

Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena

Un nuevo abordaje para la
prevención de las recaídas

Zindel V. Segal

J. Mark G. Williams

John D. Teasdale



DESCLÉE

biblioteca de psicología

ZINDEL V. SEGAL
J. MARK G. WILLIAMS
JOHN D. TEASDALE

**TERAPIA COGNITIVA
DE LA DEPRESIÓN BASADA
EN LA CONSCIENCIA PLENA**

**UN NUEVO ABORDAJE PARA
LA PREVENCIÓN DE LAS RECAÍDAS**

**BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
DESCLÉE DE BROUWER**

Índice

Sobre los autores	11
Reconocimientos	13
Prefacio	17
Introducción	21

Parte I **EL DESAFÍO DE LA DEPRESIÓN**

1. Depresión: el alcance del problema	29
2. Cognición, estado de ánimo y naturaleza de la recaída depresiva	43
3. Desarrollando la terapia cognitiva basada en la consciencia plena	71
4. Modelos de mente	91

Parte II
LA TERAPIA COGNITIVA BASADA
EN LA CONSCIENCIA PLENA

5. El programa de ocho sesiones: método y justificación	111
6. Piloto automático	131
7. Enfrentando los obstáculos	161
8. Consciencia plena de la respiración.....	195
9. Permaneciendo presente.....	229
10. Permitir/dejar ser	259
11. Los pensamientos no son los hechos.....	287
12. ¿Cómo puedo cuidar mejor de mí mismo?.....	315
13. Empleando lo aprendido para afrontar los futuros estados de ánimo.....	341

Parte III
EVALUACIÓN Y DISEMINACIÓN

14. La terapia cognitiva basada en la consciencia plena llevada a juicio	363
15. Yendo más a fondo: lecturas, páginas web y direcciones para profundizar	377
Epílogo	383
Bibliografía	387

Sobre los autores

El Dr. **Zindel V. Segal** es titular de la cátedra Morgan Firestone de Psicoterapia en la Universidad de Toronto. Es el director de Terapia Cognitivo-conductual en el Centro para el Tratamiento de Adicciones y Salud Mental, así como profesor de psiquiatría y psicología de la Universidad de Toronto. También dirige el programa de psicoterapia del Departamento de Psiquiatría. El Dr. Segal es miembro fundador de la Academia de Terapia cognitiva. Entre sus publicaciones se incluye *Cognitive Vulnerability to Depression* (coautor junto con Rick E. Ingram y Jeanne Miranda, 1998).

El Dr. **J. Mark G. Williams** es profesor de psicología clínica de la Universidad de Gales, Bangor, desde 1997. Dirige también el Instituto Universitario de investigación médica y social. Con un amplio historial de publicaciones, entre sus obras más recientes se incluyen *The Psychological Treatment of Depression* (1992), *Cognitive Psychology and Emotional Disorders* (coautor junto con Fraser Watts, Colin MacLeod y Andrew Mathews, 1997) y *Cry for Pain: Understanding Suicide and Self-Harm* (1997). Es miembro fundador de la Academia de Terapia Cognitiva.

El Dr. **John D. Teasdale** ha investigado sobre los modelos cognitivos y los tratamientos de la depresión durante más de 20 años. Detenta un cargo de científico especial en la unidad de neurociencias del Consejo de Investigación Médica de Cambridge, Inglaterra. Es socio de la Academia Británica, de la Academia de Ciencias Médicas y miembro fundador de la Academia de Terapia Cognitiva. El Dr. Teasdale recibió, en 1990, el galardón al mérito científico otorgado por la Asociación Americana de Psicología.

Reconocimientos

Constituye un placer reconocer, con gratitud, a todos aquellos que, en momentos y modos diferentes, han apoyado el desarrollo y la evaluación de la terapia cognitiva basada en la consciencia plena (TCBCP) así como la redacción de este volumen. Nombramos a continuación a algunas personas, pero nuestro agradecimiento se extiende también a muchos más a quienes no mencionamos. En Toronto, agradecemos a Mark Lau, Michael Gemar, Susan Williams y Neil Rector. En Bangor le damos las gracias a Jodith Soulsby, Sarah Silverton, Rebecca Crane, Sheila Jenkins, Keith Fearn y Isabel Hargreaves. En Cambridge le estamos agradecidos a Surbala Morgan, Valerie Ridgeway, Sally Cox y Helen Ma. Nuestros lectores ajenos, Anne Simons, Andy MacLeod, Jackie Teasdale, Ben Teasdale y Carol Garson, aportaron una retroalimentación impagable sobre el borrador del libro y nos ayudaron a apreciar con mayor claridad lo que se precisaba para el resultado final del libro.

Este volumen no explica simplemente el modo en el que desarrollamos un tratamiento para prevenir la recaída en el trastorno depresivo. También constituye la crónica de nuestra propia y juiciosa acomodación a un paradigma muy diferente en el tratamiento de la depresión y sus

consecuencias. En ambos aspectos fuimos extremadamente afortunados al contar con el constante apoyo, orientación y sabiduría de Jon Kabat-Zinn y el personal del *Centro para la Consciencia Plena en la Medicina, la Atención Sanitaria y la Sociedad*, en especial con Saki Santorelli, Ferris Urbanowski y Elana Rosenbaum. Somos conscientes de que hemos incluido una gran cantidad de material de la *Clínica para la Reducción del Estrés* de la Universidad de Massachussets, así como del libro *Full Catastrophe Living* de Jon Kabat-Zinn y le estamos muy agradecidos al personal clínico por su disposición a que empleemos su material. Sin su orientación hubiera sido imposible desarrollar este proyecto en el modo en el que, finalmente, se llevó a cabo.

También somos conscientes de cómo nuestro propio pensamiento, así como nuestras enseñanzas, han sido influidos en gran medida por otros miembros de la comunidad de la consciencia plena, por sus libros y cintas de video, así como por los talleres y conferencias a las que acudimos. Christina Feldman ejerció una gran influencia tanto en el material que enseñamos como en el estilo en el que instruimos, tal y como ocurrió con otros profesores de meditación, especialmente Sharon Salzberg, Joseph Goldstein, Jack Kornfield y Larry Rosenberg, cuyas palabras escritas y habladas agudizaron nuestra comprensión del fundamento de la práctica de la consciencia plena. Siempre que hemos podido, hemos reconocido las fuentes específicas referentes al modo en el que estos profesores han influenciado el estilo en el que enseñamos la terapia cognitiva basada en la consciencia plena, pero sospechamos que muchas de estas influencias pueden haber llegado a incorporarse implícitamente el nuestro propio abordaje y nos disculpamos si existiera algún material cuyo origen hemos dejado de reconocer.

Este trabajo fue inicialmente apoyado por la Fundación John D. y Catherine T. MacArthur (cuyo presidente es David J. Kupfer) para la investigación de la psicobiología de la depresión y otros trastornos afectivos. También fue financiada por la beca N^o RA 013 de la oficina de Gales para la investigación y el desarrollo de la salud y de la atención sanitaria y por la beca No. MH 53457 del Instituto Nacional de Salud Mental. Nuestro apoyo personal provino del Centro para el Tratamiento de las Adicciones y de Salud Mental, de la Universidad de Gales así como del Concejo de Investigaciones Médicas del Reino Unido.

También quisiéramos dar las gracias a Barbara Watkins, de la editorial Guilford, quien trabajó resueltamente para ayudarnos, con un manuscrito redactado para lectores muy variados, a encontrar un modo de dirigirnos a todos ellos al unísono.

Finalmente, nuestro agradecimiento y aprecio más sincero va dirigido a los valientes pacientes que tomaron parte de los grupos de terapia cognitiva basada en la consciencia plena. Les estamos agradecidos por permitirnos reflejar sus experiencias en este libro. Para nosotros, trabajar con ellos constituyó una fuente de inspiración y todo un aprendizaje. Estamos encantados de que el trabajo fuera también muy beneficioso para muchos de ellos.

Prefacio

Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena conforma, según mi parecer, un libro germinal. Unifica, por vez primera, lo que comúnmente se consideran las prácticas y perspectivas de la meditación oriental (en concreto la meditación de la consciencia plena) con las prácticas y epistemologías psicológicas occidentales (en este caso la terapia cognitiva) en una síntesis novedosa y sólida. Esta flamante aproximación terapéutica fue desarrollada con el objetivo de aliviar el sufrimiento humano, especialmente el de índole emocional que aflige a las personas que padecen depresión. También fue planteado con el fin de ahondar en el conocimiento de la depresión, así como para mejorar su tratamiento. Sin embargo, las implicaciones de este trabajo exceden el campo de la depresión y aportan, potencialmente, nuevas y valiosas vías teóricas y terapéuticas dentro del rango de los trastornos afectivos.

Asimismo, constituye un volumen valiente en varios sentidos de la palabra. Primero porque los autores eligieron narrarlo –con gran humildad, honestidad y pasión– como la historia de su propio aprendizaje en la búsqueda, y posterior verificación, de un paradigma sumamente diferente a aquél en el que habían sido formados profesionalmente y en el cual eran reconocidos expertos. Se trata de un abordaje inusual en un texto científico, tal como los propios autores reconocen, y que yo con-

sidero, en este caso, admirable y totalmente apropiado para culminar sus propósitos profesionales dado el asunto a tratar. El libro también es valiente (*courageous*) en su sentido etimológico (*coeur* en francés significa corazón). Finalmente se interesa por el potencial existente para la transformación personal (expresado tradicionalmente en un cambio en el corazón así como en la mente), tanto para los autores, en sus roles de investigadores y terapeutas/instructores, como para los pacientes. Tal transformación es fruto de la propia consciencia plena, producida al prestar atención a áreas altamente específicas de todo el ámbito, interno y externo, de las propias experiencias, incluyendo las emociones intensas. Esto podría catalogarse como el camino hacia la personificación de la inteligencia emocional.

La consciencia plena se sitúa en el núcleo de las prácticas de meditación budistas, aunque su esencia es universal. Se relaciona con el refinamiento de nuestras capacidades para prestar atención, a través de una consciencia prolongada y penetrante, así como por el insight emergente que se encuentra más allá del pensamiento pero que puede expresarse mediante éste. Así, en este volumen, la propia práctica de la consciencia plena se presta a una bella síntesis con la terapia cognitiva.

En términos estrictos, la consciencia plena no es una técnica ni un método, aunque existen muchos y diferentes métodos y técnicas para su desarrollo. Quizás, es más apto describirla como un modo de ser, o de percibir, que implica literalmente “reconocer los propios sentidos”. Ciertamente implica desarrollar y refinar un método, a través de una auto-observación sistemática, para lograr intimar en mayor medida con la propia experiencia. Esto incluye la suspensión voluntaria del impulso que experimentan los seres humanos a caracterizar, evaluar y juzgar. De este modo surgen múltiples posibilidades para superar los trillados cauces de nuestros procesos de pensamiento y reacciones emotivas de naturaleza automática, altamente condicionada y, en gran medida, habitual.

Debido a la gran amplitud del campo de la experiencia en el que puede aplicarse la consciencia plena intencional (incluyendo las sensaciones, percepciones, impulsos, emociones, pensamientos y el propio proceso de pensamiento de naturaleza introspectiva; y las de carácter externo como el discurso, las acciones y las relaciones personales), presenta

un inmenso potencial para ayudar a quienes padecen dificultades emocionales. Fue la convergencia de, por un lado, las últimas teorías sobre el modo en el que actúan las terapias cognitivas y, por otro, el abordaje de la consciencia plena –en el que se perciben los pensamientos como pensamientos, como eventos del área de la consciencia, con independencia de su contenido y su “carga” emocional, sin tratar de modificarlos, ni de reemplazarlos por otros, ni de “resolver” nada, sino más bien observándolos con un grado de ecuanimidad– el que animó a los autores a tratar de levantar un nexo entre ambas perspectivas. Este volumen da cuenta de lo que sucedió cuando empezaron a construir dicho puente; narra el modo en el que se percataron de que las prácticas de concentración de la meditación basada en la consciencia plena, y las intenciones que se ocultaban tras ella, parecían facilitar un mayor auto-conocimiento y auto-aceptación en sus pacientes. A su vez, tales transformaciones en la concepción y comprensión parecieron lograr profundos efectos, a corto y largo plazo, sobre la salud y el bienestar, tal como lo proponen los resultados empíricos y clínicos que se plantean en este libro. Finalmente, los autores consideraron factible aplicar, de un modo creativo, su experiencia personal y sus propios conocimientos, extraídos del laboratorio, referentes a su experiencia con la meditación, junto con su profunda pericia en la terapia y ciencia cognitiva, al problema de la depresión, originando un nuevo abordaje terapéutico, a saber: la terapia cognitiva basada en la consciencia plena (TCBCP).

La adaptación, más genérica, de un abordaje de reducción del estrés, con base en la consciencia plena, a un trastorno clínico más específico, saca partido del valor potencial de la meditación, como una práctica que se vincula con las necesidades más básicas del alma humana. Parece accesible para muchas personas y es adoptada por una amplia variedad de sujetos. Los practicantes afirman con frecuencia que se benefician, y disfrutan, del cultivo de una mayor consciencia y auto-conocimiento, a pesar de lo doloroso que en ocasiones puede llegar a ser, debido a su autenticidad, así como a su fundamentación en una experiencia imbricada en una consciencia que no juzga. Los usuarios informan de que encuentran nuevos grados de libertad, asociados a la incipiente práctica de la consciencia plena, para enfrentarse habilidosamente al mundo y al ámbito de la propia interioridad.

Conforma mi más sincero deseo que este libro presente la consciencia plena, a los clínicos e investigadores de la comunidad de la terapia cognitiva, de un modo tal que provoque interés y entusiasmo y beneficie a las personas que padezcan una depresión. Espero que también dé a conocer, a quienes se encuentren principalmente interesados en la consciencia plena, los recientes desarrollos en la comprensión de los procesos psicológicos que subyacen en los episodios depresivos recurrentes, debido a la utilidad de un puente perfectamente construido sobre el que puede circularse en ambos sentidos. La destacada síntesis que representa este libro alberga la esperanza no sólo de desarrollar nuestras teorías acerca del modo en el que interactúan la cognición y la emoción, sino también de ahondar en nuestra comprensión de las capacidades humanas más inherentes para sanar y vivir la vida con una mayor esperanza, equilibrio y felicidad.

Dr. Jon Kabat-Zinn

*Centro para la Consciencia Plena en la Medicina,
la Atención Sanitaria y la Sociedad.*

Facultad de Medicina de la Universidad de Massachusetts.

Introducción

La mayoría de los libros se inician con un prefacio. El problema es que muchas personas no los leen, lo cual constituye un inconveniente. En el prefacio, los autores se encuentran normalmente más relajados. Narran el modo en el que llegaron a escribir el libro –las reuniones, los problemas, y cómo fueron superados éstos. Coexisten los cálidos reconocimientos a organismos patrocinadores y colegas, junto con sentidos agradecimientos a las parejas e hijos. Después llega el primer capítulo acompañado, con frecuencia, de un evidente “cambio de temperatura” que puede durar hasta el final del libro. Aquí se presenta un clima diferente: la literatura académica, la intrincada teoría, las complejidades de la terapia. En un prefacio se nos podría haber permitido realizar todo tipo de afirmaciones personales y expresar todo tipo de dudas. Pero una vez iniciado, el libro no permite tal indulgencia; debe quedar herméticamente cerrado ante tales observaciones.

Cada uno de los autores de este volumen ha escrito textos semejantes, por lo que sabemos qué puede y qué no puede escribirse en los libros. No pretendemos condenar nuestros propios esfuerzos del pasado, pero hemos decidido que éste será un volumen diferente. Nos gustaría narrar el modo en el que llegamos a desarrollar un abordaje para el tratamiento de la depresión que era novedoso para cada uno de nosotros.

Aún más, la aproximación fue fruto de nuestros intentos por descubrir un modo de abordar uno de los mayores problemas de la depresión: su tendencia a la recaída una vez que se ha sufrido alguna vez. Este volumen habla sobre cómo llegamos a creer que este abordaje de la depresión constituía un fin valioso. Por supuesto, parte de la historia gira en torno al modo en el que fuimos influidos por la literatura académica y por nuestros propios descubrimientos empíricos; cómo intentamos (una y otra vez) lograr una mejor comprensión teórica de la depresión recurrente; cómo decidimos implementar esta comprensión con algo que llegó a denominarse “terapia cognitiva basada en la consciencia plena” (TCBCP). También describe con detalle la TCBCP. Por lo tanto, no hay un prefacio; sólo una historia. Y, como todas las historias, la iniciamos desde un principio (o uno de ellos): en el verano de 1989.

El modo en el que empezamos a trabajar juntos en este proyecto puede narrarse de un modo breve y sencillo. Mark Williams y John Teasdale trabajaban juntos en la Unidad de Psicología Aplicada del Concejo de Investigación Médica en Cambridge (Inglaterra) y Zindel Segal les visitó en 1989, de camino hacia el Congreso Mundial de Terapia Cognitiva, que se celebraba ese año en Oxford. Los tres habían investigado en modelos psicológicos así como en el tratamiento de la depresión. Cada uno de nosotros iba a presentar una ponencia en el congreso: Mark Williams sobre el tema de la depresión crónica y recurrente, Zindel Segal acerca de la interacción del estrés vital y la recaída y John Teasdale sobre un nuevo y potencial modelo de interrelación de la cognición y la emoción.

La discusión, en la reunión previa al congreso en Cambridge, giró en torno a los interrogantes que planteaban las recientes investigaciones sobre la cognición y la emoción y sobre la posibilidad de aplicar los avances, en esta área, para explicar el modo en el que se combinan el pensamiento disfuncional y las emociones negativas en la depresión, con resultados tan debilitantes. Debido, quizás, a que cada uno de nosotros perseguía diferentes líneas en la investigación de un problema común, por así decirlo, el modo en que la depresión altera el pensamiento de las personas, había mucho material por compartir. En aquella época, tanto Mark Williams como Zindel Segal estudiaban los procesos mediante los cuales la depresión cambia la percepción de sí mismo en las personas. Mark Williams se centraba en los diferentes tipos de recuerdos perso-

nales que acompañaban a la depresión, mientras que Zindel Segal evaluaba la autoimagen de los pacientes examinando el tiempo que precisaban para responder a información negativa y positiva sobre sí mismos. John Teasdale se estaba alejando de las medidas que se basaban en un único nivel del significado. En vez de ello, exploraba la posibilidad de que los cambios en un nivel de significado más holístico, que incluye los estados mentales globales, pudiera ser el responsable de los cambios emocionales específicos encontrados en la depresión. Finalmente este trabajo generó un modelo de gran alcance sobre las relaciones entre la cognición y la emoción conocido como *Subsistemas Cognitivos Interactuantes*.¹

Es interesante que nuestras conversaciones se centraran básicamente en los mecanismos que se situaban tras los cambios en el pensamiento y la emoción que acompañaban a la depresión. No dirigíamos nuestra atención al tratamiento de la depresión debido a que a finales de los años 80 ya existían una serie de tratamientos psicológicos cuyos efectos se equiparaban a los de la medicación antidepressiva. En esos momentos, investigar más sobre el modo de ayudar a las personas con depresión parecía poco productivo en términos de descubrimientos novedosos.

En vez de ello, centramos nuestro interés en el modo de predecir mejor qué personas presentaban una mayor probabilidad de deprimirse nuevamente una vez recuperados de un episodio depresivo. La literatura académica era vacilante. Algunos estudios pioneros parecían sugerir que aquellos sujetos que, tras la recuperación, continuaban manteniendo ciertas actitudes acerca de sí mismos y el mundo, eran los que se deprimirían con mayor probabilidad. Ejemplos de ello incluían las creencias de “Si no me desempeño igual de bien que los demás, significa que soy un ser humano inferior” o “Mi valor como persona depende en gran medida de lo que los demás piensen de mí”. Tales creencias, o supuestos, se consideran facilitadores de la depresión, en gran medida porque vinculan la autoestima de la persona con eventos, significativos o no, que con frecuencia se escapan a su control. Fue desarrollado un cuestionario denominado “Escala de Actitudes Disfuncionales” para evaluar el grado en que la gente mantenía tales creencias.

Los investigadores fueron descartando, cada vez en mayor medida, el rol de estas actitudes en la recaída. Subrayaban que los pacientes que

todavía mantenían este tipo de creencias al finalizar la terapia podrían no encontrarse recuperados del todo, de modo que eran más proclives a recaer. En efecto, varios estudios mostraban que los pacientes que verdaderamente se habían recuperado, de modo que su humor depresivo se encontraba al nivel medio de la población general, no mostraban evidencia de este tipo de pensamientos. Sus puntuaciones en la Escala de Actitudes Disfuncionales fueron normales a pesar del hecho de que sabíamos que estas personas eran muy proclives a deprimirse de nuevo. ¿En qué medida podría demostrarse que estas personas eran vulnerables? Seguimos debatiendo esta cuestión en el presente y posteriormente añadiremos más al respecto. En cualquier caso, el congreso de Oxford finalizó con la promesa de mantenernos en contacto, y volvimos a nuestras instituciones académicas.

Dos años después, en 1991, surgió la oportunidad de reunirnos de nuevo para centrarnos en las mismas cuestiones. David Kupfer, que dirigía el grupo de investigación de psicobiología de la depresión en la Fundación John D. y Catherine MacArthur, había solicitado a Zindel Segal que desarrollara una versión “de mantenimiento”, centrada en la terapia cognitiva, para su empleo con pacientes depresivos, una vez que éstos se hubieran recuperado de su episodio agudo. La terapia de mantenimiento ofrecía un modo de continuar el tratamiento en individuos recuperados pero con riesgo de recaer. Constituía una terapia impartida con menos frecuencia que la clásica y apoyaba, en los pacientes anteriormente deprimidos, el empleo de habilidades para identificar y manejar problemas que, en caso de ignorarse, podrían provocar una depresión. David Kupfer y Ellen Frank acababan de publicar un estudio pionero sobre la terapia interpersonal de mantenimiento. ¿Podría desarrollarse de un modo similar una versión de mantenimiento de la terapia cognitiva? Zindel, quien dirigía la unidad de terapia cognitivo conductual en el Instituto Clarke de Psiquiatría, contactó con Mark Williams (quien había dejado Cambridge para ocupar la cátedra de psicología clínica en la Universidad de Gales en Bangor) y John Teasdale para discutir la posibilidad de trabajar juntos en tal proyecto. Nuestra primera reunión fue en Toronto, en abril de 1992. Las notas de esa reunión perfilaron cuál sería la apariencia de esa terapia cognitiva de mantenimiento. No guardan parecido alguno con la aproximación que describimos

en este libro. En los años siguientes nos desviaríamos radicalmente de la versión de la terapia cognitiva en la que habíamos sido entrenados cada uno de nosotros.

Tal como explica la primera parte de este volumen, nos desvinculamos en un inicio del camino añadiendo un componente en entrenamiento de la atención y, después, descartamos el marco “terapéutico” para trabajar más de lleno en un abordaje basado en la consciencia plena que enfatizaba el mantenimiento en la consciencia de los pensamientos y las emociones en vez de intentar cambiarlos. El proceso mediante el cual se llegó, finalmente, a una integración de los principios básicos de la terapia cognitiva con la practica sostenida de la consciencia plena, constituye la parte más larga de la historia y nos esforzaremos por narrarla a continuación.

Comenzaremos describiendo los antecedentes de la propia depresión. No nos cabe ninguna duda de que, desde un inicio, la depresión fue considerada uno de los problemas más apremiantes en el campo de la salud mental. ¿Cómo era la situación a finales de los 80 y qué nuevas perspectivas surgieron? Veremos que las concepciones sobre la depresión fueron cambiando, pasando de constituir un episodio agudo a convertirse en un trastorno crónico y recurrente. Los gestores sanitarios comenzaron a percatarse de que la depresión amenazaba con convertirse en una de las principales “enfermedades” del siglo XXI, exigiendo nuevas respuestas.

I

El desafío de la depresión

1 Depresión: el alcance del problema

La depresión, en su sentido más amplio, constituye un trastorno del ánimo. En su acepción común, el término sugiere que uno se siente “bajo de ánimo” o “triste”, aunque esta caracterización omite la naturaleza esencial de “síndrome” del trastorno clínico, esto es, consiste más en una combinación de elementos que en una característica única. La depresión clínica (en ocasiones denominada también “depresión mayor”) constituye una condición en la cual se presenta un estado de ánimo depresivo persistente o una pérdida de interés junto con otros signos físicos y mentales destacados, tales como dificultades del sueño, reducción del apetito, disminución de la concentración, así como sentimientos de desesperanza y falta de valía. Sólo se efectúa un diagnóstico de depresión cuando varios de estos elementos se encuentran presentes, al mismo tiempo, durante al menos dos semanas y se prueba que interfieren en la habilidad de la persona para desempeñar sus tareas cotidianas.

Cuando se considera el número de personas que sufren depresión, las estadísticas son preocupantes. Con base a los datos de los hospitales y los estudios comunitarios, dicho trastorno del ánimo se encuentra entre las condiciones psiquiátricas más prevalentes, un descubrimiento que es extraordinariamente consistente en todo el mundo. Datos epidemiológicos recientes, obtenidos de aproximadamente 14.000 pacientes

encuestados en seis países europeos, plantean que el 17% de la población informó haber experimentado depresión durante los seis meses anteriores. Cuando los datos se examinan con más detalle se comprueba que la depresión mayor afectaba al 6,9% de la población y la depresión menor al 1,8%². El restante 8,3% de los sujetos se quejaba de experimentar síntomas depresivos, pero no consideraban que interfirieran en gran medida con su trabajo o sus relaciones sociales. Estos datos son comparables con los obtenidos en muestras de Canadá³ y Estados Unidos⁴. En estos niveles, los médicos de familia pueden esperar atender, cada día de su práctica clínica, al menos a una persona con depresión. Cuando se pregunta a los individuos sobre sus experiencias con la depresión a lo largo de períodos de tiempo más amplios, las cifras son, naturalmente, mayores. En alguna ocasión, el 10% de la población de los Estados Unidos ha experimentado una depresión clínica durante el último año y entre el 20-25% de las mujeres y del 7-12% de los hombres sufrirá una depresión clínica a lo largo de su vida⁶.

Quienes se han deprimido saben que no hay una única cara para el trastorno, ninguna característica en particular dará cuenta de toda la historia. Algunas de las consecuencias de la depresión son más fáciles de reconocer por el paciente, incluyendo el estado de ánimo bajo y las dificultades de concentración. Otras pueden ser más difíciles de captar porque sus principales efectos reducen la habilidad del paciente para interactuar con sus seres queridos y otros miembros de la familia, por ejemplo la anergia o preocupación referida a ideas y temas negativos. Una de las taras más obvia es que la depresión provoca un mayor riesgo suicida. Éste se incrementa con cada nuevo episodio y existe un 15% más de probabilidades de que los pacientes que sufren una depresión recurrente lo suficientemente severa como para requerir hospitalización, mueran finalmente por suicidio⁷. Asimismo la depresión es raramente observada por sí misma. El problema adicional más frecuente es la ansiedad⁸. Por ejemplo, la probabilidad de que una persona depresiva sufra un ataque de pánico es 19 veces mayor que la de alguien no depresivo^{9,10}. Este incremento en las probabilidades también se detectó en el caso de la fobia simple (nueve veces mayor) y del trastorno obsesivo compulsivo (11 veces mayor).