

Condiciones Secundarias  
Prevención & Tratamiento:  
Serie B--No.4

# LED y Depresión



**RESEARCH AND  
TRAINING CENTER ON  
INDEPENDENT LIVING**

## **Directorio**

### **Director**

John Youngbauer

### **Investigadores**

Julie Steward  
Katherine Froehlich  
Dot Nary

### **Editor**

Judith Galas

### **Diseñadores gráficos**

Mike Irvin

### **Grupo de usuarios participantes**

Jeri Johnson	Bob Mikesic
Sandy Etherton	Ranita Wilks
Lorraine Connistra	Barb Lumley
Ashley Wilson	Chip Jewel
Corky Roste	

### **Consultores**

Steve Brown, Ph.D.	Barbara Hall-Key
Frederick Maynard, M.D.	Cheryl Vines
June Issacson Kailes, MPH	

### **Traducción**

Marie Teighe-Benet  
Leyda Benitez  
Juan Carlos López

### **Consultor Invitado**

Timothy Elliot, Ph.D.

### **Oficina**

La serie de folletos Prevención y Tratamiento de Condiciones Secundarias es escrita y producida tres veces al año por el Centro de Investigación y Entrenamiento en Vida Independiente, 4089 Dole/ Universidad de Kansas, Lawrence KS 66045-7555.

Este trabajo se realizó con el aporte de Education and Training Foundation bajo el auspicio de Paralyzed Veterans of America.

### **Nota**

Esta información est orientada sólo y una guía y no debería ser usada en lugar de la consulta con su doctor y el Centro de Vida Independiente. Contacte su CVI para mayor información con sobre este tópico. Traducción © 2007 RTC/IL

## Entendiendo y tratando la depresión

Cada año, 17.6 millones de adultos americanos, o 10 por ciento de la población, experimenta algún tipo de condición depresiva.<sup>1</sup> La depresión se manifiesta en formas diferentes, con síntomas y severidad de leves a severos. La depresión puede ocurrir tan sólo una vez y por sólo unas semanas, recurrir periódicamente durante la vida, o permanecer por años.

Al contrario de lo que algunas personas puedan asumir, y de lo que los médicos creían antes, una persona que tiene una lesión de la espina dorsal (LED) no es automáticamente candidato para la depresión. Como otra gente que vive con una lesión, o que tiene un cambio repentino en su vida, la gente con LED puede sufrir depresión. Esta puede estar relacionada con la lesión y es considerada una condición secundaria. La depresión en personas con LED se trata igual que como se hace con cualquiera otra persona. Las cosas que ayudan a la población en general a evitar o a superar la depresión también ayudan a las personas con LED.

Las personas con depresión sufren de verdad, al igual que quienes los quieren y se preocupan por ellos. No es posible para alguien con depresión que simplemente "salga de ella repentinamente," que "se alegre," o que "se ocupe en algo." Pero eso es lo que oyen decir a personas que no entienden lo qué es la depresión y cómo esta influye las emociones y comportamientos de una persona con depresión.

Cualquiera puede tener depresión, pues está no tiene favoritos basados en edad, sexo, enfermedad, o incapacidad. En cualquier momento, en todos los Estados Unidos del 5 al 9 por ciento de las mujeres y del 2 al 3 por ciento de los hombres tienen depresión. En el transcurso de la vida, 25 por ciento de las mujeres, y 7 a 12 por ciento de los hombres tendrán depresión.<sup>2</sup>

La depresión parece ocurrir con frecuencia, pero la buena noticia es que 80 por ciento de las personas que tienen depresión pueden mejorar.<sup>3</sup> La ciencia no tiene una cura para la depresión, pero las medicinas y las psicoterapias para tratar la depresión han mejorado, y sí son efectivas.

En este folleto, usted aprenderá sobre la depresión: qué es, qué la causa, qué formas presenta, y cuáles son sus síntomas. También aprenderá cómo la depresión concierne específicamente a la gente con LED. Finalmente, usted también leerá sobre formas de evitar la depresión y formas de tratarla.

### ¿Que es la depresión?

La depresión es la más comun de todas las enfermedades mentales en este país. Esta tan esparcida que, de hecho, ha sido llamada el resfrío común de los trastornos mentales.<sup>4</sup>

La mejor manera de definir la depresión es mencionar primero lo que no es. La palabra *depresión* no es intercambiable con la palabra *triste*. ¿Cuántas veces la gente dice "estoy tan deprimido"? La mayoría del tiempo, esas palabras quieren decir solamente que la persona se siente baja de ánimo, que el día no fué bueno, o que la persona está alterada o cansada. La gente puede sentirse triste, desanimada, o indiferente por unos días, pero eso no significa que tengan una depresión.

La depresión es mucho más que un sentimiento "bajo" momentaneo. La depresión es una condición total del cuerpo que afecta el cuerpo, la mente, y los pensamientos de una persona. La depresión viene por cambios químicos en el cerebro, y existe hasta que la química del cerebro vuelva a estar balanceados.

Las personas que están deprimidas sí se siente tristes, desanimadas e indiferentes. Pero la gente con depresión que se siente de esta manera es diferente de cualquiera que simplemente se siente triste por algunos días o semanas. La gente está considerada "clínicamente deprimida" cuando la depresión altera su vida cotidiana y su habilidad para funcionar.

Además de sentirse tristes, también muestran muchos síntomas físicos comunmente asociados con la depresión clínica. Estos síntomas incluyen llanto, apatía, irritabilidad, pérdida del apetito, sueño perturbado, falta de energía, y pensamientos sobre la muerte.<sup>5</sup>

La depresión afecta la habilidad de cuidarse a sí mismos y de atender a sus responsabilidades. Las emociones cambian el comportamiento por un período de tiempo notorio. Las personas con depresión pueden cambiar los hábitos de comida o dormir tanto que dejan de ser efectivos en el trabajo o con sus familiares y amigos.

La depresión también afecta la manera como las personas se perciben a sí mismas y el mundo. Una persona que tiene depresión por lo general siente que vale muy poco. La persona ve el futuro sin esperanzas, y se siente desprotegida e incapaz de cambiar las cosas. Esta persona puede querer morir, y puede hasta intentar contra su propia vida.

Algunas personas que no están clínicamente deprimidas pueden, de todas maneras, sentirse tristes por más de unos días. Tienen lo que se conoce como "depresión situacional" o angustia. Una muerte en la familia, pérdida de un trabajo, mudarse a una ciudad nueva, o un accidente o enfermedad pueden causar que la persona se sienta triste, preocupada o tensa. También puede sentirse desesperanzada o desamparada, pero no tienen síntomas disfuncionales asociados con la depresión clínica.

A menudo las personas con LED son diagnosticadas con depresión, cuando realmente están pasando un sentimiento natural de angustia.<sup>6</sup> Sus vidas han cambiado significativamente luego de la lesión. No es una sorpresa que las personas con una reciente LED sientan ansiedad, tensión, miedo, tristeza, y aún estén temperamentales. Pero esto no hace que de manera automática estén clínicamente deprimido.

## ¿Que causa la depresión?

Para las personas con LED, la depresión está entre las condiciones secundarias que pueden ocurrir después de la lesión. Como los problemas de las articulaciones, las infecciones del tracto urinario, las contracturas o la fatiga, la depresión puede seguir a una lesión. Como con otras condiciones secundarias, las personas con LED quieren saber qué causa esta condición llamada *depresión*.

Aunque una persona tenga LED o no, la depresión puede ser causada por un número de cosas. Las siguientes están entre las más conocidas:

- Un desbalance químico que afecta el cerebro
- Una enfermedad o trauma que cambie la química del cuerpo
- Una predisposición a la depresión.

Algunos investigadores asocian la depresión con cambios químicos en el cerebro, mientras que otros cuestionan la asociación entre la química del cerebro y la depresión. El desacuerdo se enfoca sobre si las causas de la depresión son psicológicas o biológicas: ¿Empieza la depresión en el cerebro? ¿Empieza porque la liberación de sustancias químicas en el cuerpo afectan el cerebro?

Algunas personas piensan que acontecimientos de la vida pueden desencadenar reacciones químicas en el cuerpo, ya que el cerebro es un órgano que responde a su ambiente el cual es el cuerpo. Cuando una persona que no es propensa a la depresión siente estrés, el cerebro pone una forma de liberación de químicos, incluyendo hormonas como adrenalina y neurotransmisores como la serotonina y la dopamina. Cuando estos químicos alcanzan cierto nivel, el cerebro corta la producción, y la persona se siente mejor.

Pero en personas propensas a la depresión, esta válvula para cortar la liberación de estos químicos, no responde adecuadamente. Entonces cuando hay algo que conduce a la liberación de estos químicos, el cerebro recibe más de lo que necesita. Este desbalance químico puede producir síntomas de depresión.<sup>7</sup>

Los investigadores han identificado más de 75 neurotransmisores, lo que quiere decir que un solo químico no es responsable de la depresión. Los neurotransmisores como la norepinephrina y serotonina son conocidos como especialmente importantes en la depresión y su tratamiento.

De acuerdo con el Instituto Nacional de la Salud, lo que produce los cambios químicos y la depresión no es siempre conocido. Algunas veces, la depresión empieza sin razón aparente. Algunas drogas, como los esteroides y los relajantes musculares pueden causar la depresión. Algunas veces, una crisis en la vida, como la LED, aumenta el estrés de la persona y este estrés es lo que produce una depresión.

La investigación muestra que algunas condiciones depresivas son comunes en ciertas familias. Por lo tanto, los investigadores piensan que debe haber un enlace genético para algunas formas de depresión. Sin embargo, mucha gente que está deprimida no tiene una historia familiar de depresión, y mucha gente con una fuerte historia familiar de depresión nunca ha estado deprimida.

Algunas personas parecen ser más propensas psicológicamente a la depresión. Esto incluye a quienes tienen una autoestima baja, quienes tienen una visión pesimista del mundo, quienes dependen de drogas adictivas, o quienes se tensionan fácilmente y se sienten desbordados en situaciones de estrés. Algunas veces la combinación de un cambio desafortunado en la vida y una tendencia familiar o psicológica a la depresión produce la condición.

Una enfermedad que causa depresión, el estrés o un suceso desafortunado cambia la química del cerebro, por lo tanto la depresión continúa después que la tensión o la enfermedad termina. La depresión trae un nuevo espectro de estrés. La persona piensa que tiene que sentirse bien cuando el problema o enfermedad termine.

Una persona con LED puede pensar que va a sentirse mejor cuando vuelva del hospital a la casa, o cuando vuelva al trabajo, o cuando adapte la casa para una silla de ruedas. Pero si no llega a sentirse mejor, la depresión puede profundizarse. Esta persona tiene ahora que manejar el estrés de la depresión, y este estrés continúa afectando la química del cerebro. Algunas veces pueden pasar años antes de que una medicina o terapia interrumpan el ciclo de estrés seguido por una depresión.

## **LED y depresión**

Los investigadores Timothy Elliott y Robert Frank se especializan en estudiar las asociaciones entre la depresión y la deshabilitación física, incluyendo la lesión de la espina dorsal. La depresión es probablemente la variable psicológica más frecuentemente estudiada entre las personas con LED;<sup>8</sup> el tema, dicen, ha sido estudiado exhaustivamente.

Pero los investigadores no están aún cerca de comprender cuando y si una persona con LED es propensa a tener depresión. De hecho, algunos investigadores piensan que la gente con LED tiene, a menudo, diagnósticos incorrectos de depresión clínica, o que la palabra *depresión* muchas veces es usada con imprecisión.

Algunos estudios de quienes tienen síndrome de postpolio<sup>9</sup> también muestran una tasa de depresión más baja de lo que se suponía. Claramente, parece que hay un cambio en cómo la depresión entre aquellos con incapacidades es vista y reportada. Este problema del reporte puede originarse en uno de tres factores, algunos médicos y otros emocionales:

- Primero, LED produce algunos síntomas de trauma que están asociados con la depresión mayor, como pérdida del apetito y disrupción del sueño.
- Segundo, algunos profesionales de la salud no entienden las diferencias entre una respuesta normal a la tristeza por un traumatismo repentino y los síntomas de depresión.
- Tercero, muchos profesionales e investigadores que trabajan con o que estudian la depresión y la LED tienen dificultad en separar sus sentimientos personales. Puede ser que proyecten como sentirían ellos un traumatismo en la persona que tiene el traumatismo.

Analicemos estos tres factores con más detalle.

### **Síntomas de traumatismo**

Una LED aguda está marcado por una pérdida de peso; desorden de los patrones de sueño; y cambios en el apetito, energía, sensaciones físicas, y movilidad.<sup>10</sup> Estos síntomas también están entre los usados para diagnosticar la depresión mayor.

Los profesionales y los investigadores no saben como separar los síntomas ligados a un traumatismo de LED de aquellos ligados a la depresión. ¿Está la persona en la unidad de rehabilitación perdiendo peso porque está deprimida o porque su cuerpo se está ajustando al traumatismo? ¿O por las dos cosas? ¿La joven que está en el hospital no duerme porque está deprimida o porque es difícil dormir en un hospital? ¿O por las dos cosas? ¿Está ella irritable porque no duerme lo suficiente o porque está deprimida? ¿O por las dos cosas?

Algunos investigadores encuentran que analizar frases y acciones negativas más que síntomas físicos puede ser una mejor manera de evaluar depresión en personas con LED. ¿Está la persona proyectando una autoimagen negativa? ¿Está hablando de suicidio? ¿Parece sentir intensa culpa por el accidente que ha causado su traumatismo? Estos pensamientos pueden tener una mayor probabilidad de indicar la presencia de depresión en personas con LED.

### **Pesar y sentimientos**

Después de un traumatismo es natural sentirse ansioso, angustiados, impacientes, y hasta negativo e infeliz. No solamente estos sentimientos son naturales sino son también comunes. La gente se puede sentir medianamente deprimida o sin posibilidades cuando se está ajustando a su traumatismo y a los cambios que este trae.

Un traumatismo de la columna vertebral puede significar el fin de un trabajo que una persona apreciaba y que ya no puede hacer. El traumatismo puede significar el fin de las actividades que una persona disfrutaba. Frecuentemente, el traumatismo significa que una persona tiene que aprender de nuevo muchas cosas básicas de la vida: cómo moverse alrededor de la casa, cómo hacer su aseo personal, cómo salir con amigos por una noche.

Pérdida de habilidades, independencia y movilidad inicialmente pueden traer una gran tristeza. Esta tristeza puede ser una respuesta natural que acompaña un periodo de ajuste.

¿Están estos, que se ven infelices durante este periodo de transición, clínicamente deprimidos o simplemente ajustándose al cambio? ¿Necesitan antidepresivos si están llorosos? La respuesta puede ser *si* o *no*. Pero la respuesta no es automáticamente *si*.

Algunas veces los profesionales encuentran muy difícil recordar que un estado de tristeza no garantiza un diagnóstico de depresión. El estado de ánimo puede reflejar una fugaz y natural reacción a un número de cambios en la vida relacionados con la familia, el trabajo, las finanzas, y el medio ambiente.

El pesar es saludable. Todos sentimos pesar cuando enfrentamos el hecho que algo o alguien se ha ido para siempre. La tristeza que viene con este descubrimiento es diferente de la depresión. El pesar no hace a una persona sentirse devaluada; el pesar no conduce a una disfunción a largo término; el pesar no hace que alguien planee un suicidio.

### **Proyección**

Si los síntomas del trauma de una LED son naturales y si es común que la gente se sienta triste o afligida, ¿por qué tantos profesionales piensan que las personas con LED están deprimidas? La respuesta debe tener más que ver con estereotipos y mitos que con la ciencia.

Muchos clínicos, Elliott dice, creen que la depresión sobreviene naturalmente después de un trauma y creen que las personas lamentan su condición hasta el punto de la depresión. Antes de 1987, la depresión era vista como un ajuste psicológico natural a un trauma de la columna vertebral. "En gran parte," dice Elliott, "estas creencias deben de haber sido influidas por la expectativa estereotipada de que las personas con LED están consumidas con un trauma de incapacidad física."

Los profesionales de salud, de hecho, veían la depresión como normal, incluso deseable.

Argumentaban que las personas que no estaba deprimida probablemente estaban negando sus traumas, y que si negaban sus traumas nunca podrían hacer un ajuste apropiado.

Aún hoy la realidad de los sentimientos y necesidades de las personas puede ser ignorada. Los antidepresivos pueden estar indicados cuando no son necesarios. Las personas con LED que se preocupan por las finanzas, las relaciones matrimoniales, o la adaptación de su espacio vital muy seguido no pueden lograr que sus preocupaciones sean reconocidas. Se cree que ellos están deprimidos, cuando lo que necesitan es ayuda para resolver sus problemas reales.

Otro estudio muestra que la gente ve a aquellos con incapacidades físicas como menos felices o menos satisfechos con la vida. Pero respuestas a un cuestionario sobre calidad de vida por personas con o sin discapacidad física muestra que no hay diferencia en los promedios entre los grupos en satisfacción de vida, frustración con la vida o cambios de humor.<sup>15</sup>

El cuestionario preguntaba: ¿Si usted tuviera un deseo, desearía no estar discapacitado? Sólo el 49 por ciento dijo que desearía no estar incapacitado. Sólo el 11 por ciento veía su incapacidad como una cosa terrible, y solamente el 7 por ciento dijo que la incapacidad era lo peor que les había pasado. La mayoría veía la incapacidad como un hecho de la vida y una inconveniencia. Pero también veían que ser amable, inteligente, y productivo es más importante que no tener una incapacidad.

Estas creencias acerca de la depresión y la falta de un diagnóstico acertado afectan a las personas con LED. Elliott y Frank piensan que la presunción sobre la depresión puede actuar contra la persona con LED. El tratamiento y la rehabilitación se enfrentan de modo diferente si se presume que la persona tiene depresión mayor. Menos se puede esperar de ella; menos o diferentes cosas pueden ser ofrecidas.

### **Qué ayuda a las personas con LED a evitar la depresión**

¿Están las personas con LED deprimidas? Dado que casi 18 millones de personas al año se deprimen en este país, es razonable suponer que la gente con un traumatismo de la espina dorsal está entre este grupo. Es también posible suponer que algunos que tienen traumatismos y que están deprimidos, tendrían depresión igualmente, aunque no tuvieran LED.

Los estudios reportan que entre 17 y 38 por ciento de las personas con LED alcanzan el criterio diagnóstico de condiciones de depresión mayor.<sup>12</sup> Cuando los evaluadores preguntaron a las personas con traumatismos recientes si estaban deprimidas, solamente el 11 por ciento se calificaron a sí mismos como deprimidos. Un estudio, de hecho, nos deja saber que menos del 2 por ciento de las personas con LED se pueden diagnosticar como deprimidas.<sup>13</sup>

Los números sugieren que la depresión mayor que sigue una LED no es universal, y que aquellos que han sido traumatizados y los profesionales que están tratando de ver signos de depresión, pueden ver las cosas de manera diferente.

Aún no podemos ignorar que muchas personas con LED experimentan un episodio de depresión mayor. La depresión, sin embargo, no parece ser correlativa con el nivel del traumatismo.<sup>14</sup> Varios estudios indican un número de razones por las cuales una persona con LED u otra incapacidad puede deprimirse. Cuánto dolor, salud general, y estrés una persona tiene, y qué pronto esa persona puede volver a una vida activa, a un ejercicio, y a actividades exteriores, parece afectar la depresión.

### **Volver a una vida activa**

Un retorno a la vida activa incluye ciertas cosas como el control del cuidado de sí mismo. Dependiendo del nivel del traumatismo, un retorno a la vida activa puede incluir ir al trabajo o reestablecer relaciones sociales. Estas actividades diarias ayudan a la gente a evitar la depresión o a experimentarlas en sus formas menos severas.<sup>15</sup>

### **Control del dolor**

Los estudios muestran que la persona que tiene LED con dolor agudo tiene también posibilidades más altas de depresión.<sup>16</sup> Esto es también cierto para la persona con síndrome de postpolio.<sup>17</sup> La presencia del dolor parece afectar la depresión más que la presencia de la depresión afecta el dolor, pero los investigadores están estudiando esta relación entre dolor y depresión. Algunos sugieren la posibilidad que el estrés físico causado por el dolor puede causar desbalances químicos que llevan a la depresión. Estos hallazgos enfatizan la importancia de controlar el dolor agudo como una manera de ayudar a la persona lesionada a evitar la depresión.

Cuanto más tiempo una persona permanece con dolor agudo, más serán las posibilidades de que se deprima. También más serán las posibilidades de que el dolor se vuelva crónico, y el dolor crónico que sigue a una LED es un buen predictor de una futura depresión.<sup>19</sup>

La persona con dolor crónico asociado a una LED tiene más posibilidades de tener problemas para ser empleada, y de tener más estrés mental, incluyendo la depresión.<sup>20</sup> Cuanto más tiempo continúen el dolor y la depresión, más difícil será separar la relación entre el dolor y la depresión, o tratarlos.

## **Ejercicio**

El ejercicio es un tratamiento que no se usa lo suficiente en la lucha contra la depresión en personas con incapacidades físicas. "La gente que no hace ejercicio tiene mayor riesgo de depresión," dice James Blumenthal, profesor de psicología médica en la Universidad de Duke. "Para algunos pacientes con depresión clínica, el ejercicio es tan efectivo como los mejores medicamentos que tenemos."

Algunos estudios sostienen la afirmación de Blumenthal, porque se han encontrado relaciones importantes entre la vida sedentaria de las personas con LED y los promedios altos de depresión.<sup>23</sup> En un grupo de estudio, aquellos con discapacidades físicas que hacían ejercicios aeróbicos tuvieron un 59 por ciento de reducción en sus síntomas depresivos,<sup>24</sup> comparado con solamente 6 por ciento entre aquellos que no hacían ejercicios.

Por tanto, incrementar la actividad física puede prevenir la depresión o ayudar a tratarla una vez que esta ha comenzado.

## **Actividades exteriores y recreativas**

Actividades exteriores y recreativas son también importantes en el tratamiento o la prevención de la depresión.<sup>25</sup> "Hobbies," actividades recreativas, viajar, y salir a trabajar, parecen ayudar a la gente a evitar o a tratar la depresión. De hecho, incrementar específicamente el nivel de actividad puede ser parte de un buen programa para el tratamiento de la depresión.<sup>26</sup>

## **Salud general**

En personas con incapacidades hay una fuerte conexión entre la depresión y una buena salud general. En los sobrevivientes de postpolio, por ejemplo, aquellos que se decían deprimidos, también reportaban una salud débil.<sup>27</sup> Si la depresión causa problemas de salud o si los problemas de salud causan la depresión, no es siempre muy claro.

Los estudios muestran que la gente que está deprimida tiene más posibilidades de tener condiciones secundarias como llagas por presión, infecciones del tracto urinario, y salud débil, en general.<sup>28</sup> Las personas que están deprimidas también pasan mucho tiempo en la cama, lo que los hace más vulnerables a problemas de la piel.<sup>29</sup> Un investigador encontró que la severidad de la depresión era muy a menudo un buen indicador de que tan bien la persona maneja programas de la vejiga y cuida su piel.<sup>30</sup>

Aparentemente, mantener un buen cuidado personal: Comer bien, prevenir llagas por presión, y atender las infecciones puede también promover buena salud mental.



## **Estrés**

El estrés crónico parece aumentar el riesgo de depresión.<sup>31</sup> Muchas personas que estudian la conexión entre LED y la depresión a menudo observan que los problemas de la vida, más que la lesión, parecen ser los que desencadenan la depresión. El nivel de tensión que siente una persona con LED, depende en parte en sus recursos personales y sociales. ¿Tenían habilidad para relacionarse antes del traumatismo? ¿Tenían una familia que los alentaba antes del traumatismo? ¿Tenían un fuerte grupo de amigos y actividades?

Identificar cosas que producen estrés y encontrar formas de reducir o de manejar dicho estrés ayuda a la gente a reducir o a prevenir la depresión.

## **Otros factores**

Otras cosas pueden hacer que una persona con LED se deprima, y estas cosas no tienen nada que ver con el traumatismo. La persona puede tener:

- Una tendencia genética a la depresión
- Poca capacidad para relacionarse
- Dificultad en la solución de problemas
- Trastornos psicológicos como esquizofrenia
- Haber tenido depresión antes del traumatismo
- Una personalidad propensa a la depresión
- Abuso de drogas o alcohol antes o después de la lesión
- Una combinación de problemas de trabajo, familia, o sociales que desencadenaron la depresión cuando la persona tuvo la lesión

Las personas que estaban bien adaptadas antes del traumatismo tienden a ser personas que se adapta bien después. Personas que se auto describen como hábiles en la solución de problemas, que reflexionaban acerca de la vida, y que tenían una buena red de amigos y familiares tienen una mayor probabilidad de reportar ausencia de depresión después de la lesión.

## **Hablar con un terapeuta o consejero es un buen paso en el tratamiento de la depresión**

### **Tipos de depresión**

Hay varios tipos de depresión, cada uno con su nivel de severidad.

#### **Depresión Mayor**

Una depresión mayor es la más seria de las depresiones y la más incapacitante. Una persona con depresión mayor deja de funcionar efectivamente en su vida diaria. Esta forma de depresión puede ocurrir una, dos, o más veces en la vida de una persona.

Una persona será diagnosticada con depresión mayor si tiene por lo menos cinco de los síntomas siguientes, si estos síntomas ocurren a lo largo de un día, y si continúan casi todos los días por lo menos por dos semanas:

- Humor abatido
- Falta de interés en cosas agradables, incluyendo el sexo
- Más del 5 por ciento de pérdida o de aumento de peso en un mes
- Pérdida o aumento del apetito
- Insomnio o demasiado sueño
- Inquietud o indiferencia
- Fatiga o pérdida de energía
- Baja autoestima o culpa excesiva
- Dificultad para pensar, recordar, o tomar decisiones

- Enfermedades persistentes que no responden a los tratamientos médicos
- Pensamientos sobre muerte o suicidio, o intentos de suicidio

Pero no todas las personas con cinco o más de estos síntomas tienen una depresión mayor. Una persona puede mostrar estos síntomas como una respuesta natural a una muerte, a otro evento traumático, o a una causa física. Una lesión de la espina dorsal, por ejemplo, puede causar muchos de estos síntomas durante los primeros meses que siguen al traumatismo, pero los síntomas pueden estar relacionados con los resultados físicos o biológicos de la lesión y no a la depresión.

La depresión mayor se trata combinando antidepresivos para mejorar la química del cerebro y psicoterapia para hablar sobre lo que está pasando en la vida de la persona y cómo hacer cambios en la misma.

### **Distimia**

La distimia es una forma crónica pero más leve de depresión. De hecho, puede ser lo suficientemente leve que la persona que tiene esta condición no se autopercebe como deprimida. La distimia puede durar dos años o más, y a menudo es dañina porque lentamente drena la energía de una persona y su autoestima.

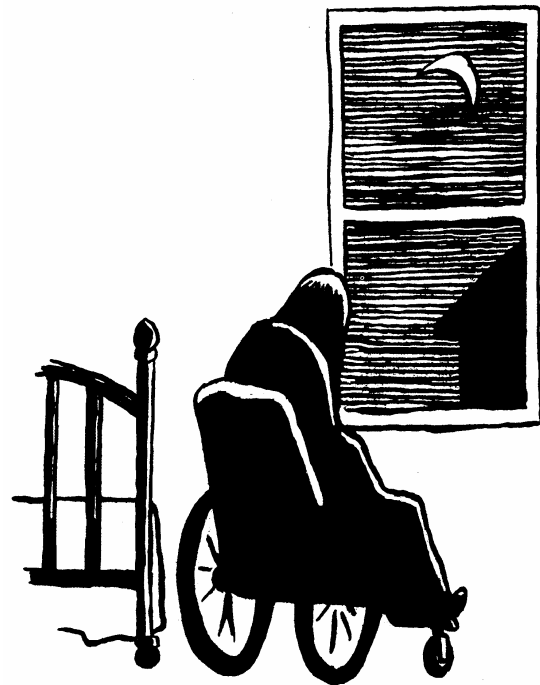
Una persona con distimia puede aparentar no estar enferma. En cambio, puede rehusar asumir nuevos retos, puede ser muy negativa consigo misma, puede preocuparse de lo que otros piensen sobre ella, y puede sentirse siempre cansada. Un escritor describe a una persona con distimia como el personaje que Woody Allen siempre representa — el pesimista que está siempre preocupado e infeliz.<sup>8</sup>

La depresión mayor y la distimia comparten los mismos síntomas. La duración y la severidad de la depresión es lo que las distingue. La distimia causa síntomas más leves pero dura más tiempo. Por lo general no hay peligro de suicidio. Pero la distimia puede, sin embargo, convertirse en una depresión mayor.

La distimia se diagnostica menos de lo que realmente ocurre.<sup>9</sup> De hecho, la Asociación Americana de Psiquiatría no la consideraba como una condición depresiva antes del año 1980. A menudo la persona con distimia es considerada problemática o difícil de tratar. Amigos y familiares describen a la persona como con falta de energía, desmotivada, o sin interés por la vida.

Alguien puede tener distimia si tiene dos de los siguientes síntomas durante la mayor parte del día por más de dos meses, y si no tiene enfermedades mentales tales como esquizofrenia o manícodepresión:

- Desanimado, con posible irritabilidad
- Poco apetito o apetito exagerado
- Cambios pronunciados en los patrones de sueño
- Baja energía o fatiga
- Baja autoestima
- Concentración pobre o dificultad para tomar decisiones
- Desesperanza



**La depresión no es divertida**

Los antidepresivos y la psicoterapia pueden ayudar.

### **Depresión situacional**

Una depresión situacional ocurre cuando situaciones específicas tales como una muerte, enfermedad, traumatismo, o pérdida del trabajo producen una depresión corta duración. La depresión empieza dentro de los primeros tres meses que siguen al suceso ocurrido, y no dura más de seis meses.

La persona puede, temporalmente, no rendir mucho en el trabajo o en la escuela, evitar actividades sociales, encerrarse o volverse irritable en casa. Con tiempo el humor depresivo desaparece y la persona aprende enfrentar lo sucedido. Algunos profesionales en salud mental piensan que la depresión situacional es típica y hasta deseable como respuesta que ayuda a la persona a tratar con una pérdida y a aceptarla. Si la depresión situacional continua por un tiempo largo, sin embargo, puede volverse una depresión mayor.

### **Tratamiento**

En la mayoría de los casos de depresión, el desbalance químico del cerebro, eventualmente se corregirá solo, pero a menudo, esta corrección toma de uno a tres años. La mayoría de las personas no pueden ni deben esperar tanto para sentirse mejor. Dada la gran cantidad de muertes por suicidio entre aquellos que están deprimidos, es prudente decir que dejar de lado el tratamiento puede ser fatal.

El primer paso para obtener el tratamiento justo es hacer un examen físico completo por medio de un profesional de salud que está familiarizado con LED. Otras medicinas o condiciones físicas pueden causar síntomas similares a la depresión. Sólo un examen físico completo revelará otros problemas. El Instituto Nacional de Salud Mental sugiere que este examen incluya:

- Un examen médico exhaustivo
- Una historia completa de síntomas presentes y pasados
- Preguntas sobre enfermedades y otros miembros de la familia
- Preguntas sobre el ánimo, la memoria, y cambios en relaciones interpersonales y situaciones de vida
- Preguntas sobre el consumo de alcohol y drogas, y sobre pensamientos suicidas

El tratamiento para la depresión, básicamente viene en dos formas: psicoterapia, algunas veces conocida como "terapia hablada," y la prescripción de medicinas conocidas como antidepresivos. Para la mayoría de las formas de depresión, se sugiere una combinación de terapia y medicinas. Las medicinas rápidamente comienzan a hacer efecto en los síntomas, y la psicoterapia ayuda a que la persona aprenda formas más efectivas de tratar con los problemas de la vida. La mayoría de las personas comienza a sentirse mejor en pocas semanas.

Las personas deben reconocer la importancia de estar personalmente involucradas en su lucha contra la depresión. Ellas pueden:

- Salir de la casa regularmente
- Evitar el aislamiento social
- Retomar un "hobby" que antes producía placer
- Mantenerse en contacto con otros, aunque sea sólo por unos minutos al día
- Participar en un grupo de apoyo
- Participar en un programa de asesoramiento.

### **Antidepresivos**

Varias formas de estas drogas tratan de revertir el desbalance químico del cerebro a la

normalidad. Los tricíclicos han estado en uso desde los años 1950, y a menudo son recetados para personas con LED porque ayudan con el dolor en los nervios y la depresión.

Las drogas más nuevas son inhibidoras de la reabsorción de serotonina (serotonin reuptake inhibitors) o los SRIs. El desarrollo de los SRIs ayudado a los investigadores a ver la fuerte conexión entre los desbalances químicos del cerebro y la depresión. El más conocido y comunmente usado de los SRIs, es Prozac.

Los SRIs tienen menor número de e intensidad en efectos secundarios, y son los antidepresivos recetados más frecuentemente. Se están volviendo la droga más usada en el tratamiento de la depresión mayor en personas con LED.<sup>32</sup>

Los efectos secundarios de los antidepresivos generalmente son moderados y de corta duración. Los efectos secundarios más comunes de todos los antidepresivos son:

- Somnolencia
- Flujo urinario debilitado
- Cambios en la función sexual
- Mareos
- Dolor de cabeza

Entre los tricíclicos, los efectos secundarios pueden incluir:

- Vista borrosa
- Constipación
- Sequedad de la boca.

Entre los SRIs, los efectos secundarios pueden incluir:

- Náusea momentanea
- Nerviosismo e insomnia
- Agitación

Consulte con su médico si estos efectos persisten o causan problemas.

Los antidepresivos no forman hábito ni deben confundirse con sedativos o con drogas para la ansiedad. Estas drogas algunas veces se recetan junto con los antidepresivos, pero no pueden ser tomadas solas como tratamiento para el estado de depresión.

Diferentes individuos responden de forma diferente a los antidepresivos, y muchas veces los doctores tienen que reajustar la dosis o cambiar la droga para obtener mejores resultados. Sin embargo, del 30 al 40 por ciento de los pacientes no tienen una respuesta satisfactoria a los SRIs y un número significativo no logran una remisión de largo plazo.<sup>33</sup>

Como cualquier otra droga, los antidepresivos deben ser usados cuidadosamente.

La gente que toma antidepresivos debe:

- Tomar la droga por un tiempo antes de decidir que no ayuda
- Decide a su médico si está tomando otras medicinas
- No tomar otras drogas recetadas o de venta libre sin consultar con su médico
- Evitar el alcohol y drogas no supervisadas por un médico

## **Psicoterapia**

Los antidepresivos trabajan en la química del cuerpo. Pero a menudo, la persona tiene problemas con sentimientos de baja autoestima, de desesperanza, de tristeza, de incapacidad para disfrutar la vida, y de irritabilidad que están relacionados con eventos específicos de la vida o con relaciones interpersonales.

Estos tipos de problemas responden a la psicoterapia. Muchas personas se benefician al hablar de sus problemas con un profesional de salud mental, como un psicólogo, psiquiatra,

consejero, o trabajador social.

Dos tipos de psicoterapias — cognitivoconductual e interpersonal — tienen buenos resultados con la depresión. En la terapia interpersonal, el terapeuta se enfoca sobre las relaciones del individuo. El ayudará a la persona deprimida a encontrar maneras de fortalecer sus relaciones y a manejar sentimientos acerca de la LED, y de los cambios de vida que esta ocasionó.

La terapia cognitivoconductual es de más corto plazo. Algunas veces el individuo tiene tan sólo unas diez citas con el terapeuta. El terapeuta ayuda a que la persona pare los pensamientos negativos — a nadie le gusta — y los comportamientos que invitan a la depresión: estar sólo, dormir demasiado, comer mal. Estos pensamientos y comportamientos negativos son reemplazados con pensamientos que reconstruyen la autoestima, y con actividades que hacen la vida más placentera.

Algunos estudios han mostrado que personas con ciertos rasgos de comportamiento o hábitos personales responden más fácilmente a los tratamientos de depresión. Estas personas:

- Reflexionan sobre la vida
- Reflexionan sobre ideas
- Son organizadas
- Planifican
- Se ponen metas
- Llevan a cabo sus tareas
- Tienen un trabajo
- No están demasiado enojados con ellos mismos o con los otros
- Ven más de una salida a un problema y a la manera de resolverlo
- Pueden señalar con precisión el momento en el que empezaron a estar deprimidos
- Tienen relaciones significativas con los demás

Los rasgos de comportamiento de las personas que responden al tratamiento de la depresión sugieren cosas que los individuos con LED pueden hacer por sí mismos cuando estén luchando contra la depresión.

### **Ayudándose a usted mismo**

Anteriormente a su LED, los individuos con tendencia a la depresión, debían posiblemente tener maneras de levantar el espíritu cuando se sentían tristes. Luchaban contra la depresión con estrategias como ir a caminar, jugar al golf, o hacer tareas de jardinería. Pero después del traumatismo, sin embargo, estos mecanismos pueden que ya no estén disponibles. Pueden encontrarse no sólo deprimidos, pero también teniendo que encontrar nuevas maneras de luchar contra la depresión.

Bill Diehm, un psicólogo clínico y profesor de universidad, tenía síndrome de postpolio. Se incapacitó llegó al punto que lo único que podía mover era el pulgar y el índice de una mano — lo cual era suficiente para escribir en su computadora, y hacer funcionar una silla de ruedas eléctrica.

En *Los Segundos 50 Años: Un Manual de Referencia Para Personas Mayores*, un libro que co-escribió, Bill Diehm comparte sus secretos para manejar la depresión. Algunas personas pueden estar en desacuerdo con ésta básica y simple manera de luchar contra la depresión, pero este enfoque lo ayudó a llevar una vida productiva a pesar de sus severas limitaciones físicas.

1. Pida ayuda.

Cuando usted puede pedir ayuda esto significa que tiene esperanza.

2. Haga un inventario de sus recursos.

No se concentre en sus faltas o errores. Cuente con sus capacidades, sus amigos, y las cosas buenas de su vida.

3. Mantengase físicamente activo.  
La inactividad alimenta la depresión. Empiece y termine algo, cualquier cosa.
4. Cuidese a sí mismo.  
Asegurese de que está bien arreglado, que come comida nutritiva, que descansa lo suficiente, y encuentre algo o alguien que lo haga reír.
5. Actúe como si fuera la persona más feliz del mundo.  
"Alguna gente piensa que el sentimiento viene primero," escribe Diehm. "Yo estoy en desacuerdo; la decisión viene primero. Actúe alegremente, y el sentimiento seguirá."
6. Hable positivamente y deje de lado las palabras negativas.  
Su mente va a responder a lo que oye salir de su boca.
7. Imagine cosas positivas, practique meditación de una manera apacible, y con pensamientos positivos.

Su Centro de Vida Independiente (ILC) puede tener copias de estos folletos, o usted puede escribir al RTC/IL, University of Kansas, 4089 Dole, Lawrence, KS 66045-2930.

## **Glosario**

**Antidepresivo:** Drogas utilizadas ampliamente en el tratamiento de condiciones mentales y nerviosas.

**Depresión:** Una condición marcada por un cambio hacia la tristeza en el humor de la persona y en la manera en la que esta ve al mundo y a su sentido de valor. La depresión es una depresión mayor cuando interfiere con la habilidad de las personas para funcionar en la vida diaria y cambia la manera en que las personas trabajan, duermen, comen, se ven, y actúan.

**Distimia:** Una forma menos severa de depresión, con síntomas a largo plazo que no incapacitan, pero que hacen que el individuo no funcione bien o no se sienta bien.

**Dopamina:** Un químico esencial en la actividad de los nervios.

**Esquizofrenia:** Una enfermedad mental caracterizada por un escapismo de la realidad y a veces un comportamiento anormal.

**Insomnia:** Una incapacidad crónica para dormir.

**Letargia:** Indiferencia, desinterés.

**Neurotransmisor:** Químico que transmite mensajes al cerebro.

**Psicólogo:** Una persona con un grado avanzado en asesoramiento.

**Psicoterapia:** Usar las habilidades mentales del individuo para tratar sus problemas mentales, emocionales, o desordenes nerviosos.

**Psiquiatra:** Es un doctor médico que se especializa en el estudio, diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades mentales.

**Serotonina:** Un componente químico encontrado en el cuerpo, especialmente en el cerebro.

**Síndrome de pospolio:** Una enfermedad degenerativa que afecta a la gente que ha tenido polio, un virus que ataca el sistema nervioso central. El síndrome, que muy seguido afecta el

movimiento de los brazos y piernas, puede presentarse muchos años después que el primer ataque de polio.

**Trastorno afectivo temporal:** Un patrón de enfermedad depresiva que ocurre en el otoño y se va en la primavera.

## Referencias

- <sup>1</sup> National Institutes of Health. (1994). *Plain talk about depression*. NIH Publication No. 94-3561.
- <sup>2,3,7,30,31</sup> O'Koon, M. (1995, Nov.-Dec.). Out of the dark. *Arthritis Today*.
- <sup>4</sup> Cheney, W., Diehm, W., & Seeley, F. (1992). *The second 50 years: A reference manual for senior citizens*. New York: Paragon House.
- <sup>5,6,8,10,12,19,26,27,32,33</sup> Elliott, T. R., & Frank, R. G. (1996, August). Depression following spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 77, (8), 16-823.
- <sup>9,17,25</sup> Tate, D. G., Forchheimer, M., Kirsch, N., Maynard, F., & Roller, A., (1993, October). Prevalence and associated features of depression and psychological distress in polio survivors. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 74, 1056-1060.
- <sup>11</sup> Weinberg, N. (1984). Physically disabled people assess the quality of their lives. *Rehabilitation Literature*, 45 (1-2), 12- 15.
- <sup>13,15,23,24,28</sup> MacDonald, M. R., Nielson, W. R., & Cameron, M. G. P. (1987, June). Depression and activity patterns of spinal cord injured persons living in the community. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 68, 339-343.
- <sup>14</sup> Daverat, P., Petit, H., Kemoun, G., Dartigues, I. F., & Barat, M. (1995). The long term outcome in 149 patients with spinal cord injury. *Paraplegia* 33, 665-668.
- <sup>16,18,20</sup> Cairns, D. M., Adkins, R. H., & Scott, M. D. (1996). Pain and depression in acute traumatic spinal cord injury: Origins of chronic problematic pain? *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 77, 329-335.
- <sup>21,22,23</sup> Kinney, W.B., & Coyle, C. P. (1992, September). Predicting life satisfaction among adults with physical disabilities. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 73, 863-869.
- <sup>29</sup> Turner, R. J., and Beiser, M. (1990, June). Major depression and depressive symptomatology among the physically disabled. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 178(6), 343-350.