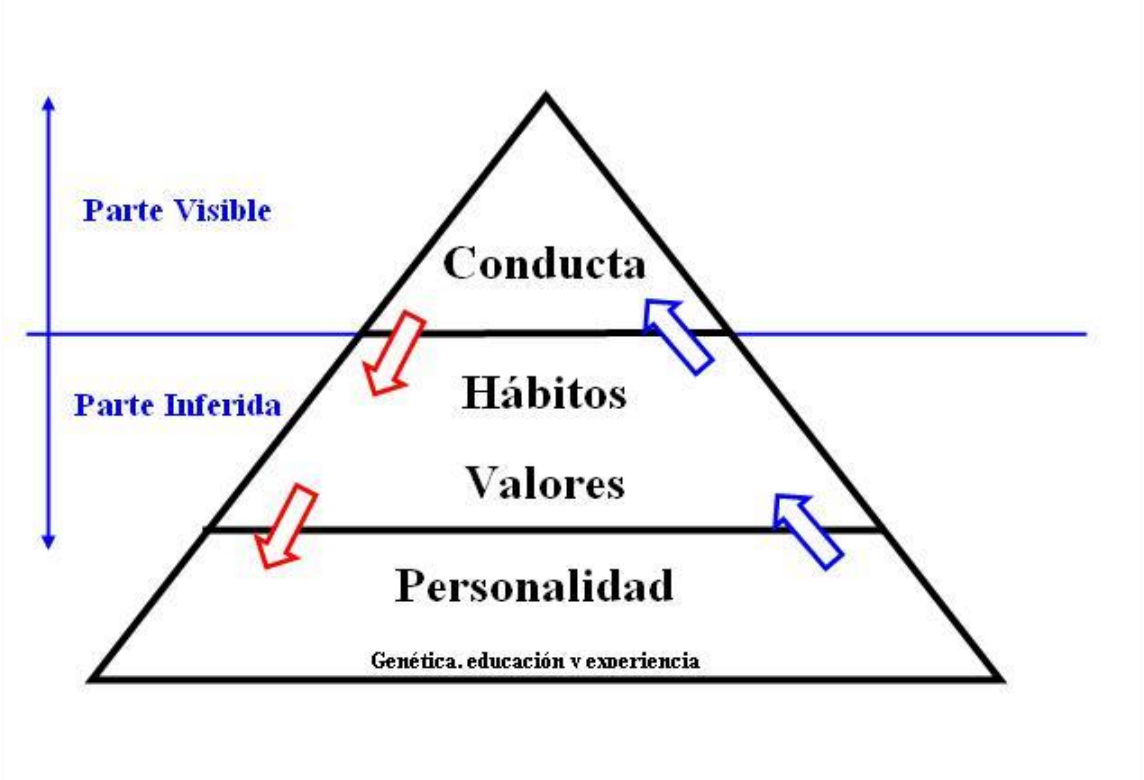
El 80% de los que realizaron un suicidio consumado lo habían avisado previamente. El 50% de los suicidas habían comunicado esta ideación a un médico en el mes anterior; y el 25% de ellos acudieron a una consulta médica en la semana previa.

En contra de lo que yo pensaba, los suicidas avisan de sus intenciones, lo que pasa es que ni las familias ni los médicos de cabecera se lo toman suficientemente en serio. No se sabe apreciar las señales que indican que esa persona se puede suicidar.

Cuando uno lo verbaliza, no lo hace para llamar la atención, sino como una petición de auxilio. La experiencia que yo he tenido ha sido que las conversaciones sobre el suicidio han sido poco profundas y ninguna iba dirigida a cómo me sentía, sino que iban dirigidas a mostrarme lo bonito que es la vida o lo maravillosos que son mis hijos, padres o novia.

Tras ver que de las conversaciones no sacaba más que frustración por la incomprensión de mis allegados, así como cierta alarma en ellos, dejé de hablar del tema y cambié mi conducta para que pensasen estaba mejor. Nunca nadie me preguntó si seguía teniendo pensamientos suicidas, probablemente porque es un tema tabú y es un tema complejo.

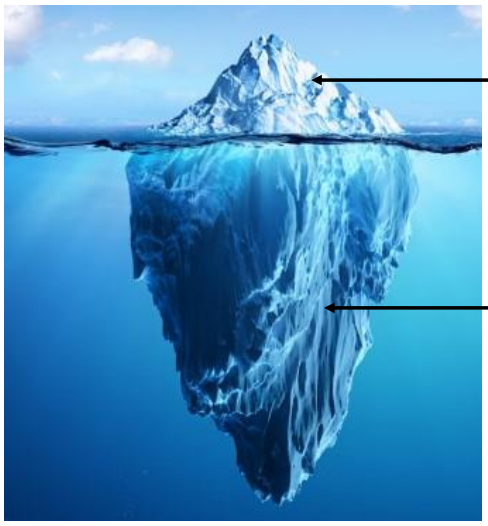
La personalidad de una persona determina su actitud y sus valores, y estos sus comportamientos (flechas azules). De las personas, solo vemos una pequeña parte de lo que son, vemos su comportamiento, su conducta y lo que nos dicen. A partir de la conducta de las personas, inferimos sobre lo que son, sus creencias, sus valores, etc., es decir flechas rojas.



Pirámide de la conducta

Con una persona deprimida antes hacíamos lo mismo, pero el problema que hay en este esquema es que con la depresión el enfermo ha cambiado. Su personalidad, sus valores, sus pensamientos, han cambiado, y por tanto toda inferencia que hacemos de la persona deprimida a través de su conducta puede estar muy equivocada.

La mente de un deprimido es como un iceberg, donde vemos lo que asoma, pero no tenemos ni idea de lo que hay debajo, ni la magnitud real de lo que hay debajo.



Lo que vemos del enfermo a través de la conducta y lo que dice

Lo que no vemos que además está metido en un pozo de oscuridad y negatividad

Y eso que hay debajo de la parte visible del iceberg (su conducta y lo que dice) es oscuro, es peligroso, es desagradable. Hay sentimientos de tristeza, sufrimiento, apatía, anhedonia que nublan el raciocinio de la persona que está deprimida.

El deprimido puede modular con bastante esfuerzo parte de su comportamiento y lo que dice, de forma que no sólo no sabemos qué está pasando en las profundidades de su cabeza, sino que la parte visible puede ser irreal.

Es por esto que a pesar de que el 80% de los suicidas lo habían anunciado, los suicidios pillan a las familias de sorpresa, ellos no sabían que el enfermo estaba tan mal, que estaba viviendo tal calvario que les llevaría a la muerte.

En mi caso yo hice esto, forcé mi conducta (lo que la gente ve) y lo que yo decía y cuando peor estaba, cuando lo único que pensaba era en quitarme la vida, la gente de mi alrededor pensaba que estaba mejor.

Además, no podemos inferir lo que pasa por la mente de un deprimido porque usamos una óptica diferente a él. Nosotros estamos sanos, vemos la vida con sus brillos, sus colores y sus matices. Vemos la vida con unas reglas que nos dicen que, si se da A, se dará B.

Sin embargo, al deprimido le funciona la cabeza de forma diferente, ve la vida gris, sin matices, sin esperanza, vacía y llena de sufrimiento. Para él si se da A vete a saber qué piensa con las consecuencias. Es decir que las inferencias que veíamos en la pirámide de la conducta (flechas rojas), están seguro distorsionadas por estas diferencias de ópticas.

En adolescentes es todavía peor, cuando nos comentan las ideas de suicidio le tomamos todavía menos en serio que a un adulto. Pero el adolescente por norma general no se comunica bien con sus padres, por lo que las señales que pueden mostrar el riesgo de suicidio muy probablemente pasen desapercibidas y el suicidio sea un acontecimiento totalmente inesperado.

¿No deberíamos tener voz los que hemos vivido la experiencia o hemos estado cerca de ella y la hemos superado o no?

Cuando yo tenía ideas suicidas (recuerdo que nunca lo intenté), a mí me aportó mucho la experiencia de un amigo llamado Pablo de un curso sobre depresión de la clínica Nuestra Señora de la Paz.

Cuando quedé con él yo había hablado de las ideas de suicidio con mi novia, mis padres y amigos y nadie me tomó muy en serio. Además todos trataban de que viera las cosas bonitas de la vida, pero yo era incapaz de verlas, porque veía todo gris y sin matices, envuelto en unos sentimientos negativos y con un gran sufrimiento.

Pablo sí intentó suicidarse, se tomó un montón de pastillas, pero por casualidades de la vida, le encontraron y estuvo en parada cardiorrespiratoria durante minutos, pero le sacaron adelante. Ahora tiene unas ganas de vivir acojonantes, y ve la vida con más fuerza y más bonita que la mayoría de las personas que yo conozco ¿no debería él hablar con personas con tendencias suicidas?

A mí sus argumentos no me aportaron porque aún veía todo muy negro, pero me asombro ver un suicida con tantas ganas de vivir, que veía la vida tan bella. Esto me ayudó a ser firme con mi decisión de no intentarlo hasta no estar sano de la depresión.

La conversación además me aportó su comprensión a mi situación, fue la única persona que realmente encontré que sabía por el calvario por el que estaba pasando y sabía lo difícil que es mantenerse vivo en esas circunstancias.

Es una pena que no se estandarice estos tipos de encuentros entre los que lo están pensando en suicidas y los que lo han sobrevivido a ello con felicidad no se produzcan más frecuentemente y no estén promovidos por nuestro sistema nacional de salud.

Referencias de suicicio

- https://es.wikipedia.org/wiki/Suicidio_en_Espa%C3%B1a
- https://www.diariosur.es/sociedad/salud/suicidio-primera-causa-20210910172712-nt.html
- https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/interior/Paginas/2022/070122-balance-siniestralidad-2021.aspx#:~:text=siniestralidad%20vial%202021-,Los%20accidentes%20de%20tr%C3%A1fico%20se%20cobraron%20la,1.004%20personas%20el%20pasado%20a%C3%B1o&text=En%202021%20se%20produjeron%20921,a%C3%B1o%20de%20la%20serie%20hist%C3%B3rica.
- https://www.riojasalud.es/files/content/ciudadanos/planes-estrategicos/PLAN_PREVENCION_CONDUCTA_SUICIDA_DEF.pdf
- https://elpais.com/opinion/2022-01-26/el-suicidio-entre-los-jovenes.html#:~:text=Seg%C3%BAn%20un%20estudio%20patrocinado%20por,de%20nuevo%20a%20un%20incremento
- https://www.ondacero.es/noticias/sociedad/suicidios-espana-descubierto-datos-cifras-evolucion_2021121461b88871454389000144c314.html
- https://datosmacro.expansion.com/demografia/mortalidad/causas-muerte/suicidio/espana#:~:text=Esta%20cifra%20supone%20que%20la,hombres%20y%201.011%20de%20mujeres.
- https://es.wikipedia.org/wiki/Suicidio_en_Espa%C3%B1a
- https://elpais.com/sociedad/2022-08-12/ocho-hospitales-ensayan-el-primer-plan-para-reducir-el-intento-de-suicidio-en-adolescentes-es-alarmante-el-pico-en-chicas.html
- https://www.huffingtonpost.es/entry/graficos-suicidio-espana_es_61b85b8de4b0358b5c4af1c5
- https://cuidateplus.marca.com/familia/adolescencia/2020/10/05/como-ayudar-adolescente-depresion-175097.html
- https://psicologasusanaarenaz.com/index.php/blog/59-suicidio-mitos-y-realidades
- https://www.newtral.es/suicidio-principal-causa-muerte-externa-mitos/20211213/
- https://es.wikipedia.org/wiki/Suicidio_en_Espa%C3%B1a
- https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001554.htm
- https://www.cigna.com/es-us/knowledge-center/suicide-risk-factors-and-warning-signs
- https://conlaa.com/senales-de-alarma-de-la-conducta-suicida/
- https://www.cigna.com/es-us/knowledge-center/suicide-risk-factors-and-warning-signs
- https://www.saludsiemprevc.org/prevencion-del-suicidio/senales-de-advertencia-del-suicidio
- https://www.diariosur.es/sociedad/salud/suicidio-primera-causa-20210910172712-nt.html?ref=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F

- https://www.riojasalud.es/files/content/ciudadanos/planes-estrategicos/PLAN_PREVENCION_CONDUCTA_SUICIDA_DEF.pdf

---

Los Síntomas de la depresión

Ahora vamos a ver los síntomas de la depresión y en cada uno tras explicar el síntoma, explicaré cómo se siente en primera persona para que se entienda mejor.

Veremos:

- La tristeza
- La Anhedonia. Incapacidad de sentir placer
- Apatía
- Abulia
- Ansiedad
- Pensamientos de muerte o suicidio
- Aislamiento social
- Adiciones
-

Tristeza y depresión

La depresión es un trastorno del estado de ánimo, las personas la padecen la describen como un sentimiento de tristeza que les impide desenvolverse en sus actividades cotidianas con normalidad, pero la depresión puede traer consigo una variedad de síntomas distintos a la tristeza. También se puede estar deprimido sin tristeza, como a mí me ha ocurrido a mí en el último año, donde principalmente he tenido anhedonia, ansiedad y ganas de morir, a esta depresión se le llama depresión no disfórica.

La tristeza es una emoción humana normal que cada persona experimentará en momentos estresantes o sombríos. Varios eventos de la vida pueden hacer que las personas se sientan tristes o infelices. La pérdida o ausencia de un ser querido, el divorcio, la pérdida de trabajo o ingresos, problemas financieros o problemas en el hogar pueden afectar el estado de ánimo de una manera negativa.

La tristeza al igual que la felicidad, la ira, o el miedo es una emoción básica del ser humano. Es una respuesta natural de nuestro cerebro a una situación negativa, a un acontecimiento estresante, etc.; pero esta tristeza si perdura en el tiempo puede convertirse en una depresión, es decir, un trastorno de salud mental, una enfermedad.

Sin embargo, una persona que experimenta tristeza por lo general puede encontrar algún alivio al llorar, desahogarse o hablar sobre sus frustraciones. Muy a menudo, la tristeza tiene vínculos con un desencadenante específico.

En el caso de la depresión llorar, desahogarse muchas veces no provoca el alivio que se produce con una tristeza normal.

La tristeza suele pasar con el tiempo. Si no es así, o si la persona se vuelve incapaz de reanudar la función normal, esto podría ser una señal de depresión.

Pero es importante saber que la tristeza es un sentimiento normal que todos experimentamos en ocasiones, pero que no tiene que ser un problema.

Tal y como hemos visto, un estado de tristeza común es pasajero y no reviste mayor importancia. Es muy probable que las personas que pasan por un período de dolor emocional no requieran de ningún apoyo profesional específico. Simplemente, la vuelta a la rutina y el apoyo informal de sus amigos, familiares y allegados puede ser más que suficiente para que la vida retome su curso y puedan superar este estado de tristeza.

Sin embargo, la depresión es un trastorno serio que debe ser tratado por un profesional, porque afecta muy significativamente a la calidad de ida de la persona. Un diagnóstico certero y una terapia enfocada en la reestructuración cognitiva y, si es necesario, en psicofármacos, puede ayudar decisivamente a que el paciente recupere su bienestar psicológico y lo mantenga en el tiempo, evitando recaídas.

Otro modo de verlo es considerar que la tristeza es, en realidad, una emoción útil. Sirve para añadirle tono emocional a ciertos recuerdos y, de ese modo, tomar decisiones más sabias en el futuro. La diferencia entre la depresión y la tristeza estaría, pues, en que la segunda en una alteración del funcionamiento normal del cerebro, algo que no es útil sino que nos supone una barrera.

Los desencadenantes específicos a menudo causan tristeza, mientras que la depresión puede no tener una causa identificable. La tristeza es una parte de la depresión.

La depresión sin tristeza existe, se llama depresión no disfórica. Se puede padecer depresión sin estar triste, ya que la tristeza es sólo uno de los muchos síntomas de depresión.

Según el DSM-V, para que una persona sea diagnosticada con depresión debe presentar al menos 5 de los diferentes síntomas de la enfermedad que vimos en el capítulo de la depresión.

Por lo tanto, una persona con depresión puede manifestar cualquiera de esos síntomas, sin que necesariamente la tristeza este incluida entre ellos. Una persona deprimida puede sentirse fatigada, pesimista, tener dificultades para concentrarse, tener poco o nulo interés en actividades que antes disfrutaba y no estar triste.

Lo más común en las personas que sufren depresión sin tristeza (depresión no disfórica) es que actúe somatizándola a través de síntomas corporales. Por lo que una persona también puede manifestar depresión a través de síntomas corporales como dolores de cabeza, insomnio, problemas gastrointestinales, fatiga crónica, entre otros.

¿Cómo se vive la tristeza?

Mi último año de depresión no conlleva tristeza, y la hacía más llevadera. Cuando se muere un familiar se siente una tristeza profunda, agonizante, que sale de lo profundo del corazón o del alma. Es desgarradora, incapacitante y te hace sufrir mucho. Surge sobre todo cuando te acuerdas del ser querido, y muchas veces te apetece llorar para desahogarte y otras veces lloras. Pasado un tiempo vas pudiendo hablar del tema con familiares y amigos y el simple hecho de hablarlo te da cierto alivio. Según van pasando las semanas, los meses, esa tristeza agonizante desaparece y simplemente nos sentimos algo tristes cuando recordamos a ese ser querido.

Los que hayan pasado por la muerte de un ser querido se verán algo reconocidos en mis palabras. Los que no hayan vivido esa experiencia, que visualicen el momento más triste de sus vidas.

Bueno, con la depresión se tiene esa tristeza profunda y agonizante, pero no hay causa alguna, simplemente aparece. A diferencia de con el familiar no aparece de vez en cuando cuando, no aparece al nos acordamos del ser querido; está ahí, persiguiéndote constantemente a lo largo del día de forma continua. Lo que sí puede cambiar es la intensidad.

Sin ningún motivo en unos momentos es agonizante y en otros momentos no lo es tanto. Se sufre mucho, pero a diferencia de la muerte del ser querido que se sufre a ratos, aquí se sufre todo el puñenetero día. Te levantas y sólo quieres que se haga de noche para volver a dormir, pues es el único momento donde estás en paz.

Según la gravedad de la depresión y según reaccione el cuerpo a los medicamentos puede durar semanas, meses o años. Yo la he tenido que aguantar casi dos años.

Que me diga a mí quién aguanta tanto tiempo sufriendo, sin querer morir. No se puede.

Te produce un sentimiento de desesperanza, no ves futuro a tu situación, sólo puedes sufrir. Cualquier otro sentimiento es ocultado por la tristeza, pues ésta es más fuerte que el resto de sentimientos no se perciben, simplemente no están ahí.

Cuando lloras, no sientes desahogo, simplemente lo haces porque te lo pide el cuerpo.

Cuando hablas con alguien y se lo cuentas, no te entienden, la gente quiere encontrar una causa a la tristeza, pero no la hay, simplemente está porque estás deprimido, porque estás enfermo.

Esa tristeza si es por una depresión biológica no te la quita un psicólogo, pues no hay causa sobra la que él pueda trabajar. Sólo te la puede quitar un psiquiatra con medicamentos que estabilicen tu química cerebral.

Los que estéis al lado nuestro, no intentéis consolarnos, no hay nada de qué consolarse. Simplemente dadnos cariño, intentad comprendernos y dejarnos que lidiemos con esa tristeza de la mejor forma que podamos hasta que los fármacos hagan su efecto.

Referencias de tristeza y depresión

- https://psicologiaymente.com/psicologia/diferencias-tristeza-depresion
- https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/depresion-versus-tristeza#conocer-la-diferencia
- https://www.hernandezpsicologos.es/blog/diferencias-para-no-confundir-tristeza-con-depresion/
- https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/depresion-versus-tristeza#conclusion
- https://ayuda-psicologica-en-linea.com/depresion/depresion-sin-tristeza/
-

Anhedonia y depresión

Según Wikipedia: La anhedonia (del griego ἀν-: an- 'falta de' y ἡδονή: hedoné 'placer') es la incapacidad para experimentar placer, la pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades. Se considera una falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros.

Constituye uno de los síntomas o indicadores más claros de depresión, aunque puede estar presente en otros trastornos, como por ejemplo, en algunos casos de demencias (Alzheimer), trastornos psicóticos y el trastorno esquizoide de la personalidad.

La causa de la aparición de la anhedonia desde un punto de vista fisiológico se debe a una alteración en nuestro cerebro que impide que se genere la dopamina, que es una sustancia química que se encuentra en el cerebro y que es la causante de las sensaciones placenteras.

En situaciones depresivas o de un gran estrés o ansiedad, el cerebro se bloquea y es incapaz de generar esta sustancia.

La depresión, la esquizofrenia y las drogas son las principales causantes de la anhedonia, sobre todo cuando esta es generalizada y afecta a todas las actividades de nuestra vida.

De tal manera que la anhedonia se establece como uno de los principales síntomas para el diagnóstico de la depresión.

Cuando la pérdida de las sensaciones placenteras no es generalizada, sino que afecta a algún aspecto concreto, se puede explicar por otras razones. La pérdida del placer sexual o del gusto por la comida puede ser causada por la utilización de cierto tipo de medicamentos como los antidepresivos.

¿Cómo se vive la anhedonia en la depresión?

La anhedonia me llegó poco a poco. Quizás empecé dejando de disfrutar de estar con gente. Cuando quedaba con amigos en vez de pasarlo bien se me hacía pesado y las horas se me hacían eternas. Con el tiempo, le cogí pavor a estar con gente, me mataba, pues suponía un desgaste enorme tratar de poner buena cara para luego no decir nada en toda la tarde. Aunque dejé de quedar con amigos, las comidas familiares seguían estando, y el sólo hecho de ir y tratar de poner buena cara me suponía un desgaste energético tal que luego me tiraba la tarde destrozado. La comida familiar era como ir a comer con unos monjes que no hablan y tu tampoco hablas. Ellos hablaban, pero me daba igual de qué, y a mí no me salía hablar.

Empecé a de dejar de hacer mis hobbies sin saber al principio por qué, simplemente no me apetecía. Luego con el tiempo me di cuenta de por qué, era porque ya no me aportaban nada, no me aportaban placer. Es más, con el tiempo el hacerlos me desgastaba, me hacía sentir incómodo y sólo quería dejarlo.

Sustituí el tiempo de los hobbies por Netflix y consumía una serie tras otra.

Con los seres queridos como mis hijos, mi pareja y mis padres la sensación de amor y gusto de estar con ellos se fue gradualmente yendo, hasta llegar un momento (cuando tenía pensamientos suicidas) que estaba totalmente desvinculado de ellos. Sabía que les quería, que eran importantes en mi vida, pero eso era un simplemente pensamiento, el sentimiento de amor que acompaña a ese pensamiento a una persona sana había desaparecido, ya era incapaz de tener el placer.

El placer que más tiempo tardó en irse fue el placer a comer. A mí me encanta comer en restaurantes y restaurantes de todo tipo. Disfrutaba comiendo y me regalaba salir fuera por el hecho de estar enfermo, para disfrutar un rato. Pero un día, desapareció, supongo que progresivamente.

Ya en esa fase, lo único que hacía es estar tirado en el sillón sin hacer nada y ver Netflix. Netflix engancha porque está diseñado para eso y hace que el cerebro segregue dopamina, que es una droga natural que segrega el cerebro.

Lo único en lo que encontraba placer es en beber Alcohol, me quitaba esa sensación de vacío, así como los otros síntomas de la depresión.

También en cierta medida el tabaco me debe dar cierto placer, pues si no lo hubiera dejado cuando lo he intentado en un par de ocasiones.

Es fácil de escribir: "no siento placer por nada", pero uno no puede ni imaginarse qué es eso. Nada, absolutamente nada me producía placer.

La forma que suelo describirlo es con la comida, imagínate que por una enfermedad te quedas sin sentido del gusto y olfato, es decir comerías sin sentir nada. No serías capaz de distinguir los sabores, los olores, de disfrutar del guiso, A la semana te habrías aburrido de comer, pues no te aporta nada, pero te forzarías a hacerlo porque tienes hambre y tienes que cuidarte. Un día un médico te da una pastilla que si la tomas tienes todos los nutrientes que necesitas y no tendrías hambre. ¿seguirías comiendo?, pues no, para que dedicar ese tiempo a eso que no aporta nada. Veremos más en detalle esto en el siguiente apartado de la ley de la conducta.

Es decir, la anhedonia hace que nada te sepa, no disfrutes con nada, que nada te de placer, la vida se vuelve vacía, sin ninguna sensación positiva. Es difícil explicar a alguien cómo se siente uno y más difícil es que comprendan que he estado 2,5 años así.

He vivido sin sentir ningún placer, ninguna conexión con nadie y solo me liberaba con el Alcohol que sé que aunque sabía que no me venía bien era lo único que disfrutaba.

En mi balanza de la vida entre cosas positivas y cosas negativas, el lado positivo de la balanza de las cosas positivas no pesaba nada, pues nada me daba placer.

Ley de la conducta y depresión

Para entender el comportamiento de una persona con anhedonia, tenemos que entender que el comportamiento de un ser humano se mueve siguiendo las siguientes la siguientes tres leyes:

- Si con un comportamiento obtenemos un beneficio esa conducta aumentará.
- Si con un comportamiento obtenemos un castigo, esa conducta disminuirá.
- Si con un comportamiento me quedo igual, esa conducta disminuirá poco a poco.

El beneficio o el castigo, es lo que nos permite mantener una conducta, pero depende de la persona. Lo que funciona con algunas personas no funciona con otras, por este motivo los premios y castigos han de ser distintos y adecuados a cada persona.

Cualquier conducta inadecuada en el tiempo se sustenta por un beneficio. Por eso si queremos cambiar dicha conducta tengo que cambiar una de las siguientes cosas:

- eliminar el beneficio que refuerza la conducta.
- poner un castigo a esa conducta.
- y la mejor opción es poniendo un mayor beneficio si no se hace esa conduta.

Cuando el beneficio es a muy largo plazo, o no está claro, la conducta tenderá a desaparecer. A pesar de esto, gracias al sacrificio, a la voluntad y a la responsabilidad, algunas personas somos capaces de mantener ciertas conductas.

Es decir que cualquier conducta, cualquier actividad que el deprimido haga no tiene una recompensa, pues no tiene placer, por lo tanto, se queda igual o puede tener un castigo porque ahora se sienta mal haciendo esa cosa, por tanto, esa conducta terminará desapareciendo.

De hecho, el hacer algo como un hobby, a mí no sólo no me producía placer, sino me suponía un gasto energético enorme y un sentimiento de rechazo. Es decir que tenía un castigo que desincentivaba hacer mis hobbies.

Mientras la balanza beneficio/castigo no esté más o menos igualada, en mi opinión no formada, creo que hay que dejar que el deprimido deje de hacer las cosas que antes hacía. Cuando la balanza está más o menos nivelada, es cuando los acompañantes deben tirar de él para que haga cosas, salga a pasear, haga ejercicio, retome hobbies, etc. Pero nunca antes.

¿Cuándo es ese momento? Cuando se sienta con algo de fuerzas. Intentarlo antes como hacía mi novia conmigo va a ser un gran desgaste para el familiar, le va a ser frustrante al acompañante, y además en vez de hacer la vida más fácil al deprimido se la complicamos porque le hacemos sentir más culpable. ¿qué pasa, os creís que el deprimido no hace las cosas porque no quiere?, ¿Por qué es un vago?, no, no hace las cosas porque no puede, porque está enfermo y su cerebro le pide reposo para equilibrarse.

Síntomas de la anhedonia y la depresión

Se produce una pérdida del interés o del placer por todas o la mayoría de las actividades que se realizan diariamente.

- Poco o nulo interés en los pasatiempos o hobbies que anteriormente disfrutaban. Por ejemplo, dejan de practicar el deporte que tanto les gustaba y los niños pueden justificar que ya no les atrae los juegos que antes disfrutaban.
- Disminución del placer de actividades cotidianas
- Aislamiento social. Falta de relaciones y dejar de quedar con las relaciones ya establecidas.
- Gran dificultad para seguir conversaciones, no habla y tiene poco interés en escuchar
- Alteración del apetito.
- Tendencia a mostrar emociones falsas, pretendiendo mostrar felicidad cuando en realidad no se siente. Aunque hacer esto le desgasta mucho
- Pérdida de la libido o falta de interés en la intimidad física.
- Abatido y con sentimientos de tristeza y desesperanza
- Dificultad para describir y saber qué siente, si es que siente algo
- Actúa sin emociones y puede fingirlas porque es lo que se supone que debe sentir.

Referencias de anhedonia y depresión

- https://www.lechepuleva.es/nutricion-y-bienestar/anhedonia-incapacidad-para-disfrutar-de-los-placeres

- https://www.psicologia-online.com/anhedonia-definicion-causas-sintomas-y-tratamiento-4772.html
- https://www.healthline.com/health/depression/anhedonia#symptoms
- https://solaramentalhealth.com/anhedonia-symptoms-treatment/
- https://es.wikipedia.org/wiki/Apat%C3%ADa#:~:text=La%20apat%C3%ADa%20es%20la%20falta,vida%20emocional%2C%20social%20o%20f%C3%ADsica.
-

Abulia y depresión

Apatía

Según Wikipedia

La apatía es la falta de emoción, motivación o entusiasmo. Es un término psicológico para un estado de indiferencia, en el que un individuo no responde a aspectos de la vida emocional, social o física.

La anhedonia se diferencia de la apatía, porque la anhedonia es pérdida del placer o disfrute de actividades, y la apatía es falta de motivación ante tarea cotidianas. Pero esa falta de motivación no significa que luego no se disfrute.

Pongamos un ejemplo si tenemos apatía y hemos quedado con amigos para cenar, nos dará pereza ir, no estaremos nada motivados y nos costará salir de casa. Sin embargo, una vez en la cena podemos disfrutar de las conversaciones, del vino, de la comida, podemos reír, etc. Es decir que podemos disfrutar la cena.

Con la anhedonia no te apetece tampoco salir, pues ésta produce apatía como resultado de no disfrutar de las cosas. En el ejemplo anterior de la cena, el que tiene anhedonia no siente ningún placer en la cena, no disfruta de nada, es una experiencia vacía y que se le puede hacer carente de sentimiento.

Abulia

La presencia de abulia es característico de la depresión. La abulia es la falta de voluntad o energía para hacer algo. Una persona con trastorno depresivo suele sentir que no existe nada por lo que merezca la pena actuar. Tienen falta de iniciativa para lo más básico, desde arreglarse a realizar cualquier tipo de actividad como realizar la compra. Es por así decirlo una apatía brutal. Esta apatía puede durar durante semanas e incluso meses. A mí me duró casi dos años.

La abulia es una ausencia o pérdida total de voluntad, es decir, un completo desinterés en todo objetivo, realización o actividad. Es considerada una forma de trastorno de la voluntad, de apatía radical o extrema, que se manifiesta como un conjunto de síntomas de alguna patología física o mental. Se experimenta no sólo como falta de voluntad, sino también como falta de energías para hacer cosas.

La anhedonia hace que no se sienta placer por nada, y como vimos por la ley de la conducta, la motivación en hacer algo va decreciendo con el tiempo hasta que es nula. Creo que se puede tener abulia y no anhedonia, pues luego más adelante describiré cómo sentí yo esa falta de energías y de voluntad.

La abulia se caracteriza por afectar a las personas con depresión, y dejarlas totalmente (o parcialmente) incapacitadas para enfrentarse a la vida diaria. Ir al trabajo, a comprar o a hacer una gestión se torna una misión imposible para los pacientes con este tipo de cuadros.

De algún modo, las personas con depresión sienten que no hay nada por lo que merezca la pena moverse, y actúan en consecuencia con esta idea. Les falta iniciativa para lo más básico, desde peinarse hasta salir a la calle. Les falta energías para hacer cualquier actividad.

Todos los actos humanos, según plantea la teoría psicológica, se enmarcarían en alguna de las tres dimensiones o tipos de acciones: instintivas, automáticas o voluntarias. Las acciones realizadas por la persona abúlica suelen inscribirse en los dos primeros tipos de acción, es decir, se actúa con automatismos o instintivamente, pero en ausencia de la verdadera voluntad de acción.

La abulia no implica que el sujeto no realice ninguna actividad, sino que aquellas que realiza, las lleva a cabo de manera automatizada o instintiva, sin que opere realmente el proceso de voluntad.

Así pues, en situaciones en las que la abulia acostumbra a darse también una tendencia al estilo de vida sedentario, falta de autocuidado (incluyendo higiene personal), y un empobrecimiento de la vida social.

Un paciente con abulia es incapaz de actuar o tomar decisiones de forma independiente. Puede variar en gravedad desde lo sutil hasta lo abrumador.

La abulia la podemos ver también desde un punto de vista de falta de energía. Si no tienes energía algo, no puedes hacer lo que quieres. Si a la abulia le unimos que no te satisface lo que haces, no encuentras motivación para actuar. Así, sin energías para hacer algo, sin voluntad para hacerlo, perdida la capacidad de sentir placer y con un inmenso inconfort interior cuando lo haces, ¿Para qué hacer nada? ¿Es posible hacer algo?

¿Qué impacto tiene el cuidador cuando intenta que la persona con una abulia grave se mueva?. Muy malo, sólo traerá conflicto con el enfermo y hará que el enfermo se sienta peor, porque sabe que debería moverse, pero no puede, no tiene voluntad para hacerlo y no tiene las energías para hacerlo.

¿Cómo se vive la abulia?

A mí la abulia me fue viniendo poco a poco y motivada por la anhedonia. Al tener anhedonia no sentir placer por mis hobbies y sentir cierto malestar en hacerlos, perdí interés en hacerlos. Al principio dejé de tener interés, pero según fui empeorando ya no era falta de interés, no podía hacer mis hobbies. No tenía ni la voluntad, ni las energías para hacerlos.

Mi novia me pedía que me forzara, pero yo simplemente, de verdad, no podía hacer ninguno de mis hobbies era incapaz de moverme del sofá salvo para ir al baño.

Es difícil de explicar, es como cuando estás muy cansado y no te apetece hacer algo que suponga moverte unido a que algo dentro de ti impide que lo hagas aunque quieras. Si lo intentas hay una lucha agotadora entre la voluntad que intentas poner y la abulia. Depende de la gravedad de la abulia, lo mismo lo consigues hacer algo pero con un gran desgaste físico y mental. Pero lo normal, si la abulia es fuerte, es que la abulia gane y seas incapaz de hacerlo.

No es que no quieras hacer algo, es que no puedes. Esto es lo que los familiares no comprenden. Y cuando intentan forzar al deprimido, sólo consiguen que se desgaste más y que se sienta culpable, pues a él también le gustaría poder hacer cosas.

En mi caso la abulia fue aumentando cada vez más y poco a poco era incapaz de hacer más cosas. La abulia llegó a tal nivel un día fui literalmente incapaz de salir de la cama, sólo podía salir al baño, a comer y a cenar. Finalmente estuve en la cama 1-2 meses sin poder hacer absolutamente nada, ni siquiera ir al sofá a ver la televisión. ¡Uno o dos meses sin ser capaz de salir de la cama aunque me lo propusiera!, eso hay que vivirlo para saber lo que es.

Mi novia estaba loca, no entendía cómo alguien se dejaba tanto como para no poderse mover de la cama. Pero de verdad, era incapaz, aunque lo intentase, había algo que me atrapaba a la cama y me impedía salir de ella. Es muy difícil explicarlo, es como si no tuvieras energías para hacerlo unido a que dentro de ti hay algo que te impide que lo hagas, literalmente era incapaz de levantarme de la cama sin que hubiera algún motivo, simplemente no podía.

Conductas de Abulia

Conductas o actitudes frecuentes de la abulia:

- Introversión
- Conformismo y pasividad extremas
- Respuestas emocionales tardías o nulas ante todo tipo de estímulos
- Cansancio crónico
- Falta de entusiasmo constante
- Ausencia de espontaneidad
- Ausencia total de proyección futura
- Desinterés generalizado
- Falta de autocuidado: problemas de higiene, poca atención al modo de vestir o peinarse, etc
- Desatención de los proyectos personales o de las aficiones.
- Tendencia a no iniciar conversaciones y a hablar muy poco.
- Práctica desaparición de las interacciones sociales fuera del hogar durante el tiempo libre.
- Tendencia a moverse muy poco, o a hacerlo con mucha parsimonia.
- Empobrecimiento de la alimentación.

Referencias de apatía, abulia y depresión

- https://as.com/deporteyvida/2019/10/07/portada/1570445791_996316.html#:~:text=%22La%20anhedonia%20se%20diferencia%20de,de%20motivaci%C3%B3n%20ante%20tarea%20cotidianas%22.
- https://porquequieroestarbien.com/salud-mental/impacto-en-la-salud-mental/abulia-que-es-y-como-se-manifiesta#:~:text=La%20abulia%20es%20una%20ausencia,alguna%20patolog%C3%ADa%20f%C3%ADsica%20o%20mental.
- https://porquequieroestarbien.com/salud-mental/impacto-en-la-salud-mental/abulia-que-es-y-como-se-manifiesta#:~:text=La%20abulia%20es%20una%20ausencia,alguna%20patolog%C3%ADa%20f%C3%ADsica%20o%20mental.

- https://www.avancepsicologos.com/abulia/

Ansiedad y depresión

Ansiedad y depresión son dos trastornos emocionales complejos que, aunque son distintos, implican problemas de pensamiento y conducta. Son enfermedades que pueden presentar bastantes similitudes, e incluso las podemos llegar a confundir.

Por un lado, la ansiedad se define como un sistema de alerta, que se activa en previsión de un peligro o amenaza futura. Genera una activación del organismo, que sirve para que se pongan en marcha conductas de escape, de evitación o de lucha.

Por otro lado, el estado de depresión se activa ante eventos pasados que implican pérdida, degradación o fallos, produciendo quietud, disminución o lentitud de los movimientos, además de una tristeza profunda.

Tanto ansiedad como depresión son formas de reaccionar ante eventos externos e internos. Si un evento lo vemos como una amenaza, se disparará nuestro sistema de alerta (la ansiedad). En cambio, si lo interpretamos como una pérdida o un fallo, seguramente se activará nuestro sistema de conservación de energía (la depresión).

Aunque la ansiedad y la tristeza son dos respuestas a determinadas circunstancias o eventos y constituyen una adaptación normal, ciertas personas presentan una especial tendencia a reaccionar de manera desproporcionada ante determinados estímulos o incluso antes de que la situación se presente.

Un 70% de los trastornos depresivos refieren a ansiedad de diferentes grados y tipos, pero un porcentaje todavía mayor de personas presentan trastornos de ansiedad y terminan por tener, además, sintomatología depresiva de diversas consideraciones.

En muchos casos, funcionan los mismos psicofármacos para ambos trastornos, por lo que es de suponer que participan los mismos sistemas de neurotransmisión. Así, se postula que en ambos hay déficit de neurotransmisores como la serotonina y la noradrenalina. Por tanto, si comparten vías neuroquímicas, seguramente compartirán algunos genes. De este modo, se cree que puede existir una relación genética entre algunos trastornos de ansiedad y depresión.

¿Cómo vive la ansiedad

Para describir la ansiedad y el estrés vuelvo a recoger el diálogo sobre la misma que tuve con mi novia.

Irene: Luis, ¿cómo te encuentras?

Luis: Pues me sigo sintiendo mal, mucho menos que antes, pero me noto aún con mucha ansiedad y un poco de estrés

Irene: ¿y por qué diferencias el estrés de la ansiedad?

Luis: no lo sé, la verdad. Pero es como si una parte de la losa de Evolufarma (la empresa de Luis que había quebrado) siguiera aún ahí. Antes sentía dos cosas que aparecían siempre juntas, pero ahora es como si ya casi quedara solo una.

Irene: no te entiendo

Luis: es difícil de explicar. Tal cual lo veo yo, que a lo mejor me equivoco, el estrés te genera adrenalina para reaccionar ante algo, es decir, es como si te preparara para la acción. Por ejemplo, cuando iba a tener un consejo de administración, me estresaba el preparar la documentación porque iba pillado de tiempo y me estresaba justo antes del consejo. Luego una vez empezado el consejo esa sensación se me quitaba.

Irene: ¿como cuando tenías que entregar un trabajo en la universidad y no llegas?

Luis: sí, algo así. Esa parte que tenía la tengo ya muy leve, sin embargo, sigo teniendo ansiedad

Irene: ¿entonces qué es la ansiedad?

Luis: pues es difícil de explicar, es como lo que sientes cuando estás ansioso para ver el resultado de algo. Puede ser intensa o leve, pero es una sensación profunda que llena todo el cuerpo y con la que no puedes hacer nada.

Irene: ¿qué sientes?

Luis: cuando es leve es como una especie de sofoco, sientes calor en el cuerpo y un hormigueo en la piel. La mente está algo más espesa, como si un velo invisible la cubriera, pero no sé qué decirte en qué afecta. Cuando empieza a hacerse fuerte, como sudores.

Irene: ¿y cuando es fuerte?

Luis: Notas el cuerpo raro, en especial en la zona del pecho. Cuando es muy intensa es como si el corazón fuera a tope, como si te dieran taquicardias y te fuera a explotar el pecho. También a veces siento un pinchazo aquí en el lado izquierdo de la barriga un poco por encima de la cintura. A nivel mental te hace sentir mal, a veces agotado, a veces viene con sentimiento de tristeza y apatía

Síntomas de la ansiedad

He recogido de un par de webs los síntomas de la ansiedad:

- Sensación de nerviosismo, agitación o tensión
- Sensación de peligro inminente, pánico o catástrofe
- Aumento del ritmo cardíaco
- Respiración acelerada (hiperventilación)
- Sudoración
- Temblores
- Sensación de debilidad o cansancio
- Problemas para concentrarse o para pensar en otra cosa que no sea la preocupación actual
- Tener problemas para conciliar el sueño
- Padecer problemas gastrointestinales (GI)
- Tener dificultades para controlar las preocupaciones
- Tener la necesidad de evitar las situaciones que generan ansiedad
- Manos húmedas
- Dolor de cabeza
- Sudores
- Temblor de voz
- Despersonalización

Cuando la ansiedad es leve, muchos de estos síntomas no los reconocemos y pasan desapercibidos. Sólo cuando se tiene un alto grado de autoconocimiento se es capaz de detectar estados leves de ansiedad.

Diferencia entre estrés y ansiedad

El estrés y la ansiedad son fenómenos que a veces se usan como sinónimos. Y no es de extrañar porque están muy relacionados. Ambos pueden ser adaptativos e incluso pueden aparecer juntos.

Pero si nos paramos a pensar, existen diferentes tipos de estrés (estrés crónico, estrés laboral, estrés agudo, etcétera) y distintos trastornos de ansiedad (TOC, trastorno de ansiedad generalizada, ataque de pánico, etc.).

Entonces, ¿qué es lo que diferencia al estrés de la ansiedad?

1. El origen

El estrés y la ansiedad suelen estar relacionados y ambos pueden ser adaptativos en ocasiones. No obstante, el origen estos fenómenos puede ser diferente.

La ansiedad puede aparecer tras una reacción de alerta, y puede asociarse con el miedo y la preocupación. Por ejemplo, ante la amenaza de un animal o la idea anticipatoria de algo malo va a ocurrir. En cambio, el estrés es un fenómeno que ocurre porque la persona no posee (o piensa que no posee) las habilidades, las capacidades o el tiempo necesario para afrontar una situación concreta. Es decir, que se produce un desajuste entre la demanda específica y los recursos para afrontar esta demanda.

El estrés también puede ocurrir cuando una persona se encuentra en el trabajo y tiene que llevar a cabo unas funciones determinadas, pero no recibe suficiente información sobre su rol por parte de la empresa, o la información que recibe de ésta es ambigua. Entonces se produce lo que se conoce como conflicto de rol y ambigüedad de rol, que son variables psicosociales que se relacionan con el estrés en el entorno de trabajo.

2. La ansiedad es un síntoma del estrés

Mucha de la confusión que existe entre ambos fenómenos y lo que los hace similares es que muchas veces aparecen juntos. De hecho, una situación estresante provoca ansiedad como uno de sus síntomas, aunque también puede producir otros, por ejemplo, depresión o dolores de cabeza.

El estrés prolongado, además, puede provocar la aparición de otras consecuencias como la desmotivación o la despersonalización. El estrés prolongado quema a la persona y le causa fatiga emocional.

3. Respecto a la intensidad objetiva

Aunque el estrés puede provocar muchos problemas para la persona que se encuentra en una situación estresante, es posible reducir el estrés con la eliminación del estímulo que provoca esta situación. Por ejemplo, cuando alguien se siente estresado porque no ha gestionado bien su tiempo y se le acumula el trabajo antes de un examen. Una vez que el examen pasa, la persona puede volver a la normalidad.

Si bien un individuo con trastorno de ansiedad puede sentir una gran ansiedad ante un estímulo, por ejemplo, en el caso de una fobia, aunque el estímulo desaparece, la persona

seguirá sufriendo la fobia incluso con solo imaginarse la presencia del estímulo. Se podría decir que el estrés es, al menos en la mayoría de los casos, una causa real (aunque venga mediada por las expectativas de la persona). Sin embargo, la ansiedad patológica es una interpretación irracional sobre un peligro o una preocupación exagerada. La intensidad de la ansiedad no es acorde con la situación objetiva.

4. El momento temporal

Al asociar el estrés a un estímulo desencadenante, suele manifestarse en el momento presente. Por ejemplo, cuando una persona tiene que entregar una tarea en la universidad y no tiene tiempo de realizarla. Ahora bien, el estrés puede ser prolongado, por ejemplo, cuando alguien no llega a fin de mes y tiene que pagar la hipoteca de su casa (estresor sigue ahí mes a mes, y la hipoteca se hace cada vez más grande) por lo que el estrés se cronifica. Si la persona tiene la suerte de pagar la hipoteca, dejará de sentirse estresado y se sentirá aliviado.

Pero la ansiedad puede aparecer una y otra vez, por preocupaciones de otros momentos temporales. Por ejemplo, al anticipar consecuencias que pueden no haber ocurrido (como en el trastorno de ansiedad generalizada). La ansiedad es un sentimiento de aprehensión o miedo y la fuente de esta inquietud no siempre es conocida o reconocida, lo que puede aumentar la angustia que una persona siente.

5. La relación del estrés con los estresores

Como ves, posiblemente lo que más caracteriza al estrés es la presencia de los estresores, y es que son muchos los causantes de estrés. Estos estresores pueden ser personales (por ejemplo, por las creencias que tiene un individuo o por su nivel de estudios y capacitación), aunque también pueden ser organizacionales (por los estilos de liderazgo de los superiores o la comunicación de la empresa) o sociales (por la crisis económica o la desestabilización política). El estrés tiene que ver con las demandas del medio.

6. La ansiedad y el impacto emocional

Por tanto, las situaciones que causan estrés son fruto de factores externos. Pero en el caso de la ansiedad, tiene más que ver con los factores psicológicos y las emociones. Es decir, que suele tener su origen en las interpretaciones que pueden o no ser reales. Una persona sufre estrés ante situaciones vitales de lo más variadas, que percibe como excesivas o en la que una persona no tiene los recursos necesarios para poder afrontarlas con eficacia.

En el caso de la ansiedad, ésta es una reacción, emocional, física y cognitiva de alerta ante una amenaza sea real o no, pero también es una respuesta emocional frente al estrés que continúa después de que un factor estresante haya desaparecido y que responde y crece a través de los pensamientos.

Por ejemplo, cuando se acerca un examen en que alguien se juega mucho. Por un lado, está el estrés de la situación y la sobrecarga de trabajo, pero por otro está la preocupación de jugarse todo el curso en un examen. Esta ansiedad puede hacer que la persona tenga dificultades para dormir durante esa época, pensando en sí logrará superar o no el examen. Si no aprueba el examen, seguramente la ansiedad se apodere de la persona, pero la carga de trabajo habrá disminuido y por tanto el individuo no estará estresado.

¿Qué hacer ante los problemas de este tipo?

Por suerte, las alteraciones psicológicas asociadas a la ansiedad y al estrés pueden ser abordados desde la psicoterapia, a través de formas de intervención eficaces. Por ello, si estás sufriendo alguna forma de malestar de este tipo, ponte en contacto con profesionales y busca la ayuda de psicólogos.

Las señales de advertencia que debes tener en cuenta incluyen:

- exceso de ansiedad que interfiere con la vida cotidiana
- uso inadecuado de fármacos y alcohol para tratar el estrés o la ansiedad
- temores irracionales
- un cambio significativo en los hábitos de sueño
- un cambio significativo en los hábitos de alimentación
- un cambio significativo en los hábitos de higiene personal
- estado de ánimo bajo por mucho tiempo
- autolesiones o pensamientos sobre hacerte daño
- pensamientos suicidas
- sensación de perder el control

Referencias de Ansiedad y depresión

- https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-ansiedad-depresion-evidencias-geneticas-13059415
- https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/anxiety/symptoms-causes/syc-20350961
- https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/estres-y-ansiedad#cuando-consultar-al-medico
- https://psicologiaymente.com/clinica/diferencias-estres-ansiedad
- https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/estres-y-ansiedad#cuando-consultar-al-medico
-

Pensamientos de muerte o suicidio

Como veremos en mi historia personal, los pensamientos de muerte o de suicidio aparecen de forma espontánea, no son racionales, son derivados de la enfermedad o de los propios medicamentos.

Surgen como te surge un día ir de compras, llamar a un amigo, ponerte con un hobby, simplemente surgen.

La primera vez que aparece la idea de suicidio desconcierta, e incluso puede dar miedo, pues es una idea que puede llegar a tener mucha intensidad. Pasado el desconcierto inicial, lo que trae es alivio, una sensación de que puedes volver a coger el control de tu propia vida y puedes quedarte en paz cuando tu quieras. Sientes alivio, paz y hasta confort.

Esta idea inicial va repitiéndose aleatoriamente en los siguientes días. No sabes por qué viene, ni cuándo lo hace, tiene vida propia y simplemente aparece mostrando su cara.

Cuando ya la has tenido unas cuantas veces, cuando estás con los ojos cerrados por la noche para irte a dormir, conscientemente la rememoras para sentir alivio, paz y confort. Esto te deja en paz, tranquilo y te prepara para dormir.

Pasan las semanas y te empiezas a preguntar cómo lo harías) y comienzas a buscar métodos por internet. Al principio sólo ves webs de ayuda al suicida, pero cuando pasas páginas de

Google, ya vas viendo cosas. Es la fase de búsqueda de información. Analizas los pros y contras de cada método y vas cogiendo preferencias en función de doloroso que es, lo efectivo y lo fácil que es ejecutarlo.

En esta fase sólo estás buscando información y coqueteando con la idea de suicidarte, aún estás lejos del suicidio, aunque las siguientes fases pueden pasar muy rápidas. Ese coqueteo con la idea te relaja, te hace sentir bien pues la idea de que tu calvario se puede acabar en cualquier momento es muy reconfortante.

La siguiente fase es racionalizarla y entonces haces lo que yo he llamado la balanza de la vida, en un lado pones todas las cosas buenas que sientes (que es muy distinto a las que tengas) y en el otro lado pones las negativas. Como estás deprimido sientes muy pocas cosas buenas, ni si quiera valoras los padres, los hijos o la pareja. Y la parte mala estará llena de todos aquellos síntomas que tienes debidos a la depresión. Es decir, la balanza se inclina al lado negativo, que es el lado favorable al suicidio.

Cuando se hace esta balanza de la vida hay que tener en cuenta que se hace con un punto de vista distorsionado, gris y sin sensaciones buenas debido a la enfermedad. Es por esto por lo que es muy importante que el enfermo tenga claro que se siente así y ve las cosas así porque tiene una enfermedad, y que la forma de ver las cosas cambiará en cuanto mejore.

El enfermo tiene que tener claro que él piensa así por la depresión, pero que él, ni la vida son así, simplemente su percepción de ellos está distorsionada por la enfermedad. Él no es la depresión, la depresión no le define, él simplemente tiene una enfermedad.

> Deprimido, cuando haces el balance de tu vida, sale favorable a quitarte la vida, no porque sea así, sino porque la enfermedad, la depresión, hace que lo veas así

Una persona sana nunca entenderá las motivaciones de un deprimido pues tienen distintas ópticas de ver el mundo. La persona sana tratará de convencer al enfermo que valore lo que tiene y que valore la vida. Sin embargo, el enfermo ya no valora nada, se ha desidentificado de las cosas y de las personas, no encuentra qué valorar. Es más, no es que no pueda o no quiera valorarlas, simplemente es que no puede, la depresión, la enfermedad se lo impide.

Sin embargo él, sufre, sufre como un cabrón. No puede más con su vida, no puede soportar ni un día más ese sufrimiento. Es agotador.

Por un lado no valora las cosas y por otro sufre como un cabrón, ¿qué sentido tiene vivir la vida?. A mí lo único que me dio sentido es saber que estaba enfermo y que antes o después (estuve 2,5 años deprimido) saldría de la depresión.

El pensamiento suicida va aumentando en frecuencia, hasta que se convierte en el principal pensamiento del día.

Es ahí cuando decides si lo haces o no. Tienes que acallar ese pensamiento que te impulsa a quitarte la vida. La decisión puede ser racional, irracional o desencadenada.

La racional, como la que yo he tomado, racionalmente decides si hacerlo o no. Para evitar ésta, tiene mucho peso aceptar que eres un enfermo, que ves las cosas distorsionadas por la enfermedad y que es algo temporal. Eso me mantuvo a mí en pie un año con estos pensamientos. Otra puede ser ponerse un objetivo como dejar un legado, dejar algo a los

hijos, conseguir algo, etc. Ese objetivo hará que también pospongas la decisión del suicidio y te muevas para conseguir el objetivo y en el camino lo mismo te recuperas. Yo también usé este camino, me propuse escribir dos libros.

Irracional, este se produce cuando te dejas llevar por el pensamiento suicida, este es tan fuerte que no lo puedes controlar, entonces lo haces. Sufres tanto, que estás harto y tienes un impulso irracional a quitarte la vida y simplemente te dejas llevar por el pensamiento y lo haces.

Desencadenado, a un deprimido le puede ocurrir una gran desgracia, y su estado emocional no está preparado para asimilarla, esto puede desencadenar un suicidio de los dos tipos anteriores. Racional, porque la vida se vea todavía peor y pese mucho más el sufrimiento, porque la balanza de la vida esté demasiado inclinada a lo negativo. Irracional, porque ese evento le da la suficiente fuerza al deprimido para ejecutarlo.

Recordad que el 80% de los suicidas manifiestan en algún momento sus intenciones, pero no son tomadas suficientemente en serio como ya hemos visto

Aislamiento social y depresión

En algún momento de nuestras vidas, todos hemos sentido la necesidad de estar solos y nos alejamos un poco de quienes nos rodean. Se trata de algo totalmente normal. Sin embargo, cuando este aislamiento es indefinido y la persona deja de mantener todo tipo relación con el resto de su entorno, la situación debe ser vista con atención. Estamos ante un problema de aislamiento social.

El aislamiento social, también conocido como “social withdrawal”, se presenta cuando una persona se aleja totalmente de su entorno de manera involuntaria aunque pueda pensarse lo contrario. Esta condición se da en personas de todas la edades.

Durante y después de una depresión, es muy común irse aislando de los amigos, familia e incluso pareja, si se tienen. Es un proceso de separación e incomunicación que ocurre a menudo por no querer hacer daño a nuestros seres queridos ni querer cargarlos con nuestros problemas y dificultades. También, otras veces, influyen la falta de ganas de relacionarse al igual que faltan ganas en muchas otras áreas vitales y la tendencia al abandono de uno mismo. La falta de comprensión hacia la enfermedad de uno mismo y de los demás hacia nosotros, el desconocimiento, los prejuicios y el estigma son agravantes de esta situación tan dura y amenazadora para muchos.

Las personas son seres sociales por naturaleza y necesitan de la interacción con otras personas para su desarrollo vital y su bienestar personal. Si las relaciones interpersonales dejan de ocurrir, tanto paulatinamente como abruptamente, la persona empeora o enferma, y si a esto se le suma la depresión, más la falta de apoyo de los demás por estar aislados (voluntaria o involuntariamente), el sufrimiento se multiplica exponencialmente.

Esta exclusión de la sociedad puede acabar siendo prácticamente total, quedando la persona enferma totalmente sola y desamparada o sintiéndose de esta forma (y por lo tanto comportándose conforme a ella) aún estando con seres queridos y profesionales de la salud.

Al final de esta espiral de soledad y abandono, las relaciones con otras personas son escasas o casi nulas, siendo las meramente básicas para sobrevivir, pero no las suficientes para vivir plenamente ni para recuperarse de dicha enfermedad.

Las personas que pasan por este doloroso y complejo proceso de aislamiento o exclusión social, no quieren, en su mayoría, estar ni sentirse solas aunque al principio puedan haberse sentido cómodas o seguras en esa soledad indudablemente tóxica.

Diversos estudios que se han realizado indican que las personas que viven el aislamiento social suelen tener problemas de aprendizaje, la atención y en la toma de decisiones.

Esto se debe a que cuando no nos relacionamos con nuestro entorno, nuestro cerebro no recibe los estímulos adecuados y no trabaja de la forma adecuada. Por este motivo, las personas que viven en aislamiento social pueden parecer un poco torpes o lentos al momento de tomar decisiones.

¿Cómo salir del aislamiento?

Estando dispuestos a afrontar y a cambiar nuestra conducta para con nuestro entorno, estando dispuestos a salir de la falsa comodidad y seguridad que puede dar la soledad, no dejando que el aislamiento se apodere de nuestras vidas, no abandonándonos a nosotros mismos ni dejando de lado a nuestras personas queridas, de cuidado o de referencia.

Un cambio de actitud que es necesario: abrirse a los demás, comunicar sin miedo cómo nos sentimos o cómo estamos, cómo queremos que se nos trate, etc.

Pero para que este cambio se pueda dar, el deprimido tiene que encontrarse un poco mejor. Si está grave, no podrá hacerlo y si le obligamos a que lo haga sólo le haremos daño como hemos ido viendo anteriormente.

Para salir del aislamiento social es básico que te abras a nuevas experiencias, que aprendas a salir de tu zona de confort y que te pongas en situaciones nuevas. Indaga en ti y busca nuevas experiencias que te “obliguen” a salir de casa y interaccionar con otras personas. Los primeros pasos puede que sean los que más te cuesten, pero poco a poco irás notando más soltura.

Puede que en un principio no tengas ganas y te resulte muy difícil. Sin embargo, te darás cuenta de lo bien que te sientes al salir de esa zona en la que te sientes tan cómodo, aunque en realidad no sea así del todo. Pues la depresión y la baja autoestima te hacen sentir mal. Sin darte cuenta, irás saliendo de un círculo vicioso en el que has ido entrando casi sin darte cuenta. A pesar de que en ocasiones querrás estar solo, pero comenzarás a valorar la compañía y te gustará salir de vez en cuando.

¿Cómo se vive el aislamiento social?

La depresión trae consigo que no apetezca socializar. La anhedonia, la abulia, la ansiedad y la tristeza, todas ellas traen consigo rechazar socializar y te llevan al aislamiencto social.

Cuando estás deprimido, no te apetece estar con gente, en vez de ser algo divertido como antes, pasa a ser una carga que puede ser hasta insoportable.

Cuando se atiende un compromiso social, el deprimido hablas poco, no hay interés por las conversaciones e incluso se dejas de atender a las mismas. Desde el momento que llegsa hasta el que tes vas sólo puedes pensar en cuándo te irás para estar tranquilo en casa.

El tiempo que estás en el compromiso social se te hace eterno, ya que sólo estás deseando irte. Estos compromisos se pueden convertir en insoportables y pueden hacer que te pases todo el compromiso social sufriendo porque no te puedes ir, que es lo único que quieres.

Además, en estos compromisos hay que poner buena cara e intentar sonreír. Hacer esto es una labor titánica porque te sientes mal, que consume muchas energías físicas y psicológicas para alguien que está deprimido. En un evento social, te ves obligado a dar una cara agradable, pues si no lo haces las cosas son peores, pues te fríen a preguntas.

Si las personas no son muy cercanas y no saben de tu depresión, haces todo lo posible para ocultar la depresión, ya tienes bastante mierda encima como para andar removiéndola y aireándola.

Cuando las personas son cercanas y saben de la depresión, siempre te preguntan cómo vas. Cuando quieres ser sincero cuentas con poco detalle tu estado, de forma que no puedan meterse en profundidad en el mismo, quieres salir del paso lo más rápidamente posible.

Si no quieres contar tu estado aprendes a fingir y simplemente dices que estás igual o que estás un poco mejor. Con esto, sin entrar en detalles, la conversación se termina pronto.

Es decir que aprendes a fingir tu estado de ánimo tratando de poner buena cara y contestando de forma vaga y superficial a las preguntas que te hacen.

Fingir puede llevar al engaño incluso a las personas más cercanas. Cuando yo estaba teniendo los pensamientos de suicidio, mi novia, con la cual convivía, pensaba que estaba mejor. Tanto la engañé que rompimos y me dejó irme a la sierra donde estaría yo sólo. Si ella hubiera sospechado la mitad de lo que me pasaba por la cabeza, ni de coña hubiera roto, y menos todavía me dejaría quedarme sólo sin que nadie me vigilase para que no hiciera tonterías.

Referencias aislamiento social y depresión

- https://www.fundacionmanantial.org/enfermedad-mental-y-aislamiento-social/
- https://lamenteesmaravillosa.com/el-aislamiento-social/
-

Adiciones y depresión

Existen en los últimos años múltiples estudios que analizan la relación entre el estado depresivo y el consumo de sustancias, donde se evidencia que las personas depresivas tienden al consumo de sustancias como medio paliativo del estado anímico. Igualmente, también es común que personas con trastorno por uso de sustancias padezcan depresión como patología asociada.

La presencia de trastornos del estado de ánimo, sobre todo de los trastornos depresivos, asociados al consumo de sustancias psicoactivas se ha visto multiplicado en los últimos 10 años, siendo mayor la prevalencia entre la población masculina (47%) que en la femenina (26%), observando igualmente una mayor tasa de suicidios e ideas autolíticas entre los adictos con depresión.

El diagnóstico apropiado empieza con un historial preciso. Un elemento crítico es determinante para la condición psiquiátrica inicial o primaria: ¿Qué fue primero, la depresión o el uso de drogas?

Es importantísimo realizar un informe preciso de la secuencia de los síntomas para separar los síntomas de una depresión subyacente de los síntomas causados por alcohol o drogas específicas.

A la hora de realizar un tratamiento, es importante saber encontrar la diferencia entre un estado depresivo normal y uno relacionado con el consumo de sustancias. Así, un sujeto depresivo normal, que no presenta signos de adicción, suele sufrir elevadas dificultades para disfrutar, aspecto que les lleva a un estado de desmotivación, que permanece de manera constante. Sumado a ello, existe una pérdida o ausencia de interés por las actividades anteriormente placenteras, y aumento de la capacidad de fatiga. El adicto depresivo, por el contrario, muestra incapacidad para sentir placer derivado de la nostalgia de los efectos agradables de la sustancia.

En el plano biológico, se ha de tener en cuenta que las drogas y el alcohol interfieren en la química del cuerpo humano, impidiendo que el organismo no tenga de manera natural, sino solo bajo los efectos de la sustancia, la capacidad para sentir placer. De esta forma, el adicto siente erróneamente que la vida resulta displacentera si no vuelve al consumo.

El consumo llega a un punto en que se convierte en un método de evasión de todas estas problemáticas. Así, cuando se abandona el consumo de sustancias, el sujeto ha de enfrentarse a toda esta realidad, generando entonces un sentimiento de desesperanza por todos los acontecimientos acaecidos.

Teniendo estos factores en cuenta, el tratamiento ha de estar enfocado a la base sobre la que se fundamenta el estado depresivo, con el fin de obtener así los mejores resultados y evitar la recaída, tanto en la depresión como en el consumo de sustancias. En ambos casos, la terapia cognitivo-conductual, conjunta con la terapia farmacológica, ha mostrado elevados datos de efectividad.

No obstante, en el caso de las personas adictas se ha de tener en cuenta la inhabilidad social. Mientras que las personas no adictas son más equilibradas y logran un mayor control de sí mismos cuando están frente a estímulos estresantes, las personas con trastornos adictivos presentan mayor dificultad para manejarse con la complejidad de la vida cotidiana que, conjuntamente con la dificultad en el manejo de recursos internos, puede desembocar en rápidas recaídas en el consumo por querer recuperar el placer derivado del mismo.

Es por ello por lo que en el tratamiento de los trastornos adictivos se incluye el desarrollo y reforzamiento de habilidades sociales tales como el control de impulsos o el manejo de los conflictos, aspectos de especial relevancia y valorados como altos factores de riesgo de recaída.

En conclusión, la depresión no debe ser motivo de inicio del consumo de sustancias, pues estas no suponen una solución al estado de ánimo decaído. A mí me encanta una frase que me dijo un amigo mío, si tratas de solucionar un problema A con alcohol o drogas (problema B) pasas de tener un problema único (A) a tener dos problemas (A y B). Él es exconsumidor de crack y sabe de lo que habla.

Igualmente, es extremadamente difícil el abandono de la adicción sin una intervención adecuada que analice adecuadamente la sintomatología depresiva. Es de especial relevancia la asistencia y ayuda terapéutica adecuada a la sintomatología particular.

Tanto en el caso de la depresión como en el de las adicciones, el reconocimiento de la enfermedad y solicitud de ayuda se hacen más esquivos aún, pues en la depresión el paciente está desmotivado y muchas veces ve con futilidad cualquier intento de ayuda por parte de un médico con sus problemas.

En el caso de las adicciones esto es más intenso aún, pues entran a jugar mecanismos psicológicos de negación del problema o enfermedad y la minimización del daño personal o hacia terceros que esto implica, ergo "no tengo un problema de que tratarme…".

Así entonces en estos tipos de enfermedades la pesquisa dirigida tanto clínicamente como también a través de instrumentos va dirigida a cerrar esta brecha en el proceso de ayudar a un paciente a recobrar su salud mental o general.

Alcohol y depresión

El alcohol es la segunda sustancia psicotrópica más usada en el mundo después de la cafeína y el tercer factor de riesgo para muerte prematura y discapacidad. Se considera el uso abusivo de alcohol como un problema de salud pública mundial en que los trastornos relacionados con el alcohol tienden a cronificarse, tienen impacto personal, laboral, familiar, económico y social.

Además de relacionarse con varias enfermedades médicas graves, se vincula con otros trastornos mentales, violencia y accidentes de tráfico.

La alta incidencia familiar de alcoholismo y depresión, sugiere una tendencia genética común para ambas condiciones. En términos generales, los hombres duplican a las mujeres en su problema asociado al uso de bebidas alcohólicas.

Existen personas que comienzan con el consumo y abuso del alcohol debido a un cuadro depresivo. El alcohol les libera del sufrimiento y de la tristeza que les produce la depresión. El alcohol puede parecer que mejora el estado de ánimo a corto plazo, pero su efecto general aumenta los síntomas de la depresión y la ansiedad.

Cuando la depresión antecede al alcoholismo, la persona busca en el alcohol un alivio de los síntomas depresivos. El alcohol es un relajante e inhibidor que puede permitir a la persona desconectar temporalmente de sensaciones y pensamientos negativos, que, en las personas depresivas, se mantienen activos todo el día. El problema es que el alcohol es un potente depresor y, además, altera el funcionamiento de los fármacos antidepresivos, por lo que la depresión puede empeorar rápidamente.

Actúa sobre receptores del sistema nervioso, por ello está relacionado con las emociones. En dosis pequeñas desinhibe, disminuye la ansiedad, aumentando la frecuencia cardíaca y respiratoria como en un estado de excitación. Con dosis mayores funciona como un depresor. Disminuyendo el nivel de conciencia, la coordinación motora y la respiración y frecuencia cardíaca.

No sólo no combate la depresión, sino que, tras aliviar ligeramente alterando el estado consciente, por sus propiedades depresoras, la agrava. Provocando el incremento de los sentimientos de culpa y desequilibrio. Y disminuye la propia valía, por verse a uno mismo sin control, abandonando las obligaciones sociales, laborales y/o académicas.

El alcohol es una molécula DUAL, al principio produce un aumento o mejora del estado de ánimo, pero a largo plazo provoca estado de ánimo bajo, falta de energía, etc. El problema es

que después de un abuso de alcohol durante semanas, comienza a haber un déficit serotoninérgico, provocando un estado de ánimo depresivo, irritable y ansioso, que solo mejora cuando el paciente vuelve a consumir alcohol. Asimismo, el alcohol, también ayuda a conciliar el sueño, si bien la calidad del sueño es bastante peor que estando abstinente.

También hay que resaltar que los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina ISRS no van a funcionar de manera correcta, y van a perder concentración plasmática en sangre si el paciente está consumiendo alcohol con regularidad, esto quiere decir que los medicamentos que nos están recetando para tratar la depresión si tomamos alcohol prácticamente no harán efecto. Es muy frecuente observar que tras una desintoxicación enólica junto con un tratamiento de deshabituación mejora de manera rápida el estado de ánimo del paciente.

Los efectos secundarios pueden empeorar si también tomas otro medicamento. Muchos medicamentos pueden causar problemas si se toman con alcohol, entre ellos, los medicamentos contra la ansiedad, los medicamentos para dormir y los analgésicos. Los efectos secundarios pueden empeorar si bebes alcohol y tomas uno de estos medicamentos junto con un antidepresivo.

Puede haber alteraciones en tu estado de alerta y tus pensamientos. La combinación de antidepresivos y alcohol afectará tu criterio, tu coordinación, tus habilidades motoras y tu tiempo de reacción en mayor grado que si solo tomas alcohol. Algunas combinaciones pueden darte sueño. Esto puede alterar tu capacidad de conducir o de hacer otras tareas que requieran concentración y atención.

Puedes sentirte sedado o somnoliento. Algunos antidepresivos, al igual que el alcohol, causan sedación y somnolencia. Si se toman juntos, el efecto puede intensificarse.

Por otro lado, como vimos en las adiciones, personas alcohólicas tienen a generar cuadros depresivos provocados por el propio alcohol.

Alcohol y depresión son un círculo vicioso. El verdadero problema estriba en la relación concomitante del alcohol y la depresión, al beber alcohol con depresión, el sistema nervioso central es víctima de los efectos depresores de esta sustancia, lo que retroalimenta el malestar de la depresión y esto alienta el consumo de alcohol. De esta forma, se cierra el círculo del que es difícil salir.

¿Cómo se vive dependiendo del alcohol?

Cuando tenía mi empresa, antes de la depresión, tomaba demasiado alcohol porque era la única cosa que me ayudaba a aliviar el estrés y la ansiedad que producía la empresa.

Fui al psiquiatra, y ante los graves problemas que tenía y cómo de maduro veía las cosas me confesó que él no podía ayudarme y me derivó a un psiquiatra. El psiquiatra me recetó ansiolíticos, pero mi ansiedad era tal que ansiolíticos no me hacían efecto, sólo el alcohol la conseguía mitigar mi ansiedad.

Sabía que no era bueno, pero si no me podía escapar de mi situación (era el principal accionista y director general de una empresa en riesgo de quiebra) y mi mente no era capaz de gestionarlo, ¿qué podía hacer yo?.

Esto no es una justificación, es lo que a mí me pasó, por eso en este libro contaré la evolución de mi depresión, junto con la evolución de mi empresa, Evolufarma.

Al principio eran una o dos copas al llegar la noche, pero con el tiempo se convirtió en costumbre y comía con vino (media botella) y al llegar a casa ya me tomaba 3-4 copas que me dejaban embriagado. Así pude aguantar la presión que me provocaba mi empresa y así conseguía gestionar el estrés y la ansiedad, que los ansiolíticos recetados por el psiquiatra a penas me hacían nada.

Cuando comenzó la depresión, tenía mucha tristeza, mucha ansiedad y sufría muchísimo. Los medicamentos no parecían hacerme nada, y pasaba el tiempo sin mejorar. Entonces volví a beber a pesar de que sabía que no debía hacerlo por estar tomando la medicación y por no ser sano. Pero cuando bebía, en especial en cantidades, todos los malestares tendían a desaparecer, es decir, que ahogaba mis penas en alcohol.

Rápidamente llegué a tomarme más de media botella de whiskey o de ginebra al día, y la gente como mi novia me lo empezó a notar. Me pedían que lo dejase, que no era bueno para la depresión, que anulaba el efecto de los medicamentos y que era un depresor que haría que estuviera peor.

Sin embargo, yo me sentía bien cuando bebía, era el único momento donde la tristeza, la ansiedad y el sufrimiento desaparecían. Además era la única cosa que me producía una sensación placentera. Me había ya metido en el círculo vicioso del alcohol.

Luego mi depresión evolucionó y dejé de tener tristeza y ansiedad y pasé a tener anhedonia. Cuando bebía, era el único momento del día que sentía cierto placer, es más cuando me embriagaba estaba casi hasta feliz.

Luego vinieron las ganas de suicidio, y aquí sí creo que el alcohol hizo algo positivo. Cuando mi principal pensamiento del día era el suicidio, cuando bebía ese pensamiento se iba y estaba en paz. Era como si me evadiera de mis problemas.

No podía salir del círculo negativo de alcohol y depresión. Por un lado la depresión me pedía alcohol para aguantar mi sufrimiento y el alcohol me pedía más alcohol por ser una droga legal. Por otro, el propio alcohol hacía que los medicamentos hicieran menos efectos (que de por sí no me hacían efecto por tener una depresión resistente) y a largo plazo mantenía la depresión.

Sólo cuando empecé a sentirme mejor y desapareció la abulia y empecé a tener voluntad, pude tomar la decisión de dejarlo y lo hice sin ningún tipo de problemas. Ahora cuando salgo bebo cerveza sin alcohol y en alguna comida especial con gente algo de vino.

Referencias de Adiciones y depresión

- https://www.ctvtietar.com/blog/la-depresion-y-las-adicciones
- https://www.elsevier.es/pt-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-adicciones-depresion-salud-del-hombre-S0716864014700148
- https://controlclinic.es/cual-es-la-relacion-entre-alcohol-y-depresion/

Tratamiento de la depresión

El tratamiento contra la depresión es de dos tipos: farmacológico y psicoterapia.

Dependiendo del problema puede ser necesario uno u otro, o una combinación de los dos. Cuando los casos son graves existe otro tipo: la terapia electroconvulsiva. El tratamiento ideal de la depresión dependerá de las características específicas del subtipo de depresión y será, como siempre, personalizado, por lo que es fundamental una adecuada relación médico-paciente. En general, el tratamiento farmacológico es necesario.

En una primera fase se medica de forma intensa al enfermo para conseguir que los síntomas desaparezcan y se pueda iniciar la recuperación del enfermo. En una segunda fase se suministran fármacos para impedir la manifestación de la enfermedad.

Tratamiento farmacológico con antidepresivos: Los antidepresivos se utilizan para corregir desequilibrios en los niveles de las sustancias químicas del cerebro, especialmente la serotonina, un químico cerebral que transmite mensajes en el área del cerebro que controla las emociones, la temperatura corporal, el apetito, los niveles hormonales el sueño y la presión sanguínea. Los antidepresivos actúan incrementando los niveles de serotonina en las células del cerebro.

Cada clase de antidepresivos lo hace de una forma distinta. No suelen provocar dependencia. Normalmente tienen efecto entre tres y seis semanas después de iniciar el tratamiento. Si no se han producido avances en este tiempo, el médico suele optar por cambiar el tratamiento, añadiendo más dosis u optando por otro antidepresivo. Entre sus efectos secundarios más comunes se encuentran el insomnio, nerviosismo, disfunción sexual, nauseas, mareos o aumento de peso.

Psicoterapia: Según la European Association for Psychotherapy (EAP), la psicoterapia podría definirse como un tratamiento o intervención terapéutica integral, deliberada y planificada, basada en una formación amplia y específica en alteraciones del comportamiento, enfermedades o necesidades más amplias de desarrollo personal, relacionadas con causas y factores psicosociales y psicosomáticos.

Volvamos a explicar el tratamiento de la depresión con la analogía de un ordenador. El ordenador tiene un hardware, que en el caso de la depresión es el cerebro, la parte física, que está influenciado por los genes, las hormonas y cómo se haya cuidado al cerebro. Cuando el hardware del ordenador falla llevamos el ordenador a reparar. En el caso del cerebro, quien se encarga de cuidar el harware (el cerebro), es el psiquiatra.

Un ordenador también tiene software, que es lo que le instalamos en él, que en el caso del cerebro sería el equivalente a la personalidad, cómo se toma uno las cosas, etc. Cuando el software de un ordenador no funciona se reinstala el programa o se le pasa un antivirus. En el caso de la depresión quién actúa es el psicólogo.

Luego están los elementos ambientales, si el ordenador está expuesto a la luz, si está en una habitación con alta temperatura, el uso que le demos que lo puede recalentar, etc. En la parte de la depresión son los factores ambientales y vivencias que tiene el enfermo.

En las depresiones, según sean problemas de hardware, software o mixtos, iremos al psiquiatra, al psicólogo o a los dos.

Medicamentos para la depresión

El tratamiento Farmacológico de la Depresión se divide en dos grandes grupos:

Antidepresivos

Regulan la base neurobiológica de la depresión, equilibrando la neurotransmisión afectada

Existen los siguientes subgrupos:

- **Tricíclicos**: Llamados así porque su estructura química consiste en tres anillos. Los más utlizados son la clomipramina, imipramina, amitriptilina y nortriptilina.
- **Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS):** Son los más utilizados y populares, debido a que esta familia forma parte la fluoxetina, el popular Prozac. Otros ISRS son: citalopram, escitalopram, fluvoxamina, paroxetina, sertralina.
- **Duales**: Actúan incrementando la dopamina y la noradrenalina (bupropion), o bien la noradrenalina y la serotonina (venlafaxina y duloxetina y mirtazapina).
- **Melatoninérgico:** Actúa sobre la melatonina; es el caso de la agomelatina.
- **IMAOs**: Inactivan un enzima que destruye los neurotransmisores. Sus interacciones con ciertos alimentos así como sus efectos secundarios, han disminuido su utilización.

Efectos secundarios de los antidepresivos

Los antidepresivos no producen tolerancia ni dependencia. Por tanto, las personas que toman antidepresivos no se acostumbran con el tiempo a su efecto (tolerancia), ni pierde eficacia conforme pasa el tiempo. Los antidepresivos no producen dependencia tampoco. Es decir, no por tomar empezar a tomar antidepresivos, va a ser necesario seguir tomándolos.

Muchas personas tienen miedo de empezar a tomar antidepresivos porque les han dicho que una vez que empiezas no puedes parar. Esta afirmación es falsa. Las personas que toman antidepresivos lo hacen porque lo necesitan. El tiempo que van a tomar el antidepresivo va a ser el que necesiten.

Hay personas que podrán estar tomando el antidepresivo menos de un año, mientras que otras necesitarán años de tratamiento. Esta diferencia en la duración del tratamiento depende del número de episodios depresivos, gravedad y duración de los episodios, tiempo de recuperación y antecedentes familiares de depresión. En cualquier caso, sería una decisión del médico consensuada con el paciente.

Las personas que se encuentran mal cuando dejan de tomar el antidepresivo puede ser por dos motivos principales. La diferencia va a estar en el tiempo que pasa desde que suspenden el antidepresivo hasta que empiezan a encontrarse mal. Si pasan dos o tres días, lo más probable es que sea un síndrome de retirada. Si el malestar aparece pasadas dos semanas de haber retirado el antidepresivo, es posible que sea una recaída.

“Ante una recaída depresiva hay que actuar de inmediato.”

En el caso de que se trate de una recaída es fundamental acudir con urgencia al psiquiatra para que vuelva a ajustar el medicamento, seguramente reintroduciendo el antidepresivo. En el caso de un síndrome de retirada, la situación es menos grave. La solución para el síndrome de retirada es suspender gradualmente la medicación, muy lentamente.

Los antidepresivos que se usan en la actualidad tienen, en general, muy pocos efectos secundarios. De hecho, afortunadamente, gran parte de los efectos secundarios aparecen solamente en los primeros días de tratamiento. Estos efectos adversos iniciales son: náuseas, dolor de cabeza, molestias gastrointestinales, mareos, inquietud, insomnio o cansancio. Viéndolos en una lista parecen muchos, pero la realidad es que la mayoría de las personas no tiene ninguno de estos síntomas y, quien los tiene, son uno o dos. Estos efectos adversos estarían en el rango de la molestia, ya que raramente son causa de abandono o suspensión del tratamiento. Es muy importante que el médico advierta a sus pacientes que estos efectos adversos pueden aparecer.

Los antidepresivos no suelen dar sueño ni producir atontamiento, al contrario de lo que la mayoría de las personas cree. Esta creencia se debe a la confusión existente entre los antidepresivos y las benzodiacepinas. Las benzodiacepinas sí producen sueño y atontamiento (además de calmar la ansiedad), pero no mejoran el estado de ánimo. Es frecuente que las benzodiacepinas y los antidepresivos se prescriban juntos y sea difícil diferenciar el efecto de uno y de otro.

Los efectos adversos de los antidepresivos a medio plazo tampoco suelen ser muy problemáticos en la mayoría de los casos. Puede producir cambios en el apetito con ganancia o pérdida de peso. La pérdida de peso suele ser un efecto deseable y buscado en personas que, por la ansiedad, tuvieron un descontrol en las ingestas y había ganado peso. Mientras que, la ganancia de peso suele un efecto indeseable que se debe vigilar y poner remedio (con dieta y ejercicio). En cualquier caso, la ganancia de peso con los antidepresivos es raro que supere los 5 Kg, salvo con Mirtazapina.

Un efecto secundario de los antidepresivos que sí se suele mantener a medio y largo plazo es la disminución en la función sexual. Este efecto se ve reflejado en una disminución de la líbido sexual, un retraso en la eyaculación y una dificultad para llegar al orgasmo. Algunos antidepresivos afectan más a la función sexual y otros, menos.

Líbido y disfunción eréctil

Los efectos secundarios sexuales de los antidepresivos son frecuentes en hombres y en mujeres, de manera que su inquietud es entendible. Los efectos en tu función sexual pueden incluir los siguientes:

- Alteración del deseo sexual
- Disfunción eréctil
- Problemas con el orgasmo
- Problemas de excitación, comodidad y satisfacción

La intensidad de los efectos secundarios sexuales dependen de la persona, así como del tipo y la dosis específicos del antidepresivo. Para algunas personas, los efectos secundarios sexuales no son importantes o van aliviándose a medida que sus cuerpos se adaptan al medicamento; para otras, en cambio, los efectos secundarios sexuales continúan siendo un problema.

Para la disfunción eréctil tenemos los siguientes medicamentos:

Sildenafilo (Viagra). Este medicamento es más eficaz cuando se toma con el estómago vacío una hora antes de mantener relaciones sexuales. Es eficaz durante cuatro a cinco horas o más si tienes disfunción eréctil leve a moderada.

- Vardenafilo (Levitra, Staxyn). Este medicamento también es más eficaz cuando se toma una hora antes de mantener relaciones sexuales y puede tomarse con o sin comida. Una comida con alto contenido de grasa podría evitar que se absorba rápidamente.
- El vardenafilo es eficaz durante cuatro a cinco horas o más si tienes disfunción eréctil leve a moderada. Una forma más nueva del medicamento que se disuelve en la lengua podría funcionar más rápido que la pastilla que se traga.
- Tadalafilo (Cialis). Este medicamento se toma con o sin comida aproximadamente una o dos horas antes de mantener relaciones sexuales. Es eficaz durante un máximo de 36 horas. Se puede tomar en una pequeña dosis diaria o en una dosis más grande según sea necesario.
- Avanafilo (Stendra). Este medicamento se toma con o sin comida 30 minutos antes de mantener relaciones sexuales, dependiendo de la dosis. Dura hasta seis horas.

Eutimizantes

La eutimia es el estado de ánimo correcto. Estos fármacos estabilizan el humor y previenen las recaídas en el Trastorno bipolar, si bien pueden tener otras acciones terapéuticas. Entre ellos destaca el litio, que es el más utilizado. Debe ser controlado mediante análisis regulares.

Otros medicamentos

En la depresión hay dos medicamentos que se suelen usar, son los ansiolíticos y los medicamentos para el sueño. También se pueden recetar medicamentos que ayuden a llevar los efectos secundarios de los antidepresivos.

Ansiolíticos

Ya hemos visto que la ansiedad es uno de los síntomas de la depresión, así como una de sus causas. Para combatirla se usan los ansiolíticos.

Los fármacos de prescripción que se utilizan para tratar la ansiedad (ansiolíticos) pueden causar dependencia. Estos fármacos son: benzodiazepinas (como diazepam y lorazepam), barbitúricos y otros. Cada uno funciona de modo diferente, y cada uno tiene un potencial de dependencia y de tolerancia diferentes.

Las benzodiacepinas, el grupo de fármacos al que pertenecen los ansiolíticos, actúan directamente en el cerebro y consiguen que el paso de información entre las neuronas sea más lento.

Lo hacen aumentando la acción de un neurotransmisor llamado GABA, que les dice a las neuronas que vayan más lentas.

Por ello, tienen **importantes efectos secundarios de los ansiolíticos**:

- **Pueden "enganchar".** Uno de los principales problemas de tomar ansiolíticos es la dependencia que pueden generar. Si se dejan de golpe pueden provocar síndrome de

abstinencia, con síntomas como cefaleas o nerviosismo. Por ello, el médico no los receta a la ligera y, si cuando te los prescriba, es básico que sigas las recomendaciones al pie de la letra y que no los tomes más tiempo del que te recomienden.

- **Crean tolerancia.** Es decir, con el tiempo, su eficacia es menor con una misma dosis. Ocurre si se toman más tiempo del previsto. . No hay que tomarlos por tiempo indefinido ni improvisar las dosis
- **Te pueden "debilitar".** Somnolencia, dificultad para concentrarse, reducción del estado de alerta, mareos y debilidad muscular son otros de los posibles efectos secundarios de los ansiolíticos. Por ello, si tu médico te aconseja tomarlos, es mejor que no conduzcas mientras lo haces, sobre todo durante los primeros días, que son claves para valorar en qué medida te afectan.

Somníferos

Uno de los síntomas frecuentes de la depresión es el insomnio. Para combatirlo se recetan somníferos.

Los fármacos somníferos e hipnóticos son drogas psicotrópicas psicoactivas que inducen somnolencia y sueño.

Los hipnóticos deben utilizarse siempre por recomendación y prescripción médica, empleándolos estrictamente durante el tiempo que el médico indique, para evitar los fenómenos de dependencia y tolerancia. Lo mejor para el tratamiento del insomnio es el enfoque multidisciplinario, basado no solo en medicamentos, sino en otras medidas terapéuticas, como buenos hábitos de sueño, patrones de preparación para el sueño, medidas de relajación, ejercicios, terapia psicológica, etc

Efectos secundarios

- Mareos o aturdimiento, que pueden causar caídas
- Dolor de cabeza
- Problemas gastrointestinales, como diarrea y náuseas
- Somnolencia prolongada, más aún con medicamentos que lo ayudan a permanecer dormido
- Reacción alérgica grave
- Comportamientos relacionados con el sueño, como conducir o comer cuando no estás completamente despierto
- Problemas de memoria y rendimiento durante el día

Psicoterapia y depresión

El tratamiento psicoterapéutico implica un esfuerzo personal y emocional por parte del paciente, ya que la frecuencia óptima de sesiones es cada una o dos semanas y le removerá por dentro. El paciente debe reservar tiempo para las sesiones, para el desplazamiento y para reflexionar entre las entrevistas. El esfuerzo también es económico, ya que hay que sufragar los honorarios del profesional. Sin embargo, el crecimiento personal que se puede lograr en una psicoterapia puede ser muy gratificante y es una forma magnífica de invertir nuestros ahorros en salud y bienestar.

La psicoterapia es una técnica que puede ayudar a muchas personas a sentirse mejor consigo mismas y a lograr un crecimiento personal. En concreto, en las personas con depresión, la psicoterapia puede:

- mejorar los síntomas depresivos
- ayudar a comprender el origen de la depresión
- analizar los factores que han contribuido a producir ese malestar
- comprender el significado de los síntomas, si se encuentra
- modificar actitudes y patrones de comportamiento para prevenir nuevos episodios depresivos

La psicoterapia, sola o combinada con fármacos, han demostrado su eficacia en la depresión, tanto para el tratamiento como para prevenir recaídas. Las más utilizadas son:

- **Terapia interpersonal**: Se centra sobre todo en las dificultades de las relaciones interpersonales a fin de mejorar la comunicación, de incrementar los intereses sociales y restablecer la autoestima.
- **Terapia cognitiva**: Destinada a modificar los pensamientos, creencias y actitudes negativas que acompañan a la depresión.
- **Activación conductual**: Su objetivo fundamental es la movilización del paciente a fin de incrementar las experiencias gratificantes.

Las desventajas de la psicoterapia:

- La psicoterapia es una modalidad de tratamiento que, en manos inexpertas, puede ocasionar daño. Un profesional de la salud mental experto va a ser muy cuidadoso y se va a asegurar que la terapia no dañe a la persona.
- Un tratamiento psicoterapéutico implica poner en juego recuerdos, miedos, vergüenzas o culpas, que pueden ser dolorosos. Una terapia muy intensa puede desbordar emocionalmente al paciente, mientras que una terapia demasiado superficial no surte efecto. Cada persona tiene su ritmo y el psicoterapeuta, psiquiatra o psicólogo, tiene que saber adaptarse.
- Tiempo y dinero

Terapia electroconvulsiva (TEC) y depresión

La terapia electroconvulsiva (TEC) es un procedimiento que se lleva a cabo con anestesia general y que consiste en pasar pequeñas corrientes eléctricas a través del cerebro, para desencadenar una convulsión breve de manera intencional. La terapia electroconvulsiva al parecer provoca cambios en la neuroquímica cerebral que pueden revertir rápidamente los síntomas de algunas enfermedades mentales.

La terapia electroconvulsiva suele funcionar cuando otros tratamientos no han sido exitosos y cuando se completa todo el tratamiento, pero puede no funcionar para todas las personas

Gran parte del estigma asociado con la terapia electroconvulsiva se basa en los tratamientos iniciales en los que se administraban dosis altas de electricidad sin anestesia, lo cual causaba pérdida de la memoria, fracturas de huesos y otros efectos secundarios graves.

La terapia electroconvulsiva en la actualidad es mucho más segura. Si bien la terapia electroconvulsiva sigue causando algunos efectos secundarios, actualmente utiliza corrientes

eléctricas administradas en un contexto controlado para lograr el mayor beneficio con los menores riesgos posibles.

Por qué se realiza el TEC en la depresión

La terapia electroconvulsiva puede ofrecer mejorías rápidas y considerables de los síntomas graves de varios trastornos de salud mental. **La terapia electroconvulsiva se utiliza para tratar lo siguiente:**

- **Depresión grave,** particularmente cuando está acompañada por una desconexión con la realidad (psicosis), deseo de suicidarse o rehusarse a comer.
- **Depresión resistente al tratamiento**, una depresión grave que no mejora con los medicamentos u otros tratamientos.
- **Manía grave,** estado de euforia intensa, agitación o hiperactividad que ocurre como parte del trastorno bipolar. Otros signos de manía son el deterioro en la capacidad de toma de decisiones, el comportamiento impulsivo o riesgoso, el abuso de sustancias y la psicosis.
- **Catatonía**, caracterizada por falta de movimiento, movimientos extraños o rápidos, pobreza del habla y otros síntomas. Se asocia con la esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos determinados. En algunos casos, la catatonía se debe a una enfermedad médica.
- Agitación y agresión en personas con **demencia**, que pueden ser difíciles de tratar y tener un impacto negativo en la calidad de vida.
- La terapia electroconvulsiva puede ser una buena opción de tratamiento cuando no se tolera un medicamento o cuando **otras formas de tratamiento no han sido eficaces**

El TEC puede todavía causar algunos efectos secundarios, como:

- Confusión, que generalmente solo dura por un período breve
- Dolor de cabeza
- Presión arterial baja (hipotensión) o alta (hipertensión). En mi caso sufrí hipotensión.
- Pérdida de la memoria (la pérdida permanente de la memoria después del momento del procedimiento en sí es mucho menos común que en el pasado). Yo he sufrido muy fuerte este efecto secundario
- Dolencias musculares
- Náuseas
- Latidos cardíacos rápidos (taquicardia) u otros problemas cardíacos

Vida saludable

Dentro de la vida saludable he incluido:

- El sueño
- La rutina
- Practicar meditación
- Gestionar el pensamiento negativo o rumiante
- La alimentación

Sueño

El insomnio es el trastorno del sueño más común y presente en nuestra sociedad. Presenta generalmente una dificultad persistente en el inicio o conciliación del sueño, su mantenimiento, la duración y la calidad.

Se trata de un problema muy habitual entre la población, siendo más frecuente en mujeres, ancianos y personas con problemas psicológicos como ansiedad y depresión. En la actualidad, uno de cada cinco españoles padece insomnio transitorio, según la Sociedad española del sueño.

Su persistencia en la persona puede desencadenar importantes problemas psicológicos y altos niveles de incapacitación que pueden afectar en áreas tales como la laboral, académica o social y relacional.

Los principales signos y síntomas del insomnio incluyen:

- Tener dificultad para conciliar el sueño por la noche
- Despertarse frecuentemente durante la noche
- Despertarse muy temprano
- No tener sensación de descanso tras haber dormido
- Padecer somnolencia y cansancio diurnos
- Estar irritable
- Tener dificultades en la atención, concentración, aprendizaje y memoria

Medidas para evitar el insomnio:

- Mantener un horario regular de sueño. Se considera adecuado un sueño nocturno de unas 7-8 horas.
- Evitar la siesta durante el día o disminuir su duración a no más de 20 o 30 minutos. Utilizar un despertador si es necesario.
- Evitar dispositivos móviles antes de acostarse y tenerlos cerca de la mesilla
- Evitar dormir en exceso los fines de semana o en periodos vacacionales.
- Mantener rutinas flexibles a la hora de acostarse y levantarse.
- Evitar cenas copiosas y dejar un espacio de tiempo mínimo de 2 horas desde que se acaba de cenar hasta que se acuesta. Evitar situaciones de estrés y actividad física y mental antes de acostarse.
- No tomar exceso de líquidos y de azúcares por la noche, al igual que evitar el consumo de alcohol, nicotina, cafeína y otros estimulantes a última hora de la tarde y noche.
- El consumo de cannabis u otros tóxicos no favorecen la conciliación y mantenimiento del sueño.
- Tomar un baño o ducha a última hora del día, un vaso de leche templada (el aminoácido L-triptófano que se encuentra en ella tiene importantes propiedades de inducción al sueño) o alguna infusión (tila, valeriana) antes de acostarse.
- Antes de acostarse comprobar que esté cerrado como se desea el gas, la puerta, las luces y las ventanas.
- Utilizar sencillas técnicas de relajación (respiración abdominal, visualización...) facilita la conciliación y el mantenimiento del sueño.
- Las relaciones sexuales realizadas sin agotamiento previo y sin rutina, y si son satisfactorias y gratificantes, favorecen el sueño.

- Realizar actividad física durante el día de manera regular ayuda a mantener un sueño más reparador.
- Realizar una buena higiene bucal antes de acostarse.
- Evitar levantarse, comer o fumar si se despierta por la noche

Actividad Física

La actividad física o practicar un deporte nos ayuda a mejorar nuestro estado de ánimo y autoestima. La actividad física también previene estados de ansiedad y depresión a corto y largo plazo.

Es importante encontrar una rutina de ejercicios o actividad para disfrutar, como caminar, bailar o hacer montañismo o senderismo.

Una actividad de intensidad moderada durante 30-60 minutos entre tres y cinco veces por semana nos podría ayudar a reducir o evitar las crisis potenciales de ansiedad.

La evidencia subraya que el ejercicio aeróbico (correr, nadar, montar en bicicleta, etc.) induce mayores beneficios en la salud mental que el ejercicio basado en la fuerza (anaeróbico)

Beneficios de la actividad física para mejorar la salud mental:

- Mejora la autoestima personal: ponerse en forma física y poder alcanzar metas son dos aspectos suficientemente importantes para mejorar la autoestima.
- Mejora la interacción social: realizar actividad física, tanto al aire libre como en un gimnasio, facilita poder conocer otras personas y compartir espacio con ellas, con lo que se mejora la interacción social, fundamental para tener una salud mental saludable.
- Mejora la capacidad de concentración y memoria: con la actividad física y el deporte en general producimos más células en el hipocampo, que se encargan del aprendizaje y de la memoria.
- Alternativa saludable al consumo de tóxicos: la actividad física favorece la producción de dopamina, neurotransmisor encargado de los circuitos de recompensa. Cuando alguien tiene una adicción, es porque dicha sustancia le produce dopamina.
- Favorece un sueño reparador: está demostrado que una actividad física regular, sobretodo aeróbica, realizada durante el día y de manera tranquila favorece la conciliación y mejora del sueño. Debemos evitar realizar actividad a última hora o antes de acostarnos.

Rutina

A menudo, la depresión nos sumerge en un estado de tristeza, apatía y pérdida de interés en el que nada nos apetece, nada nos llena ni nos motiva. De esta forma, dejamos de hacer todo aquello que en algún momento nos interesaba para pasar al universo de la inactividad.

Una de las claves para acabar con esta rutina es reaccionar: hacer planes, realizar actividades, buscar nuevos intereses o quedar con algún amigo. Lo importante es romper ese hábito de dejar pasar el tiempo sin hacer nada más, aunque en un principio no tengamos ganas.

Por último, no debemos olvidar la importancia de asistir a la consulta de un profesional, sobre todo cuando notemos que no podemos controlar nuestros pensamientos ni como nos

sentimos. Con su ayuda, transitar el sendero de la depresión para superarla será mucho más sencillo, lo que no quiere decir que sea necesario poner de nuestra parte.

Practicar meditación

La meditación es una práctica muy recomendada para gestionar todo el ruido mental que nos generamos, así como para conectar con nosotros mismos, para conocernos y crecer personalmente. Además, también mejora la capacidad de concentración, memoria y aprendizaje.

La meditación permite desidentificarnos de nuestros pensamientos y en el caso de la depresión ver con claridad que no somos esos pensamientos negativos, sino que somos algo más.

Nos permite aceptar la realidad que tenemos, así como esos pensamientos negativos que aparecen. Nos da perspectiva para integrar el pasado y afrontar el presente y el futuro. Nos aporta calma.

Meditar no es como muchos se piensan que es dejar la mente en blanco, eso ocurre sólo con mucha práctica. Es como pretender una persona normal levantar 200 Kg de peso en su primer día de gimnasio, es materialmente imposible.

Pero desde el primer día de meditación experimentaremos mejorías a nivel mental y a nivel físico. Según esta se vaya repitiendo, esos beneficios se irán intensificando, al igual que cuando vamos al gimnasio los músculos se van fortaleciendo.

Algunos de los beneficios emocionales y físicos de la meditación incluyen:

- Tener una nueva perspectiva de las situaciones estresantes
- Adquirir habilidades para controlar el estrés
- Aumentar la autoconciencia
- Enfocarse en el presente
- Reducir las emociones negativas
- Aumentar la imaginación y la creatividad
- Aumentar la paciencia y la tolerancia
- Bajar la frecuencia cardíaca
- Bajar la presión arterial en reposo
- Mejorar la calidad del sueño

Pero debo insistir, esto no ocurre por meditar un solo día o meditar 5 minutos como dicen los de Mindfulness, para conseguir estos beneficios hay que meditar 30-60 minutos al día todos los días. ¿Crees que haciendo pesas 5 minutos al día vas a mejorar tu salud física?, pues claro que no, necesitas una sesión con cardio y luego pesas que lleva su tiempo, con la mente es igual necesitas dedicarle el tiempo suficiente para entrenar tu mente, lo que no entiendo es por qué la gente se empeña en decir que con 5-15 minutos basta.

He visto estudios que con tiempo de 5-15 minutos al día se mejora la salud, pero nada tiene que ver con emplear 30-60 minutos y si esto se acompaña con alguien que te explique qué es la Conciencia y qué es la vida, entonces ya el beneficio es brutal para un deprimido, pues encontrará sentido a lo que le está pasando y le permitirá gestionar mejor su sufrimiento.

Te recomiendo dos de mis maestros para aprender a meditar, Conchi se queda en un punto de vista muy occidental y Sesha para muchas personas puede ser demasiado metafísico.

- Conchi Curiel www.elobservatorio.org
- Sesha. www.vedantaadvaita.com . En Youtube tienes muchos videos sobre él y podrás saber si es para ti.

Planifica momentos del día para meditar. Busca un lugar cómodo y tranquilo, cierra los ojos y concéntrate en tu respiración durante unos minutos.

Gestionar el pensamiento rumiante y negativo

El pensamiento rumiante es uno de los pilares que asientan la depresión. Dar vuelvas y vueltas a aquello que nos preocupa no va a solucionarlo, todo lo contrario. Poco a poco iremos alimentando más el pesimismo en todas las áreas de nuestra vida hasta terminar contagiándonos de un estado emocional negativo. De ahí que aprender a gestionarlos sea clave para luchar contra la depresión. Para ello podemos tener en cuenta las siguientes claves:

- Medita todos los días y te darás cuenta que por un lado no eres esos pensamientos y por otro éstos se harán cada vez menos intensos y menos frecuentes.
- Dedica unos minutos al día a pensar en aquello que nos preocupa. De esta forma, limitaremos nuestras preocupaciones a ese momento e impediremos que inunden el resto del día.
- Identifica los razonamientos y diálogos negativos. La forma que tenemos de hablarnos nos influye. No es lo mismo dirigirnos críticas y culpabilizarnos que motivarnos, valorarnos e impulsarnos a ser mejor. Por esta razón es muy importante identificar de qué manera nos dirigimos a nosotros y si esta es negativa transformarla en positiva.
- Pon a prueba las preocupaciones. ¿Hasta que punto están justificados los pensamientos negativos que tenemos? ¿Qué pruebas tenemos de que eso que pensamos pueda ocurrir al 100%? Solo porque pensemos en algo no quiere decir que sea verdad o que se vaya a cumplir. Por lo tanto, busquemos evidencia a favor o en contra para cada una de nuestras ideas

Crea vínculos afectivos sanos

Acumular todo aquello que nos hiere, se vuelve en nuestra contra con el paso del tiempo. Caminar con el peso de situaciones estresantes, emociones reprimidas y experiencias negativas a la espalda nos afecta tanto a nivel físico como mental. Porque no es lo mismo avanzar con heridas abiertas que con aquellas que ya han sido sanadas y nos han proporcionado un aprendizaje.

Expresar cómo nos sentimos es clave para desahogarnos emocionalmente. Por ello, es importante que hablemos con personas de nuestro entorno, que les contemos cómo nos encontramos y qué necesitamos a pesar de no tener siempre ganas.

Estar cerca de personas que nos entiendan a nivel emocional, que comprendan nuestros momentos de silencio y que sepan acompañarnos puede ser una gran ayudar para luchar contra la depresión Rodearnos de personas que nos quieren, que les preocupamos y que nos permiten crecer puede ser clave para luchar contra la depresión. El apoyo emocional puede ser un gran alivio para esos momentos en los que nos sentimos solos o desbordados.

Sentirse escuchado o simplemente acompañado pueden ser algunos de los ingredientes que necesitamos para salir adelante. Saber que hay alguien al que le importamos y con el que

podemos contar puede ayudarnos a despejar esa negatividad que nos acompaña cuando estamos deprimidos.

Alimentación

Mantener una dieta equilibrada es muy importante para mejorar las capacidades cognitivas y para mejorar no solo la salud física sino también mental de la persona.

Algunos alimentos pueden ayudar a aliviar los síntomas de ciertas enfermedades mentales, aumentar, en ciertos casos, la efectividad de los medicamentos o disminuir los efectos secundarios de algunos de ellos.

Una dieta rica en frutas y vegetales, con alto aporte de vitaminas y minerales, granos enteros, cereales, legumbres, semillas, carnes magras y aceite de pescado ayuda a mantener nuestro organismo saludable y nos puede proteger de ciertas enfermedades mentales.

Consumir alimentos integrales, con ácidos grasos Omega-3 y antioxidantes, reduce el riesgo de depresión.

El consumo de alimentos con triptófano, aminoácido esencial que regula el nivel de serotonina en el cerebro, puede ser una fuente de ayuda para prevenir el estrés, la ansiedad y la depresión.

También recordar la necesidad de consumir un mínimo de 2 litros de agua al día. La deshidratación favorece la aparición en nuestro cuerpo de las hormonas tales como el cortisol y la adrenalina, favorecedoras de la presencia de ansiedad.

Algunos alimentos que ayudan a mejorar la salud mental:

- Fruta (plátano, piña, arándanos, aguacate)
- Cereales integrales
- Nueces
- Legumbres (lentejas, garbanzos, soja)
- Yema de huevo
- Hortalizas y verduras (brócoli, espinacas, tomate)
- Pescado azul (salmón, atún de origen natural, sardinas)
- Carnes magras (pollo, pavo)
- Chocolate

Alimentos que debemos evitar:

- El azúcar, el gluten o los alimentos procesados están más relacionados con el estado de ánimo más bajo.
- El consumo de ácidos grasos trans (AGT), la comida rápida que desplaza la ingesta de otros alimentos más nutritivos, las dietas restrictivas (dietas milagro) o los productos de bollería industrial se asocian a un mayor riesgo de enfermedades mentales o bajos estados de ánimo.
- También debemos eliminar hábitos tóxicos como el tabaco o el alcohol, que tienen efectos depresivos.

Adherencia al tratamiento

Las terapias antidepresivas al igual que el tratamiento de muchas enfermedades crónicas, requiere de una buena adherencia terapéutica para lograr los cambios esperados en la recuperación del paciente. La adherencia definida como el cumplimiento por parte del paciente de las instrucciones dadas por el médico en cuanto al medicamento, cambios en el estilo de vida, asistencia a controles, etc.

Niveles bajos de adherencia hacen un reto clínico, tanto para el médico como para el paciente, poder remitir los síntomas, limitar las complicaciones y evitar las recaídas, las cuales llevan a un aumento en los costes hospitalarios.

La OMS señala que en países desarrollados, la tasa de adherencia a tratamientos de larga duración es de alrededor un 50% . Este dato es preocupante ya que la mitad de los pacientes que reciben una prescripción para el tratamiento de una enfermedad, están dejando de seguir las indicaciones médicas y provocando un incremento en el número de recaídas, y peor aún, un desenlace fatal.

La OMS considera la no adherencia como un problema prioritario de salud pública debido al aumento de las tasas de hospitalizaciones y costes sanitarios. Por lo tanto, mejorar la adherencia terapéutica en las enfermedades crónicas, como la depresión es una estrategia para reducir los niveles de falla terapéutica de dicha enfermedad, de una manera más eficiente que la intensificación o la administración de nuevos antidepresivos.

La adherencia tiene tres componentes: iniciación, implementación y discontinuación.

El primer componente se trata de la primera dosis del tratamiento. Aquí, se debe asegurar que los pacientes realmente inicien los tratamientos, ya que es el paso que rompe la barrera entre adherencia y no adherencia.

Luego de iniciada la terapia, el segundo componente lo que busca es que el paciente continúe con la medicación tal cual como está indicada por el médico. En este proceso es donde se deben tomar mayores medidas de seguimiento, de motivación para continuar con la terapia y de ajustes en el tratamiento en caso de problemas con esta.

Finalmente, el último componente determina el momento correcto para terminar la terapia y evitar la dependencia a esta. Ajustando estos tres pilares de la adherencia, se garantiza unos mejores desenlaces clínicos de los pacientes y se disminuyan las cifras de morbimortalidad y costos de la enfermedad.

Respecto a la depresión, se sabe que los medicamentos antidepresivos toman varias semanas para lograr su efecto y se deben consumir por lo menos 6 semanas después de la remisión de los síntomas para evitar las recurrencias. Pero alrededor de un 30-70% de los pacientes que reciben tratamiento, dejan de tomar sus medicamentos en los primeros 3 meses y solo un 27,6% de los pacientes los continúan por más de 3 meses. Si se siguen exactamente las guías preestablecidas para el manejo de los trastornos depresivos, se disminuye alrededor de un 28% los casos de depresión. La no continuación por 6 meses de la terapia antidepresiva se ha asociado con un 77% de mayor riesgo de recaída o recurrencias.

La depresión, como cualquier enfermedad crónica, requiere de un adecuado tratamiento para la remisión de los síntomas y el control de las recaídas. Si bien es un tratamiento de larga duración, es importante asegurar altos niveles de adherencia al mismo por parte de los pacientes. Se ha identificado que factores como los efectos adversos, comorbilidades tales

como la ansiedad, el uso de sustancias de abuso, la mala relación médico paciente y las creencias del paciente respecto a la enfermedad, son los que dificultan el cumplimiento de las indicaciones para un óptimo tratamiento antidepresivo,

Por otro lado, se ha identificado que las creencias personales de los pacientes sobre los trastornos depresivos y las terapias antidepresivas, tienen alta influencia en los niveles de adherencia. Esto sumado a la relación médico-paciente, la cual es un eslabón de gran importancia en la adherencia, puesto que una mala relación afecta la credibilidad del paciente en el medico y provoca que este tome sus decisiones, sobre tomar antidepresivos o no, basado en las recomendaciones proporcionadas por parientes o personas que no pertenecen al área de la salud

Factores que influyen en la adherencia

Según un estudio realizado por la universidad de la Laguna investigando informes sobre adherencia en la depresión concluyeron los siguientes factores.

Factores asociados a los conocimientos y creencias sobre la enfermedad y los antidepresivos

El 75% de los estudios analizados estipulan que las creencias que tienen los pacientes con respecto a la enfermedad y a los antidepresivos constituyen el factor más relevante de influencia en la falta de adherencia al tratamiento de la depresión.

Las personas con depresión pueden tener la percepción de que tomar mediación es una señal de no ser capaz de autorregularse, lo que puede conducirles a una pobre adherencia.

Se ha mostrado que las actitudes positivas respecto a los antidepresivos se asocian a un mayor uso de los servicios de salud mental, tal las creencias específicas como «mi salud depende de los antidepresivos» se asociaron fuertemente a la continuación de la toma de medicamentos

Factores asociados a la relación médico-paciente

El 25% de los estudios establecen como factor la relación médico-paciente. Sugieren que establecer una buena relación entre el profesional y la persona con depresión favorece una mayor adherencia al tratamiento.

Aquellos pacientes que tienen una buena relación con su médico, reciben más información y se les permite elegir entre distintas terapias se adhieren más al tratamiento prescrito. Respecto a este punto, también es de ayuda que el médico atienda a las creencias del paciente y le tenga en cuenta a la hora de tomar decisiones sobre tratamiento a seguir.

Mejoría

los pacientes depresivos dejan de tomar la medicación con más frecuencia cuando mejoran su funcionamiento ocupacional, social o familiar Parece ser que éste es el factor más importante que interviene en la adherencia al tratamiento por parte de las personas depresivas. Cuando uno se encuentra mejor deja el tratamiento, cuando debe seguir con él para evitar recaídas.

Factores asociados con el apoyo social

Un 37% de los estudios ha demostrado que el apoyo social representa una variable de gran importancia para el aumento de la adherencia al tratamiento,

Se ha encontrado que el apoyo social, proporcionado por familia, amigos, etc., representa una variable de gran importancia en la adherencia al tratamiento. Por ejemplo, se sabe que ésta disminuye cuando el paciente cree que la mayoría de la gente le va a discriminar o estigmatizar por utilizar los servicios de salud mental o por tener una enfermedad mental

Factores asociados a la edad

Un 12,5% de los resultados obtenidos constatan que existen factores asociados a la edad que influyen en el correcto seguimiento del tratamiento, aunque existen ciertas contradicciones sobre qué grupo de edad se adhieren más a la medicación.

Balance del tratamiento

Se ha visto que el balance que hacen los pacientes con depresión entre la necesidad que creen que tienen de tomar medicación, y los posibles problemas que piensan que les puede acarrear, va a determinar su grado de adherencia al tratamiento.

Otros factores.

Se ha hallado que el 25% de los resultados exponen distintas consecuencias de la falta de adherencia al tratamiento como son principalmente los elevados costes económicos, personales y sociales.

También los efectos secundarios de los medicamentos como la falta de la lívido y la disfunción eréctil pueden conducir a una falta de adherencia

Consecuencias de la falta de adherencia

En cuanto a las consecuencias de la falta de adherencia al tratamiento, los recientes estudios confirman que la misma está asociada con mayores costes económicos y supone un mayor riesgo de recaídas y en lo que a la medicación antidepresiva se refiere. El incorrecto cumplimiento del tratamiento por parte del paciente, puede llevar al médico a la conclusión de que no es efectivo, por lo que irá incrementando la dosis o realizando cambios o combinaciones de antidepresivos innecesarias, que aumentan el riesgo de que aparezcan efectos secundarios y los motivos de incumplimiento

Es importante resaltar la importancia que tiene la adherencia al tratamiento en cualquier tipo de trastorno o enfermedad crónica, ya que es uno de los aspectos fundamentales para evitar recaídas, mejorar la calidad de vida en el caso de una enfermedad crónica, así como superar y/o mejorar la convivencia con un trastorno depresivo o de cualquier otra índole.

Referencias de tratamiento y depresión

- https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/depresion
- https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/psiquiatricas/depresion.html#:~:text=El%20tratamiento%20contra%20la%20depresi%C3%B3n,el%20tratamiento%20farmacol%C3%B3gico%20es%20necesario.
- https://www.menteamente.com/antidepresivos
- https://www.psiquiatriapsicologia-dexeus.com/es/unidades.cfm/ID/1102/ESP/-cual-es-tratamiento-depresion-.htm
- https://www.menteamente.com/antidepresivos
- https://www.sabervivirtv.com/neurologia/peligro-tomar-ansiliticos_230
- https://www.msdmanuals.com/es/hogar/temas-especiales/drogas-recreativas-e-intoxicantes/f%C3%A1rmacos-ansiol%C3%ADticos-y-sedantes
- https://es.wikipedia.org/wiki/Hipn%C3%B3ticos
- https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/insomnia/in-depth/sleeping-pills/art-20043959
- https://newsnetwork.mayoclinic.org/es/2018/07/13/consejos-de-salud-cuales-antidepresivos-causan-la-menor-cantidad-de-efectos-secundarios-sexuales/

- https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/erectile-dysfunction/in-depth/erectile-dysfunction/art-20047821
- https://www.menteamente.com/tratamiento-de-la-depresion
- https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/electroconvulsive-therapy/about/pac-20393894
- https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007474.htm
- https://www.som360.org/es/articulo/habitos-saludables-prevenir-ansiedad-depresion#:~:text=Consumir%20alimentos%20integrales%2C%20con%20%C3%A1cidos,la%20ansiedad%20y%20la%20depresi%C3%B3n.
- https://www.som360.org/es/articulo/habitos-saludables-prevenir-ansiedad-depresion
- https://mejorconsalud.as.com/5-habitos-saludables-luchar-la-depresion/
- https://www.redalyc.org/journal/2738/273851831016/html/
- https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/2894/Factores+que+influyen+en+la+falta+de+adherencia+al+tratamiento+en+pacientes+con+depresion.pdf?sequence=1
-

El Trastorno Bipolar

He tratado sin éxito de encontrar estadísticas respecto al número de depresiones unipolares (depresión normal) de las depresiones bipolares. Pero sí que sabemos como luego veremos que el 2% de la población es bipolar y que el 5% de la población tiene depresión, por lo tanto, a falta de datos externos podríamos decir que el 40% de las depresiones se deben a un trastorno bipolar y no a una simple depresión.

El "bi" en la palabra "bipolar" significa "dos". En el trastorno bipolar, cambias entre dos polos, o extremos del estado de ánimo. Los estados de ánimo son muy altos (llamados episodios maníacos) y muy bajos (llamados episodios depresivos).

La depresión se considera unipolar (depresión normal). "Uní" significa "uno". La depresión presenta solo un estado de ánimo: una sensación de tristeza o melancolía que dura al menos 2 semanas.

Aunque una conexión genética específica al trastorno bipolar no ha sido determinada, los estudios muestran que del 80 al 90 por ciento de las personas que sufren con esta enfermedad tienen parientes con alguna forma de depresión.

¿Qué es el trastorno bipolar?

El trastorno bipolar, también conocido como trastorno afectivo bipolar (TAB) y antiguamente como psicosis maníaco-depresiva (PMD), es un conjunto de trastornos del ánimo que se caracteriza por fluctuaciones notorias en el humor, el pensamiento, el comportamiento, la energía y la capacidad de realizar actividades de la vida diaria.

El trastorno bipolar no es un estado de ánimo pasajero o un estado donde pueda pasarse de una emoción a otra en un corto lapso de tiempo (Ej. reír mientras se está llorando). Coloquialmente cuando una persona cambia de estar contento a estar triste en un corto periodo de tiempo, le etiquetamos como bipolar, pero eso no es un trastorno bipolar.

Este trastorno afecta al individuo durante meses o años por etapas, donde la calma y el comportamiento normal se intercala entre los episodios maníacos (que luego veremos) y la depresión.

La persona afectada por este trastorno alterna su estado de ánimo entre la manía o hipomanía (fase de alegría, exaltación, euforia y grandiosidad) y la depresión, con tristeza, inhibición e ideas de muerte. También puede presentar manía y depresión juntas, es lo que se llama episodio mixto

Junto con los cambios de ánimo, el trastorno bipolar provoca cambios en el comportamiento, los niveles de energía y los niveles de actividad.

Debido a que el trastorno bipolar se presenta en adultos jóvenes, desencadena un alto costo social, siendo la segunda causa de discapacidad laboral a nivel mundial; además, quienes lo padecen presentan un riesgo mayor que la población general de mortalidad por suicidio, accidentes y por causas naturales como las enfermedades cardiovasculares

El trastorno bipolar es uno de los trastornos mentales más comunes, severos y persistentes. La prevalencia se estima entre un 0,3 y un 7% de la población general. Según el UBIP (unidad de tratamiento de bipolares de la Clínica Nuestra señora de la paz) de Nuestra Señora de la Paz El 4% de la población tiene los genes de la bipolaridad, aunque las formas graves y que necesitan un tratamiento continuado afectan a menos del 2%* de la gente, dato que concuerda con otras fuentes.

Es decir, aproximadamente 2 de cada 100 personas padecerán a lo largo de su vida un trastorno bipolar. Este riesgo es más elevado en personas con familiares con este trastorno. Es un número muy alto, pero pasa desapercibido por el gran estigma social que produce esta enfermedad y por eso se oculta.

Es importante que las personas tengan claro que no son bipolares, es decir que la enfermedad no les define. Nadie diría soy un deprimido. Lo que pasa es que tienen una enfermedad crónica que es la bipolaridad. Esta sutil diferencia marca un abismo en cómo te ves respecto a los demás, pues sigues siendo el mismo de siempre, simplemente una enfermedad de vez en cuando te cambia el ánimo. Tú no eres la enfermedad, tú la tienes como puedes tener diabetes.

El trastorno empieza típicamente en la adolescencia o en la adultez temprana, y tiende a ser una condición permanente a lo largo de la vida caracterizada por altas tasas de recaída, ansiedad comórbida, trastorno por abuso de sustancias, disfunción y mortalidad prematura debida especialmente a la alta tasa de suicidio.

No hay una causa única para el trastorno bipolar. Debido a que el trastorno bipolar tiende a prevalecer en las familias, los investigadores han tratado de buscar un gen específico que se transfiera por generaciones y el cual pueda incrementar las posibilidades de una persona de desarrollar la enfermedad. Con ello, la búsqueda mediante investigación de genes sugiere que el trastorno bipolar, como otras enfermedades mentales, no ocurre debido a un solo gen.

Muchas veces, el primer episodio está precedido por una situación ambiental estresante. A partir de este momento, la enfermedad se va independizando de las circunstancias ambientales y psicológicas, de manera que los mecanismos biológicos reguladores del estado de ánimo parecen entrar en una oscilación permanente que hace perder a la persona afectada el punto de referencia de su estado anímico habitual.

En cada recaída, la persona afectada se vuelve más vulnerable al estrés, y esto hace que algunos pacientes lleguen a presentar ciclación rápida, que es la sucesión ininterrumpida de depresión y euforia (cuatro o más episodios al año).

Se ha relacionado anormalidades en la función cerebral a los sentimientos de ansiedad y una menor tolerancia al estrés. Cuando encaran un acontecimiento vital negativo de importancia, provocándoles este un gran estrés, como un fracaso en un campo importante de sus actividades, podrían sufrir su primer episodio de depresión mayor. Por el contrario, cuando un individuo obtiene un gran logro podría experimentar su primer episodio maníaco o hipomaníaco. Los individuos con trastorno bipolar tienden a experimentar desencadenantes de episodio que suelen estar relacionados con acontecimientos interpersonales o relacionados con logros personales. Ejemplos de sucesos vitales interpersonales serían el enamoramiento o por el contrario la muerte de un amigo íntimo. Entre los sucesos vitales relacionados con logros están la aceptación dentro de una élite o por el contrario, un despido. Un nacimiento también puede desencadenar una psicosis postparto en las mujeres bipolares.

Componente genético

Un historial familiar de trastornos dentro del espectro bipolar puede transmitir una predisposición o carga genética a desarrollar uno de estos trastornos. Puesto que los trastornos bipolares son poligénicos, puede darse una mayor susceptibilidad a sufrir muchos trastornos bipolares y unipolares dentro del mismo pedigrí familiar.. Los trastornos de ansiedad, los trastornos depresivos, los trastornos de la alimentación, el trastorno disfórico premenstrual y la esquizofrenia pueden ser parte del historial familiar, que es a lo que se refiere el término "carga genética".

El trastorno es prevalente según el historial familiar, es decir, que suele haber antecedentes familiares bien de trastorno bipolar o de otro tipo de trastorno del humor como la depresión. Más de dos tercios de las personas que padecen trastorno bipolar han tenido al menos un pariente cercano con el trastorno o con depresión mayor unipolar.

Cada vez existen más pruebas de un componente genético como causa del trastorno bipolar, proporcionado por algunos estudios en gemelos y de ligamiento genético. Los estudios que buscan la identificación de las bases genéticas del trastorno bipolar indican que la susceptibilidad procede de múltiples genes. Los investigadores tienen la esperanza de que identificando los genes de susceptibilidad y las proteínas que codifican se haga posible el desarrollo de mejores tratamientos e intervenciones preventivas que tengan como objetivo los procesos subyacentes de la enfermedad.

La tasa de concordancia genética en gemelos del trastorno es del 70 %. Esto significa que si una persona tiene el trastorno, un gemelo idéntico tiene un 70 % de probabilidad de padecer también el trastorno. Esto significa que el que tiene trastorno bipolar se explica el mismo en un 70% por sus genes. Los mellizos tienen un 23 % de tasa de concordancia. Estas tasas no se reproducen de manera universal en la literatura. Estudios recientes han observado una tasa de aproximadamente un 40 % entre gemelos y menos de un 10 % entre mellizos.

La "Teoría del kindling" (El kindling es un término que no tiene traducción en español. Significa astillas en inglés y se refiere a un aumento de excitabilidad en las neuronas del sistema límbico) afirma que las personas que están genéticamente predispuestas al trastorno bipolar pueden experimentar una serie de acontecimientos estresantes, cada uno de los cuales disminuye el umbral al que puede darse un cambio de estado de ánimo. Eventualmente se puede

desencadenar un episodio (que de este modo se hace recurrente) por sí mismo. No obstante, no todos los individuos experimentan a consecuencia de ello episodios en ausencia de acontecimientos vitales positivos o negativos.

Es decir que las situaciones estresantes van bajando el umbral que desencadenará un episodio maníaco.

El enfermo de trastorno bipolar vive su vida en tres estados:

- Eutemia. Estado normal
- Manía o hipomanía, estado eufórico
- Depresión

Manía e hipomanía

En el trastorno bipolar se alternan fases depresivas, con fases asintomáticas y episodios de aceleración. La fase depresiva es el objeto principal del libro pero introduciré brevemente el otro polo de la bipolaridad.

La manía es la forma más grave y fuerte de un brote y suele durar menos pues suele terminar con la hospitalización del enfermo. La hipomanía es una manía poco intensa, y esta puede durar semanas o meses, pues la persona está eufórica, pletórica, que, aunque los demás vean es mucho mayor que su estado normal, entra dentro de los límites socialmente establecidos.

La manía es un estado de ánimo anormal y persistente en el que predomina la irritabilidad o la euforia. Se caracteriza por lo siguientes síntomas: aumento de la autoestima, disminución de la necesidad de dormir, locuacidad, pensamiento acelerado, facilidad para distraerse, inquietud psicomotora, errores en la estimación de los riesgos (que pueden tener consecuencias importantes). No todos los síntomas tienen que estar presentes, igual que puede existir depresión sin tristeza, en la manía la irritabilidad puede aparecer sin alegría.

Uno de los síntomas más clásicos de la manía es el aumento de la autoestima, que puede ir desde la autoconfianza y la poca autocrítica hasta formas más graves, con ideas grandiosas de uno mismo que pueden alcanzar proporciones delirantes. Por ejemplo: las personas afectadas por la enfermedad pueden ofrecer consejos sobre temas que no conocen en absoluto, pueden escribir novelas, componer sinfonías o intentar publicar una invención que no tiene uso práctico siendo sus obras sumamente buenas en muchos casos.

También son frecuentes los delirios megalomaníacos, algunos ejemplos son creer que se tiene una relación especial con Dios o con personas importantes del mundo de la política, la religión o el espectáculo, pensar que se poseen capacidades o poderes especiales…

Casi siempre hay una disminución de la necesidad de dormir. Es frecuente despertarse antes de tiempo, pero sin sentirse cansado. Cuando este síntoma es importante, las personas pueden incluso pasar varios días sin dormir.

El lenguaje se puede volver locuaz, prolijo, rápido y difícil de interrumpir, también es frecuente el volumen alto. Muchas veces en estado maníaco se usan bromas, juegos de palabras y observaciones graciosas. La persona puede comportarse de forma teatral, con efecto dramáticos e incluso cantar. Pero si el ánimo es irritable, el discurso estará lleno de comentarios hostiles.

Otro síntoma clásico es la aceleración del pensamiento. Algunos pacientes lo han definido como ver dos o tres programas de televisión al mismo tiempo. Los pensamientos pueden

aparecer tan rápidamente que son difícil de transformar en palabras o incluso de ser entendidos.

A veces son tan rápidos que pierden la estructura interna y se vuelven prácticamente ilógicos.

En algunas personas hay un aumento del deseo sexual. Esto, junto con la falta de medida de las consecuencias negativas de la conducta, puede llevar a romper las relaciones sentimentales, a ser más promiscuos o a tener conductas sexuales no habituales en uno.

De vez en cuando, síntomas como la expansividad, el optimismo inapropiado o los errores en el juicio llevan a ser poco cuidados al embarcarse en actividades como las compras excesivas, la falta de miedo y las inversiones económicas no razonables, acumulando muchas cosas innecesarias, antigüedades caras, veinte pares de zapatos, etc.

Cuando se sufre un episodio maníaco no se reconoce que se está enfermo y se suele poner resistencia al tratamiento. Normalmente se justifica o racionaliza la conducta.

Es frecuente viajar impulsivamente a otras ciudades. Se puede cambiar la forma de vestir, de maquillarse a formas que pueden resultar inadecuadas. A veces uno se comporta de una forma extraña, intentado ayudar a la gente de forma exagerada o regalando dinero. Todo esto puede acompañarse de adicciones variadas, ludopatía, conducta antisociales y abuso de tóxicos. Las consideraciones éticas pueden no ser tenidas en cuenta y la gente parece insensible a los sentimientos de los otros.

Es frecuente la irritabilidad o la incapacidad para aceptar las opiniones y posiciones contrarias a las propias. Esto puede llevar a la agresividad verbal y física contra personas o cosas. De todas formas y a pesar de las connotaciones de la palabra maníaco, la agresión es poco frecuente durante la fase maníaca. Contrariamente a la creencia popular, la manía no suele ser peligrosa o violenta.

Durante las fases maníacas pueden aparecer síntomas psicóticos. Hay dos tipos principales: alucinaciones (percepciones sin objeto que las motive, como ver cosas o gente, escuchar voces…) y los delirios (creencias infundadas que van contra la razón, por ejemplo pensar que se es hábil en un lenguaje que nunca se ha estudiado, pensar que te persigue la KGB o que un equipo de futbol nos ha ofrecido un contrato multimillonario para la próxima temporada).

Fuente: UBIP de Nuestra señora de la Paz

Depresión bipolar

Aunque a simple vista pueda parecer lo mismo: depresión bipolar y depresión unipolar, lo cierto es que hay importantes diferencias. En primer lugar, corresponden a dos trastornos diferenciados. Y, en segundo lugar, existe una sutil diferencia entre los síntomas de una depresión bipolar y una unipolar.

La diferencia principal entre trastorno bipolar y depresión unipolar es que en el trastorno bipolar, además de depresión, hay episodios de manía o hipomanía. La manía, o su versión más suave, la hipomanía, son estados de ánimo exaltados que conllevan irritabilidad, enfado, euforia, insomnio, hiperactividad, pérdida de la sensatez, etc. Tanto los episodios depresivos como los maniacos/hipomaniacos son indeseables y ocasionan sufrimiento al paciente y a sus familiares.

Resulta muy importante poder saber si la persona sufre un trastorno bipolar o depresión, dado que los tratamientos empleados para la depresión unipolar, es decir, la depresión normal, no

sirven e incluso están contraindicados en el trastorno bipolar porque pueden producir episodios maníacos. Los antidepresivos pueden llevar a un bipolar a un estado maníaco, por eso se les administra con mucho cuidado.

Las características de la depresión bipolar se pueden resumir en:

1. Inicio precoz del episodio depresivo, es decir, antes de los 25 años.
2. Mayor número de episodios depresivos a lo largo de la vida.
3. Antecedentes familiares de trastorno bipolar.
4. Comienzo rápido de los síntomas depresivos.
5. Episodio depresivo de inicio en el posparto.
6. Mayor gravedad de los episodios depresivos.
7. Peor respuesta a los antidepresivos convencionales o, incluso, aparición de hipomanía inducida por antidepresivos.
8. Presencia de síntomas psicóticos.
9. Síntomas atípicos de depresión (aumento de apetito, aumento de horas de sueño, cansancio y pesadez en extremidades).
10. Impulsividad.
11. Irritabilidad, agresividad y hostilidad.
12. Abuso de sustancias adictivas (alcohol, cannabis y cocaína, por ejemplo).

Las personas con depresión unipolar no tienen episodios de manía ni hipomanía.

Yo creo, que la gran diferencia de una depresión de un bipolar respecto del que no lo es, es que el bipolar puede entrar en ella, sin que haya un desencadenante externo que la inicie.

En la depresión bipolar es frecuente que la tristeza no sea la emoción dominante y que en su lugar se produzca una sensación de inhibición, vacío emocional, indiferencia o pasividad. La ansiedad también es frecuente.

Algunas personas deprimidas ponen énfasis en sus molestias físicas (molestias generalizadas o dolor sin ninguna causa aparente).

La depresión bipolar puede tomar diferentes formas y seguir siendo la misma enfermedad. Casi siempre nos encontramos con una notable falta de interés y dificultades para disfrutar de la vida. Cuando una persona está deprimida, tiende a estar menos interesada en actividades que suelen ser gratificantes (hobbies, ir al cine, al teatro o a dar un paseo, reunirse con familiares y amigos, etc.). En la mayoría de los casos, también hay una disminución significativa o un desinterés total en el deseo sexual. A veces el paciente pierde el apetito y debe hacer grandes esfuerzos para comer. En otros casos, la persona tiene más hambre y come sin ningún orden, por lo general dulces y chocolate. Como resultado, existe la posibilidad de pérdida de peso, así como el aumento de peso.

Las alteraciones del sueño son muy comunes: dormir en exceso (hipersomnia) y somnolencia durante el día. Algunas veces el paciente se despierta durante la noche y le cuesta volver a dormir (insomnio de mantenimiento del sueño).

También puede ser difícil iniciar el sueño. Los cambios psicomotores incluyen inquietud (incapacidad para permanecer sentado durante largos períodos de tiempo, ansiedad general, movimientos nerviosos de las manos), pero también la lentitud (lenguaje, pensamiento y movimientos son más lentos y el tono de voz más bajo).

La falta de energía, el cansancio y la fatiga son muy comunes. La gente se siente cansada todo el rato sin haber hecho ejercicio físico, por lo que cualquier tarea fácil requiere mucho esfuerzo. La eficiencia con la que se realizan las tareas y rutinas diarias se reduce. Aparecen problemas para cuidar de sí mismo o para la higiene, que puede llegar a ser tan agotadora para el paciente que la abandona.

Tipos de trastornos bipolares

Hay varios tipos de trastornos bipolares:

- El trastorno bipolar I incluye episodios maníacos que duran al menos 7 días o síntomas maníacos tan graves que necesita atención hospitalaria inmediata. Los episodios depresivos también son frecuentes. Suelen durar al menos dos semanas. Este tipo de trastorno bipolar también puede implicar episodios mixtos
- El trastorno bipolar II se define por episodios depresivos, pero en lugar de graves episodios maníacos, se presentan episodios hipomaníacos. La hipomanía es una versión menos grave de la manía
- El trastorno ciclotímico o ciclotimia también presenta síntomas hipomaníacos y depresivos, pero no son tan intensos o duraderos como los episodios hipomaníacos o depresivos. Los síntomas suelen durar al menos dos años en adultos y un año en niños y adolescentes
- Con cualquiera de estos tipos, un paciente que tenga cuatro o más episodios de manía o depresión en un año se conoce como "ciclador rápido".

Tratamiento del trastorno bipolar

El tratamiento principal de la bipolaridad es mediante medicamentos, pues existe un desequilibrio químico en el cerebro que hay que ajustar, así que nuestra principal figura de referencia es el psiquiatra.

Por otro lado, el psicólogo no puede curar la química cerebral, pero sí que puede ayudar positivamente en el desarrollo de la enfermedad.

Medicamentos

Se usan 3 tipos de medicamentos:

1. **Estabilizadores del ánimo,** que lo que hacen es que el ánimo permanezca en su estado natural y no se vaya a la manía ni a la depresión. Estos medicamentos lo tendrá que tomar el enfermo todos los días el resto de su vida. El que más gusta a los médicos es el Litio (nombre comercial Plenur), pues parece ser el más efectivo, sin embargo conlleva grandes efectos secundarios.
2. **Antidepresivo.** Se da cuando está el enfermo en fase depresiva. Se da con cuidado y en concentraciones no muy grandes, pues los antidepresivos pueden llevar al enfermo a la manía.
3. **Antipsicóticos.** Estos se recetan en episodios de manía o hipomanía y también se usan cuando se está tratando la depresión para prevenir un ataque maníaco

Además de estos tres el psiquiatra podrá recetar otros medicamentos para reducir la sintomatología de la enfermedad o los efectos secundarios de los medicamentos. Como:

- **Ansiolítico.** Que se usan para disminuir la ansiedad
- **Somníferos.** Una de las características tanto de la manía, como de la depresión es el insomnio
- **Medicamentos antitemblores.** Algunos medicamentos producen temblores que pueden llegar a ser tan grandes como si el enfermo tuviera parkinson
- **Medicamentos antidiarreicos**. Algunos medicamentos producen diarrea y hay que cortarla para poder tener una vida normal.
- **Medicamentos contra la disfunción eréctil**: la depresión y la mayoría de medicamentos producen bajada de la libido y disfunción eréctil

Y puede haber tantos como paliativos de los efectos secundarios de los 3 medicamentos principales para la bipolaridad. Es por ello que si un medicamento produce molestos efectos secundarios molestos que pidamos al psiquiatra que lo cambie por otro, que lo mismo va mejor.

Psicólogo

Es importante comentar que el tratamiento Psicológico para el trastorno bipolar, va a depender en gran medida de la fase en la que se encuentre el paciente y el tipo de trastorno bipolar que éste presente.

El tratamiento psicológico tiene los siguientes objetivos:

- Es importante que el paciente identifique los síntomas de su trastorno emocional.
- Por otro lado, es fundamental que el paciente controle el estrés que tiene y además es importante controlar el estrés que su trastorno le pueda generar.
- Se le va a enseñar al paciente técnicas para que puede resolver cualquier conflicto o problema asociado o desencadenado por su trastorno bipolar.
- Se le va a proponer al paciente una serie de rutinas que debe cumplir a diario.
- Pero también se le van a facilitar una serie de estrategias o habilidades para que éste pueda solventar los problemas sociales, familiares o profesionales que su trastorno bipolar le pueda ocasionar.

Para poder hacer cumplir con todos estos objetivos que hemos mencionado el Psicólogo va hacer uso de la Psicoterapia.

La Psicoterapia es aquella terapia que va a consistir en cambiar o modificar todos aquellos pensamientos, sentimientos o conductas negativas que el paciente pueda presentar.

Para poder modificar esto el Psicólogo puede hacer uso de dos terapias.

Psicoeducación

Podemos decir que la Psicoeducación es la base del tratamiento para los casos de trastorno bipolar.

Con esta terapia se le va dar al paciente todos los datos referentes a su enfermedad. Es decir, se le indicará:

- Qué es lo que le sucede.
- La o las causas de su enfermedad.
- Cuáles son los síntomas o signos que padece. Pero además le enseñaremos a reconocer sus síntomas.
- Se le va a indicar cómo se debe enfrentar a posibles recaídas.

- Y, además, se le indicará cuál es el tratamiento que se va a realizar para mejorar su trastorno bipolar.

Dentro de esta Psicoeducación, no sólo debemos hablar con el paciente, si no que además es importante hablar y explicarle a la familia o personas cercanas a él, todo lo referente y o que conlleva el trastorno.

Esta fase del tratamiento es fundamental, ya que en todo momento se requiere la colaboración tanto del paciente, como de los familiares o personas más allegadas al enfermo.

Terapia Cognitivo-conductual

Esta es la siguiente fase del tratamiento. En ella el terapeuta va a recopilar toda la información de los signos, síntomas, conductas y pensamientos del paciente, con el objetivo de diseñar estrategias para poder cambiarlos para mejorar la enfermedad.

Si esta estrategia se diseña correctamente evitaremos futuras recaídas.

Terapia electroconvulsiva

Como vimos en el tratamiento de la depresión es un procedimiento de estimulación cerebral que puede ayudar a aliviar los síntomas de la depresión y de la manía. Esta terapia se utiliza con mayor frecuencia para el trastorno bipolar grave que no mejora con otros tratamientos. También se puede usar cuando alguien necesita un tratamiento que funcione más rápidamente que los medicamentos. Esto podría suceder cuando una persona tiene un alto riesgo de suicidio o es catatónica (no responde)

Vida saludable

Los hábitos de vida saludables mejoran el funcionamiento cognitivo de los pacientes con trastorno bipolar

Los hábitos de vida saludables y una correcta alimentación mejoran la evolución cognitiva de los pacientes con trastorno bipolar, según las conclusiones de un proyecto de investigación liderado por psiquiatras del Hospital Universitario Santa Maria e investigadoras del Instituto de Investigación Biomédica IRBLleida (IRBLleida)

Los programas de prevención y tratamiento tendrían que intervenir de forma específica sobre estilos de alimentación y hábitos de vida saludables desde las fases iniciales del trastorno, como una manera de prevenir la disfunción cognitiva y también funcional en el trastorno bipolar, afirma Ester Mora, psiquiatra e investigadora.

Un estilo de vida saludable puede mitigar los síntomas en el trastorno bipolar. No son diferentes a los de una depresión unipolar, por lo que no entraremos en ellos.

Adherencia al tratamiento

La adherencia es otro de los retos en el trastorno bipolar. Casi el 100 por cien de los pacientes diagnosticados ha considerado abandonar la medicación en algún momento y en torno a la mitad decide concluir el tratamiento por su propia cuenta. La falta de adherencia es un fenómeno difícil de abordar, ya que tiene que ver con muchos factores, entre ellos el rechazo y la negación a la hora de asumir que se padece una enfermedad mental grave.

El trastorno bipolar es una circunstancia en la vida de una persona, nunca su esencia", ha declarado la directora de la Fundación Mundo Bipolar, Guadalupe Morales.

Estigma social

El tema de la divulgación del diagnóstico puede ser delicado para las personas con trastorno bipolar para sus familiares y amigos cercanos. La persona portadora de un trastorno bipolar tiene derecho a la privacidad. Esto significa que se debe ser cauteloso a quién se le informa sobre la enfermedad y de los detalles personales. Sin embargo, mantener el trastorno bipolar de la persona en secreto ante familiares y amigos cercanos, debido a las preocupaciones sobre el estigma, puede eliminar posibles fuentes de apoyo y conducir al aislamiento.

Puede ser difícil decidir a quién decirle sobre el trastorno bipolar y qué contarle a la persona sobre la enfermedad. Cuando se lo cuentes a alguien, ayúdalo a comprender que es una enfermedad tratable. Si tus amigos o familiares evitan hablar el tema de la bipolaridad debido al estigma, desarrolla otras relaciones más de apoyo.

La fuente del estigma en la mayoría de los casos, se basa en la falta de información y comprensión sobre la enfermedad. Estar bien informado sobre el trastorno bipolar puede ayudar a reconocer algunos de los conceptos erróneos relacionados con el estigma.

Es bueno tener clara las siguientes cosas:

- El trastorno bipolar es una afección de salud como la diabetes y no un defecto de personalidad.
- Si bien ciertos comportamientos relacionados con la enfermedad pueden ser socialmente inaceptables, estos comportamientos son síntomas de una fase de la enfermedad que son tratable.
- Algunas personas encuentran que leer textos o libros sobre el trastorno bipolar les ayuda a comprender mejor la enfermedad

La falta de conocimiento sobre el trastorno bipolar (TB) tiene consecuencias terribles en las personas que lo padecen. Es un sufrimiento añadido que acrecienta el problema y afecta al proceso de recuperación

El estigma social de los pacientes con trastorno bipolar lastra sus expectativas laborales. Y es que cerca del 50 por ciento de los pacientes que sufren trastorno bipolar I reconoce haber perdido su puesto de trabajo como consecuencia de la enfermedad y un 72 por ciento ha visto reducidas sus expectativas de éxito en la vida a causa de su dolencia.

Éstas son algunas de las conclusiones del estudio IMPACT (Investigación de las fases maníacas y los efectos de los periodos de manía), en el que han participado 700 pacientes de Australia, Canadá, Italia, Francia, Alemania, España y el Reino Unido, de 18 a 65 años de edad y con diagnóstico desde hace 12 meses o más de trastorno bipolar I, una enfermedad episódica, crónica y caracterizada por manía, depresión o una combinación de ambas.

Ese estigma lleva en muchos casos a ocultar la enfermedad. Y es que tan sólo el 14 por ciento de todas las personas consultadas (19 por ciento en España), asegura sentirse capaz de hablar abiertamente sobre su enfermedad con otras personas.

La bipolaridad es una enfermedad crónica como la diabetes, y que tiene su tratamiento. Sin embargo, a las personas de recursos humanos les da miedo esta enfermedad por si tienes un brote maníaco o una depresión. Es por eso por lo que te recomiendo que fuera del entorno social cercano lo digas que la tienes, no hay necesidad de ello. Además si tienes adherencia al tratamiento no tienes por qué tener recaídas

El trastorno bipolar es una enfermedad mental grave, considerada la sexta causa de discapacidad en el mundo. En España la padecen más de 1 millón de personas pero sigue siendo una patología desconocida asociada a un alto impacto y estigma social, pese a que con el tratamiento adecuado los pacientes puedan llevar una vida totalmente normalizada.

Piensa cuidadosamente antes de contarle a nadie lo de la enfermedad, pues en el mundo laboral con seguridad te traerá problemas y en la parte amorosa espérate un tiempo donde le vayas poco a poco describiendo la enfermedad, hasta que no te quede más remedio que decirlo. También puedes decidir no decírselo a la pareja, pero cuando tengas un ataque maníaco o una depresión y se entere, justo cuando más la necesitas, tu pareja estará enfadada contigo por habérselo ocultado.

Bipolares famosos

Algunos famosos están intentando normalizar la enfermedad y han decidido hacer público que tienen un trastorno bipolar. Entre ellos están:

- Catherine Zeta Jones
- Kim Novak
- Britney Spears
- René Russo
- Mel Gibson
- Linda Hamilton (Terminator)
- Kurt Cobain
- Mariah Carey
- Jean Claude Van Damme
- Jim Carrey
- Vega
- Javi Martín, de caiga quien caiga.

Las personas con trastorno bipolar a menudo son creativas. Muchas personas que sufren trastorno bipolar pueden ser muy creativas y famosas en la historia tenemos los siguientes ejemplos:

- Aristóteles
- Friedrich Nietsche
- Ermest Hemingway
- Charls Dickens
- Felipe V y su hijo Fernando VI
- Jorge III de Inglaterra
- Alejandro Magno
- Lady Di

- Mozart
- Van Gogh

Referencias del trastorno Bipolar

- https://www.healthline.com/health/es/trastorno-bipolar-y-depresion
- https://mhanational.org/trastorno-bipolar-lo-que-usted-necesita-saber#:~:text=Aunque%20una%20conexi%C3%B3n%20gen%C3%A9tica%20espec%C3%ADfica,con%20alguna%20forma%20de%20depresi%C3%B3n.
- https://psiquiatria.com/article.php?ar=trastorno_bipolar&wurl=mas-de-140-millones-de-personas-padecen-trastorno-bipolar-en-el-mundo
- https://es.wikipedia.org/wiki/Trastorno_bipolar
- https://www.menteamente.com/blog-salud-mental/diferencias-depresion-bipolar
- https://medlineplus.gov/spanish/bipolardisorder.html
- https://www.clinicafuensalud.com/trastorno-bipolar-como-tratarlo-con-un-psicologo/
- https://www.elblogdelasalud.info/habitos-saludables-personas-trastorno-bipolar/114347#Un_estilo_de_vida_saludable_puede_mitigar_los_sintomas_en_el_trastorno_bipolar
- https://www.isesinstituto.com/noticia/10-consejos-para-mejorar-la-vida-de-una-persona-bipolar
- https://www.irblleida.org/es/noticias/1287/los-habitos-de-vida-saludables-mejoran-el-funcionamiento-cognitivo-de-los-pacientes-con-trastorno-bipolar
- https://medlineplus.gov/spanish/bipolardisorder.html
- https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-trastorno-bipolar-sigue-siendo-estigma-20180327143316.html
- https://elmedicointeractivo.com/estigma-social-pacientes-trastorno-bipolar-lastra-expectativas-laborales-20130405114241035818/#:~:text=11%3A42%20am-,El%20estigma%20social%20de%20los%20pacientes%20con%20trastorno%20bipolar%20lastra,afecta%20al%20proceso%20de%20recuperaci%C3%B3n
- https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-trastorno-bipolar-sigue-siendo-estigma-20180327143316.html
- https://www.doctorjcgalindo.com/?page_id=482
- https://www.elnacional.cat/es/salud/trastorno-bipolar-famosos-publico_557460_102.html
- https://www.diezminutos.es/famosos-corazon/famosos-espanoles/g38852061/famosos-salud-mental-problemas/
- https://www.psicoadapta.es/blog/trastorno-bipolar-famosos-bipolares/
- https://www.lavanguardia.com/historiayvida/historia-antigua/20200906/33083/camino-trastorno-bipolar.html

Mi historia personal con la depresión

Hay un duro trabajo detrás del libro, así como una inversión en la página web. Si el contenido te parece bueno, espero que reconozcas mi trabajo con un donativo haciendo un bizum al (+34) 699305423 o si quieres hacerlo de otra forma me escribas a luisarimany@gmail.com

Puedes contactarme para lo que necesites, pero ten en cuenta que a quien debes recurrir es a un profesional sanitario (psiquiatra y/o psicólogo).

Yo no soy personal sanitario, así que no estoy capacitado para ayudar a nadie así que insisto que recurras a un profesional sanitario. Pero por algún motivo deseas te cuente en persona mi historia y escuche la tuya, podré hacerlo cobrando el coste horario que tengo estipulado para otras actividades.

He decidido contar mi historia de la depresión porque no me avergüenzo de ello y porque creo que es un tema tabú que afecta a demasiadas personas (5,5% de la población) como para que no se hable abiertamente y de forma. Todos, ante determinadas circunstancias, por fuerte que seamos, nos podemos caer, pero si lo hacemos, por grande que sea la caída, lo importante es levantarnos fortalecidos, levantarnos habiendo aprendido, es decir con resiliencia. Si quieres saber en detalle la historia de mi vida y la resiliencia que tengo la puedes ver en mi libro "La resiliencia", disponible gratuitamente en www.luisarimany.com/la-resiliencia

Comenzaré la historia hablando en primera persona, pero luego pasaré a hablar de Luis como tercera persona para que sea más sencilla la lectura.

Contexto antes de la depresión

Este apartado tiene el objetivo de ver las circunstancias externas a mí y cómo gestioné las mismas que me llevaron a tener una depresión mayor (depresión grave y profunda), depresión resistente (no le hacen efecto los medicamentos) y que me llevaron por un lado a estar más de un mes en la cama sin poder moverme y a tener ideas de suicidio durante más de un año.

Soy ingeniero industrial, tengo dos másteres (un MBA y un MSc) y he sido director general de 3 empresas la cual la última era mía. Es decir, que da igual el perfil profesional que tengas, lo bien que lo hayas hecho hasta el momento, si se dan las circunstancias adecuadas puedes entrar en depresión por muy fuerte y resiliente que seas, puedes caer enfermo de depresión.

Vimos que la depresión tiene causas multifactoriales, una biológicas, otras personales y otras ambientales. Si se dan las condiciones necesarias, cualquiera puede caer en ella, por mucho que trate de evitarlo, ya que la genética y las condiciones ambientales no las controlamos.

Soy una persona optimista, lleno de energía, proactivo y que no le importan los riesgos. Soy un tío inteligente, con la mente muy bien amueblada, con valores, proactivo, etc. Además, tengo muy desarrolladas las softskills, hablo bien en público, negocio bien, vendo bien, gestiono bien,etc.

Tenía tanto empuje y tantas competencias que con sólo 30 años ya era director general de una empresa.

Era rápido tomando decisiones y tenía una cosa muy buena y es que cuando le ocurría algo negativo lo aceptaba rápidamente y en seguida trataba de adaptarse a ello incluso sacar algo positivo.

No soy una persona del montón, soy una persona que siempre ha sobresalido en todo lo que he hecho, siempre he conseguido lo que me he propuesto. En los estudios he sacado muy buenas notas, en los másteres las mejores, en las empresas que trabajaba me ascendían a director general y he tenido durante 9 años mi propia empresa

En mis puestos de director general siempre he tenido mucho estrés y he trabajado muchas horas, del entorno a 10 diarias, pero nunca me ha afectado psicológicamente.

A nivel de palos en la vida tuve en 2011 dos muy gordos que vinieron en el plazo de 3-6 meses. Por aquel entonces para mí las dos cosas importantes eran la familia y el trabajo.

En 2011, tenía 35 años y tenía una vida de ensueño, un cargo de director general, un alto cargo, una mujer maravillosa, unos hijos maravillosas, un tren de vida donde el dinero no contaba, una casa enorme, etc. Lo tenía todo a nivel personal y profesional.

Pero en tan sólo 3 meses la cosa cambió, y mi mujer por aquel entonces, sin yo esperarlo decidió divorciarse, por lo que se me caía tanto el modelo de familia como el tren de vida que llevaba, se me caía mi principal pilar, la familia. Pero la vida me tenía que dar un palo más y 3 meses después de que mi exmujer me comunicase que se quería divorciar me despidieron del trabajo de director general y me quedé sin los dos pilares de mi vida, la familia y el trabajo. Me quedé sin propósito en la vida.

Pero soy una persona fuerte y resiliente, así que no me dejé llevar por las circunstancias y decidí tomarme un tiempo para decidir qué hacer con mi vida y en menos de un año había montado mi propia empresa, Evolufarma.

Los primeros años de Evolufarma fueron muy buenos, tanto que recibimos el premio de la revista Emprendedores a ser una de las startups (empresas de nueva creación) con mayor crecimiento de España. Pero pasado el 4 año de Evolufarma empezaron a surgir problemas por todas partes, competencia, problemas con el producto, problemas con los clientes, problemas con el modelo de negocio, etc. Por entonces ya trabajaba 10 horas al día entre semana y 8 los fines de semana. El trabajo era muy intenso, con mucho estrés.

El estrés de tener tu propia empresa no es el mismo que el estrés que trabajar para otros, porque los problemas te los llevas a lo personal, te afectan más, te involucras más y sufres más cuando las cosas van mal.

Si los problemas son financieros de que la empresa está a punto de ir a la quiebra o suspensión de pagos, entonces el estrés es inimaginable. Pues pierdes tu inversión (en mi caso 200.000€), dejas tirados a amigos, familia e inversores que pusieron dinero, dejas tiradas a muchas familias, pierdes los años invertidos en la empresa, pierdes tu trabajo y puedes tener que responder de todas las deudas de la compañía con tu patrimonio (en el caso de Evolufarma 300.000€), etc. Sólo el que ha tenido una empresa y ha vivido una quiebra o una casi quiebra sabe el estrés que eso supone. Supone trabajar mucho, estar estresado, tener ansiedad, dormir poco, etc.

Fui al psicólogo para que me ayuda a gestionar el estrés, pero me dijo no me podía ayudar pues tenía la cabeza bien amueblada y me derivó a un psiquiatra. El psiquiatra me mandó

ansiolíticos que no me hacían nada. De forma no saludable, al final calmaba el estrés con alcohol, comiendo con vino todos los días (media botella) y tomándome por la noche un par de whiskeys.

Bueno, pues yo estuve cuatro años donde tenía certeza por las previsiones financieras de que u ocurría un milagro o la empresa cerraría el verano de cada año. Y ocurrieron milagros cada año, nos funcionó una campaña de marketing que conseguía dinero a corto plazo pero empeoraba la situación a largo plazo, conseguimos un préstamo de ENISA (entidad pública que da préstamos con carencia), conseguimos una subvención, conseguimos unos inversores y conseguimos un acuerdo con una gran empresa.

Todos estos milagros de última hora no ocurrieron fácilmente requirieron mucho trabajo y esfuerzo. Tampoco ocurrieron con tiempo para que nos relajásemos, no, todos ocurrieron justo antes del verano, entre abril y junio, cuando sabíamos positivamente que en Agosto teníamos que cerrar.

Tuve que afrontar cuatro veces la suspensión de pagos de Evolufarma. Esto supone un gran estrés, una gran ansiedad y un gran desgaste físico y psicológico.

Para el que no recuerde de la sección anterior, la ansiedad es prima hermana de la depresión. Yo tenía ya síntomas leves de depresión, me volví menos sociable, me apetecía hacer menos cosas, las cosas no me motivaban tanto, etc. Pero no era patológico, era simplemente consecuencia de un exceso de ansiedad.

Antes de verano del año que cerré Evolufarma, cuando preparaba un consejo de administración en el cual plantearía la presentación de los documentos para la suspensión de pagos (el documento se llama 5bis), sufrí una crisis de ansiedad, ya no podía más, había superado mi límite tras cuatro años rindiendo al máximo. Me tuvieron que hospitalizar y desde el hospital pedí al abogado iniciase los trámites para cerrar la empresa correctamente para no tener que responder yo con mi patrimonio personal de las deudas (300.000€).

Mi nivel de estrés bajo mucho, pues el futuro estaba claro, la empresa cerraría y tuve que asumir lo que ello conllevaba. Estuve trabajando aún muchos meses con el abogado para cerrar correctamente la empresa. Aunque el estrés había bajado, la ansiedad seguía ahí.

Cuando llegó la carta de los juzgados de que habían aceptado la quiebra de la empresa y no me hacían responsable de las deudas de la misma, sentí un gran alivio y la ansiedad bajó considerablemente.

Desde ese día, sin darme cuenta, los síntomas de la depresión se fueron poco a poco haciendo más intensos.

Los últimos años de Evolufarma y durante gran parte de la depresión tuve a mi lado a una persona maravillosa, Irene. Lamentablemente la depresión rompió la relación, pero ahora somos grandes amigos.

Primer semestre 2020. La ansiedad y depresión

Unas semanas después de presentar el concurso Irene y a falta de la resolución judicial Irene me preguntós:

Irene: Luis, ¿cómo te encuentras?

Luis: Pues me sigo sintiendo mal, mucho menos que antes, pero me noto aún con mucha ansiedad y un poco de estrés

Irene: ¿y por qué diferencias el estrés de la ansiedad?

Luis: no lo sé, la verdad. Pero es como si una parte de la losa de Evolufarma siguiera aún ahí. Antes sentía dos cosas que aparecían siempre juntas, pero ahora es como si ya casi quedara solo una.

Irene: no te entiendo

Luis: es difícil de explicar. Tal cual lo veo yo, que a lo mejor me equivoco, el estrés te genera adrenalina para reaccionar ante algo, es decir, es como si te preparara para la acción. Por ejemplo, cuando iba a tener un consejo de administración, me estresaba el preparar la documentación porque iba pillado de tiempo y me estresaba justo antes del consejo. Luego una vez empezado el consejo esa sensación se me quitaba.

Irene: ¿como cuando tenías que entregar un trabajo en la universidad y no llegas?

Luis: sí, algo así. Esa parte que tenía la tengo ahora muy leve, sin embargo, sigo teniendo ansiedad

Irene: ¿entonces qué es la ansiedad?

Luis: pues es difícil de explicar, es como lo que sientes cuando estás ansioso para ver el resultado de algo. Puede ser intensa o leve, pero es una sensación profunda que llena todo el cuerpo y con la que no puedes hacer nada.

Irene: ¿qué sientes?

Luis: cuando es leve es como una especie de sofoco, sientes calor en el cuerpo y un hormigueo en la piel. La mente está algo más espesa, como si un velo invisible la cubriera, pero no sé qué decirte en qué afecta. Cuando empieza a hacerse fuerte, como sudores.

Irene: ¿y cuando es fuerte?

Luis: Notas el cuerpo raro, en especial en la zona del pecho. Cuando es muy intensa es como si el corazón fuera a tope, como si te dieran taquicardias y te fuera a explotar el pecho. También a veces siento un pinchazo aquí en el lado izquierdo de la barriga un poco por encima de la cintura. A nivel mental te hace sentir mal, a veces agotado, a veces viene con sentimiento de tristeza y apatía

Irene: ¿Y cómo es que sigues sintiendo eso si ya has presentado el concurso en Evolufarma?

Luis: no lo sé, a mí me da coraje sentirme así. Antes por lo menos tenía un motivo que hiciera sentirme así, todos los problemas de Evolufarma explicaban que me sintiera así. Sin embargo, ahora me siento así sin motivo alguno, eso sí con menos intensidad y no tengo ningún factor estresante. Estoy de vacaciones y quiero aprovechar para empezar un nuevo libro, pero aún no tengo fuerzas.

Irene: Has pasado muchos años con un estrés que muy poca gente sería capaz de aguantar, date tiempo, tu cuerpo necesitará un tiempo para volver a la normalidad.

Luis: sí debe ser eso

Irene: ¿y cómo te sientes con lo de Evolufarma?

Luis: Cuando iniciamos el concurso me sentía culpable, pero ya no me siento así, hice todo lo que pude y traté de salvar el dinero de todos. Es más, ahora siento alivio y creo que la tendría que haber cerrado hace años, me hubiera ahorrado mucho sufrimiento.

Siguieron hablando durante un rato hasta que se fueron a dar un paseo con las perras de Irene.

Un domingo fueron a comer Irene y Luis a comer a casa de los padres de Luis.

Madre: hijo, ¿cómo te encuentras?

Luis: creo que mejor, por lo menos voy sintiendo que voy volviendo a ser yo mismo

Madre: ¿y te tomas la medicación?

Luis: ¡qué pesada eres!. Ya te he dicho mil veces que sí

Irene: de todas formas yo me aseguro que lo hace y lo está haciendo sin que se lo recuerde.

Madre: cuánto me alegra oírlo. Y del tema de Evolufarma, ¿olvidado?

Luis: Sí, he aprendido a aceptar las cosas como son, hice lo que pude, tomé decisiones equivocadas, pero he aprendido de ello. El pasado pasado está, no me quita ni un pensamiento al día, sin embargo, sigo con ansiedad.

Madre: ¿que sigues con ansiedad? ¿Cómo es posible?, si han pasado unos meses desde que presentaste el concurso y dices que ya no piensas en ello. ¿Seguro que no lo haces?

Luis: mamá te lo juro, gracias a la meditación y a los aprendizajes de la meditación Advita he aprendido a aceptar el pasado y no me viene ni un pensamiento sobre él.

Madre: ¿se lo has comentado al psiquiatra?

Luis: sí, me dice que es consecuencia de haber maltratado el cerebro con tanto estrés durante tanto tiempo

Madre: ¿dices que tienes estrés y ansiedad?

Luis: sí, es mucho menor que cuando estaba en Evolufarma, y la puedo aguantar gracias a los ansiolíticos y a la meditación. Pero hay días que sufro mucho.

Madre: pues que te manden más

Luis: lamentablemente me están mandando la dosis máxima, tengo que aprender a vivir con ello y esperar que se pase pronto

Madre: entonces hay algo que te tiene inquieto, ¿os va mal, tienes algún problema?

Luis: mamá, no busques causas, no las hay. Yo he perdido mucho tiempo haciéndolo y de forma objetiva tengo una vida ideal, una novia que me quiere y me cuida, unos padres maravillosos, dos hijos maravillosos y estoy en un tiempo de descanso que me puedo permitir durante al menos tres años. ¿qué problema tengo? Ninguno

Madre: pues no lo entiendo

Luis: no lo tienes que entender, tienes que aceptar que me pasa esto sea cual sea el motivo.

Madre: Me dejas preocupada por que tengas ansiedad, la vida no es justa, ya has sufrido demasiado por esa dichosa empresa

Luis: mamá, la vida no es injusta, es lo que es y cada uno tiene que lidiar con lo que le toca y a mí me toca ahora lidiar con la ansiedad. Míralo por el lado bueno, de eso no me voy a morir.

Madre: ¿y si te da un infarto por culpa de eso?

Luis: mamá, no te pongas dramática, no va a ocurrir y si ocurre ya lidiaremos con eso en su momento.

Siguieron hablando un poco más de la ansiedad de Luis, la madre se emperraba en buscar una causa y Luis no era capaz de hacerla entender que no la había, que todos tenían que aceptar que era el sentimiento que tenía ahora. Luis se frustraba con su madre y se enojaba con ella, sin embargo, procuraba poner buena cara y mantener la compostura.

Irene cuando se dio cuenta que Luis estaba enfadado le dio la mano y le acarició la pierna, eso bajó un poco la tensión de Luis.

Nota: la ansiedad es prima hermana de la depresión, es tanto causa como efecto.

Cuando Irene y Luis iban de vuelta a casa Luis dijo:

Luis: te puedes creer lo de mi madre, no ha dejado de machacarme con lo de la ansiedad, no entiendo por qué no podía dejar el tema

Irene: porque te quiere

Luis: pero esto es el colmo, tengo un huevo de ansiedad y en esta comida no sólo ha aumentado, sino que me he frustrado porque no me escuchaban y me he cabreado un montón.

Irene: Luis tranquilo, tus padres te quieren un montón, lo que les pasa es que no terminan de entender.

Luis: pues que me dejen en paz, no sé si quiero volver otro domingo para que me hagan el tercer grado y encima me cabreen.

Irene que entendía a Luis y a su madre, trataba de calmarle

Irene: cariño, luego, cuando se te pase el enfado estarás más tranquilo y mañana quizás entiendas mejor a tu madre. ¿Por qué no nos vamos a tomar una cocacola al Martins?

Luis, suspirando: me parece bien, pero lo que daría yo por una cerveza

Irene: lo sé, pero ya sabes que los médicos te han dicho que no bebas nada que puede afectar al efecto de la medicación.

Luis: lo sé, pero eso no significa que no suspire por una cerveza.

Pasaron la tarde en el Martins, al final Irene se tomó un par de cervezas y Luis un par de tónicas. A Luis le gustaban las tónicas porque así se engañaba y era como tomar un gin-tonic.

La ansiedad es causa de la depresión, pero también es efecto de la depresión

Junio 20202. Menos sociable y depresión

Antes de las vacaciones de verano quedaron con Carlos y Ana, los mejores amigos de Luis. Ellos sabían lo de la bipolaridad porque Irene les llamó en el ataque maníaco y habían ido a verle al hospital.

Carlos: Como vas?

Luis: Mejor, esto va poco a poco.

Ana: pues yo te veo estupendo, te veo con buena cara

Irene: sí, anda un poco mejor, pero como ha dicho, va poco a poco

Carlos: tío, si conseguiste mantener 9 años esa mierda de empresa (él también era empresario y a él le iba bien, hacía años le había recomendado que la cerrara), de esto te recupera en un plis plas.

Luis: eso espero

Carlos: y has vuelto a beber tanto

Luis: que va.

Carlos: eso está bien, eso de que bebieses todos los días nos tenía algo preocupados

Luis: lo sé, pero era la única forma que encontré de controlar el estrés. Tendría que haberte hecho caso en haber cerrado antes Evolufarma, ahora veo que tanto sufrimiento no tiene sentido por nada

Ana: mira el lado bueno, has aprendido

Luis: sí, soy una persona nueva, he crecido mucho, veo las cosas con más perspectiva y acepto las cosas mejor

Carlos: eso está muy bien. Al final de todos los tropiezos se aprende y se crece

Luis: ya te digo…. Pero yo he tenido que aprender a hostias.

Siguieron hablando un ratito sobre la salud de Luis y de Evolufarma. Pero enseguida pasaron a otros temas. Carlos, Irene y Ana estaban animadamente hablando, sin embargo, Luis a penas hablaba, si acaso hacía alguna aportación escueta.

A la vuelta a casa:

Irene: ¿hoy has estado un poco callado no?

Luis: es posible, estoy muy cansado y el hablar de la ansiedad y de Evolufarma me ha revuelto un poco

Irene: ¿pero no tenías todo integrado?

Luis: claro y ya no pienso en ello, pero si me lo sacan, aún tengo sentimientos encontrados. De todas formas, estaba cansado.

Irene no le dio más vueltas y cambió de tema.

A la semana siguiente quedaron con Rubén y Mónica, los mejores amigos de Irene. A Luis no le apetecía ir y prefería quedarse en casa, pero sabía que esa no era una opción, pues supondría una bronca. Así que no le quedaba más remedio que ir y poner buena cara.

Irene preguntó sobre qué iban a hacer en el verano y contó lo que Luis y ella harían. Irene estaba contenta por estar con sus amigos y conversaba animadamente con ellos. Sin embargo, Luis estaba muy callado, apenas decía nada y él se sentía que la conversación no iba con él, así que de vez en cuando desenchufaba.

Irene apenas se había fijado que Luis no había hablado apenas pues estaba entusiasmada con las conversaciones con sus amigos, no tenía puesta la atención en Luis, sin embargo algo notó.

Irene: ¿te pasa algo?

Luis que no sabía qué contestar, pues lo único que podía pensar en la cena es en irse a casa y que le dejaran tranquilo. El tener que poner buena cara le suponía un gran esfuerzo y un gran desgaste. A pesar de ello, parecía que le habían pillado, a ver qué decía.

Luis: cariño, me dolía la tripa, algo me ha debido de sentar mal de la comida

Irene: mira que te pasas con el picante, luego te pasan estas cosas.

Irene no le dio más importancia y cambió a otro tema. Luis estaba aliviado porque no tenía que hablar de sus sentimientos. Esa noche cuando fueran a la cama, meditaría en la cama y los analizaría.

Al llegar a casa se asearon y se fueron a la cama. Irene se durmió rápido, lo había pasado genial con los amigos, sin embargo, Luis decidió meditar un rato y luego estar pendiente de su cuerpo y sus sentimientos. Encontró lo siguiente:

- Durante toda la cena tenía ganas de irse lo antes posible a casa
- No le apetecía hablar de Evolufarma, ni de su ansiedad
- Rubén y Mónica le caían bien, sin embargo, vio que las conversaciones eran un poco superficiales
- No tenía ganas de hablar, no sabía por qué, simplemente no las tenía
- El tiempo de la cena se le hizo eterno, especialmente el del gin tonic después de cenar que él tuvo que tomar una cocacola por tomar ansiolíticos
- Cuando se fueron a casa sintió un gran alivio, como si se liberase de una pesada carga.

No encontró causa alguna todo lo que sentía y pensaba, así que pensó que tenía un mal día.

A la semana siguiente quedaron el sábado con Francisco y Graciela, dos buenos amigos de Luis. A Luis le gustaba mucho quedar con ellos porque Francisco era un cachondo y Graciela le seguía muy bien el juego.

El jueves se dio cuenta de que no le apetecía quedar con ellos. Luis se sorprendió, pues siempre se lo pasaba muy bien con ellos, nunca le había pasado. Era un sentimiento profundo de rechazo hacia la quedada, pensó en decírselo a Irene, pero al final decidió no hacerlo.

El viernes, ese sentimiento de falta de apetencia y rechazo a la quedada fue en aumento, él estaba flipando, no le apetecía quedar con Francisco y Graciela cuando se lo pasaba super bien con ello. No lo entendía.

Llegó el sábado, y quedaron con Francisca y Graciela. Como no podía ser de otra forma el primer tema de conversación fue la ansiedad de Luis y el segundo fue la muerte de Evolufarma. Pasado ese trámite Francisco empezó con sus chistes y Graciela le seguía. A Luis por primera vez en su vida no le hacían gracia, sin embargo, fingió la risa y puso buena cara. El poner buena cara le costaba horrores a Luis, le suponía un desgaste físico y emocional increíble. Irene no paró de reírse en toda la noche, y no se fijó que Luis apenas hablaba. Cuando terminaron de cenar se tomaron el riguroso gin-tonic pero esta vez Luis que estaba hasta las narices de las cocacolas también pidió uno.

Irene: cariño, no puedes beber alcohol con los ansiolíticos

Luis: lo sé, pero estoy hasta las narices de tomar cocacolas mientras vosotros tomáis un gin tonic

Francisco: por uno no creo que pase nada

Luis: es mi vida y me apetece tomar uno, debes respetarlo

Irene: pero….

Irene trató de convencerle de que no se tomase el gin tonic, sin embargo Luis estaba decidido a hacerlo, y ella, ¡cómo se lo iba a impedir!.

Cuando los terminaron se fueron a casa Irene le echó la bronca por el gin tonic. Pero a Luis no le importó, se había aburrido en la cena y necesitaba una válvula de escape. Por algún motivo extraño los chistes de Francisco ese día no le hicieron nada de gracia. La conversación no llegó a más y al llegar a casa se asearon y se fueron a la cama.

Al fin de semana siguiente tocaban los amigos de Irene. Luis estaba horrorizado, si lo había pasado tan mal con su amigo Francisco que era super gracioso y un gran amigo, ¿cómo lo iba a pasar con los amigos de Irene?

No estaba dispuesto a pasar por otra cena interminable en la que se aburriese como una ostra y donde su único pensamiento sería ir a casa, así que fingió estar malo.

El sábado a primera hora de la tarde fingió que vomitaba en el baño, eso no le costaba hacerlo.

Irene cuando le escuchó el ruido de las arcadas se acercó al baño y preguntó:

Irene: cariño,¿ estás bien?

Luis: acabo de vomitar la comida, algo me ha debido de sentar mal. Y fingió otra arcada.

Irene: ¿puedo hacer algo?

Luis: no, déjame tranquilo hasta que se me pase.

Fingió un par de arcadas más y salió del baño. Irene que cuidaba siempre a Luis le hizo una infusión para asentar el estómago.

Irene: toma cariño, esto te vendrá bien para asentar el estómago.

Luis: no tengo cuerpo para nada, muchas gracias, luego me la tomo

Irene: insisto, esto te vendrá bien

Luis ante la insistencia de Irene se la comenzó a beber.

Irene: voy a cancelar la cena de hoy, no estás bien para salir

Luis: no seas tonta, no la canceles, es simplemente que algo me ha sentado mal, vete tú sin mí.

Irene que era de esas mujeres cuidadoras le dijo

Irene: cariño, no me voy a ir tranquila si estás así, lo mejor es que lo cancele

Luis: no seas tonta, vete, es una simple indigestión. Si quieres llámame a mitad de cena y si estoy muy mal te vienes.

El intercambio de argumentos siguió un rato, pero al final quedó decidido, Irene saldría y llamaría a Luis en la mitad de la cena y Luis se quedaría en casa. Irene se fue algo preocupada, pero era verdad que unos vómitos sin fiebre no era nada grave y le vendría bien estar con amigos después de una semana estresante.

Según salió Irene por la puerta, Luis se quedó aliviado, se había librado de una cena interminable. No le dio más vueltas y se puso una serie de Netflix.

A la hora y media llamó Irene para ver cómo estaba y él dijo que mucho mejor, que se encontraba con fuerzas y ya no tenía nauseas. Así que Irene se quedó tranquila y decidió tomarse el riguroso gin tonic de después de cenar.

Cuando llegó a casa Irene le contó cómo había ido la noche y Luis le dijo que había estado viendo una serie de Netflix que a ella no le gustaba. Hablaron un rato y se fueron a la cama.

El miércoles de la semana siguiente Irene preguntó:

Irene: ¿este finde con cuál de tus amigos has decidido quedar?

Luis: pues si te soy sincero con ninguno. Prefiero que nos quedemos en casa y que pidamos algo

Irene: últimamente te veo algo apagado, venga vamos, ¿con quién quedamos?

Luis: de verdad Irene, no me apetece. Si quieres queda tú con tus amigos, no me importa.

Irene: pero cómo te voy a dejar sólo un sábado por la noche. Ni hablar, si es lo que quieres nos quedamos en casa, aunque creo que te vendría bien salir.

Ante esas palabras Luis sólo podía pensar el suplicio que le suponía salir con gente, que su único pensamiento era volver a casa cuanto antes, que ya no le hacía gracia la gente, que le importaba un bledo las vidas de los demás y sobre todo el desgaste que le suponía poner buena cara.

Luis: haz lo que quieras, pero si yo fuera tú aprovecharía para despejarme con mis amigos

Irene: no, me quedo en casa contigo y pedimos Sushi, que nos gusta mucho a los dos

Luis: OK como prefieras.

Así que el sábado se quedaron en casa tomando Sushi, estuvieron muy a gusto cenando y luego se pusieron una peli de Netflix abrazaditos

Ser menos sociable es causa de muchos de los síntomas de la depresión. Cuando los eventos sociales se vuelven un suplicio, ya estás metido de lleno en la depresión, acude a un especialista

Septiembre 2020. Anhedonia y depresión

A Luis le gustaba salir a caminar, leer, hacer maquetas, estar con amigos, irse al bar a tomarse algo, escribir libros, ver Netflix, etc. Era un tío que no podía estar en casa, siempre estaba haciendo cosas.

Un día Irene le preguntó

Irene: me he fijado que ya no sales tanto de casa como antes, ¿y eso?

Luis: por nada, simplemente que me apetece estar más en casa

Irene: ¿y eso?

Luis: estoy tratando de reencontrarme a mí mismo, por eso estoy meditando tanto y me quedo tranquilo tumbado en el sofá.

Irene: eso es genial, pero deberías de salir a que te dé el aire

A Luis esas palabras le dolían, él sabía que debía salir y debía moverse, sin embargo, no le apetecía y si se forzaba, en vez de disfrutar de lo que hiciera, le hacía sentir mal, no le producían placer alguno, sólo le apetecía estar tumbado en casa y hacer los pocos hobbies que tenía en casa.

Luis: cariño, lo sé. Estoy pasando por una fase de autoconocimiento, tienes que respetarlo. Entre lo que he sufrido con Evolufarma, es normal que necesite tiempo para mí.

Irene que era muy comprensiva, dejó el tema y cambió a otro. Si él necesitaba su tiempo se lo daría, debía ser parte del proceso de la enfermedad.

Pasadas unas semanas Luis dejó todos sus hobbies y lo único que hacía era escribir, ver Netflix y estar tirado en el sillón.

Irene: me he dado cuenta de que ya no haces ninguno de tus hobbies, ¿y eso?

Luis: porque ya no me apetece, de todas formas, sigo escribiendo en mis libros

Irene: sí, pero tu vida no puede girar en torno a escribir, Netflix, meditar y estar tirado en el sillón

Luis: lo sé, pero es lo que me apetece. Ahora me aburro con los hobbies.

Irene: ¿cómo que te aburres con los hobbies?

Luis: Sí, ahora me aburro con ellos. ¿Qué sentido tiene hacer algo que te aburre?

Irene no sabía cómo contestar a eso y le dijo

Irene: pues fuérzate un poco, te vendrá bien tener la cabeza distraída en otra cosa.

Ese comentario le sentó a Luis como una puñalada, él se sentía culpable por no estar más activo, sin embargo, era literalmente incapaz. Todo le aburría y se había forzado a hacerlo porque eran cosas que le gustaban, sin embargo, cuando las hacía no sólo se aburría, sino que tenía sentimientos negativos de rechazo hacia la actividad.

Luis: lo sé, dame un par de semanas para que me recomponga

Irene: cariño, el tiempo que necesites, sólo quiero ayudar.

A Luis no le parecía ayuda, más bien lo contrario, las conversaciones de este tipo con Irene le hacían daño, pero él entendía que todo lo que ella decía era porque se preocupaba por él.

Luis había dejado de escribir, ya no le apetecía, ya no le llenaba. Lo único que hacía en el día era meditar, ver Netflix y estar tirado en el sillón.

Se había dado cuenta de una cosa, que ya nada le apetecía y nada le producía placer. Nada, absolutamente nada le producía el más mínimo placer, es como comer sin el sentido del gusto y del olfato, lo harías sólo cuando tuvieras mucha hambre, si no la tuvieras, dejarías de hacerlo

Semanas antes disfrutaba de la comida y procuraba irse a sus restaurantes favoritos, pero ahora le daba igual lo que comer pues ya no le aportaba placer. Es más, se forzaba a comer porque sabía que tenía que comer.

Cuando se levantaba sólo podía pensar que el día pasase lo más rápido posible para llegar la hora de irse a la cama. Sentía ansiedad, comenzaba a tener tristeza y nada le aportaba placer (anhedonia), así que el día era un suplicio que tenía que vivir y que esperaba que pasase lo más rápido posible. Cuando llegaba la hora de cenar, se relajaba, pues quedaba una o dos horas de ver una serie de Netflix con Irene y por fin a dormir.

Esta sensación de levantarse con ganas de que llegase la noche para irse a la cama le acompañó durante los siguientes años aunque no hablemos más de ella. Ésta es una sensación común en un deprimido.

También habían cambiado sus sentimientos hacia Irene, sabía que la quería, sin embargo, cuando estaba con ella no sentía nada, era como estar con un extraño. Con sus padres y sus hijos le pasaba lo mismo, bueno no lo mismo, estar con sus padres le crispaba los nervios. Es como si se hubiera desconectado de ellos emocionalmente.

Los fines de semana, cuando estaba con Irene hacía un esfuerzo sobre humano para que ella no notase nada. De hecho, se forzaba a decir cosas que en ese momento no sentía. Él lo achacaba a haberlo pasado tan mal durante tanto tiempo y esperaba que el tiempo le curase.

Un fin de semana Irene le preguntó:

Irene: ¿cómo va tu libro?

Luis: lo he dejado

Irene: ¿y eso?

Luis: ya no me apetece escribir, y ya no estoy inspirado

Irene: has dejado todos tus hobbies, era el último que te quedaba. ¿Qué haces durante el día?

Luis: pues medito, veo Netflix y estoy tirado en el sillón

Irene: ¡eso no puede ser!. Tú eres un tío muy activo, tienes que hacer cosas.

Luis: ¡y qué le voy a hacer!, no me apetece hacer nada.

Irene: pues fuérzate, que te vendrá bien

Luis: ya lo he intentado, pero no disfruto con nada. Cuando me fuerzo no sólo no disfruto, sino que lo paso mal, y no tiene sentido pasarlo mal porque se suponga que tengo que hacer cosas

Irene: ¿cómo que no disfrutas con nada?

Luis: no, con nada. Ya no disfruto de mis hobbies, ni siquiera de leer o escribir. Es más, sabes que soy un disfrutón de la comida, ahora me da igual comer una cosa u otra, de hecho, me fuerzo a comer porque no tengo ganas.

Irene: no te puedo creer. ¿Y cuando estás conmigo no disfrutas? ¿No sientes que me quieres?

Aquí Luis se vio obligado a mentir, pues sino abriría la caja de pandora

Luis: estoy bien cuando estoy contigo, y es el único momento donde siento algo positivo

Irene: ¿y te pasa algo más?

Luis: bueno he empezado a sentir tristeza, antes la sentía muy leve, pero ahora ya es más fuerte.

Irene: pero si no tienes motivo para estar triste, tienes unos hijos maravillosos, unos padres maravillosos, una novia que te quiere y estás en unas megavacaciones que te puedes permitir

Luis: lo sé, no me puedo quejar de nada, no tengo ningún problema, sin embargo, estoy triste y no sé de dónde viene, ni por qué viene esa tristeza. La incapacidad de sentir placer ha hecho que vea la vida en vez de colores de un solo color y la tristeza está empezando a hacer que éste sea gris.

Estuvieron casi una hora discutiendo de lo que le pasaba a Luis, estaba claro que estaba peor de lo que pensaba Irene. Acordaron esperar a la semana siguiente a ver al psiquiatra.

La anhedonia (incapacidad de sentir placer) es un típico síntoma de la depresión. Si ya no te apetece hacer nada, acude a un especialista

La tristeza sin causa es síntoma de depresión

El día que le tocaba psiquiatra, Luis le contó cómo se sentía y qué le pasaba. Irene por su parte le contó las cosas que ella veía.

Psiquiatra: Me temo que has entrado en una depresión, es una pena que no lo detectase antes.

Luis: ¿Qué?, pero si tengo una vida genial, nada me estresa, no estoy preocupado por nada.

Psiquiatra: ya, pero recuerda que has pasado años sobre estresado y maltratando tu cerebro, ahora éste te pide descanso

Luis: no lo entiendo si me estaba tomando los ansiolíticos.

Psiquiatra: te estábamos tratando la ansiedad, no la depresión porque no te habíamos visto síntomas.

Luis: ¿y esto me va a durar mucho?, no me apetece hacer nada y nada me da placer

Psiquiatra: eso se llama anhedonia, que es la incapacidad de sentir placer, es un rasgo bastante común en las depresiones. Respecto al tiempo no te puedo decir, cada persona reacciona de forma diferente al tratamiento.

Luis: y por qué la tristeza sólo me ha venido últimamente, yo pensaba que depresión era igual a tristeza

Psiquiatra: efectivamente la tristeza suele acompañar a la depresión, pero no siempre aparece, es lo que se llama depresión no disfórica.

> La depresión puede venir sin tristeza es la llamada depresión do disfórica

Irene: yo te llevo viendo apagado desde hace meses

Luis: eso es porque no me apetecía hacer nada

Irene: no, es más que eso, casi no hablas, ya no te ríes, estás como apagado, hasta se te nota en la cara y en la forma de andar, puede que estuvieras triste y no te dieras cuenta

Psiquiatra: sea cual sea el caso tenemos que tratar la depresión, con antidepresivos. Tardarán en hacer efecto de 6-8 semanas.

Entonces le recetó unos antidepresivos y se fueron. A Irene ya le encajaban todas las piezas, ya entendía el por qué del comportamiento de Luis.

Luis en cambio iba un poco decepcionado, ahora tenía depresión tras la ansiedad y no sabían lo que iba a durar, ¡qué coñazo!.

Octubre-2020. La mudanza, la abulia y depresión

Viendo lo que había pasado desde el cierre de Evolufarma y viendo que Luis estaba deprimido y porque Irene por naturaleza era una mujer cuidadora, decidieron que Luis se mudara a casa de Irene, así ella podría cuidarle.

Luis sentía cierta ilusión por la mudanza, pues quería a Irene y así pasarían más tiempo juntos. Irene estaba muy contenta y estaba también aliviada porque así controlaría a Luis.

El primer mes Luis se esforzaba por hablar con Irene, por hacer cosas juntos y por bajar a las perras de Irene a pasear juntos. Luis no sabía cocinar, por lo que no se ocupaba de eso. De las lavadoras, de la limpieza y de la cocina se encargaba Irene y Luis se limitaba a poner y quitar la mesa. Es decir, que todo el peso de la casa recaía sobre Irene.

A Luis y a Irene, esta situación no les parecía equitativa. Para solucionarlo Luis propuso que como él no podía, no quería o no sabía hacer cosas de la casa, su responsabilidad en la casa la subcontrataría, es decir, que contratarían una asistenta. A Irene le pareció bien pues las cosas se equilibraban más y ella sólo tendría que ocuparse de la cocina.

La intensidad de la ansiedad y el estrés habían bajado algo, pero sin embargo seguían siendo muy altas a pesar de que Luis no tuviera nada que le estresase. La tristeza empezaba a estar presente todos los días y parecía que en vez de disminuir con la medicación, iba en aumento.

Luis se pasaba el día en el sofá mirando las musarañas, viendo Netflix y de vez en cuando escribiendo. Esta rutina diaria de Luis, Irene la desconocía, pues hasta que se mudó con él no sabía realmente qué hacía durante el día cuando ella estaba trabajando.

Irene era muy comprensiva y le había dejado a su aire el primer mes, pero la inactividad de Luis le crispaba le nervios. Así que un día le dijo:

Irene: Luis, tienes que hacer algo, no puedes estar todo el día tumbado en el sofá sin hacer nada o viendo series de Netflix.

Luis: ya sabes que no me apetece nada

Irene: tienes que ser más proactivo, tienes que moverte

Luis: es que no puedo, de verdad

Irene: eso es que no lo intentas lo suficiente

Luis: ya lo he intentado y cuando hago algo me siento mal

Irene: pues fuérzate a ello, con el tiempo seguro que te vuelven a venir los sentimientos positivos. Retoma alguno de tus hobbies.

Luis: de verdad que no puedo, no sé cómo explicártelo

Irene: además te deberías de apuntar al gimnasio, eso genera endorfinas y te hará que te sientas mejor. Ya te dijo el psiquiatra que hicieras cosas e hicieras deporte que te ayudaría a recuperarte.

Luis: es cierto que lo dijo, pero también dijo que no forzara las cosas que lo hiciera cuando estuviera preparado para ello, y no lo estoy

Irene: No lo estás porque te has dejado, no eches la culpa a la depresión. No haces nada porque no quieres. El que pone empeño, aunque le cueste al principio, al final lo consigue

Luis: me encantaría que estuvieras en mi lugar y supieses lo que siento. No soy capaz de explicártelo.

Irene: claro que me pongo en tu lugar, sabes que soy muy empática y te quiero mucho. Por eso te digo estas cosas.

Siguieron hablando del tema sin sacar nada de la conversación. Luis estaba frustrado porque Irene no le entendía.

Cuando se tiene abulia (falta de voluntad y de energías para hacer cosas), el querer forzar al enfermo deprimido no sólo no le ayuda, sino que hace que se sienta peor, hace que se sienta culpable

Noviembre 2020. La tristeza y depresión

Al mes de estar viviendo con Irene Luis empezó a sentir una gran tristeza. No era una tristeza como otras que había vivido en su vida o que había experimentado unos meses atrás, era profunda, agónica, que salía de su pecho o más bien de su alma. Él sólo podía pensar que es la tristeza que siente al principio alguien que se le muere un ser muy querido.

La tristeza no le venía por ningún motivo, pues tenía una buena vida y no tenía preocupaciones, sin embargo, ahí estaba.

La tristeza le hacía a veces llorar, sin embargo, el llanto no le consolaba, tras llorar la tristeza seguía con igual intensidad.

Un día Irene le vio alicaído, así que le preguntó:

Irene: cariño, ¿estas bien?. Llevo unos días viéndote sin ánimos

Luis: no, creo que la depresión ha ido a más. ¡Ahora siento una tristeza insoportable!

Irene: ¿pero por qué¿, si todo te va bien

Luis: eso me mata. No sólo me siento triste, sino que me siento culpable por sentirme así teniendo la vida que tengo

Irene: ya nos dijo el psiquiatra que te podría venir tristeza

Luis: sí, pero no sabía que podía ser tan fuerte, es agónica, me parte el alma.

Irene: ¿pero es para tanto?

Luis: sí. Piensa que se te muere tu padre, ¿cómo te sentirías?

Irene: pues fatal, con ganas de hasta morirme

Luis: Pues si ocurre lo de tu padre te sentirás así sólo a ratos del día, cuando te acuerdes de él. Lo mío es continuo, dura todo el día

Irene: ¿pues tan mal estás?

Luis: sí, no puedo soportarlo.

Irene: pues tenemos que ir al psiquiatra para que te ayude con esto.

Siguieron hablando un buen rato de la tristeza de Luis y luego se pusieron una serie de Netflix.

A la semana siguiente quedaron con el psiquiatra. Tras contarle Luis lo que le pasaba el psiquiatra dijo:

Psiquiatra: no hay mucho que se pueda hacer, simplemente tienes que aguantar esta fase de la depresión hasta que se pase

Luis: ¿cómo que me aguante?, si no puedo con ella

Psiquiatra: pues tendrás que poder, es una fase de la depresión y tienes que pasar por ella antes de recuperarte

Luis: ¿y no me puedes mandar nada para la tristeza?

Psiquiatra: no hay un medicamento específico para ello, sólo están los antidepresivos, pero como sabes no los podemos aumentar, ya estás tomando la dosis máxima

Luis: ¡pero si lo estoy pasando fatal, dame algo!. ¿Qué tengo que volver a fumar beber?

Psiquiatra: eso ni se te ocurra, eso no hará más que empeorar tu situación. Tienes que tener paciencia y fuerza para aguantar estos momentos.

La conversación duró 15 minutos más, pero Luis no estaba satisfecho, el psiquiatra no le había dado ninguna opción.

Pasaron unas semanas y la tristeza agónica no se iba. Estaba presente a lo largo de gran parte del día y cuando no era agónica era muy grande. Un día que Irene se fue a trabajar por la tarde decidió ponerse un whiskey, recordando que en su época de Evolufarma le quitaba el estrés, para ver cómo se sentía. Sorprendentemente la copa de whiskey bajó la intensidad de la tristeza, así que se sirvió un segundo. Ese día se tomó 3 whiskey y al finalizar el tercero la tristeza era manejable, se sentía bien. Sabía que no debía beber alcohol con los antidepresivos, sin embargo, ese día quería mandar todo al cuerno y necesitaba sentirse en paz.

Esa semana no volvió a beber, pero a la semana siguiente bebió 2-3 copas de whiskey por la tarde casi todos los días para relajarse, hasta que se convirtió en una rutina. Cuando Irene salía a trabajar por la tarde, se toma 2-3 whiskey, se calmaba, la tristeza era controlable y su vida era más soportable.

Con el paso de los meses empezó a beber también por las mañanas, llegando a consumir más de media botella de whiskey al día, y esto le acompañaría hasta el verano de 2021. Sin darse cuenta, por huir de la tristeza Luis se metió en el círculo vicioso del alcohol, bebía para aliviar los síntomas de la depresión, pero el alcohol por un lado le hacía seguir bebiendo más y por otro lado le empeoraba la depresión.

El alcohol le suponía broncas con Irene y preocupación de sus padres, pero a él no le importaba, el alcohol le hacía sentir bien. Luego veremos una discusión sobre el mismo con Irene.

Como ya vivía con Irene, bebía cuando ella no estaba en casa y escondía las botellas en el cuarto de los niños, en sitios donde ni los niños, ni ella iban a mirar.

Nota: el alcohol alivia los síntomas haciéndote sentir bien, pero cuando dejas de beber los acrecienta para que bebas, creando un círculo vicioso del que es difícil de salir. Además, el alcohol es un depresor a largo plazo y está contraindicado con la depresión

La depresión puede traer adiciones. Las adiciones como el alcohol disminuyen los síntomas de la depresión, pero impiden a los medicamentos actuar correctamente, te enganchan a ellos y en el caso de el alcohol es depresor

Noviembre 2020. Sexo y depresión

Es misma semana Irene intentó buscar a Luis para tener sexo, sin embargo, éste le rechazó, entonces Irene dijo:

Irene: te has dado cuenta de que llevamos más de un mes sin hacerlo y ahora que te busco me apartas

Luis: es que no me apetece

Irene: ¿qué pasa, ya no te gusto?

Luis: cariño, me encantas. Me pareces preciosa y la mejor mujer del mundo

Irene: ¿entonces?

Luis: no lo sé, no tengo ganas, de hecho, no creo que sea capaz ni de empalmarme

Irene: Luis, estoy siendo muy paciente con tu proceso, acepto que no seas tan cariñoso como antes, pero también necesito sentirte dentro mío.

Luis: lo siento, de verdad, no me apetece, no tengo nada de lívido.

Irene: ya pero seguro que te sigues pajeando, eso seguro que sí te apetece

Luis: no ya no lo hago, no me apetece, es más cuando lo hago a penas se me levanta

Estuvieron un rato discutiendo porque Irene se había mosqueado, ella necesitaba sentir a Luis cerca y ese rechazo le había tocado su ego.

Esa misma semana le tocaba psiquiatra a Luis y le contó que ya no tenía lívido, no sólo le contó el incidente con Irene, sino que antes se pajeaba todos los días y ahora no lo hacía y cuando lo hacía no se le empalmaba.

Luis: ¿qué me pasa? ¿Debo ir al psicólogo para mirarme esto del lívido?

Psiquiatra: no, es normal, es un efecto secundario de toda la medicación que tomas, así como es uno de los síntomas de la depresión.

Luis: ¿cómo?

Psiquiatra: sí, el medicamento que tomas tiene como efecto secundario la bajada de la libido. Es normal que no tengas ganas y que no se te empalme

Luis: así que si sigo medicado para la depresión no tendré libido. Pues vaya mierda, ¡para eso dejo las medicinas!.

Psiquiatra: ni se te ocurra puedes empeorar mucho

Luis: ¿y hay alguna solución?

Psiquiatra: para las ganas no, eso te tiene que excitar la persona. Sin embargo, para la disfunción eréctil puedes tomar Tadalafilo.

Luis: ¿y eso qué es?

Psiquiatra: es un medicamento contra la disfunción eréctil que dura 36 horas, de forma que durante 36 horas podrás tener relaciones sexuales si tienes suficiente estímulo.

Siguieron hablando un rato de la disfunción eréctil y pasaron a otros temas. Al final de la consulta el psiquiatra le recetó Tadalafilo.

Luis salió preocupado, pues si bien el Tadalafilo le solucionaba el hecho de empalmarse, no le solucionaba el hecho de que no tenía ganas. ¿Qué tenía que hacer, tener sexo con Irene sin ganas?, eso sólo traería problemas.

Al llegar a casa le dijo a Irene:

Luis: Irene ya sé por qué no me apetece tener sexo y no se me empalma cuando me pajeo.

Irene: ¿y por qué es?

Luis: El psiquiatra me ha dicho que es por la medicación que tomo que quita la libido, así como es una característica de la propia depresión.

Irene: ¡pues vaya faena1

Luis: sí, mientras esté deprimido y medicado será así, tienes que ser paciente.

Irene: Ya sabes que lo soy. ¿y te ha dado alguna solución?

Luis: sí para la disfunción eréctil, me ha mandado una cosa que se llama Tadalafilo y que dura 36 horas

Irene: bueno, entonces hay solución.

Luis: no, eso soluciona mi disfunción eréctil, pero no hace que tenga ganas de sexo, y ahora no tengo ganas. No quiero hacer el amor contigo forzado y sin ganas.

Irene: ni yo tampoco que lo hagas, me sentiría fatal. ¿Y qué hacemos con esto?

Luis: no lo sé, lo único que se me ha ocurrido es que me des tiempo a que mejore o que probemos con algún afrodisíaco

Irene que era muy comprensiva

Irene: no te preocupes, si me dices que es temporal, esperaremos a que te quiten la medicación y ya lo haremos cuando tengas ganas

Luis: cariño, muchas gracias por la comprensión y por estar ahí. No sé qué haría sin ti.

Así que decidieron esperar al tema del sexo a que Luis le apeteciera o le quitasen la medicación. De todas formas, Luis se comprometió a comprar afrodisíacos por internet para probar si funcionaban.

La depresión y los antidepresivos quitan la lívido, así como pueden producir disfunción eréctil

Diciembre 2020. La cama y depresión

El sufrimiento y la tristeza empezaron a disminuir, sin embargo, su incapacidad de hacer cosas fue aumentando (abulia). Cuando hacía cualquier cosa, por pequeña que fuera como poner la mesa, sufría un desgaste emocional brutal y le producía un cansancio igual de grande.

Parecía que mejoraba en unas cosas, pero empeoraba en otras. Poco a poco fue dejando de ver Netflix, ya no le entretenía, ya no le apetecía. Así que lo único que hacía era estar tirado en el sofá mirando las musarañas. No tenía muchos pensamientos, no le venían pensamientos negativos, simplemente no podía moverse por el motivo que fuera.

Esa sensación fue en aumento hasta que llegó un día que no se pudo levantar de la cama. No es que no quisiera, es que no podía, es imposible describirlo, hay que vivirlo para entenderlo. Es como intentar describir a alguien un sabor que nunca ha probado y es totalmente distinto a los sabores que todo el mundo conoce, simplemente no se puede.

Aun así voy a tratar de describirlo, es como si no tuvieras energías ni para levantarte y cuando quieres poner voluntad para forzarte a hacerlo es como si algo dentro de tu cerebro te impidiera hacerlo. Hay una lucha interna entre lo que quieres hacer (voluntad) y lo que puedes hacer (abulia), de que por más que te empeñes gana siempre la abulia.

Irene, como era el primer día de la cama le dejó en paz. Luis se levantó sólo para ir al baño y con gran esfuerzo para cenar.

Al siguiente día, tampoco pudo levantarse. Ahí sí que intervino Irene.

Irene: venga dúchate y vete para el salón, no puedes estar todo el día en la cama sin hacer nada.

Luis: no sé qué me pasa, pero de verdad no me puedo levantar de la cama

Irene: eso son tonterías, te levantas y punto

Luis: de verdad hay algo en mí que me impide hacerlo. Cuando me levanto me desgasto físicamente y psicológicamente.

Irene: nunca había oído que alguien no se puede levantar de la cama, eso es porque no quieres

Luis: de verdad que me gustaría, pero no puedo. Métete en internet y verás que eso le pasa a alguno deprimidos, se llama abulia

Irene: pero tío, esfuérzate un poquito, pon algo de tu parte.

Y siguieron así unos minutos hasta que Irene le dio por imposible y Luis se quedó en la cama. Irene se metió en internet y efectivamente vio que el no poder salir de la cama puede ser una fase de la depresión y que realmente el enfermo no puede, no es que no quiera. Por eso es mejor no obligarle.

Este proceso de la depresión no le duró unos días, le duró más de un mes. No se levantaba de la cama más que al baño, a comer y a cenar. Y cada varios días a ducharse porque Irene no quería que estuviera guarro, por parte de Luis ni se ducharía.

A pesar de que Irene era muy comprensiva y empática, ver a su novio tirado en la cama sin hacer nada, le molestaba por su falta de proactividad, y sobre todo la hacía sufrir mucho. Ella muchos días lloraba porque la situación le superaba.

Ella pensaba que qué mala suerte había tenido. Había conocido un hombre maravilloso, habían tenido los 6 primeros meses una conexión brutal y habían disfrutado mucho. Pero luego vino el fin de Evolufarma y la depresión. Luis ya llevaba 1 año deprimido y viéndole en la cama parecía que esto iba a ir para largo. Cuando tenía estos pensamientos, se entristecía y muchas veces lloraba maldiciendo su suerte. Sin embargo, estaba decidida a seguir con Luis porque era una persona maravillosa.

De vez en cuando tenían discusiones como las de arriba, y cada vez el tono era más elevado. Es decir que Luis estuviera en la cama, más todo lo que habían vivido antes, estaba empezando a hacer mella en la relación.

A Luis esas discusiones le machacaban, no tenía energías para nada y cada discusión le quitaba las pocas energías que le quedaban y le hacían sentir culpable por no ser capaz ni de levantarse de la cama.

Cuando se tiene una abulia grande no se es capaz de hacer nada por voluntad, hasta el punto que uno puede no poder salir de la cama

Enero 2021. La seta, las maquetas y depresión

Un día, sin causa alguna Luis se levantó varias veces para ir al salón y charlar con Irene. Empezó a levantarse más a menudo y en una semana más tarde ya estaba nuevamente en el sofá viendo Netflix fuera de la cama. Igual que llegó de la nada la abulia, de forma natural, ésta se fue.

Irene de momento no le dijo nada, pues prefería estuviera enganchado a Netflix que todo el día en la cama. Además, estaba contenta porque Luis estaba algo más hablador.

Un día se sentó con Irene y le dijo:

Luis: no quiero estar todo el día tirado en el sofá y enganchado a Netflix, no sé en qué otra cosa entretenerme

Irene: vuelve a escribir, que eso te gustaba mucho

Luis: no, tengo la cabeza embotada, no se me ocurrirían ideas y además no me apetece.

Irene: pues cógete un buen libro

Luis: mmmm, un libro creo que va a ser demasiado para mí no tengo buena concentración como para leer, pero creo puedo volver a leer los comics de Marvel

La depresión afecta a las facultades mentales

Irene: por algo se empieza. ¿Por qué no te apuntas al gym?

Luis: no eso es demasiado intenso, no estoy preparado

Irene: pues date todos los días un paseo largo

Luis: te volveré a acompañar con las perras y con eso me vale

Irene: ¿por qué no pruebas a quedar con amigos?

Luis: me gustaría, pero sólo el hecho de pensar en socializar me da escalofríos de momento no, cuando esté un poquito mejor

Así estuvieron repasando cosas que pudiera hacer Luis para pasar el tiempo fuera de Netflix y el sillón. Al final salió que leería comics y retomaría un hobby que tenía de pequeño que era hacer maquetas, ese hobby no le hacía pensar que era lo que él quería y le mantendría entretenido durante horas.

Irene quedó contenta con la conversación, si bien Luis no haría lo que a ella le gustaría, por lo menos iba a hacer algo. Eso era un comienzo.

Los siguientes meses Luis se tiraba el día haciendo maquetas, leyendo comics y viendo Netflix. Sólo salía de casa en dos momentos, uno cuando paseaba con Irene a las perras y otro, cuando Irene no estaba, para comprar alcohol, pues salvo el lapsus de tiempo que estuvo en la cama sin poder moverse, seguía bebiendo mucho.

Un día como muchos otros Luis bebió tanto que se le notaba en la voz.

Irene: ¿pero otra vez bebiendo?

Enrque: ¿cómo sabes que he bebido?

Irene: se te nota en el habla. Ya hemos hablado mil veces que no puedes beber por la medicación que tomas. Así no te vas a poner bueno nunca.

Luis: lo sé, pero hace sentirme bien

Irene: cualquier persona no debe de beber en las cantidades que bebes tú, afecta a tu cuerpo, y sobre todo al hígado. Pero una persona con depresión y medicada como tú menos todavía.

Luis: ¿tú te crees que como estoy eso me importa?. A mí sólo me importa sentirme bien, y el alcohol es lo único que me hace sentirme bien y me da un respiro de los síntomas de la depresión.

Irene: además eso interfiere con las medicinas y hacen que no funcionen bien, por eso llevas más de un año con la depresión

Luis: me he leído los prospectos de todas las medicinas y aunque todas recomiendan no beber, ninguno dice que interfiera, y están obligados a ponerlo si hay evidencia científica.

Irene: todos sabemos que interfieren, no busques excusas, no debes de beber por tu salud y para recuperarte mejor

Luis: pero es que me hace sentirme mejor

Irene: prométeme que no lo vas a volver a beber

Luis: lo siento, no puedo prometerlo

Irene: por lo menos díselo a psiquiatra a ver qué te dice

Luis: sí eso sí haré

Siguieron con la discusión un rato y Luis se quedó en el salón. Irene no podía más, a la depresión tenía que soportar que Luis bebiera y no se cuidara.

Cada cierto tiempo tenían discusiones sobre el alcohol. Irene quería que Luis lo dejara, pero éste no quería.

Luis sabía que lo que beber alcohol estaba mal, sin embargo, por algún motivo el pillarse el puntillo le daba algo de placer y le hacía sentirse bien. Además, ahogaba la tristeza y la ansiedad que tenía. A Luis nada le daba placer salvo esos instantes con las copas de whiskey y el puntillo que le dejaban después. Él no creía que interfirieran con las medicinas, ya que las farmacéuticas estarían obligadas a ponerlo.

Marzo 2021 La gente no entiende la depresión

El segundo domingo de Marzo les tocaba comer con los padres de Luis, a Luis no le apetecía pero se forzaba porque su madre disfrutaba mucho del momento.

Luis les contó cómo se sentía y lo que le había dicho el psiquiatra.

Madre: no entiendo por qué tienes una depresión, si tienes una vida que muchos les gustaría tener, unos hijos maravillosos, una novia maravillosa, unos padres que te quiere y muchos ahorros que te permiten no preocuparte por el trabajo durante mucho tiempo

Luis: mamá crees que no lo sé, de hecho, eso me frustra mucho, estar deprimido cuando todo te va muy bien es muy frustrante

Padre: eso es que aún no has cerrado capítulo de Evolufarma y te ha quedado alguna secuela

Luis: papá, cuántas veces te tengo que decir que lo tengo aceptado e integrado. Gracias a la meditación y a la filosofía Advita me recuperé muy rápido y sólo me he quedado con los aprendizajes. No tengo ningún pensamiento negativo en el día

Algunos tipos de depresión no implican tener pensamientos negativos

Padre: ¡pues no entiendo por qué estás así!

Luis: ya os he contado mil veces que lo que me ha pasado es que se me ha desajustado la química del cerebro y la depresión no tiene causa, simplemente estará hasta que se regule de nuevo la química cerebral.

Madre: ¿y cuánto te va a durar?

Luis: ¡eso me gustaría saber a mí!. Dicen que no se sabe que cada cuerpo y cada mente se recupera de forma diferente

Madre: ¿y dices que lo único que haces es ver Netflix y estar tirado en el salón?

Luis: sí, hasta he dejado la meditación, no me apetece hacer ninguna otra cosa.

Madre: pues tienes que hacer algo, tirado en el sofá sólo vas a conseguir ponerte peor porque estás todo el día comiéndote la cabeza.

Luis: mamá ya te he contado mil veces que gracias a la meditación consigo que apenas me vengan pensamientos a la cabeza. Además, ¿con qué me la voy a comer si todo me va bien? Si la causa de la depresión es por un desajuste químico en mi cerebro?

A Luis las palabras de la madre le estaban sintiendo como puñaladas, él también sabía que era mejor hacer cosas, pero no podía

Luis: Cuando hago algo que antes me gustaba en vez de darme placer siento sentimientos negativos de repulsión

Madre: aun así, fuérzate y fuérzate a dar un paseo y salir a la calle no puedes estar todo el día encerrado en casa

Irene: eso le digo yo, que me acompañe cuando salgo a dar un paseo a las perras, pero no hay manera de moverle del sillón. Se ha convertido en un vago.

Eso le dolió mucho a Luis, no estaban entendiendo lo que le pasaba. No era un vago, a él le gustaría hacer cosas, moverse, pero por algún motivo era incapaz de hacerlo. No sabía cómo explicarlo para que la gente lo entendiera, es como si hacer cualquier cosa le drenase toda su

energía. Había en su interior algo que le impedía hacer cosas, como si le arrastrase a no hacer nada cuando lo intentase. Pero no era un vago, él quería hacer cosas, pero no podía.

Luis: no soy un vago, simplemente tengo una enfermedad que se llama depresión y he leído que te pase esto es frecuente, se llama abulia.

Padre: tonterías, con fuerza de voluntad se consigue todo. Si te esfuerzas a lo mejor no sientes placer los primeros días como dices, pero como son cosas que te gustan en seguida vendrán los sentimientos positivos.

Con abulia se tiene falta de voluntad. Se pueden hacer tareas rutinarias, pero no se puede hacer nada que requiera voluntad

Irene: eso le digo yo. Que vaya con calma, que me acompañe al paseo y que lea algo o se ponga a escribir que son sus hobbies favoritos.

Madre: Luis, escucha a tu padre que es más mayor y tiene más experiencia

Luis: pero…

Luis estaba frustrado, ni su propia familia, ni su novia entendían por lo que estaba pasando por más que tratase de explicarlo. Ellos veían la depresión desde el punto de vista de una persona sana, sin embargo, Luis se había dado cuenta de que ya no veía las cosas como antes, al no gustarle nada, no apetecerle nada, no disfrutar de nada, estaba empezando a ver el mundo gris en vez de brillante y lleno de colores.

Los comentarios de los padres no sólo le frustraban, pues de alguna manera él también pensaba así y le gustaría seguir esos consejos de ellos, se había intentado forzar, pero cuando lo hacía sufría, mientras cuando estaba tumbado o viendo Netflix estaba en paz. Él también se sentía un vago, por eso el comentario de Irene le dolió tanto.

Luis no habló en todo el trayecto a casa, estaba frustrado, e Irene respetó su silencio.

Los comentarios bienintencionados de las familias para ayudar al enfermo de depresión en muchas ocasiones en vez de ayudar hacen que él se sienta mal y sienta culpa. Es decir, que en vez de ayudar empeoran las cosas

El sábado de la semana siguiente era el cumpleaños de Carlos, el mejor amigo de Luis. No le apetecía nada ir a la fiesta, pero Carlos le convenció para que fuera.

Llegaron un poquito tarde, por lo que la gente ya estaba con una copa y charlaban animadamente. Luis se quedaba al lado de Irene hablara con quien hablara, y no hablaba salvo que le hicieran una pregunta.

Mucha gente le preguntaba que qué tal estaba, y él respondía que bien. No quería aburrir a la gente con sus miserias, encima para que no le entendiesen. Si alguien se fijaba que no estaba muy alegre y le preguntaban decía que no se encontraba muy bien.

A la hora o así, Carlos pilló por banda a Luis y se pusieron a hablar en una esquina.

Carlos: tío, ¿cómo vas?, no te veo con muy buena cara.

A Luis, como Carlos era su mejor amigo, sí le apetecía contarle cómo estaba.

Luis: tío, pues resulta que ahora tengo una depresión

Carlos: ¿pero tienes algún problema que te la haya producido? ¿Es por el cierre de Evolufarma?

Luis: no, parece que es un tema de desajuste de la química del cerebro cuyo detonante fueron años de estrés y el cierre de Evolufarma.

Carlos: ¿y cómo te sientes?

Luis: triste, no tengo ganas de hacer nada y no tengo capacidad de disfrutar de nada

Carlos: ¿en serio?, entonces, ¿qué haces durante el día?

Luis: estar tumbado en el sofá y ver Netflix

Carlos: eso no está bien, eso seguro que hace que te pongas peor. Tienes que hacer algún deporte, eso libera endorfinas y hará que te sientas mejor. Además, debería de retomar algunos de tus hobbies como escribir, tengo ganas de leer tu nuevo libro

Luis: de verdad que no puedo hacer nada, cuando lo hago ya no es que no lo disfrute, sino que lo paso mal y me roba la energía.

Carlos: insisto, debes hacer deporte. Te veo un poco más gordito y las endorfinas te ayudarán a salir de la depresión.

Luis cada vez que hablaba con alguien de la depresión se frustraba, se sentía culpable y se cabreaba, nadie entendía lo que estaba viviendo.

El deporte es muy bueno para salir de la depresión, pero el enfermo tiene que poder estar preparado para hacerlo

Siguieron hablando de la depresión un ratito hasta que cambiaron a otro tema y se volvieron a integrar en la fiesta.

En el camino de regreso a casa Irene le dijo:

Irene: hoy no has hablado con nadie salvo un ratito que te he visto en un rincón con Carlos

Luis: es que no me apetecía

Irene: pero si son tus amigos, siempre te lo pasas bien

Luis: lo sé, pero no me apetecía, he decidido que no voy a hacer nada que no me apetezca

Irene: eso no es una actitud muy constructiva. Es totalmente reactiva, tienes que poner voluntad y esfuerzo si quieres salir pronto de la depresión

Luis: no volvamos al tema

Y Luis cambió de tema porque, aunque Irene era muy comprensiva y le quería mucho, no entendía su pasividad. Ella entendía que para salir de la depresión debería de forzarse por hacer cosas y la propia inercia de hacerlas le iría arrastrando fuera de ella.

Abril 2021. La balanza de la vida

A pesar de la medicación la depresión de Luis en vez de mejorar estaba aumentando. Hasta hace unas semanas sus síntomas eran anhedonia, incapacidad de hacer cosas y una tristeza acompañada de un pequeño sufrimiento. Pero en las últimas semanas ese sufrimiento iba cada vez a más, y ya era su sentimiento preponderante durante el día. Un día se armó de valor y decidió contárselo a Irene.

Luis: te quiero contar algo

Irene: ¿qué es mi amor?

Luis: tú sabes que desde que tengo la depresión tenía como sentimiento principal la tristeza, y en algunos momentos ésta me hacía sufrir.

Irene: claro

Luis: pues ese sufrimiento ha ido a más y lo tengo casi todo el día.

Irene: y a qué te refieres con sufrimiento

Luis: no lo sé describir muy bien, es como si me hubiera pasado algo muy malo como la muerte de mis padres. Gran parte del día tengo ganas de llorar, tengo una angustia terrible, me siento más triste que antes y muchas veces tengo una opresión en el pecho que es como si fuera a estallar.

Irene: ¿y desde cuándo te pasa esto?

Luis: ha sido gradual, yo creo que un mes, pero siendo fuerte un par de semanas

Irene: ¿y por qué no me lo has dicho ante?

Luis: porque pensaba que se me pasaría sólo, pero no ha sido así

Irene: parece que has ido a peor, no lo entiendo si estás tomando antidepresivos

Luis: lo sé, por eso he cambiado la cita del psiquiatra y le vemos mañana.

Irene: ¿y cómo lo estás llevando?

Luis: jodido, esto es una mierda de enfermedad. Pensaba que mi sufrimiento había acabado al cerrar Evolufarma pero parece que la vida me quiere dar otro palo, la vida es una mierda.

Luis había sido siempre un tío muy positivo, sin embargo, según pasaban los meses con la depresión cada vez era más negativo, y había dejado de confiar en la vida, pues consideraba que estaba siendo injusta para él.

Al día siguiente, fueron al psiquiatra y Luis le contó todo lo que había pasado.

Luis: no entiendo por qué estoy peor si estoy tomando antidepresivos

Psiquiatra: como te dije, cada persona reacciona al tratamiento de forma diferente. Efectivamente has ido a peor.

Luis: Además por culpa del sufrimiento duermo mal por las noches

Psiquiatra: por eso no te preocupes, eso tiene fácil solución con unas pastillas para dormir se soluciona

Luis: ¿y qué podemos hacer con el sufrimiento? ¿Me puedes aumentar la dosis del antidepresivo?

Psiquiatra: ya te conté que estas en las dosis máximas, no te puedo dar más

Luis: pues pasamos de las indicaciones de los laboratorios

Psiquiatra: sabes que no podemos hacer eso, tienes que tener paciencia. Lo que sí podemos hacer es cambiarte a otro tipo de medicamento a ver si reaccionas mejor con él y tú tienes que tener fuerza en esta etapa, que sé que es muy dura. Y tú Irene tienes que acompañarle y ser comprensiva, pues Luis va a pasar una temporada que lo va a pasar muy mal.

Irene: ¿y yo qué puedo hacer?

Psiquiatra: nada en especial, estar con él, apoyarle y darle cariño

Luis: ¿y esto durará mucho?

Psiquiatra: es imposible de predecir, depende de cómo evolucione la propia depresión y cómo reaccione tu cuerpo ante el cambio de medicación.

Le recetó el nuevo medicamento y las pastillas para dormir.

En el coche camino de casa,

Luis: pues vaya putada, tener que estar aguantando esto sin que haya una solución

Irene: cariño, tienes que tener fuerza y paciencia. Eres un tío fuerte y has aguantado años de sufrimiento en Evolufarma, seguro que puedes con esto

Luis: ya, pero estoy cansado de sufrir tanto en la vida, algo he debido de hacer mal en otras vidas

Irene: siempre dices que hay que aceptar la vida según viene, como es. Que de nada sirve rechazar lo que te viene salvo para crear más sufrimiento.

Luis: lo sé y sabes que con Evolufarma así lo hice, pero ahora me siento impotente, no puedo hacer nada y estoy agotado de sufrir tanto

Irene: ¿puedo ayudarte de alguna forma?

Luis: no, no puedes. Nadie puede, sólo puedo esperar a que la química del cerebro se regule bien, a ver si la nueva medicación funciona mejor.

Y siguieron hablando de cómo estaba Luis hasta que llegaron a casa.

Pasadas unas semanas el sufrimiento y la tristeza seguían ahí, no se habían ido ni rebajado. Luis se volvió algo más gruñón y cuando Irene le trataba de ayudar le decía que le dejara en paz. Luis ahogaba su sufrimiento en alcohol, que era lo único que mitigaba los efectos de la depresión y lo único que le daba cierto placer.

Un día tuvo el siguiente pensamiento que él llamó la balanza de la vida. En un lado colocas las cosas positivas de la vida y en el otro las cosas negativas, según pese un lado más que otro así se moverá la balanza mostrando si la vida tiene sentido o no.

Cogió un papel y escribió:

Cosas positivas:

- Hijos
- Padres
- Irene
- Solvencia económica

Vivir la vida, disfrutar del momento presente, disfrutar de las cosas, etc, hubieran estado aquí si estuviera sano pero ya no las valoraba.

Cosas negativas:

- Anhedonia. Ya no disfrutaba con nada
- Sufrimiento
- Tristeza

Como las cosas negativas eran una cuestión tiempo y las positivas tenían mucho peso, claramente tenía sentido vivir la vida. Sin embargo, al hacer este ejercicio se dio cuenta de que ya no le importaban tanto los padres, los hijos e Irene. Como tenía incapacidad de sentir placer el amor por ellos era menos intenso, por supuesto que los quería, pero ese sentimiento positivo que se siente al querer y al amar a alguien había casi desaparecido.

Un día Luis e Irene estaban hablando de temas profundos se pusieron a hablar del sentido de la vida:

Luis: ¿cuál es el sentido de la vida?

Irene: pues no sé, supongo que vivirla y disfrutar de cada momento. También da sentido las personas que te acompañan como tus padres, tus hijos, tu pareja.

Luis: ¿y en mi caso que no puedo disfrutarla?

Irene: sabes que es una cosa temporal derivada de la depresión, no te tienes que preocupar por ello

Luis: ¿y no crees que también es marcarse objetivos, trabajar para conseguirlos y crecer con las vivencias?

Irene: sí claro, eso también, pero lo considero secundario. Lo importante es vivir el presente, el Aquí y ahora, como tanto me has dicho tú de la filosofía Advita y de Eckhart Tolle.

Luis: pero la mayoría de la gente no está en el presente, viven anclados en el pasado o preocupados por el futuro

Irene: por eso digo que los objetivos son secundarios, hay que tenerlos para marcar un rumbo en la vida, pero lo importante no es la meta, es disfrutar del camino. La gente que vive en el pasado, directamente no les entiendo, pues no tiene sentido pensar en él, no se puede cambiar y lo único que trae es sufrimiento.

Luis: ¿y si el camino es pedregoso?

Irene: pues tú lo dices siempre aceptar lo que te toque vivir e intentar adaptarte y cambiar lo que puedas cambiar

Luis: y en casos como el mío que el camino me ha traído sufrimiento durante más de año y medio y no puedo hacer nada para quitármelo

Irene: no sé por qué me haces estas preguntas si la mayoría de las respuestas las he aprendido de tí. Pues aceptar lo que es y no pensar en lo injusta que es la vida.

Luis: yo al principio había aceptado la depresión, pero con tanto sufrimiento me cuesta un poco y he empezado a ver la vida como un poco injusta

Irene: no eres tú el que habla, es tu enfermedad. Sabes que la depresión te distorsiona el cómo ves la vida y las cosas y te hace verlas grises en vez de brillantes y de colores.

Luis: lo sé, pero cada vez me cuesta más ver las cosas como las veía antes

Irene: no te preocupes, pronto te recuperarás.

Y siguieron durante una hora hablando de temas transcendentales. Luis se dio cuenta de que la depresión había cambiado su forma de ver las cosas. Eso lo había leído, pero una cosa es leerlo y otra experimentarlo en tus carnes.

Para un deprimido la balanza de la vida es negativo, es decir que la vida no tiene sentido. Pero no lo tiene no porque sea así, sino porque está enfermo, está deprimido

Junio 2021. El pensamiento suicida

Un día de forma espontánea le vino la idea de acabar con su sufrimiento, es decir, de suicidarse. Al principio le asustó el pensamiento, pero cuando se quedó en él le produjo alivio, pues era el final de su tristeza y de su sufrimiento. Además, le da confort, porque el decidir si él vivía o no vivía de alguna forma le daba la sensación de que nuevamente tenía control sobre su vida.

Le estuvo dando vueltas al tema y recordó que había anotado lo que llamaba la balanza de la vida, donde apuntó las cosas positivas y negativas.

Cosas positivas:

- Hijos
- Padres
- Irene
- Solvencia económica

Respecto a las cosas positivas se dio cuenta de que ya no le importaban, ya no les tenía apego. Él no iba a tener una vida de sufrimiento por sus hijos, por sus padres o por Irene. Era consciente que si se quitaba la vida les haría mucho daño, sin embargo, no tenía sentido vivir la vida por los demás.

Seguía con andhonia, por lo que no disfrutaba de nada, cno sentía placer por nada, es decir que no encontraba ningún motivo para vivir la vida, pues tampoco tenía objetivos, pues había logrado todo lo que había querido en la vida.

En el lado de las cosas negativas:

- Anhedonia. Ya no disfrutaba con nada

- Tristeza
- Ansiedad

En el punto negativo ya no había sufrimiento, si acaso algo de ansiedad. Lo que sentía era un gran vacío, sin propósito en la vida, sin motivo alguno por el qué vivir. Cuando ves la vida desde el punto de vista de la depresión la ves gris, sin ningún tipo de sentimiento, y si hay alguno este siempre es negativo. No eres capaz de ver la vida brillante, con colorido, ni con sensaciones positivas.

Esto es fácil de llevar una temporada corta, pues sabes que se te va a pasar con la medicación, sin embargo, Luis ya llevaba más de año y medio deprimido y sin visos de recuperarse, ya que no avanzaba positivamente con los meses.

Si analizaba desde un punto de vista lógico, la solución racional sería quitarse la vida. Pero había que tener en cuenta una cosa, que lo negativo era temporal debido a la enfermedad y lo positivo se veía también nublado por la depresión. Sin embargo, llevaba deprimido y sufriendo más de un año y medio.

El pensamiento le llegaba de vez en cuando de forma espontánea, y su reacción al mismo era siempre de alivio.

Una noche, de forma consciente, trajo a su mente el pensamiento del suicidio para calmarse. Y funcionó, se tranquilizaba, se sentía en calma, se sentía en paz.

El pensamiento del suicidio cada vez le venía más a menudo, y buscó información de cómo lo podía hacer, cuándo podría hacerlo y cómo minimizar el impacto emocional del mismo a sus allegados, especialmente a sus hijos.

Vio que había muchas formas de suicidio, cortarse las venas, tomar medicamentos, tirarse a las vías del tren, ahorcarse, etc.

Cada una tenía sus pros y sus contras, para Luis tendría que ser indoloro y que fuera efectivo. En esos momentos no quería decidir una, simplemente quería saber qué alternativas tenía para estar preparado por si decidía hacerlo.

Un día hablando con Irene

Irene: ¿cómo te encuentras hoy?

Luis: igual

Irene: ¿igual que cuándo?

Luis: supongo que meses, no noto mejoría. Es más ahora de vez en cuando me viene la idea de acabar con el sufrimiento.

Irene: ¿a qué te refieres?

Luis: pues mandar todo a la porra y dejar de sufrir

Irene que había captado por dónde iba

Irene: eso ni se te ocurra, antes te mato yo. ¿pero lo has pensado en serio?

Luis: la verdad es que no, es sólo una idea que me viene de vez en cuándo y que me hace replantearme las cosas

Irene: no seas tonto, si hay muchas cosas por las que vivir y con las que disfrutar

Luis: cariño ya sabes no disfruto con nada y solo siento tristeza y sufrimiento. La balanza de mi vida no es muy favorable a seguir viviendo, pero tengo en cuenta que estoy enfermo y es temporal.

Irene: pero tienes cosas maravillosas en tu vida, piensa en tus hijos, en tus padres, en mí. La vida es maravillosa, lo que pasa que ahora no lo estás viendo por una enfermedad que se llama depresión

Luis: ya lo sé, pero es que no puedo más. No sé qué hacer

Irene: como te he dicho mil veces, apúntate al gimnasio y fuérzate a hacer cosas

Luis: si es que no disfruto con nada

Irene: pues te lo pones como obligación

Luis: de verdad, no puedo, hacer cualquier cosa me supone un desgaste terrible. No puedo más…

Irene le abrazó y le cambió de tema. Ella se quedó preocupada y disgustada. Quería mucho a Luis, tenía la necesidad de cuidarle, sin embargo, el que estuviera deprimido, que bebiera todos los días, que estuviera sin hacer nada casi todo el día,etc, la estaba matando. Llevaba semanas llorando todos los días a escondidas de Luis porque no podía más con la situación. Además, se machacaba con el hecho de haber tenido 6 meses buenos con Luis y 2 años de enfermedad (6 meses de manía y año y medio de depresión). Que Luis pensara en suicidarse a pesar de sus cuidados fue la gota que colmó el vaso y esa tarde lloró más que ninguna otra.

En 8 de cada 10 suicidios el suicida a manifestado sus intenciones, pero no le hacemos caso. Pensamos es una llamada de atención, cuando es una llamada de auxilio

La conversación se repitió unas cuantas veces más, hasta que Luis se dio cuenta que lo único que hacía era hacerla daño y ella no le comprendía.

Nota: cuando una persona verbaliza el suicidio hay que tomárselo muy en cuenta y tratar de escucharle y pedir ayuda. El hablar del tema es una petición de socorro del deprimido.

Los pensamientos sobre el suicidio seguían apareciendo de vez en cuando, pero Luis procuraba no hacerles caso y seguir con su rutina diaria.

Un domingo que fueron a comer con los padres de Luis, salió el tema

Luis: ya no puedo con mi vida, no sé qué hacer, no sé si incluso hacer una tontería

Madre: ¿a qué te refiere?

Luis: a quitarme de en medio, así dejaría de pasarlo mal.

Madre: quítate esa idea de la cabeza, tienes muchas razones por las que vivir

Luis: ¿y cuáles?

Madre: lo primero tus hijos, están en la adolescencia y te necesitan mucho, luego Irene y por último nosotros. Es razón suficiente para vivir

Luis: sé que os quiero mucho y soy consciente del daño que puedo hacer si lo hago, pero no voy a estar viviendo una vida miserable por que otros no sufran.

Madre: no digas tonterías. Como padre tienes una responsabilidad hacia tus hijos y si lo hicieras les dejarías marcados de por vida

Luis: todo eso lo sé, pero necesito que acabe todo esto.

Madre: pero no vas a dejar a tus hijos tirados y sufriendo en esta época tan complicada

Luis: también puedo tener un accidente y que esto ocurra

Madre: ya, pero eso es fortuito, en esto eres tú quien decide

Luis: mamá no me entiendes, nada me ata ya a la vida

Madre: ¿y qué te dice el psiquiatra?

Luis: que tengo una depresión resistente, es decir que los medicamentos no funcionan y que dura mucho

Padre: eso es porque bebes mucho

Luis: ya empezamos…

Irene: eso es porque no pones de tu parte, si te esforzases las cosas serían mejores

Siguieron hablando un rato sobre la idea de suicidio de Luis y se quedaron preocupados, pero no en exceso porque Luis dijo que era sólo un pensamiento y no tenía intención de hacerlo.

Luis se dio cuenta que la gente no entiende que no quieras vivir por unos hijos, unos padres o una novia. Cuando estás deprimido estás desapegado de los sentimientos de afecto y ves sus vidas casi como ves la de un desconocido. No existe conexión emocional. Sabes que les amas, cuando estás con ellos sientes un levísimo placer, pero el vínculo emocional se ha roto con ellos y en realidad con cualquier cosa de la vida.

> Cuando estás deprimido nada te ata a la vida, ni tus padres, ni tus hijos, ni tu pareja

Luis habló con un par de amigos para desfogarse y con todos ocurría lo mismo, intentaban animarle, intentaban hacerle ver que tenía cosas maravillosas en su vida, etc. Pero ninguno le comprendía de verdad, así que dejó de hablar del suicidio con nadie.

> Los argumentos racionales de lo maravillosa que es la vida no funcionan con un deprimido

Es más, empezó a poner buena cara y a contestar que estaba mejor cuando le preguntaban. Había aprendido a mentir para que le dejaran en paz y como nadie puede saber qué se le pasa por la cabeza a nadie, y se comportaba normal y procuraba sonreír, la gente empezó a creer que estaba mejor.

Sin embargo, lo que en la superficie se veía bien, en el interior no iba tan bien, los pensamientos de suicidio ya ocupaban gran parte de su día.

No podemos saber lo que realmente está pasando por la cabeza de un deprimido

Seguía bebiendo muchísimo, más de media botella de whiskey al día, pues el alcohol le apagaba las ideas de suicidio. ¿cómo iba a ser tan malo para él si es lo único que se las quitaba?. Lo que le mandaba el psiquiatra no hacía nada con ellas.

Ya se había metido en webs para sacar información y tenía que resolver tres cuestiones: ¿cómo lo haría?, ¿cuándo lo haría?, ¿cómo dejar cerrados sus temas? y si mandaría algún mensaje a la familia.

El cómo vio opciones como cortarse las manos, tirarse desde una altura, colgarse, ahogarse, intoxicarse con medicamentos, y muchas otras cosas.

Se decidió dos alternativas una se podía hacer en cualquier sitio y cualquier lugar y otra consistía en tomar una droga difícil de conseguir, pero dio con una persona que se la podía facilitar, pero tardaría un tiempo en conseguirla.

El tema de dejar sus cosas en orden y si hacer mensajes o no, decidió dejarlo para cuando se acercase el momento. Sin embargo, tenía la idea que haría un video general explicando por qué se suicidaba y otro específico para sus hijos para que por un lado no lo pensaran ellos en su vida y por otro para hablarles de los aprendizajes que creía que les quedaban por tener en la vida.

Se sentía de algún modo aliviado, pues estaba siendo proactivo con su situación, aunque no fuera una proactividad sana.

El pensamiento suicida le acompañaría constantemente en el siguiente año hasta que se puso a escribir los libros. Es decir, desde este punto no hablaremos de él, pero Luis tuvo que aguantar este pensamiento diario, que se llegaría a convertir en su principal pensamiento del día durante todo un año. Lo que salvó la vida a Luis no fueron sus hijos, no fue su pareja, no fueron sus padres, no fue su situación económica, etc, nada esto importaba. Lo único que mantuvo a Luis con vida es saber que estaba enfermo, que veía la vida distorsionada por la depresión y que antes o después volvería a verla de forma normal.

Si piensas suicidarte, lo primero pide ayuda.

Lo segundo ten en cuenta que estás enfermo, ves las cosas distorsionadas por la realidad. No te digo que no lo hagas, pero sí posponlo hasta que salgas de la depresión

Julio-2021 Terapia electroconvulsiva (TEC)

El psiquiatra viendo que Luis tenía una depresión resistente a los medicamentos y las ideas de suicidio decidió hacerle una terapia electroconvulsiva.

Psiquiatra: vemos que los medicamentos no te están haciendo efecto y me preocupan tus ideas autolíticas, creo que lo mejor es que probemos una terapia electroconvulsiva

Luis: ¿eso qué es?

Psiquiatra: te sedamos y te aplicamos unas pequeñas descargas eléctricas en el cerebro. Eso hace provoca cambios en la neuroquímica cerebral que pueden revertir rápidamente los síntomas de algunas enfermedades mentales

Luis: ¿y duele?

Psiquiatra: no, estás sedado

Luis: ¿y qué efectos secundarios tiene?

Psiquiatra: tendrás pérdida de memoria a corto plazo y estarás un poco flojo en las siguientes semanas.

Luis: adelante, quiero probarla, todo sea por salir de este infierno

Así que Luis se sometió al TEC y estuvo dos semanas hospitalizado en el que le dieron 10-12 sesiones.

Al salir del hospital se fue con Irene a Pirineos. Tenían planeado hacer rutas, sin embargo, a penas pudieron, pues Luis esta mal físicamente, muy flojo, con bajones de tensión y mentalmente estaba como atontado.

Respecto a la pérdida de memoria se dio cuenta que había perdido mucha de los últimos 6 meses, pero parece que también de memoria de años atrás (aunque los psiquiatras dicen esto no tiene por qué ocurrir)

Octubre 2021. La Ruptura

Las cosas entre Irene y Luis se habían deteriorado mucho. Llevaban discutiendo mucho porque Luis no hacía nada, bebía mucho y fumaba mucho. No hemos hablado del tabaco hasta ahora porque no tenía importancia. A Irene no le gustaba que Luis fumase y él se comprometía una y otra vez en dejarlo y llegada la fecha de su compromiso lo incumplía.

Irene había entrado en una especie de depresión, había perdido el humor, ya no le apetecía hacer nada y lloraba por las esquinas. A ella la situación de la depresión de Luis siendo una mujer cuidadora, le superaba. No era capaz de verle todo el día sin hacer nada, sin ilusión por nada, ya no era la persona de la que se había enamorado. Llevaban ya más de dos años de depresión que le estaban pasando factura porque se sentía muy mal. Por mucho que quería a Luis tenía que dejarlo con él, pues si no eso iba a acabar con ella.

Nota: Irene tenía lo que lo que se llama síndrome del cuidador

Luis por su parte estaba harto de las continuas discusiones con Irene y como sus sentimientos estaban diluidos por la depresión, también pensaba que a lo mejor estaría bien separarse de Irene, pues quería estar sólo. Él seguía teniendo los pensamientos suicidas, ¿qué era una relación comparada con quererse morir?. La ruptura no le suponía un gran cambio en su situación de agonía.

Irene: quiero hablar contigo

Luis: dime mi amor

Irene: tú sabes que te quiero muchísimo

Luis: sí y yo a ti

Irene: Sabes que no estoy bien, lo de tu depresión ha podido conmigo, estoy llorando todos los días, me siento triste, ya no me apetecen hacer cosas, ya no me apetece quedar con gente, etc.

Luis: sé que no estabas bien, pero no sabía que estuvieras tan mal

Irene: he intentado aguantar lo máximo posible porque te quiero y te quiero cuidar, pero no puedo más.

Luis: ¿a qué te refieres?

Irene: que creo que es mejor que nos separemos al menos durante un tiempo. Yo te veo algo mejor y te las apañarás bien sólo

Luis: si te soy sincero, yo también estaba dando vueltas al tema, el cómo estás hace que discutamos mucho y ya no me siento a gusto, prefiero estar sólo.

Irene: me alegra que no sea una decisión sólo mía y que tú también veas que es lo mejor para los dos.

Luis: ¿y dónde me voy a vivir?, tendré que alquilar algo primero.

Irene: hasta que no tengas trabajo no te metas en ese gasto, ¿por qué no te vas a la casa de Verano de tus padres en la sierra?. Allí estarás bien y no tendrás ningún gasto y te aguantará el dinero que tienes ahorrado hasta que te recuperes

Luis: pues me parece buena idea.

Siguieron un buen rato la conversación entre lloros, abrazos, cogiéndose la mano. Indudablemente se querían, pero las circunstancias hacían imposibles la relación.

Irene lo pasó fatal y tardó de seis a nueve meses en recuperarse y volver a tener ilusión por las cosas. Ya no hablaremos más de ella, pero sabed que sigue en la vida de Luis como amiga, se llamaban casi todos los días y se ven cada dos o tres semanas. Seguía habiendo mucho cariño entre ellos y una gran amistad.

Para Luis no fue tan traumático, apenas tenía capacidad de tener sentimientos y empatía, y ¿qué importancia tiene una ruptura cuando lo que principalmente piensas a lo largo del día es el suicidio?.

.

Noviembre de 2022- Libro el Tao del emprendimiento

Luis decidió escribir un libro sobre emprendimiento que llamaría “El Tao del emprendimiento”. Aunque no lo disfrutaba al escribir, por lo menos le mantenía entretenido.

Estuvo unos 3 meses dedicado a ese libro y luego estuvo liado buscando editoriales y con las correcciones de la editorial. Finalmente ese libro se publicó el 31 de Agosto del 2022.

Enero 2022. La búsqueda de empleo

Pasados unos meses desde que se mudó a sierra se sintió con fuerzas de buscar trabajo, aunque seguía deprimido y con ganas de suicidarse. No le apetecía trabajar, sin embargo, pensaba que sería capaz de tener uno que no fuera demasiado demandante. Él no se sentía

bien porque no era capaz de disfrutar con nada, tenía una vida vacía, sin ilusión, sin objetivos. Sin embargo, un trabajo lo que haría es mantenerle entretenido y ordenar su día a día, ya no estaría tantas horas tirado en el sillón.

El trabajar no le motivaba en sí, pero le obligaría a hacer algo que probablemente le gustase un poco, y al menos ganaría dinero con ello. Luis no tenía problemas económicos, sin embargo, gastaba más de lo que recibía por el alquiler de su casa. Trabajar le daría una rutina, en la que no podría fumar, ni beber durante muchas horas y le dejaría poco tiempo para estar ocioso, tenía sentido intentarlo.

Empezó ilusionado la búsqueda de empleo, pues tenía un currículum super bueno y había sido emprendedor, sin embargo, nadie le llamaba.

Con los meses la ilusión se convirtió en desesperanza. Habló con amigos suyos que tenían buenos puestos y habían estado tiempo en paro. Todos coincidían, era una labor frustrante, pero todos, entorno a los 6 meses encontraron algún trabajo.

Así que Luis se forzó a seguir mandando curriculums, su trabajo ahora era buscar trabajo. Era frustrante, pero empezaba a necesitar trabajar por temas económicos, ya casi llevaba 3 años sin trabajar. Él no quería pensar cómo llevaría una depresión resistente alguien que tuviera la presión por trabajar para tener dinero para llegar a final de mes.

Envió el currículum a un par de headhunters (empresas de selección de personal) para ver si había algo que estuviera mal en el mismo. Le dijeron que tenía un buen curriculum, que estaba claro y ordenado, que no veían nada raro de por qué no le llamaban.

Luis postulaba a ofertas de director general y de director comercial, siempre con el mismo currículum. Un día de Junio decidió cambiar los títulos de los puestos de trabajo (el contenido era el mismo) para los puestos de director comercial. A finales de Junio y principios de Julio de 2022 empezó a tener varias entrevistas telefónicas y alguna que otra presencial, pero no pasó ninguna.

Su conclusión fue que el problema que tenía era que en todos los puestos exigían experiencia en el sector que él no tenía. En el sector cerrado en el que había pasado los últimos 14 años, le exigían una titulación que no tenía, así que su experiencia no le valía de nada. Él a veces pensaba que le hubiera venido bien hablar en algún momento con un asesor de carreras profesionales.

Llegó la mitad del mes de Julio y todo movimiento de ofertas de empleo se paralizó.

La rutina que cogió el primer trimestre del año fue que dos o tres días en semana por la mañana buscaba empleo, los otros días veía Netflix. Por las tardes iba a un bar del pueblo, siempre el mismo y se tomaba 3-4 cubatas, dejándose así una pasta. Un par de días en semana iba al gimnasio, no le gustaba nada, no le motivaba, sin embargo, se obligaba. Cuando se acercó el verano lo dejó.

Marzo-2022-La balanza de la vida 2

Aunque no lo parezca, Luis quería aferrarse a la vida pero el pensamiento de suicidio era recurrente durante todo el día.

Quedó con su amigo Pablo, un amigo que se había intentado suicidar, pero de casualidad le pillaron y le salvaron la vida.

Luis: Pablo estoy pensando en suicidarme

Pablo: Eso ni se te ocurra, cuando se te pase la idea por la cabeza llámame antes

Luis: ya, pero es que no puedo más

Pablo: te entiendo

Y Luis le contó cómo se sentía y cómo pensaba de forma más abierta que a nadie. Él en vez de juzgarle, le entendía, pues había pasado por los mismos sentimientos

Pablo: debes tener en cuenta que esos sentimientos y esos pensamientos no eres tú, sino que son de la enfermedad, son causados por la depresión

Luis: de una forma racional lo sé, sin embargo, me es muy duro aguantar con ellos. Llevo casi un año con estos pensamientos de suicidio y están yendo a más y son más fuertes.

Pablo: tienes que seguir viendo que te sientes y piensas así porque estás enfermo, tarde o temprano te recuperarás. Sigue luchando por salir del hoyo. No decidas ahora si suicidarte o no, posponlo a que te encuentres mejor y ya tomarás la decisión a entonces.

Luis: llevo dos años de depresión, ¡estoy hasta los cojones!

Pablo: yo no estuve tanto tiempo, pero sufría tanto que me intenté suicidar tomando muchos medicamentos. Me encontraron mis padres de casualidad en parada cardiorrespiratoria y me lograron sacar. Ahora soy feliz, tengo una novia maravillosa y aprecio la vida más que antes

Luis: ¡Ojalá me pasara eso a mí!

Pablo: aunque te esté costando salir, de todo se sale, es cuestión de más o menos tiempo.

Luis se fue de allí sintiéndose comprendido, aunque Pablo le dijo tajantemente suicidio no. Era la primera vez que contaba muchos de sus pensamientos y muchos de sus sentimientos, y Pablo, no sólo no le juzgaba ni se los rebatía, sino que le decía que él había pasado por ellos.

A la mañana siguiente se puso a tratar de racionalizar el tema:

- Nada le ataba al mundo, la conexión emocional y de responsabilidad hacia sus hijos, sus padres no la tenía. Irene ya no era parte de la ecuación
- No tenía capacidad de sentir placer por nada (anhedonia)
- No le apetecía hacer nada, y cuando lo hacía lo pasaba más mal que bien (abulia)
- No era capaz de ver lo bonito en nada, no era capaz de sentir emociones positivas

Es decir, nada le ataba a la vida.

En el lado negativo

- Tenía una vida vacía, carente de sentido por lo dicho anteriormente.
- No tenía ningún objetivo en la vida
- Ya no sufría a penas, y tenía solo un poco de ansiedad
- Estaba enganchado al alcohol y al tabaco
- Estaba agotado y con falta de fuerzas después de más 2 años de depresión la cual parecía que no iba a remitir nunca
-

Aunque sabía que la depresión remitiría en algún momento dado, no había signos que hicieran crear que esta mejoraría en los próximos meses.

Para entonces su colega ya le había dado la droga que era efectiva para suicidarse sin dolor. Cuando se la dio a Luis le dio cierta paz el saber que se podía suicidar cuando quisiera, pues por fin volvía a tener el control de su vida.

Un escalón es pensar en suicidarte, otro es tener la forma y el último es hacerlo. Ya había subido al segundo escalón, ya tenía la forma de hacerlo sin dolor y eficaz.

Al escalón finalmente suicidarte se salta fácilmente si estás sufriendo mucho, pues es como si el sufrimiento o la tristeza tiraran de ti en esa dirección. Sin embargo, Luis no tenía nada que tirara de él en esa dirección, simplemente tenía una vida vacía, sin objetivos y sin placeres. Simplemente Luis no quería vivir la vida porque no le aportaba nada y si le aportaba algo eran sólo sentimientos negativos.

Sabía que tenía que mantenerse vivo porque él no era él mismo, sus pensamientos y sentimientos estaban nublados por la depresión. Llevaba dos años y medio y eso era demasiado tiempo, y no tenía visos de recuperarse a corto plazo. El verse como un enfermo, en vez de como un simple deprimido, le ayudaba a entender y aceptar más su situación. ¿Qué podía hacer él si estaba enfermo de la mente? ¿qué puede hacer el que sufre un infarto o un cáncer?. Nada, más que aceptar la situación y esperar que la enfermedad evolucione positivamente.

Entonces se le ocurrió una idea, por qué no escribiría su tercer libro (llevaba dos escritos) sobre el suicidio basado en su experiencia personal sobre la depresión y el suicidio. Ese libro no tendría por qué ver la luz, lo escribiría para él y si se suicidaba ya decidirían sus padres si publicarlo o no y si no lo hacían ya decidiría él si publicarlo.

Esto le dio un objetivo, un propósito en la vida y algo por lo que luchar. Esto unido a que aceptaba que estaba enfermo y como decía Pablo sus pensamientos no eran él, sino la enfermedad le dieron cierta fuerza que antes no tenía para seguir continuando con la vida a pesar de tener los medios para quitársela.

Así que decidió posponer la decisión del suicidio hasta que terminara el libro, dándole así unos meses más para irse reponiendo.

Abril 2022-Libro de la depresión y el suicidio

En Abril Luis retomó su hobby y empezó a escribir en este libro. Fue la primera cosa de la que empezó a disfrutar y además le resultaba terapéutico. En un par de meses llegó hasta estas líneas y el resto del libro lo terminaría en Octubre del 2022, manteniendo la rutina que hemos comentado antes de búsqueda empleo, hacer deporte y bajarse al bar del pueblo.

Escribir este libro reconectó con parte de la esencia de Luis y poco a poco le volvió a hacer sentirse útil, le dio fuerzas, le empezó a dar voluntad porque quería terminarlo lo antes posible, es decir que empezó a tirar de él para salir de la depresión.

El escribir era terapéutico por un lado porque sacaba dos años y medio de depresión, le hacían comprender más la enfermedad. Por otro era un hobby que le apetecía hacer y como quería terminarlo pronto, adquiría de nuevo su voluntad.

Junio 2022. Libro: Padres y adolescentes

Con el libro de la depresión y el suicidio, por primera vez encontró algo que le gustaba, que le motivaba y que le daba un objetivo en la vida, ya tenía algo por lo que luchar y tirar para adelante.

Sabía que podía quitarse la vida en cualquier momento sin dolor y de forma eficaz, y ya había cumplido su propósito de escribir el libro sobre la depresión y el suicidio.

Pero cuando estaba llegando a las líneas anteriores, le surgió de la nada la idea de escribir un libro sobre padres y adolescentes, un libro que les ayudarse a comunicarse mejor. Esa idea no sabía de dónde le venía, pues no era psicólogo y sólo tenía la experiencia de adolescentes de sus dos hijos. Al principio le pareció una tontería, pero la idea se fue haciendo cada vez más y más fuerte. Así que Luis aceptó el reto de escribir un libro para el cual no estaba cualificado y que probablemente se quedaría en un pequeño manuscrito.

Este reto empezó a motivar a Luis y le obligó a documentarse mucho. Por fin volvía a tener interés por algo, por fin algo le causaba cierto placer además del alcohol y por fin volvía a tener un objetivo.

Tanto es así que Luis se puso a escribir en el libro unas 8-10 horas diarias sin parar los fines de semana y descansando sólo para comer.

Con este libro Luis reconectó con su talento creativo, con su capacidad de trabajo, con su resiliencia hacia las situaciones, con su capacidad de solucionar obstáculos, etc. Es decir, este libro nuevamente volvía a tirar de Luis fuera de la depresión.

Los pensamientos suicidas desaparecieron con este libro y aunque Luis seguía con anhedonia y cierta abulia, se empezó a encontrar mucho mejor. Luis tenía incapacidad de sentir sentimientos, en especial si eran positivos, pero ya podía hacer una vida razonablemente normal.

Es decir que la depresión seguía, pero estaba entrando en subdepresión. Pero seguía teniendo un problema con el alcohol.

En menos de dos meses el libro estaba escrito. Luis no sintió satisfacción al terminarlo, pero le había gustado la experiencia de haberlo escrito.

Agosto 2022 – Libro Resiliencia y Alcohol

Según estaba terminando el libro de “Padres y Adolescentes”, Luis estaba horrorizado por qué haría con su tiempo cuando terminase el libro, pues no tenía ningún hobby y seguía con anhedonia, por lo que se preguntaba a qué dedicaba su tiempo, pues tirarse el día en Netflix no le apetecía nada.

Pero nuevamente le volvió a venir una inspiración, escribir un libro sobre “La Resiliencia” y contar su vida personal en él. Allí describiría la resiliencia, todas las características de una persona resiliente y cómo mejorar en cada una de las características. La segunda parte del libro sería su historia personal, con todos los problemas gordos que ha tenido en su vida y cómo ha salido de ellos. No sólo cómo los ha resuelto, sino con el crecimiento personal que le han ido aportando. Al igual que esta historia, cuento mi historia de forma transparente, sin

complejos, sin miedos. Al que no le guste y no entienda que las personas pueden caer en cualquier momento de su vida, es que no entiende la vida misma.

Si te interesa el libro “La Resiliencia” te lo puedes descargar en https://www.luisarimany.com/la-resiliencia/

Así que cuando terminó el libro “Padres y Adolescentes” se puso con el libro “La Resiliencia”. Para entonces seguía con anhedonia y sin capacidad de sentir sentimientos, pero había recuperado la voluntad.

Tanto es así, que el 19 de Agosto decidió de beber alcohol. Decidió unas semanas antes qué día lo dejaría y ese día sin más lo dejó. No buscó sustitutivos para beber en casa como tomar cerveza sin alcohol o tomar tónica, simplemente lo dejó. Eso sí, cuando salía con amigos en vez de pedirse un cubata se pedía una cerveza sin Alcohol.

Octubre 2022- Conclusiones

Ya he dejado el alcohol y he recuperado la voluntad, es decir la abulia se ha ido. Es decir, vuelvo a poder tener control sobre mi vida y ya puedo empezar a tener una vida equilibrada y organizada. También puedo socializar, es más procuro quedar 3-4 veces en semana con alguien para potenciar esta faceta. Podría tener un trabajo, una pareja y una vida normal, pero como comento más delante de momento no es mi prioridad.

La anhedonia sigue, pero mucho más suave, por lo que me puedo poner hacer otros hobbies como hacer maquetas. Esto, junto a la voluntad y tengo muchas ideas en las que ocupar mi tiempo, no me asusta dejar de escribir como lo hacía hace unos meses.

Aún sigo en subdepresión pues queda algo de anhedonia y tengo incapacidad de tener sentimientos positivos, sin embargo, semana tras semana voy sintiendo una leve mejoría.

Esto no significa que haya salido ya de la depresión, aún puedo recaer, es por eso que tengo la determinación de seguir medicado hasta que me lo diga el médico. Pero si recaigo, ya he estado en el pozo oscuro donde no se ve salida, ya he visto de nuevo la luz y sé cómo es el proceso. Ya una depresión, aunque sea tan larga como la mía (más de dos años y medio), ya no me asusta, pues tengo claro que los pensamientos y sentimientos que la enfermedad traen son de la depresión y no me definen.

La medicación me trae como contrapartida la falta de la lívido y disfunción eréctil, pero si bien para un soltero que busca pareja es un gran problema espero que con Tadalafilo y Viágara poder apañarme. Y si no, acepto que estaré un tiempo más sin pareja.

Respecto a mi futuro no sé qué será de mí, si ves la historia de resiliencia lo pasé muy mal durante 4 años antes de la depresión, quiero que ese sufrimiento no sea en vano y me ayude a crecer personalmente y profesionalmente.

Es por esto por lo que mi siguiente libro será sobre la Conciencia y la Meditación y lo pienso escribir de forma diferente a los anteriores. En los anteriores dedicaba 8-10 horas al día a escribir incluidos fines de semana. Éste lo quiero escribir con calma, releyendo todos los libros que tengo de metafísica, investigando más en las profundidades de la Conciencia y meditando todos los días una hora.

.

Lo voy a compaginar con actividades que no tengan ningún objetivo, más que hacerlas como hacer maquetas. ¿Por qué?. Porque durante mis últimos 15 años he sido un adicto al trabajo, he trabajado siempre más de 10 horas al día y muchos fines de semana y la depresión me ha dado perspectiva de que la vida es mucho más, lo que aún no tengo las respuestas, pero voy a dedicar el tiempo a buscarlas y compartirlas con vosotros.

Quiero romper otra adición que he tenido toda mi vida, desde pequeñito y es la adición al trabajo. Trabajar o estudiar me suponen un reto, me encanta encontrarme obstáculos a los que poner soluciones, me encanta la adrenalina de los problemas, me encanta la sensación de lograr todos tus objetivos y metas. Pero yo ya he cumplido con todos mis objetivos y metas, ya he sido director general de 3 empresas, ya he ganado mucho dinero, pero en el camino he perdido muchas cosas, ya es hora que por fin aprenda de los palos que me ha dado la vida y la depresión ahora la veo como una bendición, porque me ha puesto en el estado mental de poder hacerlo y tengo la enorme suerte que puedo permitírmelo durante un tiempo

No quiero sanar sólo mi cerebro (se ajuste la química cerebral) con los medicamentos. Quiero crecer personalmente y espiritualmente a través de la meditación y quiero sanar mi alma buscando las respuesta a la pregunta que deberíamos hacernos todos de ¿quién soy yo? y buscar la felicidad no fuera de mí, sino en mi interior, en la conexión con mi yo elevado, mi esencia, mi ser.

Me he dado de plazo hasta Enero 2023 para no pensar ni un minuto en mi futuro laboral, no pensar más en la depresión, para reencontrarme conmigo mismo y encontrar motivaciones elevadas por encima de escribir unos libros.

Podréis manteneros al día en www.luisarimany.com, pronto añadiré a la web una sección de suscripción

Si queréis saber cómo termina mi historia lo podréis ver cuando publique gratuitamente el libro sobre Conciencia y Meditación que aunque no sé aún como lo llamaré, estará accesible desde la web www.concienciaymeditación.com

Tanto si eres enfermo, como si eres cuidador, sólo me queda darte ánimos en estos momentos complicados y recordarte que la depresión es una enfermedad transitoria que te hace ver el mundo distorsionado, pero antes o después se sale de ella. Pide ayuda, en especial si tienes ideas de suicidio y si eres cuidador y el enfermo habla de suicidio tómatelo muy en serio, no es una llamada de atención, es una llamada de auxilio

La depresión es una enfermedad transitoria que te hace ver el mundo distorsionado, pero antes o después se sale de ella.

Hay un duro trabajo detrás del libro, así como una inversión en la página web. Si el contenido te parece bueno, espero que reconozcas mi trabajo con un donativo haciendo un bizum al (+34) 699305423 o si quieres hacerlo de otra forma me escribas a luisarimany@gmail.com

Puedes contactarme para lo que necesites, pero ten en cuenta que a quien debes recurrir es a un profesional sanitario (psiquiatra y/o psicólogo).

Yo no soy personal sanitario, así que no estoy capacitado para ayudar a nadie así que insisto que recurras a un profesional sanitario. Pero por algún motivo deseas te cuente en persona mi historia y escuche la tuya, podré hacerlo cobrando el coste horario que tengo estipulado para otras actividades.