



El DEMONIO
de la DEPRESIÓN
ANDREW
SOLOMON

Un atlas de la enfermedad

DEBATE

Este libro fue descargado de
ulc440.blogspot.com

Para más libros sobre
temática científica visitar:

<https://ulc440.blogspot.com>

Todo pasa: el sufrimiento, el dolor, la sangre, el hambre, la peste. También la espada pasará, pero cuando las sombras de nuestra presencia y nuestros hechos se hayan borrado de la faz de la tierra las estrellas permanecerán. No hay hombre que no sepa eso. ¿Por qué, entonces, no volver nuestra mirada hacia las estrellas? ¿Por qué?

MIJAÍL BULGÁKOV,

*La guardia blanca*¹

Sobre el método

En los últimos cinco años, mi vida ha estado consagrada por entero a escribir este libro, y a veces me resulta difícil remitir mis ideas a las diversas fuentes de las que provienen. En las notas que se encuentran al final del libro he intentado dar cuenta de todas las influencias y no distraer al lector con una cascada de nombres, que tal vez no le sean familiares, o con la jerga técnica en el cuerpo del texto. Pedí a mis entrevistados que me permitieran utilizar sus nombres verdaderos, porque estos confieren autoridad a las historias verdaderas. En un libro que tiene como una de sus metas eliminar el peso del estigma asociado con la enfermedad mental, es importante no propiciar dicho estigma con la ocultación de la identidad de personas que sufren depresión. Sin embargo, en siete de las historias que he incluido, sus protagonistas prefirieron que los mencionara mediante un seudónimo, y me convencieron de que tenían razones de peso para hacerlo. Ellos aparecen en este texto como Sheila Hernandez, Frank Rusakoff, Bill Stein, Danquille Stetson, Lolly Washington, Claudia Weaver y Fred Wilson. Ninguno de los siete es una personalidad inventada, y me he tomado el trabajo de no modificar ningún detalle. Los miembros de los *Mood Disorders Support Groups* (MDSG, Grupos de Apoyo para los Trastornos Anímicos) usan solo sus nombres de pila; he cambiado todos ellos para respetar el carácter privado de las reuniones grupales. El resto de los nombres son verdaderos.

He permitido a los hombres y mujeres cuyas batallas constituyen el tema central de este libro que contaran sus propias historias. He hecho todo lo que estaba a mi alcance para lograr que sus relatos fueran coherentes, aunque en general no he intentado verificar los hechos que me contaban. Tampoco he insistido en que la narración personal de cada una de las historias fuera estrictamente lineal.

A menudo me han preguntado cómo llegué a conocer a estas personas. Cierta número de profesionales, como queda registrado en los agradecimientos, me ayudaron a vincularme con sus pacientes. Yo mismo conocí a una enorme cantidad de personas que me ofrecieron voluntariamente sus propias y cuantiosas historias al conocer el tema de mi trabajo; algunas de ellas eran en extremo fascinantes y terminaron por convertirse en fuentes para mi labor. En el año 1998 publiqué un artículo acerca de la depresión en *The New Yorker*,¹ y durante los meses que siguieron a aquella publicación recibí más de mil cartas. Graham Greene dijo una vez: «A veces me pregunto cómo se las arreglan todos aquellos que no

escriben, componen o pintan para liberarse de la locura, la melancolía y el miedo al pánico inherente a la condición humana».² Creo que subestimó en exceso a la cantidad de personas que, de una u otra manera, sí escriben para mitigar la melancolía y el miedo al pánico. Cuando me entregué a responder aquel diluvio de correspondencia, les pregunté a algunas personas, cuyas cartas me habían resultado particularmente conmovedoras, si estarían interesadas en mantener entrevistas para este libro. Por añadidura, di numerosas conferencias, y asistí a otras, en las que conocí a distintos pacientes de salud mental.

Nunca había escrito sobre ningún tema acerca del que tanta gente tuviera tanto que decir, ni tampoco sobre ningún asunto acerca del cual tanta gente hubiese decidido revelarme tantas cosas. Es increíblemente fácil acumular material acerca de la depresión. A la postre llegué a esta conclusión: lo que faltaba en el campo de los estudios sobre la depresión era una síntesis. La ciencia, la filosofía, el derecho, la psicología, la literatura, el arte, la historia, y muchas otras disciplinas, se han ocupado, cada una por su lado, de las causas de la depresión. Son muchas las cosas interesantes que les suceden a muchas personas interesantes, y también se dicen y publican muchas cosas interesantes, y el caos impera en el reino. La primera meta de este libro es alcanzar la empatía; la segunda, que me ha resultado muy difícil de lograr, es establecer un orden, basado lo más estrictamente posible en el empirismo, y no en generalizaciones extraídas de anécdotas caprichosas.

Debo aclarar que no soy médico ni psicólogo, y mucho menos filósofo. Este es un libro absolutamente personal, y no debe juzgarse de otro modo porque no es más que eso. Aunque he propuesto explicaciones e interpretaciones de ideas complejas, el libro no tiene la pretensión de ofrecer un tratamiento a quienes padecen depresión.

Como tributo a la legibilidad, no he utilizado marcas de elisión ni paréntesis en las citas, ni en las fuentes escritas ni en las orales, en aquellos casos en los que consideré que las palabras omitidas o agregadas no modificaban sustancialmente el sentido de lo expresado; quien quiera verificar estas fuentes puede remitirse a los originales, que se mencionan al final de este libro. Las citas cuya fuente no se menciona corresponden a entrevistas personales, la mayoría de las cuales tuvieron lugar entre los años 1995 y 2001.

He utilizado datos estadísticos extraídos de estudios serios, sobre todo los que han sido reproducidos con amplitud o citados con frecuencia. En general, he descubierto que en este campo los datos estadísticos son poco coherentes, y que muchos autores eligen aquellos que les procuran una base para fundamentar

teorías preexistentes. Descubrí, por ejemplo, un importante estudio que demostraba que las personas deprimidas que abusan de determinadas sustancias casi siempre eligen los estimulantes; y di con otro, igualmente convincente, que demostraba que las personas deprimidas que abusan de sustancias consumen, invariablemente, opiáceos. Muchos autores exageran el valor de los datos estadísticos, como si decir que algo ocurre el 82,37 por ciento de las veces tuviera mayor entidad y fuese más verdadero que mostrar que algo ocurre aproximadamente tres de cada cuatro veces. Mi experiencia me ha demostrado que los números desnudos mienten, pues las cuestiones que describen no se pueden definir con tanta claridad. La afirmación más precisa que puede formularse acerca de la frecuencia de la depresión es que ocurre a menudo y, directa o indirectamente, afecta a la vida de todo el mundo.

Me resulta difícil escribir con imparcialidad acerca de los laboratorios farmacéuticos, porque mi padre ha trabajado en esa industria durante la mayor parte de mi vida adulta, y como consecuencia de ello he conocido mucha gente relacionada con ese sector. Actualmente parece que se ha puesto de moda criticar a la industria farmacéutica con el argumento de que esta se aprovecha de los enfermos. Mi experiencia me dice que los empresarios farmacéuticos son capitalistas, pero al mismo tiempo idealistas; son personas interesadas en obtener ganancias que al mismo tiempo abrigan cierto optimismo acerca de la posibilidad de que su trabajo pueda beneficiar al mundo; personas que creen que pueden realizar descubrimientos importantes y conseguir que ciertas enfermedades específicas desaparezcan. No contaríamos con los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), antidepresivos que han salvado tantas vidas, sin los laboratorios que patrocinaron la investigación. Me he esforzado por escribir con la máxima claridad posible acerca de la industria farmacéutica, en la medida en que ella es parte de la historia de este libro. Después de su experiencia con mi depresión, mi padre amplió las actividades de su laboratorio al campo de los antidepresivos. Su empresa, Forest Laboratories, es en la actualidad la distribuidora de Celexa en Estados Unidos.³ Para evitar un explícito conflicto de intereses decidí no mencionar este producto, salvo en los casos en que la omisión habría resultado demasiado notoria o engañosa.

Mientras escribía este libro, me preguntaron muchas veces si el hecho de hacerlo implicaba una catarsis. No. Mi experiencia no difiere demasiado de la de otros que han escrito acerca de este tema.⁴ Escribir sobre la depresión es doloroso y triste, una actividad solitaria que implica enormes tensiones.

No obstante, la idea de estar haciendo algo que podría ser útil a los demás

me resultó alentadora. Espero que quede claro que el placer fundamental de este libro se relaciona con el aspecto literario y se vincula más con la comunicación que con una expresión personal terapéutica.

Comencé escribiendo acerca de mi depresión, luego acerca de depresiones similares padecidas por otras personas; después pasé a formas de depresión diferentes y terminé ocupándome de la depresión en contextos completamente distintos. He incluido en el libro tres historias que no corresponden al primer mundo. Los relatos de mis encuentros con personas de Camboya, Senegal y Groenlandia son un intento de equilibrar algunas de las ideas culturalmente determinadas sobre la depresión que han limitado muchos de los estudios realizados en este campo. Mis viajes a lugares desconocidos fueron aventuras teñidas de cierto exotismo, y he preferido no eliminar la atmósfera de cuento de hadas que rodeaba esos momentos.

Bajo diferentes nombres y apariencias, la depresión es y ha sido siempre ubicua, por razones bioquímicas y sociales. Este libro intenta capturar la amplitud geográfica y temporal de la depresión, así como sus alcances. Si a veces parece una dolencia privada y exclusiva de las clases medias del Occidente moderno es porque en esta comunidad estamos adquiriendo rápidamente una novedosa sofisticación que nos permite reconocerla, nombrarla, tratarla y aceptarla, y no porque tengamos derechos especiales para padecerla. Ningún libro puede captar la verdadera dimensión del sufrimiento humano; sin embargo, yo espero que el hecho de señalar esa dimensión ayude a liberar a algunos de los hombres y mujeres que sufren de depresión. Nunca podremos eliminar del todo la desdicha, y el hecho de que logremos aliviar la depresión no nos asegura la felicidad, pero abrigo la esperanza de que la información contenida en esta obra ayude a algunas personas a aliviar en parte su padecimiento.

Depresión

La depresión es una grieta en el amor. Para ser criaturas que amamos, debemos ser criaturas que nos desesperamos por lo que perdemos, y la depresión es el mecanismo de esa desesperación. Cuando sobreviene, degrada a la persona en lo más íntimo de sí misma y, en última instancia, eclipsa la capacidad de dar o recibir afecto. Es la soledad interior puesta de manifiesto, y destruye no solo el vínculo con los otros, sino también la capacidad de sentirse bien con uno mismo. El amor, aunque no es en modo alguno profiláctico contra la depresión, es lo que amortigua la mente y la protege de sí misma. Los medicamentos y la psicoterapia pueden reforzar esa protección, haciendo que amar y ser amado sea más fácil, y es por eso que proporcionan buenos resultados. Cuando están animadas, algunas personas se aman a sí mismas, otras aman a los demás, otras aman su trabajo y otras aman a Dios; cualquiera de estas pasiones puede procurar ese sentido de vitalidad que es la cara opuesta de la depresión. El amor nos abandona de tanto en tanto, y también nosotros abandonamos al amor. En la depresión, la falta de sentido de toda iniciativa y de todo afecto, y la falta de sentido de la vida misma, se tornan evidentes. El único sentimiento que pervive en este estado de carencia de amor es la insignificancia.

La vida está colmada de pesares: hagamos lo que hagamos, a la larga moriremos; cada uno de nosotros está encerrado en la soledad de un cuerpo autónomo; el tiempo pasa, y lo que ha sido ya nunca volverá a ser. El dolor es la primera experiencia de nuestra indefensión frente al mundo, y nunca nos abandona. Nos enfada ser arrancados de la comodidad del vientre materno, y apenas ese enfado se disipa, lo que ocupa su lugar es la aflicción. Ni siquiera aquellas personas cuya fe les promete que todo será completamente diferente en otra vida pueden evitar los sentimientos de angustia en esta; el propio Jesucristo fue el hombre de los pesares. No obstante, vivimos en una época en la que cada vez contamos con más paliativos; es más fácil que nunca decidir qué sentir y qué no sentir. Cada vez son menos las cosas desagradables que resultan inevitables en la vida, al menos para aquellos que disponen de los medios para evitarlas. Pero a pesar de las afirmaciones entusiastas de la ciencia farmacéutica, la depresión no puede ser erradicada ya que somos seres conscientes de nosotros mismos. En el mejor de los casos se la puede contener, y la contención es el único logro al que apuntan los tratamientos actuales.

Una retórica sumamente politizada ha borrado la distinción entre la depresión y sus consecuencias; en otras palabras, la distinción entre cómo se siente uno y cómo actúa al respecto. Esto se debe en parte a un fenómeno médico y social, pero es también producto de cierta vaguedad lingüística ligada a una ambigüedad afectiva. Tal vez la depresión pueda describirse mejor diciendo que es un dolor afectivo que se nos impone contra nuestra voluntad y, luego, se manifiesta de distintas formas. La depresión no es simplemente una exacerbación del dolor; pero cuando el dolor es demasiado grande puede convertirse en depresión. La aflicción es depresión en una magnitud proporcional a las circunstancias; la depresión es aflicción en una magnitud no proporcional a las circunstancias. Es un malestar que se asemeja a esas plantas que se alimentan del aire y que a medida que ruedan van agrandándose a pesar de no tener raíces. Solo se puede describir la depresión en términos metafóricos y alegóricos. Cuando se le preguntó a san Antonio cómo pudo distinguir en el desierto a los ángeles que acudían humildemente a él de los diablos que se le presentaban ricamente ataviados, replicó que uno podía darse cuenta de la diferencia por la forma en que se sentía después que ellos se habían marchado. Cuando un ángel se marchaba, se sentía fortalecido por su presencia; cuando el que partía era un diablo, sentía horror.¹ La aflicción es un humilde ángel que nos infunde fuerza y nos concede pensamientos claros y la sensación de nuestra propia dimensión. La depresión es un demonio que nos deja consternados.

Una clasificación general distingue entre la depresión menor (leve o distímica) y la depresión mayor (severa).² La depresión leve es un estado gradual y a veces permanente que corroe a las personas de un modo semejante a como el óxido deteriora el hierro. Implica sentimientos de aflicción demasiado intensos ante causas demasiado insignificantes, un dolor que se impone sobre los otros afectos y los desplaza en bloque. Este tipo de depresión se manifiesta corporalmente en los párpados y en los músculos que mantienen erguida la columna vertebral, hiere el corazón y los pulmones y hace que los músculos involuntarios se contraigan más de lo normal. Como el dolor físico que se torna crónico, es atroz no tanto por ser intolerable cuando sobreviene, como porque resulta intolerable haberlo sentido en algún momento y tener la certeza de que se volverá a sentir en un futuro cercano. El tiempo presente de la depresión leve no concibe la posibilidad de alivio, porque uno siente que está frente a algo inexorable.

Virginia Woolf ha escrito sobre este estado con terrible claridad: «Jacob se acercó a la ventana y se quedó allí, inmóvil, con las manos en los bolsillos. Vio a tres griegos vestidos con faldas, vio mástiles de barcos, vio gente ociosa u ocupada de clase baja que paseaba o apretaba el paso, o que formaba grupos y gesticulaba

con las manos. La causa de su tristeza no era el hecho de que esas personas no se preocuparan por él, sino más bien una convicción más profunda: no era que él estuviese solo, sino que todo el mundo lo está».³ En ese mismo libro, *El cuarto de Jacob*, Woolf describe cómo «En su mente nació una curiosa tristeza, como si el tiempo y la eternidad se mostraran a través de faldas y chalecos, y ella pudiera ver cómo la gente se encaminaba trágicamente a su destrucción. Sin embargo, Dios es testigo, Julia no era ninguna tonta». Es esta aguda conciencia de la transitoriedad y de los límites de la vida lo que constituye la depresión leve. Durante bastante tiempo la depresión leve fue considerada como un simple desajuste; en la actualidad, en cambio, se la trata cada vez más en la medida en que los médicos profundizan su estudio e intentan comprender sus diversas manifestaciones.

La depresión mayor se parece más a un derrumbamiento. Si en la depresión leve uno imagina un alma de hierro que sobrevive a la aflicción a pesar de deteriorarse, en el caso de la depresión mayor nos encontramos con el desplome de toda una estructura. Hay dos modelos para caracterizar la depresión: el dimensional y el que la concibe como una categoría. El modelo dimensional plantea que la depresión se asienta en un continuo de tristeza y representa una versión extrema de algo que todo el mundo ha sentido y conocido alguna vez en su vida. El modelo que la concibe como una categoría ve en la depresión una enfermedad totalmente independiente de los otros afectos, del mismo modo que en medicina se considera que un virus estomacal es algo completamente diferente de una indigestión. Ambos modelos son correctos. Uno propone un camino gradual —o bien un desencadenamiento súbito del afecto— y llega a un lugar que es auténticamente diferente. Para que un edificio de estructura metálica se derrumbe por efecto de la herrumbre hace falta cierto tiempo; aunque esta corroe sin descanso el metal, lo corrompe, lo erosiona. El derrumbe, por más repentino que parezca, es la consecuencia acumulativa de la decadencia paulatina. De todos modos es un acontecimiento sumamente espectacular y diferente a la vista. Transcurre mucho tiempo entre la primera lluvia y el momento en que el óxido ha corroído de modo definitivo una viga de hierro. A veces la corrupción afecta a puntos tan decisivos que el colapso parece total, pero lo más frecuente es que sea parcial: este sector se derrumba, cae sobre otro, y modifica inexorablemente el equilibrio del conjunto.

No es agradable experimentar la decadencia: encontrarse expuesto a los rigores de una lluvia casi cotidiana, saber que uno se está convirtiendo en algo débil, y que cada vez son más las partes de uno mismo que pueden ser arrastradas por el primer viento fuerte, y, en suma, que uno va desapareciendo sin remedio. Algunas personas acumulan más herrumbre afectiva que otras. La depresión

empieza siendo algo insípido: los días se desdibujan, envueltos en una especie de niebla, las acciones cotidianas se difuminan hasta que su nitidez resulta oscurecida por el esfuerzo que demandan, y uno queda cansado, aburrido y obsesionado por lo que le ocurre. Sin embargo, todo eso es algo que se puede sobrellevar, sin ser feliz quizá, pero se puede soportar. Nadie ha podido definir nunca el punto exacto en el cual se desencadena la depresión severa, pero cuando se llega a él no existen muchas posibilidades de equivocarse.

La depresión mayor es un nacimiento y una muerte; es tanto la presencia de algo nuevo como la desaparición total de algo. El nacimiento y la muerte propiamente dichos son acontecimientos que se producen poco a poco, aunque los documentos oficiales tratan de apropiarse de la ley natural creando categorías tales como «legalmente muerto» y «hora de nacimiento».⁴ A pesar de las ambigüedades de la naturaleza, hay un momento concreto en el que un bebé que no se halla en el mundo ingresa en él, y un momento en el que un pensionista que ha estado en el mundo ya no lo está. Es cierto que hay un punto en que aparece la cabeza del bebé y su cuerpo todavía no, y que hasta el instante de cortar el cordón umbilical el niño está físicamente conectado con su madre. Es cierto que el pensionista puede cerrar sus ojos por última vez algunas horas antes de morir, y que hay un intervalo entre el instante en que deja de respirar y el momento en que se dictamina que está «cerebralmente muerto». La depresión se desarrolla en el tiempo. Un paciente puede decir que ha pasado algunos meses sufriendo depresión severa, pero esto no es más que una forma de imponer una medida a lo inmensurable. Lo único que se puede decir con certeza es que uno ha conocido la depresión severa, y que uno puede estar, o no, experimentándola en el presente.

El nacimiento y la muerte que constituyen la depresión se presentan de forma inmediata. Yo regresé no hace mucho tiempo a un bosque en el que había jugado en mi infancia, y vi un roble, dignificado por sus cien años, a cuya sombra solía jugar con mi hermano. En veinte años una enorme enredadera se había adherido al árbol y prácticamente lo había asfixiado. Era difícil decir dónde acababa el árbol y dónde comenzaba la enredadera, pues esta había envuelto de tal modo el entramado de las ramas que a cierta distancia sus hojas se confundían con las del árbol. Solo desde muy cerca se podía distinguir cuán pocas eran las ramas del roble que seguían vivas, y cómo unas escasas, desesperadas y pequeñas ramas nacientes sobresalían como una fila de pulgares en la parte superior del tronco gracias a que sus hojas seguían realizando la fotosíntesis con esa indiferencia mecánica característica de los procesos biológicos.

Yo acababa de salir de una depresión severa durante la cual no había

logrado hacerme a la idea de que los demás también podían tener sus problemas, de modo que experimenté empatía por aquel árbol. Mi depresión se había ido adueñando de mí del mismo modo que aquella enredadera había invadido el roble; había sido una especie de ente horrible y más vivo que yo que me había envuelto y absorbido, algo que había adquirido vida propia y que, día tras día, había ido asfixiándome y despojándome de mi vida. En la peor etapa de aquel proceso pasé por estados de ánimo que yo sabía que no eran míos: pertenecían a la depresión igual que las hojas de las ramas más altas del roble pertenecían a la enredadera. Cuando intenté pensar con claridad acerca de ello sentí que mi mente se hallaba aprisionada y no podía expandirse en ninguna dirección. Sabía que el sol seguía saliendo y poniéndose, pero su luz prácticamente no me llegaba. Sentí que estaba hundiéndome bajo un peso opresivo que vencía mis fuerzas; primero experimenté flojedad en los tobillos; después perdí el control de las rodillas, mi cintura empezó a acusar el esfuerzo, mis hombros a doblarse y, al final, adopté una posición fetal, agotado por ese peso que me aplastaba y me impedía sostenerme en pie. Sus tentáculos amenazaban con pulverizar mi mente y mi voluntad, destrozarme el estómago, quebrarme los huesos y secar mi cuerpo. Seguía saciándose conmigo cuando parecía que ya no había nada más que pudiera alimentarla.

Ya no tenía ni siquiera fuerza suficiente para dejar de respirar. Sabía que nunca podría matar la enredadera de la depresión y que ella nunca acabaría conmigo, de modo que lo único que deseaba era que me permitiera morir, porque aquel estado me había despojado incluso de la energía que habría necesitado para suicidarme. Si mi tronco se estaba pudriendo, ese ente que se alimentaba de él era ya demasiado poderoso para permitir que cayera, y de hecho se había convertido en un soporte alternativo para aquello que había destruido. Hundido en mi cama, quebrado y despedazado por esta cosa que nadie parecía percibir, le recé a un Dios en el que nunca había creído del todo y le supliqué que me liberara. Me habría sentido feliz aunque hubiera tenido que sufrir la muerte más dolorosa, pero me encontraba tan aturdido y aletargado que ni siquiera era capaz de concebir la idea del suicidio. Estar vivo me provocaba un dolor permanente, y esa fuerza ominosa me había secado hasta tal punto que no tenía saliva en la boca ni lágrimas para llorar. Había supuesto que cuando uno peor se siente el llanto comienza a fluir, pero el dolor mayor es ese dolor árido y agudo que aparece después de que todas las lágrimas se han consumido, el dolor que cierra todos los espacios que permiten el acceso al mundo, y viceversa. Así es como se presenta la depresión severa.

He dicho que la depresión es al mismo tiempo un nacimiento y una muerte. Lo que nace es aquella enredadera; la muerte es la propia decadencia, la quiebra de

las ramas que soportan el sufrimiento. Lo primero que desaparece es la felicidad, y uno no encuentra placer en nada.⁵ Este es el síntoma cardinal característico de la depresión mayor, aunque pronto otras emociones caen también en el olvido más absoluto: la tristeza tal como se había conocido, es decir, la tristeza que lo condujo a uno hasta ese punto; el sentido del humor; la fe en el amor y en la capacidad de amar. La mente se encuentra en un estado de disolución hasta el punto de que uno se siente un verdadero estúpido. Si tu pelo ha sido siempre muy quebradizo, ahora parece que lo es aún más; si has tenido frecuentes problemas de piel, estos empeoran, y adquieres un olor acre y rancio que tú mismo puedes oler. Se pierde la capacidad de fiarse de los demás y no quieres que te toquen, e incluso dejas de afligirte. Con el tiempo, uno llega a estar ausente de sí mismo.

Tal vez lo que se halla presente usurpe el sitio dejado por lo ausente, o quizá la ausencia de cosas deslumbrantes haga notorio lo que tiene presencia. Sea como fuere, uno es mucho menos de lo que solía ser y se siente atrapado por algo ominoso. Demasiado a menudo los tratamientos abordan solo la mitad del problema: se centran en la presencia, o bien en la ausencia de sentimientos. Lo que se necesita es extirpar los miles de kilos de parásita enredadera y volver a aprender un sistema de vida basado en las funciones de las propias raíces y en los procesos de fotosíntesis, por decirlo de alguna manera. La terapia farmacológica seca la enredadera, y uno puede sentir cómo el medicamento envenena al parásito, que día tras día se marchita. Uno siente que se libera de ese peso y que las ramas pueden recuperar gran parte de su libertad natural, pero hasta que no se ha desembarazado de forma definitiva de la enredadera, no puede pensar acerca de lo que ha perdido. Incluso después de que la enredadera ha desaparecido, puede que uno cuente todavía con escasas hojas y raíces poco profundas, de modo que la reconstrucción de la identidad no se alcanza con ninguno de los medicamentos disponibles en la actualidad. Una vez liberado del peso de la enredadera, algunas pequeñas hojas dispersas en el esqueleto del árbol consiguen asimilar los nutrientes esenciales, lo cual no basta para que una persona se sienta bien, ni tampoco fuerte. La recuperación de la identidad durante y después de la depresión requiere amor, comprensión, trabajo y, sobre todo, tiempo.

El diagnóstico es tan complejo como la enfermedad. Los pacientes no se cansan de preguntar a su médico: «¿Estoy deprimido?», como si se tratara del resultado de un análisis de sangre. La única forma de descubrir si se está deprimido es escucharse y observarse uno mismo, percibir los propios sentimientos y luego reflexionar acerca de ellos. Si uno se siente mal la mayor parte del tiempo sin motivo alguno, entonces está deprimido. Si además tiene motivos para ello, también está deprimido, aunque abordar las causas de ese estado puede

ser más adecuado que preocuparse por las consecuencias y atacar la depresión. Si su estado lo incapacita para desarrollar una vida normal, se trata de una depresión mayor; si solo lo distrae levemente, no lo es. La Biblia de los psiquiatras, el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, cuarta edición (DSM-IV) define inadecuadamente la depresión por la presencia de cinco o más síntomas de una lista de nueve. El problema de este diagnóstico reside en su total arbitrariedad. No hay ninguna razón concreta para afirmar que si se presentan cinco síntomas hay depresión; cuatro síntomas son más o menos depresión, y cinco síntomas implican menos gravedad que seis; incluso un solo síntoma es desagradable. Si una persona experimenta formas leves de todos los síntomas puede tener un problema menor que si manifiesta formas severas de dos de los síntomas. Después de soportar el diagnóstico, la mayoría de las personas tienden a buscar alguna causa, pese al hecho de que saber por qué uno está enfermo carece de relación inmediata con el tratamiento de la enfermedad.

Los trastornos mentales son enfermedades reales, y pueden provocar graves problemas orgánicos. De las numerosas personas que acuden a la consulta médica quejándose de retortijones de estómago, no son pocas las que se encuentran con que el profesional les dice: «No tiene usted nada orgánico, lo que ocurre es que está deprimido». No cabe duda de que si la depresión es suficientemente severa como para provocar retortijones, es en realidad algo malo para usted y, en consecuencia, requiere tratamiento. Si usted consulta a su médico porque tiene problemas respiratorios, nadie le diría: «Bueno, no le pasa nada, lo que tiene es un enfisema». Para la persona que los experimenta, los trastornos psicósomáticos son tan reales como los retortijones de estómago de alguien que se ha intoxicado. Los problemas existen en el inconsciente, y los mensajes inapropiados que el cerebro está enviando al estómago tienen la suficiente entidad como para que dichos problemas se trasladen allí. Con independencia de cuál sea el órgano afectado —el estómago, el apéndice o el cerebro—, el diagnóstico es fundamental para determinar el tratamiento, y no una mera trivialidad. En cuanto a los órganos en sí, el cerebro es uno de los más importantes, y si funciona mal, es preciso tratarlo como corresponde.

Se suele recurrir a la química para resolver las discrepancias entre mente y cuerpo. El alivio que muchos evidencian cuando un médico les dice que su depresión es «química» se fundamenta, por un lado, en la creencia de que las personas tienen una identidad única y estable a lo largo del tiempo, y por otro, en una división arbitraria entre la aflicción que tiene una causa definida y la que es resultado del puro azar. La palabra «química» parece mitigar los sentimientos de responsabilidad que uno tiene por el malestar que le causa un trabajo

desagradable, o la preocupación por estar envejeciendo, por fracasar en el amor, o por odiar a su familia. Es agradable sentirse libre de culpa, y la «química» ayuda a desarrollar ese sentimiento. Si su cerebro está predispuesto a la depresión, no es necesario que se culpe por ello. Usted puede culparse o evolucionar, pero recuerde que puede considerarse que la culpa es un proceso químico, y que también lo es la felicidad. La química y la biología no son aspectos que impregnen la «verdadera» identidad; la depresión no puede escindirse de la persona que la sufre. El tratamiento no es un proceso que alivie una fractura de la identidad y devuelva al individuo cierta normalidad; lo que hace es reajustar una identidad múltiple, y lograr que cambie, en una pequeña medida, su modo de ser.

Cualquiera que haya pasado por una clase de ciencias en la escuela secundaria sabe que los seres humanos estamos compuestos de sustancias químicas, y que el estudio de esas sustancias y de las estructuras que las configuran se llama biología. Todo lo que ocurre en el cerebro tiene fuentes y manifestaciones químicas. Si uno cierra los ojos y piensa con intensidad en osos polares, se produce un efecto químico sobre el cerebro. Si uno defiende una política que se opone a la reducción de impuestos a las rentas de capital, se produce un efecto químico en el cerebro. Cuando uno recuerda algún episodio de su pasado, lo hace a través de los complejos procesos químicos de la memoria. Los traumas infantiles y las dificultades posteriores a que estos dan lugar pueden alterar la química cerebral. Miles de procesos químicos se ponen en juego cuando usted decide leer este libro, y cuando lo toma en sus manos, mira las formas de las letras impresas, extrae significados de esas formas y experimenta reacciones afectivas e intelectuales por lo que ellas expresan. Si el tiempo nos permite salir del círculo de una depresión y sentirnos mejor, los cambios químicos que se producen en esas circunstancias no son menos específicos y complejos que los que sobrevendrían si tomásemos medicamentos antidepresivos. Lo externo determina lo interno tanto como lo interno genera lo externo. Lo que resulta poco atractivo es la idea de que, además de que todos los otros límites se han borrado, también se desdibujan los que hacen que seamos lo que somos. No hay un sí mismo esencial que permanezca puro e inalterable como una veta de oro bajo el caos de la experiencia y los procesos químicos. Todo puede cambiar, y debemos comprender el organismo humano como una secuencia de identidades que sucumben las unas a las otras o que resultan escogidas unas en detrimento de las otras. Y, sin embargo, el lenguaje de la ciencia, que es el que se utiliza para formar a los médicos, y cada vez con mayor frecuencia, en textos y conversaciones no académicos, es extrañamente perverso.

No hay una comprensión cabal de los resultados acumulativos de los efectos

químicos que se producen en el cerebro. En la edición del año 1989 del *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (Manual integral de psiquiatría), por ejemplo, uno encuentra esta útil fórmula:⁶ un cuadro de depresión es equivalente a un nivel de 3-metoxi-4-hidroxifenilglicol (un compuesto que se encuentra en la orina de todas las personas y que aparentemente no se ve afectado por la depresión), menos el nivel de 3-metoxi-4-ácido hidroximandélico, más el nivel de norepinefrina, menos el nivel de normetanoefrina más el nivel de metanoefrina, la suma de los cuales ha de dividirse por el nivel de 3-metoxi-4-ácido hidroximandélico, más una conversión no especificada variable; o en los términos del manual: «Cuadro tipo D = C_1 (MHPG) - C_2 (VMA) + C_3 (NE) - C_4 (NMN + MN)/VMA + C_0 ». El resultado debería estar entre uno para los pacientes unipolares y cero para los pacientes bipolares, de modo que si a uno le aparece otra cosa, es porque lo está haciendo mal. ¿Qué comprensión puede procurar una fórmula así? ¿Cómo puede aplicarse a algo tan nebuloso como el estado de ánimo? Hasta qué punto una experiencia específica ha conducido a una depresión determinada, es algo difícil de establecer; tampoco podemos explicar a través de qué proceso químico una persona llega a reaccionar ante las circunstancias externas con depresión, ni podemos saber qué es lo que hace que alguien sea esencialmente depresivo.

La depresión no es, como la definen el periodismo de divulgación y la industria farmacéutica, una enfermedad de efecto único como la diabetes. De hecho, es sorprendentemente diferente de esta. Los diabéticos producen una cantidad insuficiente de insulina, y el tratamiento de la enfermedad consiste en aumentar y estabilizar la insulina en el torrente sanguíneo. La depresión no es consecuencia de un nivel reducido de ninguna sustancia que podamos medir, al menos por ahora. El aumento de los niveles de serotonina en el cerebro desencadena un proceso que con el tiempo puede ayudar a muchas personas deprimidas a sentirse mejor, pero ello no se debe a que tengan niveles anormalmente bajos de serotonina. Más aún, la serotonina no tiene efectos curativos inmediatos. Uno podría bombear cuatro litros de serotonina en el cerebro de una persona deprimida y, en ese momento, no lograría que se sintiera ni un ápice mejor, si bien es cierto que un aumento sostenido y prolongado del nivel de serotonina produce algunos efectos que mejoran los síntomas depresivos. «Estoy deprimido, pero no es más que algo químico» es, salvando las diferencias de significado, una frase equivalente a «Soy un asesino, pero no es más que algo químico», o «Soy inteligente, pero no es más que algo químico». Todo en una persona es meramente químico, si se quiere pensar en esos términos. El sol brilla, lo cual también es meramente químico, así como es algo químico que las rocas sean duras, que el mar sea salado y que la brisa suave de ciertas tardes de primavera nos inspire un sentimiento de nostalgia que despierta en nuestro corazón imágenes

y deseos aletargados por las nieves de un invierno prolongado. «Este asunto de la serotonina —dice David McDowell, de la Universidad de Columbia— es parte de la moderna neuromitología.»

Hay una continuidad entre la realidad interna y la externa. Lo que ocurre, el modo en que uno comprende lo que ha ocurrido y la forma en que reacciona ante ese acontecimiento suelen estar vinculados, pero ninguna de estas instancias es predictiva de las otras. Si la realidad en sí misma es a menudo algo relativo, y la identidad se encuentra en un estado de cambio permanente, el pasaje de un estado de ánimo anodino a un estado de ánimo intenso es un deslizamiento. La enfermedad, entonces, es un estado afectivo extremo, y bien se podría describir el afecto como una forma leve de enfermedad. Si todos nos sintiéramos en todo momento maravillosamente bien (no en un estado maníaco delirante), podríamos hacer más y vivir una vida más feliz, pero esa idea es inquietante y aterradora (aunque, por supuesto, si nos sintiéramos en todo momento maravillosamente bien, podríamos llegar a olvidar las nociones de inquietud y terror).

La gripe es directa e inequívoca: un día, uno no tiene en el organismo el virus responsable de la enfermedad, y al día siguiente sí. El VIH se transmite de una persona a otra en menos de un segundo. ¿La depresión? Es como tratar de definir los parámetros clínicos del hambre, que nos aparece varias veces por día, pero que en su versión extrema es una tragedia que acaba con la vida de quienes la padecen. Algunas personas necesitan más comida que las demás; otras pueden soportar circunstancias de espantosa malnutrición; las hay que se debilitan de forma rápida y mueren en plena calle. Del mismo modo, la depresión afecta a diferentes personas de distintas maneras: algunas están predispuestas a resistir o a luchar para superarla, mientras que otras quedan atrapadas en sus garras sin poder defenderse. La fuerza de voluntad y el orgullo pueden ayudar a una persona a atravesar una depresión que abatiría a otra cuya personalidad es más dócil y aquiescente.

La depresión interactúa con la personalidad. Algunas personas actúan con valentía frente a la depresión (durante y después del proceso) y otras se muestran débiles. La personalidad también se relaciona con el azar y con una química confusa, de modo que uno puede atribuir todo a la genética, aunque es ese un recurso demasiado fácil. «No existe un gen del estado de ánimo —dice Steven Hyman, director del Instituto Nacional de Salud Mental—. No es más que una manera de abreviar taquigráficamente interacciones muy complejas entre los genes y el entorno.» Si es cierto que todo el mundo tiene la capacidad de experimentar en alguna medida la depresión en determinadas circunstancias, también lo es que

cualquiera está en condiciones de luchar en alguna medida contra la depresión en determinadas circunstancias. A menudo la lucha adopta la forma de una búsqueda del tratamiento más eficaz para librar la batalla en cuestión. Ello implica pedir ayuda mientras se tiene la fuerza suficiente para hacerlo. También implica tratar de sacar el mayor provecho de los períodos que se viven entre los episodios más graves. Hay personas cuyos síntomas las acosan de manera horrible y, sin embargo, son capaces de lograr verdaderos éxitos en su vida; otras quedan absolutamente destruidas por las manifestaciones más leves de la enfermedad.

Atravesar una depresión leve sin recurrir a medicamentos tiene ciertas ventajas. Uno siente que puede corregir sus propios desequilibrios químicos a través del ejercicio de su propia fuerza de voluntad. Aprender a caminar sobre brasas calientes también es un triunfo del cerebro sobre lo que parecería ser la química inevitable del dolor físico, y es una forma emocionante de descubrir el extraordinario poder de la mente. La iniciativa de atravesar una depresión «por su propia cuenta» le permite a la persona evitar el malestar social asociado con la medicación psiquiátrica, y sugiere que uno se está aceptando a sí mismo tal como es, reconstruyéndose a sí mismo solo mediante sus propios mecanismos internos y sin ayuda externa. Además, regresar de la aflicción paso a paso confiere un sentido al padecimiento mismo.

Sin embargo, no es fácil poner en marcha los mecanismos internos y, a menudo, no dan el resultado esperado. Es común que la depresión destruya el poder de la mente para mejorar el estado de ánimo. A veces, la compleja química de la pena entra en escena porque, por ejemplo, uno ha perdido a un ser amado. El proceso químico que se produce entre la pérdida y el amor puede dar lugar a la depresión. La química del enamoramiento, por otro lado, puede surgir por obvias razones externas o de algún otro modo que el corazón no puede transmitir a la mente. Si quisiéramos aplicar un tratamiento a esta locura de los afectos, tal vez podríamos hacerlo. Es un disparate que los adolescentes reprochen a sus padres cuando estos han hecho todo lo que han podido por ellos, pero en ese caso se trata de una locura convencional, lo bastante habitual como para que la toleremos sin cuestionarla demasiado. A veces la misma química entra en escena por razones externas que no son suficientes para explicar la desesperación según parámetros universalmente aceptados: alguien nos empuja en un autobús atestado de gente y nos entran ganas de llorar, o leemos un artículo acerca de la superpoblación mundial y sentimos que nuestra vida es intolerable. Todo el mundo ha experimentado alguna vez una emoción desproporcionada por una cuestión menor, o bien ha sentido emociones de oscura procedencia o que no tienen su origen en nada concreto. A veces los procesos químicos entran en escena sin que

haya ninguna razón externa evidente que los justifique. La mayoría de las personas han pasado por momentos de desesperación inexplicable, a menudo en medio de la noche o al amanecer, antes de que suene el despertador. Si esos sentimientos duran diez minutos, producen un estado de ánimo extraño, desapacible; si duran diez horas, se convierten en una suerte de estado febril y perturbador, y si duran diez años, se convierten en una enfermedad incapacitante.

Es una característica de la felicidad que sintamos en todo momento su fragilidad; en cambio, al estar sumidos en la depresión, tenemos la impresión de que ese estado durará eternamente. Aunque aceptemos que los estados de ánimo cambian, que lo que sentimos hoy será diferente mañana, no podemos abandonarnos a la felicidad tan fácilmente como nos abandonamos a la tristeza. Para mí la tristeza ha sido siempre, y aún lo es, un sentimiento más poderoso que la felicidad; y si bien no es esta una experiencia universal, tal vez sea la base sobre la que se desarrolla la depresión. Yo detestaba hallarme deprimido, pero fue en la depresión cuando aprendí cuáles eran mis propios límites, la dimensión plena de mi alma. Cuando soy feliz me siento levemente distraído por la felicidad, como si ese estado me impidiera utilizar una parte de mi cerebro y mi mente, aquellas que necesitan ejercitarse. La depresión nos obliga a trabajar. Mi percepción se galvaniza y agudiza en los momentos de pérdida; aprecio cabalmente la belleza de los objetos de cristal en el momento en que se me escurren de la mano y van a parar al suelo. «Descubrimos que el placer es mucho menos placentero y el dolor mucho más doloroso que lo que habíamos supuesto —escribió Schopenhauer—. En todo momento precisamos cierta cantidad de cuidados, o de pena, o de necesidad, del mismo modo que un barco necesita lastre para mantener su rumbo.»

Hay un refrán ruso que dice: «Si te despiertas y no te duele nada es porque estás muerto». Si bien la vida no es puro dolor, la experiencia del dolor, que tiene una intensidad muy particular, es uno de los signos más elocuentes de la fuerza vital. Schopenhauer escribió: «Imaginemos esta raza transportada a un país de Utopía, en el que todo crece por su propio impulso y los pavos vuelan ya asados, en el que los amantes se encuentran sin que medien postergaciones y se entregan el uno al otro sin impedimento alguno: en un lugar así, habría hombres que morirían de aburrimiento o se colgarían, otros que se pelearían hasta matarse y, así, se procurarían más sufrimiento que el que la naturaleza les inflige en su estado actual ... en suma: lo que más se opone al sufrimiento [es] el aburrimiento».⁷ Creo que es necesario transformar el sufrimiento, pero no olvidarlo, negarse a él, ni eliminarlo.

• • •

Estoy persuadido de que algunas de las cifras más generales acerca de la depresión se basan en la realidad. Aunque es un error confundir los números con la verdad, estas cifras nos presentan un panorama alarmante. Según investigaciones recientes, en un año, unos 19 millones de estadounidenses sufren episodios de depresión, de los cuales más de dos millones son niños.⁸ La enfermedad maníaco-depresiva, llamada a menudo trastorno bipolar debido a que el estado de ánimo que lo caracteriza pasa de la manía a la depresión, afecta a 2.300.000 personas y es la segunda causa de muerte entre las mujeres jóvenes y la tercera entre los hombres jóvenes.⁹ La depresión, tal como se la describe en el DSM-IV, es la principal causa de incapacidad en Estados Unidos y el resto del mundo entre las personas de más de cinco años de edad.¹⁰ En el mundo, incluyendo a los países en vías de desarrollo, la depresión representa, después de las enfermedades cardíacas, la mayor carga sanitaria si se calcula la mortalidad prematura y los años de vida útil que se pierden por incapacidad. La depresión representa más años perdidos que la guerra, el cáncer y el sida juntos.¹¹ Otras enfermedades, desde el alcoholismo hasta los problemas cardíacos, en muchos casos son producto de la depresión, pero la enmascaran.¹² Si se tienen en cuenta estos datos, la depresión podría considerarse la enfermedad más mortal de cuantas conocemos.

En la actualidad, proliferan los tratamientos contra la depresión, pero solo la mitad de los norteamericanos que han sufrido este trastorno en su forma severa han buscado algún tipo de ayuda, incluyendo los sacerdotes y los consejeros. Alrededor del 95 por ciento de esta mitad acuden a médicos de cabecera, que en general no saben demasiado de problemas psiquiátricos.¹³ A un norteamericano adulto deprimido solo se le diagnostica su enfermedad en alrededor del 40 por ciento de los casos; no obstante, casi 28 millones de norteamericanos —uno de cada diez— toman algún tipo de ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, grupo de medicamentos al que pertenece el Prozac), y una cantidad importante recurren a otros fármacos. Menos de la mitad de aquellas personas cuya enfermedad ha sido diagnosticada reciben un tratamiento adecuado. Como las definiciones de la depresión se han ampliado hasta incluir a sectores de la población cada vez más grandes, se hace cada vez más difícil calcular una cifra exacta de mortalidad. Un dato estadístico clásico indica que, con el tiempo, el 15 por ciento de las personas deprimidas se suicidan; de todos modos, esta cifra se refiere solo a quienes padecen las formas más graves de la enfermedad. Algunos estudios recientes que abordan la depresión leve evidencian que del 2 al 4 por ciento de los depresivos de este tipo se quitan la vida como consecuencia de la enfermedad. Estos datos son asombrosos, pues veinte años atrás, alrededor del 1,5 por ciento de la población padecía una depresión que requería tratamiento, cifra que en la actualidad es del 5 por ciento; y la expectativa es que un 10 por ciento de

los norteamericanos sufran algún episodio de depresión severa durante su vida, mientras que cerca del 50 por ciento experimentarán algunos de los síntomas de la depresión. Existen cada vez más problemas clínicos y muchos más tratamientos, y el diagnóstico de depresión está a la orden del día, todo lo cual, sin embargo, no pone en evidencia la magnitud del problema. Las cosas están cada vez peor; aumentan los casos de depresión en el mundo desarrollado, y estos afectan sobre todo a niños. Además, el trastorno se presenta en personas cada vez más jóvenes, alrededor de los veintiséis años, diez años antes que en la generación anterior; el trastorno bipolar, o maníaco-depresivo, se instala antes incluso.¹⁴

La depresión es uno de los cuadros clínicos que reciben al mismo tiempo tan escaso y tan excesivo tratamiento. Algunas personas con este trastorno han sido hospitalizadas y es probable que reciban algún tipo de tratamiento, pero a veces su depresión se confunde con las dolencias físicas a través de las cuales esta se manifiesta. No obstante, hay gran cantidad de gente a la que no le queda otro recurso que resistir y seguir sufriendo a pesar de las grandes revoluciones experimentadas por los tratamientos psiquiátricos y psicofarmacológicos. Más de la mitad de los que piden ayuda —el restante 25 por ciento de la población deprimida— no reciben ningún tratamiento. Aproximadamente la mitad de aquellos que sí lo reciben —más o menos el 13 por ciento de la población deprimida— reciben algún tratamiento inadecuado, a menudo tranquilizantes o psicoterapias sin medicación. La mitad del resto —alrededor del 6 por ciento de la población mencionada— reciben medicamentos y dosis inadecuados durante un período también inadecuado. En consecuencia, solo alrededor del 6 por ciento de la población total de deprimidos recibe un tratamiento idóneo; pero muchos de ellos abandonan a la larga la medicación, debido, por lo general, a sus efectos secundarios. «Entre un 1 y un 2 por ciento reciben un tratamiento realmente óptimo —dice John Greden, director del Instituto de Investigaciones en Salud Mental de la Universidad de Michigan— en una enfermedad que por lo general puede ser bien controlada con medicamentos relativamente baratos y que apenas tienen efectos secundarios importantes.» Entretanto, en el otro extremo del espectro, gente que considera que la felicidad es un derecho inalienable, ingiere montañas de píldoras en una inútil apuesta: aliviar esos leves malestares que incomodan a todo el mundo.

Ya casi nadie duda de que el advenimiento del arquetipo femenino de supermodelo ha deteriorado la imagen que las mujeres tienen de sí mismas, en la medida en que las ha llevado a plantearse expectativas poco realistas.¹⁵ El supermodelo psicológico del siglo XXI es aún más peligroso que el físico. Las personas analizan constantemente su mente y rechazan sus propios estados de

ánimo. «Se trata del fenómeno Lourdes —afirma William Potter, que administró la división psicofarmacológica del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos durante los años setenta y ochenta del siglo XX, cuando comenzaban a desarrollarse los nuevos fármacos—. Cuando se expone a una gran cantidad de personas a lo que ellas perciben motivadamente como positivo, uno las oye hablar de milagros, y también, por supuesto, de tragedia.» El Prozac se tolera tan fácilmente que casi cualquiera puede tomarlo. Lo ha consumido gente que se queja de trastornos insignificantes y que no habría tolerado los efectos secundarios de los antiguos antidepresivos, los inhibidores de la MAO (monoaminoxidasa) o tricíclicos. Aunque alguien no se encuentre deprimido, el medicamento podría hacer retroceder la tristeza que siente: ¿eso no sería mejor que vivir con dolor?¹⁶

Convertimos en patológico lo curable, y pasamos a tratar como una enfermedad lo que podría modificarse fácilmente, aunque antes haya sido considerado una cuestión de personalidad o de simple estado de ánimo. Tan pronto como dispongamos de un medicamento para tratar la violencia, esta será una enfermedad. Existen muchos estados intermedios entre la depresión más extrema y el padecimiento leve que no implican alteraciones del sueño, el apetito, la energía y el interés; hemos comenzado a clasificar como enfermedad cada vez más estados de este tipo, porque hemos descubierto cada vez más medios para aliviarlos. Pero el punto decisivo a partir del cual se pasa de una caracterización a otra sigue siendo arbitrario. Hemos decidido que un cociente intelectual (CI) de 69 constituye retraso mental, pero alguien cuyo CI es de 72 no está en gran forma, y alguien con un CI de 65 todavía se las arregla más o menos bien;¹⁷ hemos dicho que se debe mantener el colesterol por debajo de 220, pero si alguien tiene 221 probablemente no esté en peligro de muerte, y si tiene 219 deberá cuidarse: 69 y 220 son números arbitrarios, y lo que llamamos enfermedad también es una definición arbitraria, y mucho. En el caso de la depresión, además, fluye de forma permanente.

Los depresivos utilizan todo el tiempo la expresión «estar al borde del abismo» para indicar el paso del dolor a la locura. Esta descripción deja entrever la amenaza de caer «en el abismo». Es extraño que tantas personas compartan un vocabulario tan coherente, porque la idea de «borde» implica una metáfora bastante abstracta. Somos pocos los que hemos caído alguna vez del borde de algo, mucho menos de un abismo. ¿Del Gran Cañón? ¿De un fiordo noruego? ¿De una mina de diamantes sudafricana? Más aún, incluso es difícil hallar un abismo en el que caer. Cuando se formulan preguntas al respecto, las personas describen el

abismo con gran coherencia. En primer lugar es oscuro; uno se aleja de la luz del sol y se desplaza hacia un punto en el que las sombras son impenetrables. En ese sitio uno no puede ver y abundan los peligros (ni el suelo ni las paredes del abismo son acogedores). Cuando uno está cayendo ignora hasta qué profundidades puede llegar, y tampoco sabe si hay un punto en el que terminará por detenerse. Uno se topa una y otra vez con cosas invisibles, hasta quedar destrozado, porque el medio resulta demasiado inestable para poder aferrarse a algo.

El temor a las alturas es la fobia más común del mundo y debió de ser útil a nuestros ancestros, pues aquellos que no lo experimentaran probablemente cayeran en algún abismo, y de este modo su material genético no se incorporó a la especie. Si estamos de pie al borde de un acantilado y miramos hacia abajo, nos mareamos. El cuerpo no funciona como en sus mejores momentos y no podemos movernos con la precisión necesaria para dar un paso atrás. Pensamos que vamos a caer, y si nos quedamos un rato mirando hacia abajo, seguramente caeremos. Nos sentimos paralizados. Yo recuerdo que viajé con un grupo de amigos a las cataratas Victoria, en el río Zambeze. Éramos jóvenes y, en cierta forma, nos desafiábamos mutuamente al posar para las fotos tan cerca del borde como podíamos, y entonces nos sentíamos descompuestos y poco menos que paralizados. Creo que la depresión, por lo general, no significa situarse más allá del límite (lo que implicaría una muerte segura), sino más bien colocarse cerca de él hasta llegar a ese punto en el que uno ha ido demasiado lejos, siente temor, y el mareo lo priva por completo de la capacidad de mantener el equilibrio. En las cataratas Victoria descubrimos que el límite infranqueable era un borde invisible que se hallaba muy próximo al punto donde las piedras se desprendían y caían. A tres metros de ese punto todos nos sentíamos bien; a un metro y medio la mayoría nos acobardábamos. En un momento dado una amiga estaba tomándose una fotografía y quería incluir en ella el puente que había en dirección a Zambia. «¿Puedes moverte unos centímetros a la izquierda?», me preguntó, y yo obedecí y di un paso a la izquierda, unos treinta centímetros. Esbocé una bonita sonrisa que ha quedado registrada en la foto, y ella dijo: «Te estás acercando demasiado al borde. Regresa a donde estabas». Yo me había sentido perfectamente bien allí, de pie, pero de pronto miré hacia abajo y comprendí que estaba en el límite. Entonces empalidecí. «No hay peligro», dijo mi amiga, que se acercó y me tendió una mano. El borde del acantilado estaba a veinticinco centímetros y, sin embargo, tuve que arrodillarme y echarme boca abajo en el suelo para arrastrarme un metro hasta sentirme a salvo. Sé que tengo un sentido del equilibrio bastante bueno y que puedo mantenerme de pie sin problemas en una plataforma de no más de cuarenta y cinco centímetros de ancho, y que incluso puedo dar con bastante confianza algunos pasos de zapateo sin riesgo de caer de ella. Sin embargo, no me sentí en

absoluto seguro estando tan cerca del río Zambeze.

La depresión consiste en una fuerte sensación paralizante cargada de un sentimiento de inminencia. Lo que uno puede hacer a una altura de quince centímetros no puede realizarlo cuando el suelo se ve lejano y uno puede calcular que se halla a cientos de metros. El miedo a caer nos atenaza, aun cuando sabemos que ese mismo terror podría ser la causa de la caída. Lo que nos sucede en la depresión es horrible, pero parece estar totalmente envuelto por lo que nos sucederá. Entre otras cosas, uno siente que está a punto de morir, y morir podría no ser tan malo; pero vivir en los umbrales de la muerte, esa situación de estar demasiado cerca del borde, es terrible. En una depresión severa, las manos que se tienden para auxiliarnos no están a nuestro alcance. Uno no puede apoyarse sobre sus manos y rodillas porque siente que, apenas se incline, aun hallándose lejos del límite, perderá el equilibrio y se precipitará al vacío. Pues bien, algunas de las imágenes relacionadas con el abismo son muy adecuadas: la oscuridad, la incertidumbre, la pérdida de control. Pero si uno estuviera en realidad cayendo de modo interminable, el problema del control ni siquiera se plantearía, pues este se habría perdido por completo. Nos encontramos de este modo con la pavorosa sensación de haber perdido el control precisamente en el momento en que más necesitábamos conservarlo, por derecho propio. Entonces una terrible sensación de inminencia se cierne sobre nuestro presente. La depresión ha llegado demasiado lejos cuando, a pesar de existir un amplio margen de seguridad, ya no logramos mantener el equilibrio. En la depresión, todo lo que está ocurriendo en el presente es la anticipación de un dolor futuro, y el presente como tal ha dejado de existir.

La depresión es una situación casi inimaginable para alguien que no la ha conocido. El único modo de hablar acerca de esta experiencia es una secuencia de metáforas: enredaderas, árboles, acantilados, etc. El diagnóstico no es fácil, porque depende de las metáforas, y las metáforas que utiliza un paciente son diferentes de las que elige otro. Las cosas no han cambiado demasiado desde que Antonio se lamentaba en *El mercader de Venecia*:

A mí me agota, tú dices que a ti te agota;

pero cómo di con ella, la encontré, o la obtuve,

de qué materia está compuesta, de dónde ha surgido,

son cosas que debo aprender.

Y tan atrapado me tiene esta tristeza sin sentido

que ni yo mismo me reconozco.

No nos andemos con rodeos: en realidad desconocemos cuál es la causa de la depresión y no sabemos en qué consiste ni cómo se abrió paso a través del proceso evolutivo. Ignoramos por qué ciertos tratamientos pueden ser eficaces contra esta enfermedad y por qué ciertas personas se deprimen frente a circunstancias que a otras no las perturban en lo más mínimo. Tampoco sabemos cómo opera la voluntad en este contexto.

La gente que se relaciona con los depresivos espera que se recuperen rápidamente: nuestra sociedad es poco tolerante con el abatimiento. Los cónyuges, los padres, los hijos y los amigos podrían sentirse arrastrados, y no desean quedar atrapados en un sufrimiento tan insondable. Cuando una persona se halla en lo más profundo de una depresión severa, no puede hacer otra cosa que pedir ayuda (si es que se encuentra en condiciones de hacerlo), pero una vez que obtiene esa ayuda es preciso, además, que la acepte. A todos nos gustaría que el Prozac lo resolviera todo, pero, según mi experiencia, este fármaco no resuelve nada si no lo ayudamos. Uno debería escuchar a las personas que ama; creer que vale la pena vivir por ellas incluso aunque no lo sintamos; hurgar en los recuerdos que la depresión nos ha arrebatado y proyectarlos hacia el futuro. Ser valiente, ser fuerte, tomar las píldoras que nos han recetado; hacer ejercicio porque sabemos que es bueno, aunque nos parezca que con cada movimiento estamos levantando quinientos kilos. Debemos alimentarnos aunque la comida nos sepa repugnante; razonar cuando hemos perdido la razón. Estos consejos de pitonisa suenan a lugares comunes, pero el modo más seguro de salir de la depresión es sentir antipatía por ella y hacer todo lo posible para no acostumbrarse a su compañía. Debemos desterrar los terribles pensamientos que invaden nuestra mente.

Yo seguí un tratamiento contra la depresión durante mucho tiempo. Me gustaría poder decir cómo ocurrió, pero no tengo ni idea de cómo me hundí tan profundamente y emergí para volver a caer una, y otra, y otra vez. Traté aquella presencia, aquella enredadera, de todas las maneras convencionales a mi alcance, y luego intenté reparar la ausencia tan laboriosamente, y al mismo tiempo tan intuitivamente, como si estuviera aprendiendo a caminar o hablar. Sufrí numerosas recaídas poco significativas seguidas de dos crisis graves; luego disfruté de un tiempo de descanso tras el cual sobrevino una tercera crisis a la que

siguieron algunas recaídas más. Después de esa experiencia, hago lo que debo hacer para evitar nuevos trastornos. Todas las mañanas y todas las noches echo un vistazo a las píldoras: blanca, rosa, roja, turquesa.¹⁸ A veces me parece que son una suerte de escritura desplegada en la palma de mi mano, signos que me dicen que el futuro tal vez sea venturoso y que me debo a mí mismo la posibilidad de vivir para verlo. Otras veces siento que estoy tragándome mi propio funeral dos veces por día, pues sin estos fármacos habría muerto hace ya mucho tiempo. Cuando no estoy de viaje acudo a la consulta de mi terapeuta una vez por semana. En ocasiones las sesiones me aburren, en otras estoy interesado en lo que ocurre en ellas de una manera completamente disociada, y a veces me asalta un sentimiento de epifanía. Gracias, en parte, a lo que me ha dicho el psicólogo, logré reconstruirme a mí mismo lo suficiente para poder seguir tragándome mi funeral en lugar de convertirlo en un hecho real. Hemos hablado mucho, y creo que las palabras tienen una fuerza propia que pueden derrotar nuestros temores cuando estos parecen aún más terribles que la vida que llevamos. Ahora atiendo cada vez más al amor, pues este constituye el otro modo de avanzar. Pero todos los elementos deben ir unidos: las píldoras son en sí mismas una suerte de débil veneno, el amor un cuchillo afilado y la conciencia una cuerda que cede fácilmente si se la somete a una tensión muy grande. Con una buena cantidad de todo ello, si uno es afortunado, puede liberar al árbol de la enredadera que lo envuelve.

Yo amo esta época. Me habría gustado tener el poder de viajar en el tiempo porque me habría encantado conocer el Egipto bíblico, la Italia renacentista, la Inglaterra isabelina, ver el apogeo del Imperio inca, conocer a los habitantes del Gran Zimbabue, ver cómo era Norteamérica cuando los dueños de la tierra eran los pueblos indígenas. Pero no elegiría otra época que la actual para vivir, pues amo las comodidades de la vida moderna, la complejidad de nuestra filosofía, la sensación de vasta transformación que se cierne sobre nosotros en este nuevo milenio, el sentimiento de que estamos en los umbrales de un conocimiento mayor del que hemos acumulado hasta ahora. Me agrada el nivel relativamente alto de tolerancia que existe en los países en los que vivo, el hecho de poder viajar por el mundo cuantas veces quiera, que la gente pueda vivir más años que en épocas anteriores, que el tiempo esté un poco más de nuestra parte que hace mil años.

Sin embargo, lo cierto es que nuestro medio ambiente sufre una crisis sin precedentes. Estamos consumiendo los recursos de la naturaleza a un ritmo aterrador; agredimos la tierra, el mar y los cielos. Los bosques tropicales están siendo destruidos, los océanos rebosan de desperdicios industriales, la capa de ozono está desapareciendo. No solo hay mucha más población en el mundo de la que hubo nunca, sino que el año próximo aumentará, y al siguiente volverá a

incrementarse. Estamos generando problemas que perjudicarán a las generaciones futuras. El hombre ha estado transformando la naturaleza desde que talló el primer utensilio de piedra y el primer agricultor de la Anatolia sembró la primera semilla, pero hoy el ritmo de las alteraciones producidas al medio ambiente está ya fuera de control. No soy alarmista ni creo que nos hallemos en los umbrales del Apocalipsis, pero estoy convencido de que debemos tomar medidas para modificar el rumbo actual de la humanidad si no queremos desaparecer como especie y quedar sepultados en el olvido.

El hecho de que seamos capaces de encontrar soluciones a esos problemas es un signo de la fortaleza y la capacidad de recuperación de la humanidad. El mundo sigue adelante, y también las especies. El número de personas afectadas de cáncer de piel se incrementa porque la atmósfera nos protege de los efectos nocivos del sol mucho menos que antes.¹⁹ En verano utilizo lociones y cremas con altos niveles de protección que me ayudan a mantenerme sano. He consultado más de una vez a un dermatólogo, que realiza una biopsia de mi epidermis y la envía a un laboratorio para que sea analizada. Los niños que antes corrían desnudos por la playa ahora lo hacen bañados en ungüentos protectores. Los hombres que en otros tiempos trabajaban con el torso desnudo ahora usan camisa y buscan la sombra. Al menos somos capaces de enfrentar este aspecto de la crisis: inventamos nuevos recursos, que están lejos de ser improvisados o inciertos. No obstante, con o sin protectores solares debemos tratar de no destruir lo que queda. Todavía hay bastante ozono, y de momento está cumpliendo su cometido con éxito, pero sería mejor para el medio ambiente que todo el mundo dejara de usar automóviles, lo cual no ocurrirá a menos que haya una crisis profunda. Francamente, pienso que habrá hombres viviendo en la Luna antes de disponer de una sociedad libre de transporte automotor. El cambio radical es imposible y en muchos sentidos indeseable, pero es preciso que los cambios se produzcan.

Según parece, la depresión ha existido desde que el hombre adquirió la capacidad de ser consciente de sí mismo, pero puede que monos, ratas o pulpos hayan sufrido esta enfermedad antes que los primeros humanoides habitaran las cavernas. Lo cierto es que la sintomatología de nuestro tiempo es más o menos equivalente a la que describiera Hipócrates hace unos dos mil quinientos años.²⁰ Ni la depresión ni el cáncer de piel son inventos del siglo XXI. Como el cáncer de piel, la depresión es una dolencia corporal que se ha difundido en los últimos tiempos por razones bastante específicas. No dejemos pasar mucho tiempo sin prestar atención al inequívoco mensaje cuando brotan los problemas. Ciertas vulnerabilidades que en una época anterior habrían resultado indetectables se convierten ahora en enfermedades clínicas en toda regla. No solo debemos

procurarnos soluciones inmediatas para los problemas actuales, sino también tratar de contener dichos problemas y evitar que se apoderen de nuestra mente. Las tasas cada vez más elevadas de depresión son, incuestionablemente, consecuencia de la modernidad. El ritmo de vida, el caos tecnológico, la alienación, la ruptura de las estructuras familiares tradicionales, la soledad endémica, el fracaso de los sistemas de creencias (religiosas, morales, políticas, sociales, todo lo que alguna vez pareció dar sentido y orientación a la vida) nos han llevado a una situación catastrófica. Afortunadamente, hemos desarrollado sistemas para enfrentar el problema. Contamos con medicamentos que atacan los trastornos orgánicos y terapias que abordan los desórdenes afectivos de la enfermedad crónica. La depresión representa un coste cada vez mayor para nuestra sociedad, pero no llega a ser ruinoso. Contamos para protegernos con medios equivalentes a los filtros solares y las gorras con visera.

Pero ¿contamos con el equivalente de un movimiento ecologista, un sistema que apunte a limitar los daños que estamos infligiendo a la capa de ozono social? Por el solo hecho de que existan tratamientos no deberíamos ignorar el problema que estos atienden. Deberíamos estar aterrados por las estadísticas. ¿Qué se debería hacer? A veces parece que la magnitud de la enfermedad y la cantidad de tratamientos están embarcados en una suerte de competencia por ver cuál de las dos variables supera a la otra. Somos pocos los que queremos, o podemos, abandonar la modernidad del pensamiento y de la existencia material. Pero debemos comenzar de inmediato a hacer pequeñas cosas para reducir el nivel de la polución socioafectiva. Debemos procurarnos una fe (en algo: Dios, nuestra identidad, otras personas, la política, la belleza o cualquier otra cosa) y un cierto orden. Debemos ayudar a los desamparados cuyo sufrimiento socava en tan alto grado la alegría del mundo, tanto por el bien de las masas populares como por el de aquellos privilegiados que no logran encontrar un sentido a su vida. Debemos practicar el oficio de amar y, además, enseñarlo. Debemos mejorar las condiciones que nos llevan a los niveles atterradoramente altos de estrés con el que vivimos. Debemos pronunciarnos contra la violencia y, quizá, contra sus representaciones. Esta no es una proposición emotiva; es una necesidad tan apremiante como la de aquellos que claman por la salvación de los bosques tropicales.

En algún punto al que aún no hemos llegado pero al que pienso que pronto arribaremos, el nivel de deterioro comenzará a ser más terrible que los avances que logramos merced a ese deterioro. No se producirá una revolución, sino que tal vez asistamos al advenimiento de diferentes escuelas, modelos de comunidad y de familia, y procesos de información. Si nos proponemos continuar sobre esta tierra, debemos hacer algo. Por ejemplo, equilibrar la forma de abordar la enfermedad

mediante la modificación de las circunstancias que la provocan; ocuparnos de la prevención tanto como del tratamiento. Espero que cuando madure el nuevo milenio logremos salvar los bosques tropicales, la capa de ozono, los ríos y lagos, los océanos, y también la mente y el corazón de quienes vivimos sobre este mundo. Solo entonces lograremos vencer nuestro creciente temor a los demonios del mediodía: nuestra angustia y nuestra depresión.

El pueblo de Camboya vive inmerso en una tragedia inmemorial. Durante la década de 1970, el revolucionario Pol Pot instauró en el país una dictadura maoísta en nombre de lo que él llamó el Jemer Rojo. Durante los años de guerra civil que se sucedieron a continuación, más del 20 por ciento de la población fue masacrada. La élite culta fue eliminada; los campesinos fueron trasladados de unas regiones a otras, y algunos fueron encarcelados y torturados; el país vivía sumido en el terror. Es difícil comparar unas guerras con otras por su crueldad —las atrocidades cometidas no hace mucho en Ruanda son particularmente sanguinarias—, pero no hay duda de que el período de Pol Pot es uno de los más terribles de la historia reciente.²¹ ¿Qué sucede en el plano afectivo cuando uno ha visto que una cuarta parte de sus compatriotas han sido asesinados, ha padecido el rigor de un régimen brutal y se encuentra luchando en inferioridad de condiciones y sin esperanza de reconstruir una nación devastada? Yo deseaba saber qué les sucede en el plano de los sentimientos a los ciudadanos de una nación cuando han padecido semejante estrés y, considerando que padecen una pobreza tan desesperada, carecen de recursos y tienen escasas oportunidades de educarse o conseguir un trabajo. Podía haber elegido otros lugares para conocer de cerca la experiencia del sufrimiento, pero no deseaba viajar a un país en guerra, porque la psicología de la desesperanza que se instala en tiempos de guerra suele ser frenética, mientras que la desesperanza que aparece después de la devastación es más letárgica y lo abarca todo. Camboya no es un país en el que se hubieran enfrentado ferozmente distintas facciones, sino uno en el que todos luchaban contra todos, en el que los mecanismos de la sociedad se hallaban destruidos por completo, en el que ya no existía el amor, ni el idealismo, ni nada que valiera la pena para nadie.

En general los camboyanos son afables y amistosos con los visitantes extranjeros. Casi todos se expresan con suavidad y son amables y simpáticos. Cuesta creer que este hermoso país es el mismo en el que se perpetraron las atrocidades de Pol Pot. Cada una de las personas que conocí tenía una versión diferente acerca de cómo había podido instaurarse el Jemer Rojo en el país, pero ninguna de las explicaciones tenía sentido, del mismo modo que no lo tienen las

que intentan dar cuenta de la Revolución Cultural, del estalinismo o del nazismo. Son acontecimientos que ocurren en las sociedades, y con la perspectiva que da el tiempo es posible comprender por qué una nación hubo de ser especialmente vulnerable a ellas; pero ignoramos en qué región de la imaginación humana se originan tales hechos. En realidad el tejido social es siempre muy frágil, pero es imposible saber cómo llegó a destruirse de tal modo en las mencionadas sociedades. El embajador estadounidense en Camboya me explicó que el problema más serio del pueblo jemer es que la sociedad camboyana tradicional carece de mecanismos pacíficos para la resolución de conflictos. «Si tienen diferencias — dijo— deben negarlas y reprimirlas por completo; de lo contrario, empuñan el cuchillo y se entregan al combate.» Un miembro del actual gobierno camboyano arguyó que el pueblo había estado sometido durante demasiados años a un monarca absoluto, y no concebía la posibilidad de enfrentarse a la autoridad hasta que ya era demasiado tarde. Oí al menos otra docena de interpretaciones, pero sigo siendo escéptico con ellas.

Durante las entrevistas que mantuve con personas que habían sufrido las atrocidades del Jemer Rojo, descubrí que la mayoría preferían hablar del futuro; no obstante, cuando insistía en que relataran sus experiencias, aceptaban hablar del trágico pasado. Las historias que escuché eran inhumanas, aterradoras y repulsivas. Cada uno de los adultos que conocí en Camboya había sufrido lesiones físicas de una magnitud tal que a la mayoría de nosotros nos habrían empujado a la locura o al suicidio, pero lo que habían padecido mentalmente remitía a una dimensión aún más horrorosa. Fui a aquel país con la intención de humillarme ante el dolor ajeno, y fui humillado hasta morder el polvo.

Cinco días antes de abandonar Camboya conocí a Phaly Nuon, que en una ocasión había sido candidata al premio Nobel de la Paz. Esta camboyana había instalado en Phnom Penh un orfanato y un centro para mujeres deprimidas, y había logrado éxitos sorprendentes en la curación de pacientes cuyos trastornos mentales eran de tal magnitud que habían sido desahuciadas por otros médicos. Lo cierto es que los resultados que obtuvo han sido tan importantes que el personal que trabaja en su orfanato está compuesto casi en su totalidad por mujeres a las que ella ha ayudado, y que han conformado una comunidad solidaria en torno a Phaly Nuon. Se ha dicho que si uno salva a las mujeres, ellas a su vez salvarán a los niños, y así, mediante esta cadena de influencias, es posible salvar al país.

Nuestro encuentro se produjo en una pequeña habitación de un antiguo edificio de oficinas situado muy cerca del centro de Phnom Penh. Ella se sentó en

una silla y yo enfrente, en un pequeño sofá. Los ojos asimétricos de Phaly Nuon parecen atravesar de inmediato a su interlocutor y, sin embargo, irradian la calidez de una bienvenida. Como la mayoría de los camboyanos, es pequeña según los baremos occidentales. Llevaba el pelo —en el que asomaban mechones grises— peinado hacia atrás, lo que confería cierta severidad a su expresión. Puede ser agresiva cuando defiende un argumento, pero también es tímida, y sonríe y baja los ojos cuando no está hablando.

Empezamos por su propia historia. A comienzos de la década de 1970, Phaly Nuon trabajaba en el Departamento del Tesoro y Cámara de Comercio de Camboya como dactilógrafa y taquígrafa. En el año 1975, cuando Phnom Penh cayó en manos de Pol Pot y el Jemer Rojo, fue arrestada junto con su esposo y sus hijos. Él fue enviado a un lugar que no le revelaron, de modo que ignoraba si había sido ejecutado o seguía con vida. A ella la enviaron al campo a trabajar la tierra junto con su hija de doce años, su hijo de tres, y su bebé recién nacido. Las condiciones de vida eran terribles y la comida escasa, pero ella trabajaba junto a los demás «sin decirles nunca nada, sin sonreír nunca, como todos los que estábamos allí, pues sabíamos que en cualquier momento podían condenarnos a muerte». Unos meses más tarde ella y su familia fueron llevadas a otro sitio. Durante el traslado, un grupo de soldados la ató a un árbol y la obligó a presenciar cómo su hija era violada por varios de ellos y luego asesinada. Pocos días después le tocó el turno a Phaly Nuon. Fue conducida a un descampado en las afueras de la aldea junto con algunos de sus compañeros. Le ataron las manos a la espalda y las piernas muy juntas, y después de obligarla a arrodillarse, la amarraron a una caña de bambú y la obligaron a inclinarse hacia adelante sobre un terreno embarrado, de modo que debía tensar sus piernas al máximo para no perder el equilibrio. La idea era que cuando estuviera exhausta cayera de bruces en el lodo y, al no poder moverse, terminara ahogándose. Su hijo de tres años, que lloraba y chillaba a su lado, estaba sujeto a ella, de manera que cuando se desplomara sobre el barro también pereciera: de este modo, Phaly Nuon sería la asesina de su propio hijo.

Phaly Nuon mintió al afirmar que antes de la guerra había trabajado para uno de los jefes de los jemes rojos, que había sido su amante, y que el hombre se enfadaría si la asesinaban. Pocas personas salían con vida de los campos de la muerte, pero un capitán que quizá creyó la historia de Phaly Nuon dijo que no soportaba los gritos de los pequeños, argumentó que las balas eran demasiado caras para desperdiciarlas en procurarle una muerte rápida, y finalmente la desató y la instó a huir. Con el bebé en un brazo y el niño de tres años en el otro, se internó en la jungla de la Camboya nororiental, donde vivió tres años, cuatro meses y dieciocho días. Nunca dormía dos noches seguidas en un mismo sitio, y

mientras andaba recogía hojas y cavaba en busca de raíces que les sirvieran de alimento, pero era difícil encontrar comida y, además, muchos lugares habían sido arrasados antes por fugitivos más fuertes que ella. Sumida en un estado de severa malnutrición, comenzó a perder fuerzas y pronto ya no tuvo más leche en sus pechos para alimentar al bebé, que murió en sus brazos. Ella y su otro hijo se aferraron a la vida y lograron superar a duras penas el período bélico.

Cuando Phaly Nuon me contaba esta historia, ambos ya nos habíamos sentado en el suelo. Ella lloraba y se balanceaba hacia atrás y hacia delante descansando sobre sus talones; y yo, con la barbilla sobre mis rodillas, apoyaba una mano sobre el hombro de ella en lo más parecido a un abrazo que me permitía el estado de trance en el que se había sumido. Continuó su relato hablando en voz tan baja que parecía un murmullo. Cuando terminó la guerra encontró a su marido, que había sido brutalmente golpeado en la cabeza y en el cuello, lo cual le había provocado un significativo daño mental. Ella, su esposo y su hijo fueron conducidos a un campo en la frontera con Tailandia, donde miles de personas vivían en precarias tiendas de campaña. Fueron maltratados física y sexualmente por algunos de los trabajadores del campo, y ayudados por otros. Phaly Nuon era una de las pocas personas con educación en el lugar, y como sabía idiomas, pudo hablar con el personal de apoyo. Se convirtió así en una figura importante de la vida en el campo y fue alojada junto con su familia en una choza de madera que, en aquel lugar, resultaba un verdadero lujo. «Comencé a colaborar en ciertas tareas de ayuda —recuerda—. Mientras recorría el campo veía mujeres que estaban en un estado deplorable. Muchas de ellas parecían paralizadas: no se movían, no hablaban, no alimentaban a sus hijos ni se ocupaban de ellos en lo más mínimo. Comprendí que aunque habían sobrevivido a la guerra, iban a morir por culpa de la depresión y por el estado de profunda incapacidad en que las postraba el estrés postraumático.» Phaly Nuon hizo una petición especial al personal encargado del campo e instaló en su choza una suerte de centro psicoterapéutico.

Como primer paso, recurrió a la medicina tradicional jemer, que emplea más de cien hierbas y plantas en diversas proporciones. Cuando este método no daba resultado, o no era significativo, utilizaba medicinas occidentales, si las había, algo que a veces ocurría. «Escondía como podía los antidepresivos que conseguían los encargados —explicó—, y trataba de contar con la cantidad suficiente como para atender los casos más graves.» Instaba a sus pacientes a meditar, para lo cual colocó en su casa un altar budista adornado con flores, y alentaba a las mujeres a hablar abiertamente de sus problemas. Al principio le costaba unas tres horas lograr que una mujer contara su propia historia; después las visitaba de forma periódica a fin de hacer un seguimiento y ampliar la historia en cuestión, hasta que

al final lograba que la mujer deprimida le revelara toda la verdad. «Debía conocer las historias de estas mujeres —me explicó—, porque quería comprender de forma precisa cuál era la experiencia que cada una debía superar.»

Una vez concluida la fase inicial, pasaba a un sistema que ella misma había definido. «Lo llevo a cabo en tres etapas —dijo—. Primero les enseño a olvidar. Practicamos día tras día una serie de ejercicios que de forma progresiva les permite olvidar un poco todo aquello que jamás olvidarán del todo. En esta etapa intento distraerlas por medio de la música o alentándolas a bordar o tejer; las llevo a conciertos, de vez en cuando miramos la televisión durante una hora, por ejemplo, o realizamos cualquier otra actividad que yo considero que puede ser útil o que ellas tengan ganas de hacer. La depresión está bajo la piel, recorre toda la superficie del cuerpo, y no podemos sacarla de allí; pero aun estando ahí, es posible intentar olvidarla.

»Cuando sus mentes se han deshecho de lo que han olvidado, cuando han aprendido a olvidar de verdad, les enseño a trabajar. Sea cual fuere el trabajo que deseen realizar, yo encuentro la forma de enseñárselo. Algunas aprenden simplemente a limpiar la casa y otras a cuidar niños. Otras adquieren conocimientos que podrán aplicar en la atención de los huérfanos, y algunas se orientan hacia una verdadera profesión. Deben aprender a realizar bien sus trabajos y a sentirse orgullosas de ello.

»Después, cuando por fin dominan alguna tarea, les enseño a amar. Construí una suerte de cobertizo y lo convertí en un baño de vapor; ahora en Phnom Penh cuento con uno similar, pero la construcción es de mejor calidad. Las llevo allí para que puedan bañarse y sentirse limpias, y les enseño a arreglarse mutuamente las manos y los pies y a cuidarse las uñas, porque eso las hace sentirse hermosas, y ellas desean con todas sus fuerzas sentirse hermosas. Esto también las pone en contacto con el cuerpo de otras personas y las acostumbra a permitir que otras cuiden el suyo. Las rescata del aislamiento físico, un problema que suelen padecer, y facilita asimismo la ruptura del aislamiento afectivo. Mientras están juntas bañándose o poniéndose esmalte en las uñas comienzan a hablar entre sí, y poco a poco empiezan a fiarse las unas de las otras, hasta que al final aprenden cómo hacer amigas y comprenden que, de este modo, nunca más se sentirán solas y aisladas. Y las experiencias que no le han revelado a nadie más que a mí, comienzan a contárselas entre ellas.»

Después, Phaly Nuon me mostró los instrumentos de su técnica psicológica: los frascos de esmalte para uñas de distintos colores, la sala donde se halla el baño

de vapor, los cortaúñas, las limas, las toallas. El cuidado del cuerpo es una de las formas primarias de socialización entre los primates, y el retorno a ese ritual como medio de socialización entre los seres humanos me impresionó por su carácter curiosamente orgánico. Le dije que pensaba que era difícil aprender o enseñar a los demás a olvidar, a trabajar, a amar y ser amados, pero ella replicó que no era tan complejo si uno se encuentra en condiciones de hacer esas tres cosas por sí mismo. Y me contó cómo las mujeres que ella ha tratado se han convertido en una comunidad, y lo bien que se desempeñan con los huérfanos que han quedado a su cuidado.

«Hay una última etapa —dijo después de una larga pausa—. Al final les enseñé lo más importante; que estas tres capacidades (olvidar, trabajar y amar) no están separadas, sino que son parte de un gran todo, y que es la práctica conjunta de ellas, cada una como parte de las otras, lo que establece la diferencia. Esta es la idea más difícil de transmitir —rió—, pero todas llegan a comprenderla, y cuando lo logran, es en ese momento que están listas para afrontar nuevamente el mundo.»

Ahora la depresión existe como fenómeno personal y social, y para abordarla uno debe comprender la experiencia de una crisis, el modo en que actúa la medicación y las formas más comunes de psicoterapia: la psicoanalítica, la interpersonal y la cognitiva. La experiencia es una buena maestra, y las principales variantes de tratamiento han pasado la prueba empírica; pero muchos otros tratamientos, desde el hipérico hasta la psicocirugía, son prometedores de un modo razonable, aunque en este campo hay más curanderismo que en cualquier otra área de la medicina. Un tratamiento inteligente requiere un análisis detallado de la población específica: la depresión varía de forma notable según se trate de niños o personas mayores, y también según el género; y las personas que abusan de distintas sustancias constituyen una importante subcategoría. El suicidio, en sus múltiples formas, es una complicación de la depresión, y es fundamental comprender cómo esta puede llegar a ser mortal.

Tales cuestiones empíricas conducen al terreno de la epidemiología. Ahora está de moda considerar la depresión como una dolencia moderna, y este es un error de grandes proporciones que una recapitulación de la historia de la psiquiatría permite corregir. También está de moda pensar que este trastorno es típico de la clase media y atribuir coherencia a sus manifestaciones. Esto no es cierto. Si estudiamos la depresión entre los pobres, descubrimos que son los tabúes y los prejuicios los que nos impiden ayudar a una población singularmente

receptiva a esa asistencia. El problema de la depresión entre los pobres nos conduce, como es natural, a una cuestión política. Manejamos las ideas de enfermedad y tratamiento como si pudiéramos conferirles existencia o no mediante una legislación.

La biología no es el destino. Se puede vivir bien con depresión. De hecho, hay personas que gracias a su depresión descubren que pueden desarrollar una profundidad moral particular a partir de la experiencia, y esto, en última instancia, alivia de algún modo su sufrimiento. Hay un espectro afectivo básico del que no podemos ni debemos escapar, y considero que la depresión se halla dentro de ese espectro; muy cerca de la aflicción, pero también del amor. Yo creo firmemente que los afectos intensos se presentan como una totalidad, y que cada uno de ellos está supeditado a aquel que con frecuencia consideramos su opuesto. Por el momento he logrado contener la incapacidad que provoca la depresión, pero la depresión en sí misma perdura en lo más recóndito de mi cerebro. Es parte de mí. Emprender una guerra contra la depresión es luchar contra uno mismo, y es importante saber de antemano cuáles serán las batallas que habrá que librar. Considero que la depresión puede ser eliminada, pero a costa de socavar los mecanismos afectivos que precisamente nos convierten en seres humanos. La ciencia y la filosofía deben aplicar paños calientes.

«Bienvenido este dolor —escribió alguna vez Ovidio—, porque de él aprenderemos.»²² Es posible, aunque por el momento improbable, que a través de la manipulación química logremos localizar, controlar y eliminar el circuito cerebral del sufrimiento. Pero espero que eso nunca ocurra, pues implicaría empobrecer nuestra experiencia, destruir una entidad compleja solo porque uno de sus elementos está alterado, cuando en realidad el todo es más valioso que cualquiera de sus partes. Si pudiera ver el mundo en nueve dimensiones pagaría lo que fuera por ello. Estaría dispuesto a vivir para siempre en la confusión de la aflicción antes que renunciar a la capacidad de sentir dolor. Pero el dolor no es depresión aguda; uno ama y es amado en medio de un gran padecimiento, y mientras lo experimenta está vivo. Lo que yo he intentado erradicar de mi vida es esa cualidad de la depresión que hace que uno parezca un muerto viviente. He escrito este libro con el objeto de que sirva de artillería para lograrlo.

Crisis

En mi caso, no experimenté la depresión hasta después de haber resuelto bastantes problemas. Mi madre había muerto tres años antes y yo había comenzado a aceptarlo; estaba a punto de publicar mi primera novela; me llevaba bien con mi familia; había salido indemne de una intensa relación que había durado dos años; había comprado una casa nueva y hermosa; estaba escribiendo para *The New Yorker*. Era uno de esos períodos en los que la vida parece haberse ordenado definitivamente y todos los aspectos que justifican la desesperación se han agotado. Pero de pronto, con paso sigiloso y felino, la depresión apareció en mi vida y lo estropeó todo, y sentí con claridad que en esas circunstancias nada la justificaba. Estar deprimido cuando se ha experimentado un trauma o la vida es un verdadero caos es una cosa, pero estarlo cuando se han superado los conflictos y la vida no es un desastre, nos sumerge en una confusión y una pérdida de estabilidad emocional espantosas. Por supuesto, uno es consciente de las causas más profundas: la permanente crisis existencial, los pesares olvidados de una infancia remota, los pequeños males que uno le ha causado a personas que ahora ya no están en este mundo, la pérdida de algunas amistades por propia negligencia, la certeza de que uno no es Tolstói, la imposibilidad de alcanzar un amor perfecto, los impulsos de codicia e insolidaridad imposibles de ocultar, etc. Pero en ese momento, y a medida que realizaba este inventario, llegué a creer que mi depresión era un estado racional y al mismo tiempo incurable.

En lo que concierne a ciertas cuestiones materiales cruciales no he tenido una vida difícil. Mucha gente se habría sentido muy feliz si hubiera tenido mis cartas al comenzar el juego. He pasado algunas épocas mejores y otras peores, al menos según mis expectativas, pero los bajones no bastan para explicar lo que me sucedió. Si mi vida hubiera sido más complicada, interpretaría mi depresión de forma muy diferente. De hecho, mi infancia fue razonablemente feliz y mis padres me amaron de manera intensa y generosa; y también me llevaba bien con mi hermano menor. Éramos una familia con la solidez suficiente como para que yo no imaginara siquiera la posibilidad de que mis padres se divorcieran o hubiera entre ellos un verdadero conflicto, pues en verdad se amaban el uno al otro; y aunque de vez en cuando discutían por algún motivo, nunca estuvo en tela de juicio su absoluta devoción mutua ni la que sentían por mi hermano y por mí. Siempre contamos con lo suficiente para vivir de forma confortable. Yo no era muy popular

en la escuela primaria ni cuando empecé la secundaria, pero al terminar esta tenía un círculo de amigos con quienes me sentía muy a gusto. Siempre fui un buen alumno.

En mi infancia había sido un poco tímido y temía al rechazo en aquellas situaciones en las que me veía demasiado expuesto, pero ¿quién no se ha sentido así? Por la época en que cursaba la escuela secundaria tomé conciencia de que en ciertas ocasiones experimentaba estados de ánimo inestables que, de todos modos, no son inusuales durante la adolescencia. Hubo un tiempo, cuando contaba dieciséis años, en que estaba convencido de que el edificio de mi escuela, de casi cien años, se derrumbaría en cualquier momento, y recuerdo haber tenido que ponerme cada día una coraza contra esa extraña angustia. Sabía que había algo anormal en ello, y me sentí aliviado cuando esta sensación desapareció después de casi un mes.

Más tarde ingresé en la universidad, donde fui inmensamente feliz y conocí a muchas de las personas que, hasta el día de hoy, siguen siendo mis mejores amigos. Estudié y me divertí muchísimo, y accedí a una serie de emociones nuevas y también a las posibilidades que ofrece la vida intelectual. En ocasiones, cuando estaba solo, de pronto me sentía aislado, y el sentimiento que afloraba no era de simple pesar por la soledad, sino de miedo. Tenía muchos amigos, de modo que podía visitar a cualquiera de ellos y, por lo general, esto me distraía de mi malestar, que era un problema ocasional y no me paralizaba en absoluto. Con posterioridad cursé mi licenciatura de arte en Inglaterra, y cuando terminé mis estudios emprendí casi sin tropiezos mi carrera de escritor. Viví en Londres algunos años, no muchos; tenía un montón de amigos y relaciones frívolas en el amor. En muchos sentidos todo eso ha permanecido más o menos igual. He vivido bastante bien hasta ahora, y estoy agradecido por ello.

Cuando uno comienza a experimentar una depresión mayor tiende a buscar sus raíces en el pasado. Uno se pregunta de dónde procede, si estuvo siempre allí, apenas debajo de la superficie, o si apareció tan súbita como una intoxicación. Desde que sufrí la primera crisis he dedicado muchos meses a catalogar problemas del pasado remoto. Yo nací de nalgas, y algunos autores han relacionado este tipo de parto con una suerte de trauma originario. Fui disléxico, aunque mi madre, que lo advirtió enseguida, comenzó a enseñarme distintas formas de compensar ese inconveniente cuando tenía apenas dos años, de modo que el trastorno nunca me supuso un serio impedimento. De pequeño hablaba mucho y no tenía muy buena coordinación motora. Cuando le pedí a mi madre que me dijera cuál había sido mi primer trauma, me respondió que si bien había comenzado a hablar sin ningún

esfuerzo, no me había resultado fácil aprender a caminar, ya que al principio el control y el equilibrio de mis movimientos eran imperfectos y solo los adquirí tardíamente. Me contó que me caía una y otra vez, y que solo cuando me alentaban con insistencia intentaba mantenerme de pie y erguido. Mi torpeza para las actividades físicas fue lo que determinó mi impopularidad en la escuela primaria. Por supuesto, el hecho de que los otros niños no me eligiesen como compañero de juegos llegó a ser desalentador, pero nunca dejé de tener amigos y siempre me agradaron los adultos, quienes también se sentían a gusto conmigo.

Tengo muchos recuerdos fragmentarios y poco estructurados de mi primera infancia, casi todos ellos felices. Una psicoanalista que consulté en una ocasión me dijo que esa secuencia borrosa de recuerdos infantiles que para mí casi carecía de sentido, le sugería que alguna vez yo había sido víctima de un abuso sexual. Es posible, desde luego, pero no he podido reconstruir un recuerdo convincente de ese episodio o aportar otras pruebas. Si algo ocurrió, debió de ser bastante sutil, porque cuando yo era niño me prestaban mucha atención, y cualquier signo físico o trastorno que presentara se habría notado.

Recuerdo un episodio en un campamento de verano, cuando tenía seis años, en el que de pronto me sentí sobrecogido sin razón por el miedo. Puedo recordar el lugar con la mayor nitidez: la pista de tenis delante de mí, el salón comedor a mi derecha, y a unos quince metros el gran roble junto al cual nos reuníamos a escuchar cuentos. De pronto me sentí paralizado. Me había invadido la certeza de que en ese momento, o más tarde, algo terrible me sucedería y, además, de que lo que ocurriera no podría olvidarlo mientras viviera. La vida, que hasta entonces me había parecido una superficie sólida sobre la que me hallaba firmemente apoyado, se convirtió de pronto en algo blando y resbaladizo, sobre lo que había comenzado a deslizarme. Si permanecía inmóvil todo parecía estar en orden, pero sentía que, apenas me moviera, estaría de nuevo en peligro. Lo que me parecía más importante era decidir si me movería hacia la izquierda, hacia la derecha o hacia delante; pero el problema consistía en que ignoraba cuál de esas decisiones me pondría a salvo, al menos por el momento. Por suerte, un monitor se acercó a mí y me pidió que me apresurara, porque íbamos a nadar y yo me había retrasado. Esto rompió el hechizo, pero durante mucho tiempo recordé aquella sensación y rogué que no se repitiera.

Considero que no es extraño que ocurran estas cosas a los niños. Entre los adultos la angustia existencial, por muy dolorosa que resulte, lleva implícito un proceso inhibitorio; en cambio, las primeras intuiciones de la fragilidad humana, las primeras percepciones de nuestra condición de mortales, son devastadoras e

inclementes; las he constatado en mis ahijados y en mi sobrino. Sería romántico y absurdo afirmar que en julio del año 1969, en el campamento de Grant Lake, comprendí que algún día moriría, pero lo cierto es que descubrí, en el marco de mi propia invulnerabilidad en general, que mis padres no controlaban el mundo ni todo lo que ocurría en él, y que yo tampoco podría controlarlo nunca. Tengo un recuerdo vago, pero sé que después de aquel episodio comencé a temer por todo aquello que se pierde con el transcurso del tiempo, y por la noche me echaba en la cama e intentaba recordar lo que había sucedido durante el día para conservarlo en mi memoria, como una especie de adquisición incorpórea. Valoraba en especial los besos de buenas noches que me daban mis padres, y solía dormir con la cabeza apoyada sobre una tela que los retendría si se deslizaban de mi cara, lo cual me permitiría conservarlos para siempre.

En la escuela secundaria comencé a tener una percepción confusa de la sexualidad, algo que en mi opinión fue el desafío afectivo más insondable que experimenté en mi vida. Sepulté el tema bajo la sociabilidad para no tener que afrontarlo, un mecanismo de defensa que utilicé durante esa época de estudiante. Pasé algunos años de incertidumbre, una larga historia en la que me vi involucrado con hombres y mujeres y que complicó sobre todo la relación con mi madre. En ocasiones he sentido una propensión a estados de ánimo caracterizados por una profunda angustia no relacionada con nada en particular, una extraña mezcla de tristeza y miedo sin motivación alguna. Este sentimiento se apoderó de mí algunos viernes por la noche cuando era estudiante y el ruido de las celebraciones obligadas se sobreponía a la privacidad de la oscuridad. En ocasiones se presentaba cuando estaba leyendo y otras veces durante una relación sexual. Se adueñaba de mí siempre que estaba lejos de casa, y todavía forma parte del ritual de cualquier partida. Aunque solo me vaya un fin de semana, se apodera de mí en el momento en que salgo y cierro la puerta de casa y, en general, ocurre lo mismo cuando regreso. Cuando me saluda mi madre, una amiga o incluso uno de nuestros perros, me siento terriblemente triste, y esa tristeza me da miedo. Solía afrontar esta situación actuando de manera impulsiva con los demás, lo que casi siempre conjuraba esos sentimientos, y debía ponerme a silbar alguna melodía agradable para ahuyentar la tristeza.

El verano que siguió al fin de mi carrera universitaria sufrí una pequeña crisis, pero en ese momento no tuve ni idea de qué me había pasado. Me hallaba de viaje por Europa, disfrutando del verano con el que siempre había soñado y que había hecho realidad esa suerte de regalo de graduación de mis padres. Me sentía completamente libre. Pasé un mes espléndido en Italia, y de ahí fui a Francia y después a Marruecos para visitar a un amigo. Me sentí intimidado por Marruecos.

Fue como si me hubiera visto demasiado libre de las excesivas restricciones a las que estaba acostumbrado, y experimenté un continuo nerviosismo, el mismo que me embargaba cuando esperaba el momento de entrar en escena en las obras de teatro de la escuela. Regresé a París, donde me encontré con algunos amigos más y lo pasé de maravilla. Después viajé a Viena, una ciudad que siempre había deseado conocer. Me alojé en una pensión y me encontré con algunos viejos amigos que también se hallaban en la ciudad y planificamos viajar juntos a Budapest. Salimos a compartir una noche de camaradería y, cuando regresé a la pensión, permanecí despierto el resto de la noche, aterrado por la idea de haber cometido algún error, aunque ignoraba cuál. Al día siguiente estaba demasiado irritado para desayunar en un salón lleno de extraños, pero cuando salí a la calle me sentí mejor y decidí visitar algún museo de arte.

Pensé que quizá me había exigido demasiado a mí mismo. Cuando supe que otra gente había invitado a mis amigos a cenar me sentí acorrajado, como si me hubieran revelado algún plan criminal. Acordamos encontrarnos para tomar una copa después de la cena, pero yo no cené, pues no me sentía capaz de entrar en un restaurante desconocido y pedir algo solo para mí, aunque antes lo había hecho muchas veces. Tampoco podía entablar conversación con nadie, y cuando por fin acudí a la cita estaba temblando. Salí con mis amigos y bebí mucho más de lo que jamás había bebido y me tranquilicé al menos por el momento. Volví a permanecer despierto toda la noche, con un dolor que me partía la cabeza, el estómago revuelto, y una preocupación obsesiva por el horario de salida del barco rumbo a Budapest. De alguna manera logré soportar el día siguiente, y durante la tercera noche de vigilia sentí tanto miedo que no pude levantarme ni una vez para ir al cuarto de baño. Telefoneé a mis padres y les dije: «Necesito volver a casa». Noté que se habían sorprendido bastante, pues antes de emprender el viaje había negociado con ellos cada uno de los días y alojamientos extras que necesitaría, en un intento por alargar el mayor tiempo posible aquella estancia en el extranjero. «¿Pasa algo malo?», me preguntaron, y lo único que pude responderles fue que no me sentía bien y que la experiencia me había resultado menos emocionante de lo que había imaginado. Mi madre se mostró comprensiva. «Viajar solo puede ser penoso —dijo—; pensé que ibas a encontrarte con amigos, pero aun así puede ser terriblemente agotador.» Mi padre dijo: «Si quieres volver, compra un pasaje, cárgalo a mi tarjeta de crédito y vuelve a casa».

Compré el pasaje, hice las maletas, y volví a casa esa misma tarde. Mis padres fueron a recibirme al aeropuerto. «¿Qué ha sucedido?», preguntaron. Lo único que pude decirles fue que no había podido seguir de viaje durante más tiempo, y cuando me abrazaron me sentí seguro por primera vez en varias

semanas. Sollocé de alivio, y cuando regresamos al mismo apartamento en el que había vivido desde pequeño, me sentí deprimido y completamente estúpido. Había echado a perder mi gran viaje de verano, no había llegado a conocer Budapest y había regresado a Nueva York, donde no tenía nada que hacer, excepto las tareas de siempre. Llamé a algunos amigos, que se sorprendieron al saber que estaba de regreso y a los cuales ni siquiera intenté explicar lo que había sucedido. Pasé el resto del verano en casa con mi familia, aburrido, fastidiado y bastante taciturno; no obstante, disfrutamos juntos de algunos buenos momentos.

De alguna manera, durante los años que siguieron olvidé aquel episodio. Cuando acabó el verano volví a la universidad, en Inglaterra. El hecho de asistir a una nueva facultad, en un nuevo país, no me inquietaba demasiado. Me adapté enseguida al modo de vida, hice amigos rápidamente y mi rendimiento académico fue bueno. Me encantaba Inglaterra y ya nada parecía atemorizarme. El ser angustiado que había aprobado sus estudios en Estados Unidos había dado paso a un individuo vigoroso, seguro de sí mismo y de trato afable. Cuando organizaba una fiesta todo el mundo quería asistir. Mis amigos más íntimos (que todavía siguen siéndolo) eran personas con las que pasaba toda la noche despierto, y nuestra repentina y profunda intimidad era en extremo placentera. Llamaba a casa una vez por semana y mis padres me decían que me notaban más feliz que nunca. Buscaba compañía con ansiedad cada vez que me sentía desasosegado, y por fortuna la encontraba. Durante dos años fui dichoso la mayor parte del tiempo, y lo único que me entristecía era el mal tiempo, la dificultad para lograr que todo el mundo se enamorara de mí de forma inmediata, el no dormir lo suficiente, y el hecho de haber comenzado a perder el pelo. La única tendencia depresiva que siempre se hallaba presente en mí era la nostalgia. A diferencia de Edith Piaf, yo me lamento por todo simplemente porque ha terminado, y ya cuando tenía doce años añoraba el pasado. Aun disfrutando del mejor de los ánimos, siempre me parece estar luchando con el presente en un vano esfuerzo por impedir que se convierta en pasado.

Recuerdo que entre los veinte y los treinta años, sobre todo durante los primeros tiempos de esa década, mi vida era razonablemente apacible. Decidí, casi como si se tratara de un antojo, convertirme en un aventurero y me empeñé en ignorar mi angustia, incluso cuando aparecía vinculada a situaciones espantosas. Dieciocho meses después de que terminara mi trabajo de final de carrera, comencé a ir y venir de la Moscú soviética y viví parte del tiempo en una casa ocupada ilegalmente por algunos artistas que conocí allí.¹ Cuando intentaron robarme una noche en Estambul, resistí con éxito la agresión y el sujeto huyó sin haber podido quitarme nada. Me permití considerar todos los tipos de sexualidad y abandoné la

mayor parte de mis temores y represiones eróticas. Me dejé crecer el pelo y después me lo corté muy corto. Toqué alguna que otra vez con una banda de rock y frecuenté la ópera.² Había desarrollado una suerte de apetito por la experiencia, y viví todas las posibles en todos los lugares que pude darme el lujo de visitar. Me enamoré y puse en marcha felices iniciativas domésticas.

En agosto del año 1989, cuando yo tenía veinticinco años, a mi madre le diagnosticaron un cáncer de ovarios y mi armonioso mundo comenzó a agrietarse. Si ella no hubiera enfermado, mi existencia habría sido por completo diferente, y si la historia hubiera sido un poco menos trágica, quizá mi vida habría transcurrido acompañada por tendencias depresivas, pero yo no habría padecido ninguna crisis, o tal vez la habría sufrido con posterioridad, como parte de la crisis de la mediana edad; o quizá la habría experimentado tal como ocurrió. Si la primera parte de una biografía afectiva la conforman las experiencias precursoras, la segunda la constituyen las experiencias desencadenantes. La mayor parte de las depresiones graves han ido precedidas por depresiones menores que de hecho han pasado inadvertidas, o que simplemente no han sido comprendidas. Por supuesto, muchas personas que nunca desarrollan una depresión pasan por experiencias que, vistas de manera retrospectiva, podrían definirse como episodios precursores en caso de que hubieran conducido al trastorno, pero como no ocurre así, caen en el olvido.

No voy a detallar cómo se derrumbó todo porque esto resultará muy claro para quienes han conocido el agobio de la tristeza, y a quienes no lo han experimentado tal vez les resulte tan inexplicable como a mí cuando tenía veinticinco años. Me limitaré a decir que fue una experiencia espantosa. Mi madre murió en 1991, cuando contaba cincuenta y ocho años. La tristeza me paralizó, pero a pesar de las incontenibles lágrimas y de la enorme aflicción, a pesar de la desaparición de la persona de la que había dependido de forma tan asidua e intensa, me sentí bien en el período posterior al fallecimiento. Estaba triste y enfadado, pero no trastornado.

Ese verano comencé a psicoanalizarme. Le dije a la que sería mi psicoanalista que para empezar necesitaba que me prometiera que seguiría el análisis hasta que lo hubiéramos completado, sucediese lo que sucediese, a menos que enfermara gravemente. Era una mujer de casi setenta años, encantadora y sabia, que me recordaba a mi madre. Estuvo de acuerdo, y las sesiones terapéuticas diarias me ayudaron a contener mi pena.

A comienzos de 1992 me enamoré de una mujer brillante, hermosa, generosa, cariñosa y entregada por entero a nuestra relación, pero también

increíblemente difícil. Aunque tumultuosa, nuestra relación era feliz. Ella se quedó embarazada en otoño de ese año y decidió abortar, lo que me provocó un inesperado sentimiento de pérdida. A fines del año siguiente, una semana antes de mi trigésimo cumpleaños, rompimos de mutuo acuerdo y no sin dolor. Dejé pasar otra oportunidad.

En marzo de 1994 mi analista me anunció que se retiraba porque trasladarse desde su casa de Princeton a Nueva York se le hacía muy dificultoso. En los últimos tiempos me había sentido poco involucrado en la relación terapéutica, de modo que había considerado la posibilidad de terminar aquel análisis; no obstante, cuando me dio aquella noticia comencé a sollozar y lloré durante una hora. No acostumbro a llorar demasiado, y de hecho no había llorado de ese modo desde la muerte de mi madre. Experimentaba una soledad profunda y devastadora, y también me sentía traicionado. Acordamos continuar unos meses con la terapia (ella no sabía cuántos, pero al final fueron más de doce) para llegar al cierre antes de que ella materializara su retiro.

Ese mismo mes, durante una sesión, expliqué que había perdido la capacidad de sentir y que experimentaba una suerte de entumecimiento, todo lo cual estaba afectando a mis relaciones con los demás. Había perdido el interés por el amor, el trabajo, la familia y los amigos. Escribía cada vez menos, hasta que dejé de hacerlo. «No sé nada —escribió una vez el pintor Gerhard Richter—. No puedo hacer nada. No comprendo nada. No sé nada. Nada. Y todo este padecimiento ni siquiera me hace sentir particularmente desdichado.»³ También yo había descubierto que mis emociones más intensas habían desaparecido, salvo por una persistente angustia. Yo siempre había tenido una libido intensa que a menudo me había creado problemas; ahora parecía haberse evaporado. No experimentaba ese deseo habitual en mí de intimidad física y afectiva, y tampoco me sentía atraído por las personas desconocidas que conocía y había amado. Durante las situaciones eróticas mi mente vagaba y me ponía a pensar en la lista de la compra y en el trabajo que tenía pendiente. Todo esto provocaba en mí un sentimiento de pérdida de mi identidad, lo cual me daba miedo. Me aboqué a programar placeres, y durante la primavera de 1994 asistí a fiestas e intenté divertirme, pero no lo conseguí. Me relacioné con amigos y traté de conectar con ellos, pero fracasé. Compré objetos caros que siempre había deseado tener, pero no me procuraron ninguna satisfacción. Para volver a despertar mi libido recurrí a extremos a los que nunca antes había recurrido, como mirar películas pornográficas y tener relaciones con prostitutas. No me sentía particularmente horrorizado por ninguna de estas conductas, pero mediante ellas fui incapaz de obtener placer, o cuando menos alivio. Analicé la situación con mi psicoanalista, y la conclusión a la que llegamos

fue que estaba deprimido. Intentamos llegar a la raíz del problema mientras yo sentía que mi aislamiento aumentaba de modo lento pero inexorable. Comencé a sentirme abrumado por los mensajes que dejaban en mi contestador y ello se convirtió en una obsesión: las llamadas, a menudo de amigos, se convertían en un peso insoportable. También empecé a tener miedo de conducir, y cuando lo hacía por la noche no veía la carretera y se me irritaban los ojos, y pensaba todo el tiempo que me desviaría hacia un lado o que chocaría con otro coche. En medio de la autopista me daba cuenta de pronto que no sabía conducir, de modo que circulaba pegado al arcén, consternado y empapado en sudor frío. Comencé a pasar los fines de semana en la ciudad para no tener que conducir. Mi analista y yo estudiamos juntos la historia de mi angustia. A mí se me ocurrió que mi relación con mi novia había terminado a causa de un estadio temprano de depresión, aunque sabía que también era posible que el fin de esa relación hubiera contribuido a causar la depresión. A medida que trabajaba en esa idea, hube de volver una y otra vez a poner fecha al inicio de la depresión: desde la separación, desde la muerte de mi madre, desde el comienzo de su enfermedad, desde el final de una relación previa, desde la pubertad, desde el nacimiento. De pronto, descubrí que no había época o conducta en mi vida que no me pareciera sintomática. Sin embargo, lo que estaba experimentando no era más que una depresión neurótica, más caracterizada por un sentimiento de angustia que por un estado de trastorno mental. Parecía algo que yo podría controlar, pues era una versión más continua y persistente de un estado que ya había experimentado antes, algo que en cierta medida le resultaba familiar a mucha gente saludable. La depresión nace de forma gradual, de forma semejante al proceso por el cual llegamos a la edad adulta.

En junio de 1994 comencé a notar un aburrimiento permanente. Mi primera novela se publicó en el Reino Unido, y su acogida fue favorable, pero eso no mejoró mi estado de ánimo. Leí las críticas con indiferencia y me sentía cansado todo el tiempo. En julio, ya de vuelta en Nueva York, me sentía agobiado por las interacciones sociales, y hasta una conversación lograba agotarme, e incluso viajar en metro me resultaba insoportable. Todo parecía exigirme un esfuerzo que no valía la pena realizar. Mi analista me diagnosticó una depresión leve cuyas causas analizamos como si dar un nombre y conocer a la bestia significara dominarla.

A finales de agosto sufrí un cólico nefrítico provocado por cálculos renales, una dolencia que ya antes había experimentado en una ocasión. Llamé a mi médico, que prometió informar al hospital para facilitar mi ingreso en la sala de urgencias. Sin embargo, cuando llegué al lugar nadie parecía haber sido avisado. El dolor que provocan los cálculos renales es atroz, y mientras esperaba tenía la

sensación de que alguien se había sumergido en mi sistema nervioso central y me apretaba los nervios con unas tenazas. Aunque expliqué varias veces a las distintas personas que me atendieron el dolor que sentía, nadie hizo nada al respecto. Entonces algo pareció quebrarse en mi interior. En medio de aquel cubículo en el que me encontraba, en la sala de urgencias del hospital de Nueva York, empecé a gritar. Me aplicaron una inyección de morfina en el brazo y el dolor cedió, pero pronto reapareció. En síntesis, estuve cinco días yendo y viniendo entre mi casa y el hospital. Me pusieron catéteres cuatro veces y finalmente me suministraron la dosis máxima permitida de morfina, a la que añadieron Demerol con intervalos de pocas horas entre una administración y otra. Me explicaron que no era posible visualizar bien mis cálculos, y que no era candidato a un tratamiento incruento que los habría eliminado rápidamente. En cambio sí se podía recurrir a la cirugía, pero era dolorosa y también peligrosa. Yo al principio no había querido molestar a mi padre, que se hallaba de vacaciones en Maine, pero ya estaba ansioso por ponerme en contacto con él, pues conocía muy bien el hospital desde que mi madre había estado ingresada en él, de modo que podría ayudarme en los trámites necesarios. Mi padre no pareció preocuparse. «¿Cálculos renales? Ya pasará. Estoy seguro de que pronto estarás bien. Nos veremos cuando regrese», me dijo. Entretanto, yo no dormía más de tres horas por noche. Me hallaba trabajando en un artículo muy complicado que me habían encargado, referido a la política desarrollada con los sordos, y hablaba con cronistas y editores como si me encontrara en medio de una nube.⁴ Sentía que estaba perdiendo el control de mi vida. «Si este dolor no desaparece —le dije a un amigo— me mataré.» Nunca antes había dicho nada semejante.

Cuando abandoné el hospital todo me atemorizaba. El dolor, o los calmantes, habían minado por completo mi mente. Sabía que aquellas piedras estaban allí y que podía sufrir una recaída. Temía estar solo, de modo que fui a mi apartamento con un amigo, recogí algunas cosas y me marché. Pasé una semana vagabundeando de la casa de un amigo a la de otro. En su mayoría todos acudían a su trabajo durante el día y yo me quedaba encerrado en sus casas, evitando salir a la calle y procurando estar lo más cerca posible del teléfono. Todavía tomaba algunos calmantes, por prevención, y me sentía un poco desequilibrado. Estaba enfadado con mi padre; enfadado de una manera irracional, infantil, infame. Mi padre se disculpó por lo que yo había calificado de abandono, e intentó explicarme que lo único que había querido comunicarme había sido su alivio por el hecho de que yo no padeciera una enfermedad grave. Dijo que al escucharme había creído que yo estaba afrontando la situación con un relativo estoicismo. Sus palabras me precipitaron en una histeria a la que ahora no encuentro ningún sentido. Me negué a hablar con él y a decirle dónde estaba. De vez en cuando le telefoneaba y dejaba

un mensaje en su contestador: «Te odio. Ojalá te mueras», solía ser la frase inicial. Los somníferos me permitían pasar las noches. Tuve una pequeña recaída y regresé al hospital; no era nada grave, pero yo estaba mortalmente asustado. Si contemplo aquellos acontecimientos de manera retrospectiva, puedo decir que esa fue la semana en que enloquecí.

Hacia el final de semana me dirigí a Vermont para asistir a la boda de unos amigos. Era un hermoso fin de semana de final de verano. Había estado a punto de cancelar el viaje, pero me enteré de que en las cercanías del lugar donde se celebraría el enlace había un hospital, de modo que decidí que iría. Llegué el viernes, a tiempo para la cena y el baile, en el que no participé, y me encontré con alguien a quien diez años atrás había conocido de forma muy superficial en la facultad. Hablamos y me dominó una emoción que hacía años no experimentaba. Me sentí exultante, como si entrara en éxtasis, y no acertaba a entender cómo era posible que algo bueno resultara de ello. Rodaba de una emoción a otra de forma casi absurda.

Después de la boda la caída fue sostenida. Trabajaba cada vez menos y peor. Decidí no aceptar una nueva invitación a una boda, esta vez en Inglaterra, pues no me sentía en condiciones de emprender un viaje semejante, a pesar de que un año antes había viajado entre Nueva York y Londres con una frecuencia regular y sin demasiados problemas. Había comenzado a sentir que nadie podía amarme y que jamás me involucraría afectivamente con nadie, y no tenía el más mínimo deseo sexual. Tampoco tenía apetito, de modo que comencé a alimentarme de forma irregular. Mi analista decía que todavía estaba bajo los efectos de la depresión, y yo empezaba a cansarme de esa palabra y de mi analista. Le dije que no estaba trastornado, pero que temía volverme loco, y le pregunté si pensaba que terminaría dependiendo de los antidepresivos. Ella me respondió que evitar el uso de fármacos era un signo de valentía, y que sin duda superaríamos la situación. Esa conversación fue la última que inicié, y aquellos fueron, durante mucho tiempo, mis últimos sentimientos.

La depresión mayor puede distinguirse por varios aspectos —la mayoría de los cuales se relacionan con un estado de ensimismamiento, aunque la depresión atípica con excitación puede manifestarse a través de una intensa negatividad más que de una notable pasividad— y, por lo general, es fácil de reconocer: altera el sueño, los apetitos y la energía; aumenta la sensibilidad al rechazo y puede acompañarse de una pérdida de la confianza en sí mismo y del amor propio. Al

parecer, este trastorno depende tanto de las funciones hipotalámicas que regulan el sueño, los apetitos y la energía como de las corticales (que explican la experiencia en una filosofía de vida y una visión del mundo).⁵ La depresión que se presenta dentro del contexto de la enfermedad maníaco-depresiva, o trastorno bipolar, está determinada en mayor medida por factores genéticos (alrededor del 80 por ciento) que la depresión estándar (entre el 10 y el 50 por ciento);⁶ aunque en general responde mejor al tratamiento, es más difícil controlarla, sobre todo porque los medicamentos antidepresivos pueden desencadenar la fase maníaca o de excitación. El mayor peligro de la enfermedad maníaco-depresiva consiste en la posibilidad de aparición de lo que se ha dado en llamar estados mixtos, en los cuales el sujeto está maníacamente deprimido, es decir, experimenta de forma activa sentimientos negativos y les concede excesiva importancia, determinando un estado propicio al suicidio. Esta situación también puede provocarla la medicación antidepresiva si no se la complementa con estabilizadores del estado de ánimo, que son parte indispensable en el tratamiento clínico del trastorno bipolar.⁷ La depresión puede ser inhibitoria o atípica con excitación. En la primera, una persona no tiene ganas de hacer nada; en la segunda, tiene ganas de matarse. Una crisis constituye un paso hacia la locura; es, utilizando una metáfora de la física, un comportamiento atípico de la materia determinado por variables ocultas. También es la expresión de un proceso acumulativo: tanto si el individuo los percibe como si no, los factores que conducen a una crisis depresiva se van sumando a lo largo de los años, por lo general durante toda la vida. En la vida siempre hay motivos para desesperarse, pero algunas personas se acercan demasiado al límite y otras se las arreglan para soportar la tristeza en un lugar seguro y lejos de los precipicios. Una vez que se traspasa el límite, todas las reglas cambian. Todo lo que estaba escrito en tu propia lengua ahora lo está en chino; todo lo que era rápido, ahora es lento; el sueño reparador permite ver el mundo con nitidez, mientras que el insomnio es una secuencia de imágenes inconexas y sin sentido. En la depresión uno siente que sus sentidos lo abandonan. «Hay un momento en el que de súbito uno siente que la química se ha desvanecido —me dijo una vez Mark Weiss, un amigo depresivo—. Mi respiración cambia, mi aliento apesta y mi orina tiene un olor repugnante. Me miro al espejo y mi cara está estropeada. Cuando ese momento llega, lo advierto claramente.»

Cuando tenía tres años decidí que quería ser novelista. Desde entonces había deseado publicar una novela. Cuando cumplí los treinta se publicó mi primera novela; había programado una gira promocional, pero la idea comenzó a resultarme odiosa. Un buen amigo se ofreció a organizar una fiesta de presentación

del libro el día 11 de octubre. A mí me encantan las fiestas y los libros, y sabía que debería haberme sentido feliz, pero de hecho estaba demasiado decaído para invitar a mucha gente, y demasiado cansado para atender a los invitados durante la fiesta. Las funciones de la memoria y las afectivas se hallan distribuidas por todo el cerebro, pero los sistemas corticofrontal y límbico son fundamentales para ambas, y cuando se altera el sistema límbico, que controla las emociones, también queda afectada la memoria. De esa fiesta solo recuerdo imágenes borrosas y colores desteñidos: comida gris, gente ocre, y una luz turbia en los salones. Recuerdo que sudé de manera horrible durante todo el tiempo, y que me moría de ganas de marcharme de allí. Atribuí lo que me ocurría al estrés, ya que estaba decidido a guardar las apariencias, un impulso que habría de serme muy útil. Nadie pareció notar nada extraño y salí airoso de la velada.

Esa noche, cuando llegué a casa, empecé a sentir miedo. Me tumbé en la cama y me abracé a la almohada.

Durante las siguientes dos semanas y media las cosas empeoraron. Poco antes de cumplir treinta y uno me desmoroné; de hecho, todo mi sistema de vida se derrumbaba. En ese tiempo no estaba saliendo con nadie. Mi padre se había ofrecido a organizarme una fiesta de cumpleaños y habíamos acordado que iríamos a uno de mis restaurantes favoritos con cuatro de mis mejores amigos, pero yo no podía soportar esa idea. El día anterior a mi cumpleaños salí de casa una sola vez para hacer una compra, y cuando volvía de la tienda perdí repentinamente el control de mis intestinos y me lo hice encima. Podía sentir cómo la mancha se esparcía mientras apretaba el paso, y cuando llegué a casa solté la bolsa de la compra, corrí al cuarto de baño, me quité la ropa y me metí en la cama.

Esa noche no dormí mucho, y al día siguiente no pude levantarme. Sabía que no podía ir a ningún restaurante. Quería llamar a mis amigos y suspender la cena, pero no podía. Estaba tendido en la cama, muy quieto, pensando en el acto de hablar e intentando explicarme cómo debía hacerlo. Movía la lengua, pero no emitía ningún sonido: había olvidado cómo se habla. Entonces comencé a llorar, pero sin lágrimas, y aquel llanto solo era una suerte de estremecimiento incoherente. Estaba de espaldas y quise darme la vuelta, pero tampoco recordaba cómo se hacía. Intenté reflexionar sobre ello, pero los movimientos me parecieron una tarea ciclópea. Pensé que tal vez había sufrido un ataque y comencé a llorar de nuevo. Alrededor de las tres de la tarde logré levantarme e ir al cuarto de baño, y regresé a la cama temblando. Por suerte mi padre telefoneó y yo conseguí responder. «Debes suspender lo de esta noche», dije con voz trémula. «¿Cuál es el problema?», me preguntó varias veces. Pero yo no lo sabía.

Cuando uno tropieza o resbala, hay un momento, antes de poder adelantar las manos para amortiguar la caída, en el que uno siente que el suelo se aproxima de forma vertiginosa y no puede evitar una ráfaga de terror que apenas dura una fracción de segundo. Yo me sentía así hora tras hora. El hecho de estar angustiado en una magnitud tan extrema es algo extraño. Uno siente todo el tiempo que quiere hacer algo, que hay algún sentimiento que le resulta inalcanzable, que existe una necesidad física de apremio y malestar insoportable para los que no hay alivio, como si uno estuviera vomitando constantemente pero no tuviera boca. Con la depresión, la visión se estrecha y comienza a cerrarse; es como tratar de ver la televisión cuando hay una terrible interferencia en la emisión y uno adivina la imagen, pero en realidad no la ve. Es como si uno ni siquiera pudiera distinguir los rostros a menos que se hallaran en un primer plano. Nada posee un contorno preciso, y el aire parece espeso y resistente, como si fuera una especie de pan mojado y esponjoso. Deprimirse es como quedarse ciego: al principio la oscuridad va apareciendo de forma gradual, y poco a poco lo va envolviendo todo. Es como perder la audición: uno oye cada vez menos, hasta que se siente rodeado por un terrible silencio, y llega un momento en que no puede emitir sonido alguno para tratar de romperlo. Es como sentir que las ropas que llevamos puestas se convierten de modo paulatino en madera, y experimentar una rigidez en los codos y en las rodillas que poco a poco adquieren un peso terrible, hundiéndonos en una inmovilidad que nos aísla y nos atrofia, y que al final nos destruye.

Mi padre acudió a mi apartamento con uno de mis amigos y arrastró también a mi hermano y a su novia. Por suerte tenía llaves. Yo no había comido nada en dos días, y trataron de que probara un poco de salmón ahumado. Todos pensaban que debía de ser víctima de algún terrible virus. Comí un poco y enseguida vomité. No podía parar de llorar. Odiaba mi casa, pero no podía abandonarla. Al día siguiente me las arreglé como pude para ir hasta la consulta de mi analista. «Creo que tendré que empezar a tomar la medicación», dije, con un enorme esfuerzo para encontrar las palabras. «Lo siento», respondió ella, y llamó al psicofarmacólogo, quien dijo que me recibiría una hora más tarde. Al menos ella sabía que debíamos conseguir ayuda, por más tardía que fuese a esas alturas. Conozco un psicoanalista a quien, en los años cincuenta, y de acuerdo con el pensamiento de la época, su supervisor le dijo que si deseaba que un paciente comenzara a tomar medicación, debía suspender el análisis. ¿Tal vez esa era una idea anticuada que había permitido a mi analista alentarme a evitar la medicación? ¿O quizá ella se dejó engañar por las apariencias y creyó realmente que yo estaba luchando por recuperarme? Nunca lo sabré.

El psicofarmacólogo parecía salido de una película de psiquiatras: las

paredes de su consulta estaban revestidas de un papel sedoso de un color mostaza desteñido y adornadas con unos anticuados candelabros, y había montañas de libros con títulos como *Addicted to Misery* (Adictos al sufrimiento) y *Suicidal Behavior: The Search for Psychic Economy* (La conducta suicida: En busca de la economía psíquica). Tenía más de setenta años, fumaba cigarros, hablaba con acento centroeuropeo y llevaba zapatillas de andar por casa. Tenía los modales elegantes de antes de la guerra y una sonrisa amable. Me hizo una rápida serie de preguntas específicas: cómo me sentía por la mañana en comparación con la tarde, si me costaba mucho reír, si sabía qué era lo que me daba miedo, si se habían modificado mis horarios de sueño y mis apetitos. Intenté responderle de la forma más coherente posible. «Bien, bien —dijo con tranquilidad mientras yo le revelaba mis horrores—. Muy clásico, por cierto. No se preocupe, pronto estará bien.» Me recetó Xanax, y luego rebuscó en un cajón hasta que encontró una caja de Zoloft. Me dio instrucciones muy precisas sobre cómo empezar a tomarlo. «Vuelva mañana —dijo con una sonrisa—. El Zoloft no le hará efecto hasta que pase un tiempo. El Xanax le aliviará la angustia enseguida. No se preocupe por los efectos adictivos y todas esas cosas, no son su problema en este momento. Una vez que hayamos reducido en alguna medida la angustia podremos ver con más claridad la depresión y ocuparnos de ella. Quédese tranquilo, el conjunto de síntomas que usted presenta es muy normal.»

Al día siguiente me mudé al apartamento de mi padre. Él ya tenía casi setenta años, y a la mayoría de los hombres de esa edad les resulta bastante difícil tolerar cambios drásticos en sus hábitos cotidianos. La actitud de mi padre no fue encomiable solo por su generosa devoción, sino también por su flexibilidad mental y espiritual, que le permitió comprender que él podía ser mi punto de apoyo en un momento tan difícil para mí; y por su coraje, que lo ayudó a convertirse en ese punto de apoyo. Iba a buscarme a la consulta y me llevaba de regreso a su casa. Allí yo no tenía mi ropa, pero en realidad no la necesité, pues durante la siguiente semana casi no pude salir de la cama. Por el momento mi única sensación era el pánico, que el Xanax aliviaba si tomaba la dosis adecuada, pero al mismo tiempo esta dosis era suficiente para hundirme por completo en un sueño profundo, espeso, confuso y plagado de sueños. Los días transcurrían del mismo modo: me despertaba sabiendo que experimentaba un pánico tremendo, y lo único que deseaba era tomar la medicación suficiente para volver a dormirme; y quería dormir hasta sentirme bien. Cuando despertaba, algunas horas después, necesitaba más píldoras para dormir. Matarme, como vestirme, era un plan demasiado sofisticado para que pudiera abrirse paso en mi mente, de modo que no pasaba mis horas imaginando cómo hacer algo así. Lo único que deseaba era que «aquello» cesara, aunque ni siquiera podía definir qué era «aquello». Tampoco podía decir

demasiado; las palabras, con las que yo siempre había estado tan familiarizado, me parecían de pronto muy complejas, metáforas difíciles cuyo uso requería mucha más energía de la que yo disponía. «La melancolía desemboca en una pérdida de significación. ... Enmudezco y muero», escribió en una ocasión Julia Kristeva.⁸ «Las personas melancólicas se sienten extranjeras en su lengua materna. La lengua muerta con la que se expresan presagia su suicidio.» La depresión, como el amor, es rica en clichés, y es difícil hablar de ella sin caer en la retórica de los anuncios publicitarios de la sacarina; resulta tan vívida cuando se la experimenta que es absolutamente imposible suponer que los otros hayan conocido algo similar. La descripción que hizo Emily Dickinson de lo que se experimenta en una crisis es tal vez la más elocuente que se haya escrito nunca:⁹

*Sentí un funeral, en mi cerebro,
y los dolientes de aquí para allá
caminando —y caminando—, hasta que pareció
que el sentido se abría paso.
Y cuando todos estuvieron sentados,
un oficio, como un tambor, batiendo —y batiendo—, hasta que pensé
que mi mente se entumecía.
Entonces oí que levantaban un cajón
y el crujido me atravesó el alma
con esas mismas botas de plomo, otra vez,
entonces el espacio empezó a tañer
como si los cielos fuesen una campana,
y el ser, solo un oído,
y yo, y el silencio, una extraña raza
naufrajada, solitaria, aquí.*

Y entonces una tabla se rompió en la razón,

y yo me hundí, y me hundí,

y golpeé contra un mundo, y contra otro,

y terminé de entender, al fin.

En la búsqueda de la dignidad propia y la dignificación de los sufrimientos ajenos, es fácil omitir que las crisis depresivas son absurdas. Sin embargo, esa absurdidad resulta verdadera y obvia cuando uno está deprimido. En la depresión los minutos tienen un valor comparable a años; la noción del tiempo se torna artificial. Puedo recordar que yacía en mi cama, helado, llorando por el hecho de estar demasiado asustado para ducharme, y sabiendo al mismo tiempo que no hay nada que temer de una ducha. Pasaba revista a los pasos que debía dar: mueves las piernas y apoyas los pies en el suelo, te pones de pie, te diriges al cuarto de baño, abres la puerta, caminas hasta el borde de la bañera, abres el grifo, te metes bajo el agua, te frotas con jabón, te aclaras, sales, te secas, vuelves a la cama. Doce pasos que a mí me sonaban tan abrumadores como si tuviera que recorrer el Via Crucis. Desde luego sabía, en términos lógicos, que ducharse es fácil, que durante años yo me había duchado todos los días, y que lo había hecho con tanta soltura y celeridad que ni siquiera se me había pasado por la cabeza pensar en ello. Sabía que aquellos doce pasos eran en realidad sencillos, y que incluso podía contar con la ayuda de alguien para efectuar algunos de ellos, y ese pensamiento me procuraba unos segundos de alivio. Sabía que era probable que pudiera arreglármelas para realizar dos o tres de aquellos pasos, y entonces, reuniendo todas mis fuerzas, me incorporaba, movía las piernas y ponía los pies en el suelo. En ese momento me sentía tan incapacitado y asustado que me daba la vuelta y me dejaba caer en el lecho boca abajo, con los pies todavía en el suelo. En ocasiones rompía a llorar, no solo por lo que no podía hacer, sino por el hecho de que el no poder hacerlo me parecía algo decididamente estúpido. En todo el mundo había gente que se estaba duchando. ¿Por qué yo no podía ser uno más? Después pensaba que todas aquellas personas también tenían familias, trabajos, cuentas bancarias, pasaportes, planes para ir a cenar fuera y problemas, problemas reales: cáncer, hambre, tal vez debían soportar la muerte de un hijo, y padecían soledad y aislamiento o experimentaban fracasos. Comparados con los de ellos, mis problemas eran insignificantes, salvo por el hecho de no poder darme la vuelta hasta que algunas horas más tarde, cuando llegaban mi padre o un amigo, me ayudaban a levantar los pies para que volviera a ponerlos sobre la cama. A esas alturas, la idea de ducharme había llegado a resultarme estúpida y poco realista,

me sentía aliviado solo por haber podido levantar los pies y me limitaba a yacer en la seguridad de la cama y a sentirme ridículo.

A veces, en alguna parte recóndita de mi ser, me reía en silencio de esa ridiculez, y creo que mi capacidad para percibirla fue lo que hizo posible mi recuperación. Siempre oí una voz interior, serena y clara, que me decía: «No seas tan llorón, no hagas melodramas. Quítate la ropa, ponte el pijama y métete en la cama. Y por la mañana levántate, vístete y ponte a hacer lo que se supone que debes hacer». Oía esta voz todo el tiempo, una voz parecida a la de mi madre, y sentía tristeza, y una terrible soledad cuando contemplaba lo que había perdido. «¿Alguien se preocupaba —no digo ya en el mundo de la cultura, sino cualquier persona aunque solo fuese mi dentista— por el hecho de que yo hubiera abandonado la lucha?», escribió Daphne Merkin en un ensayo autobiográfico acerca de su depresión. «¿Alguien estaría apenado por mí si nunca regresara, si nunca volviera a ocupar mi lugar?»¹⁰

Cuando llegaba la noche estaba en condiciones de levantarme. Por lo general, la depresión tiene su propio ritmo circadiano, de modo que se incrementa durante el día, pero a la mañana siguiente ha vuelto a reducir su intensidad. Durante la cena me sentía incapaz de comer, pero lograba levantarme y sentarme en el comedor con mi padre, que suspendía todos sus compromisos para quedarse conmigo. También podía hablar sin dificultad, e intentaba explicarle a él lo que me sucedía. Él asentía con la cabeza, me aseguraba de manera rotunda que mejoraría y trataba de conseguir que yo comiera; incluso cortaba mi comida. Yo le decía que no me diera de comer en la boca, que no tenía cinco años, pero cuando me resultaba imposible ensartar un trozo de cordero con el tenedor, él lo hacía por mí. Entretanto, me recordaba que cuando era pequeño me daba de comer en la boca y me hacía prometer, en tono de broma, que yo le cortaría los trozos de cordero cuando él fuera viejo y hubiera perdido sus dientes. Se había puesto en contacto con algunos de mis amigos y otros me habían telefoneado por propia iniciativa, y después de la cena yo solía sentirme lo suficientemente bien como para responder sus llamadas. A veces alguno de ellos me visitaba después de cenar. Contra todo lo que podía esperarse, muchas noches incluso podía ducharme antes de irme a dormir. Un trago apurado de agua después de haber cruzado un desierto no me habría resultado tan delicioso como aquel triunfo y esa sensación de estar limpio. Antes de acostarme, ya bajo los efectos del Xanax, pero todavía despierto, bromeaba al respecto con mi padre y mis amigos, y en la habitación se podía palpar esa rara intimidad que inspira la enfermedad. Algunas veces lo que sentía me superaba y rompía de nuevo a llorar. Era el momento de apagar las luces y volver a dormir. En ocasiones, algún amigo muy íntimo se sentaba junto a mi lecho

hasta que yo me dormía, y una de mis amigas solía tomarme la mano mientras me cantaba nanas. Algunas noches mi padre me leía párrafos de libros que me había leído de niño. Yo trataba de disuadirlo. «Hace dos semanas publiqué mi novela — le decía—. Trabajaba doce horas, y algunos días asistía después a cuatro fiestas en una noche. ¿Qué ha sucedido?» Mi padre me aseguraba, con el rostro iluminado, que pronto estaría en condiciones de construirme un helicóptero con una rosquilla y viajar a Neptuno, ya que tenía muy claro que mi vida real, la que había vivido antes, había finalizado de forma definitiva. De vez en cuando el pánico se reducía durante unos breves minutos, y luego emergía una tranquila desesperación. Todo era tan inexplicable que desafiaba la lógica, y era diabólicamente vergonzoso decirle a la gente que estaba deprimido, cuando mi vida parecía estar llena de tantas cosas buenas, y amor, y bienestar material. Salvo para mis mejores amigos, para el resto de mis conocidos yo había contraído un «oscuro virus tropical» que «debo de haberme contagiado el verano pasado, en un viaje». La cuestión de tragar el bocado de cordero se convirtió en emblemática. Una amiga poeta, Elizabeth Prince, escribió:¹¹

La noche,

pesada, terminaba: era

Nueva York y era julio.

Yo estaba en mi cuarto, oculto,

y odiaba tener que tragar.

Más adelante leí, en el diario de Leonard Woolf,¹² su descripción de las depresiones de Virginia: «De haber dependido de ella, no habría vuelto a comer nunca más y, poco a poco, habría muerto de hambre. Era en extremo difícil lograr que comiera lo suficiente para mantenerla fuerte y sana. Un cierto sentimiento de culpa, cuyo origen y naturaleza precisa nunca pude descubrir, impregnaba sin cesar el estado de locura en el que estaba inmersa. Pero estaba particularmente vinculado, y de una manera peculiar, con la comida y el acto de comer. En la primera etapa de la depresión, la fase aguda y suicida, solía permanecer sentada durante horas, abrumada por una melancolía desesperada, sin decir una palabra ni responder cuando se le hablaba. Cuando llegaba la hora de comer, no prestaba la más mínima atención al plato de comida que tenía delante. Normalmente yo podía inducirla a ingerir algún bocado, pero era un proceso terrible. Cada comida nos llevaba una o dos horas; tenía que sentarme junto a ella, ponerle una cuchara o un

tenedor en la mano, y pedirle una y otra vez con gran serenidad que comiera y, al mismo tiempo, tocarle el brazo o la mano. Cada cinco minutos, más o menos, se llevaba de modo automático una cucharada a la boca».

Cuando estamos sufriendo una depresión se nos dice de modo constante que nuestro juicio está comprometido, pero parte de la depresión consiste en que afecta el área cognitiva. El hecho de que uno esté sufriendo una crisis no implica que su vida no sea un caos. Si hay temas que uno ha logrado rodear o evitar durante años, en ese momento vuelven a aparecer y se plantan frente a uno, y un aspecto de la depresión es la profunda convicción de que los médicos que intentan tranquilizarnos y nos aseguran que nuestro juicio es incorrecto, están equivocados, porque uno se halla en contacto con el horror real de su vida. Uno puede llegar a aceptar racionalmente este horror con posterioridad, después de que la medicación haya empezado a hacer efecto, y estará en mejores condiciones de enfrentarse a él, pero no de liberarse. Cuando uno está deprimido, el pasado y el futuro quedan por completo absorbidos por el presente, como ocurre en el mundo de un niño de tres años. Uno no puede recordar un tiempo en el que se haya sentido mejor, al menos no con claridad; y, además, no puede imaginar un futuro en el que se sentirá mejor. Estar desquiciado, incluso de forma profunda, es una experiencia temporal, mientras que la depresión es atemporal. Una crisis nos coloca en una situación en la que carecemos de perspectiva.

Son muchas las cosas que ocurren durante un episodio depresivo.¹³ Se producen cambios en la función de los neurotransmisores, en la función sináptica; aumento o disminución de la excitabilidad entre las neuronas; alteraciones en la expresión genética; hipo o hipermetabolismo del córtex frontal; incremento de los niveles de liberación de hormonas tiroideas; interrupción de la función de las amígdalas y posiblemente del hipotálamo (áreas localizadas en el cerebro); alteración de los niveles de melatonina (una hormona que la glándula pineal elabora a partir de la serotonina); incremento de la prolactina (el aumento del lactato en individuos con propensión a la angustia desencadena ataques de pánico); disminución de la temperatura corporal las veinticuatro horas; distorsión de la secreción de cortisol las veinticuatro horas; interrupción del circuito que vincula el tálamo, los ganglios basales y los lóbulos frontales (centros localizados en el cerebro); aumento del flujo sanguíneo en el lóbulo frontal del hemisferio dominante; disminución del flujo sanguíneo en el lóbulo occipital (donde se hallan los centros de la visión); reducción de las secreciones gástricas. Es difícil organizar todos estos fenómenos y determinar cuáles de ellos son causa de la depresión, cuáles son síntomas de la misma, y cuáles son simplemente contingentes. Se podría pensar que el aumento en los niveles de TRH (hormona liberadora de tirotrópina)

significa que el TRH provoca sentimientos desagradables; pero de hecho la administración de altas dosis de TRH puede constituir un tratamiento temporalmente eficaz contra la depresión y, de hecho, el organismo comienza a producir TRH durante la depresión debido a sus propiedades antidepresivas. No obstante, en términos generales el TRH carece de efectos antidepresivos, pero puede utilizarse como tal después de un episodio depresivo mayor, porque el cerebro, pese a que en esas circunstancias se enfrenta a una multitud de problemas, también se torna en extremo sensible a todo aquello que contribuye a resolver dichos problemas.¹⁴ Las células cerebrales modifican sus funciones con facilidad, y durante un episodio depresivo la proporción entre los cambios patológicos (que provocan la depresión) y los adaptativos (que la combaten) determinan si uno sigue enfermo o se recupera. Si una persona toma medicamentos que refuerzan los factores adaptativos en una magnitud suficiente como para eliminar de forma definitiva los patológicos, queda liberada del ciclo y su cerebro puede reanudar sus rutinas habituales.

Cuantos más episodios se produzcan, más alta es la probabilidad de que se repitan, en general el último suele ser peor que el anterior, y los períodos entre uno y otro son cada vez más breves.¹⁵ Este incremento de la frecuencia ofrece una pista acerca de cómo actúa la enfermedad. El inicio de una depresión suele estar vinculado con acontecimientos que la desencadenan, uno de los cuales puede ser una tragedia. Las personas con predisposición genética a desarrollar una depresión son, como ha señalado Kay Jamison —una psicóloga carismática cuyos textos, académicos y populares, han contribuido en gran medida a cambiar el modo de concebir los trastornos del estado de ánimo—, «como un montón de leña seca y quebradiza expuesto a las inevitables chispas que esparce la vida».¹⁶ Llega un momento en que las repeticiones se independizan de las circunstancias. Si uno estimula a un animal todos los días para que sufra convulsiones, con el tiempo estas comenzarán a presentarse de modo automático; el animal seguirá sufriendolas cada día aunque desaparezcan los estímulos.¹⁷ De una manera muy semejante, el cerebro que ha sido afectado algunas veces por la depresión seguirá retornando a ella una y otra vez. Esto implica que la depresión, aunque haya sido provocada por un estímulo externo, termina por modificar la estructura y también la bioquímica del cerebro. «De modo que no es una enfermedad tan benigna como solíamos suponer —explica Robert Post, jefe de la División de Psiquiatría Biológica del Instituto Nacional de Salud Mental—. Tiende a repetirse y a convertirse en una carrera cuesta abajo, y por eso, ante la aparición de varios episodios deberíamos considerar la aplicación de un tratamiento preventivo a largo plazo a fin de evitar sus horribles consecuencias.» Kay Jamison suena como alguien que golpea la mesa al hablar: «La depresión no es algo inocuo. Sabemos que, además de ser un estado

por lo general lamentable, espantoso y no constructivo, también mata; no solo a través del suicidio, sino también porque aumenta el riesgo de enfermedad cardíaca, disminuye las respuestas inmunes, y así constantemente». A menudo los pacientes sensibles a la medicación dejan de serlo si pasan por ciclos alternativos en los que primero la toman por un tiempo y luego dejan de hacerlo. Cada vez que ocurre un nuevo episodio, el riesgo de que la depresión se convierta en crónica e inevitable aumenta en un 10 por ciento. «Es algo semejante a lo que ocurre con un cáncer incipiente muy sensible a los medicamentos, pero que una vez que hace metástasis, deja de serlo —explica Post—. Si uno sufre demasiados episodios, sus procesos bioquímicos empeoran, es posible que de forma permanente. Llegado este punto, muchos terapeutas todavía siguen anclados en una perspectiva errónea. Si el episodio se desencadena de manera automática, ¿de qué sirve preocuparse por el factor que provocó el proceso por primera vez? Es demasiado tarde para eso.» Lo que está remendado continuará estándolo, y nunca volverá a ser como antes del remiendo.

Tres acontecimientos independientes, la disminución en los receptores de serotonina, el incremento de los niveles de cortisol —una hormona vinculada al estrés— y la depresión, son coincidentes. La secuencia en que se presentan es desconocida: es un enigma como el del origen del huevo y la gallina. Si se altera el sistema serotoninérgico en el cerebro de un animal, los niveles de cortisol aumentan.¹⁸ Si se incrementan los niveles de cortisol, los de serotonina parecen disminuir. Si se somete a estrés a una persona, la liberación hormonal de corticotropina aumenta y conduce a un incremento del nivel de cortisol.¹⁹ Si una persona se deprime, los niveles de serotonina bajan. ¿Qué significa esto? La sustancia de la década ha sido la serotonina, y los tratamientos que se han aplicado con más frecuencia contra la depresión en Estados Unidos son aquellos que aumentan el nivel funcional de serotonina en el cerebro. Cada vez que se incide sobre la serotonina se modifican los sistemas relacionados con el estrés y el nivel de cortisol en el cerebro. «Yo no diría que el cortisol es la causa de la depresión —dice Elizabeth Young, que trabaja en este campo en la Universidad de Michigan—, pero bien podría exacerbar un cuadro leve y dar lugar a un síndrome real.» El cortisol, una vez producido, se une a los receptores glucocorticoideos del cerebro. Los antidepresivos aumentan el número de estos receptores, que, en consecuencia, absorben el cortisol excedente. Esto es de suma importancia para la regulación del organismo en general. En realidad, los receptores glucocorticoideos activan o desactivan algunos genes, y cuando nos encontramos con que un alto nivel de cortisol actúa sobre un número relativamente pequeño de receptores, el sistema se ve obligado a trabajar en exceso. «Es como un sistema de calefacción —dice Young—. Si el termostato está en un punto señalado como corriente de aire, el

sistema no alcanzará nunca la temperatura límite y seguirá calentando, aunque en la habitación haga mucho calor. Si se agregan unos pocos sensores en distintos puntos de la habitación, se puede volver a tener el sistema bajo control.»

En circunstancias normales, los niveles de cortisol actúan conforme a reglas bastante sencillas. Según su patrón circadiano, el nivel de cortisol es elevado por la mañana (es lo que nos permite levantarnos de la cama) y va disminuyendo durante el día. En el caso de los pacientes deprimidos, el cortisol tiende a mantenerse alto a lo largo de toda la jornada. Algo funciona mal en los circuitos inhibitorios que deberían desactivar la producción de cortisol en el transcurso del día, y esto puede explicar en parte por qué la sensación de sobresalto que suele ser lo primero que sienten las personas deprimidas por la mañana, se prolonga en ellas hasta el final del día. Es posible regular la depresión concentrándose directamente en el sistema del cortisol, en lugar de trabajar con el sistema serotoninérgico. A partir de una investigación de base llevada a cabo en Michigan, investigadores de distintos lugares han tratado con ketoconazol, un medicamento que reduce el cortisol, a pacientes que mostraban resistencia al tratamiento antidepresivo: casi el 70 por ciento de ellos experimentaron una notable mejoría.²⁰ En la actualidad, el ketoconazol provoca demasiados efectos secundarios para resultar atractivo como antidepresivo, pero varios laboratorios farmacéuticos importantes están investigando medicamentos relacionados que podrían no provocar efectos secundarios negativos. No obstante, este tratamiento debe ser regulado con extremo cuidado, pues el cortisol es necesario para propiciar una reacción adecuada ante situaciones de riesgo, para los procesos suprarrenales que nos ayudan a luchar contra las dificultades, para la acción antiinflamatoria, para tomar iniciativas y transformarlas en actos y, lo más importante, para poner en marcha el sistema inmune cuando se presenta una enfermedad infecciosa.

Hace poco se han realizado estudios acerca del funcionamiento del cortisol entre babuinos y controladores aéreos.²¹ Los babuinos que habían tenido el cortisol elevado durante un lapso de tiempo prolongado tendían a la paranoia, incapaces de distinguir entre una amenaza real y una situación apenas inquietante, dispuestos a luchar de modo desesperado, como si en ellos les fuera la vida, por una banana, pese a hallarse cerca de un árbol colmado de frutas maduras. Entre los controladores aéreos, aquellos que eran psicológicamente sanos presentaban una correlación exacta entre el nivel de exigencia en el trabajo y su nivel de cortisol, mientras que en aquellos que tenían dificultades psicológicas, el cortisol subía y bajaba de forma vertiginosa y sin sentido. Cuando la correlación entre el cortisol y el estrés se ha distorsionado, uno puede ponerse histérico por las bananas y llegar a considerar que todo lo que le sucede es fuente de estrés. «Y esa es una forma de

depresión, y, desde luego, estar deprimido es estresante en sí mismo —señala Young—. Una caída en espiral.»

Una vez que un individuo ha estado sometido a un estrés suficiente como para provocar un incremento prolongado de sus niveles de cortisol, el sistema que utiliza esta hormona queda dañado, y en el futuro ya no podrá desactivarse una vez que se haya puesto en marcha. A partir de ese momento, cuando el cortisol se eleve a causa de un pequeño estímulo, tal vez después no pueda normalizarse como lo haría en circunstancias normales. Como cualquier cosa que se ha roto, el sistema del cortisol tiende a volver a romperse una y otra vez ante presiones externas cada vez menos intensas. Una persona que ha padecido un infarto de miocardio después de un gran esfuerzo físico corre el riesgo de sufrir una recaída mientras está sentada en un sillón, pues ahora su corazón está deteriorado, y a veces se rinde aunque no se lo someta a un esfuerzo excesivo.²² Lo mismo puede sucederle a la mente.

El hecho de que algo sea de orden médico no implica que carezca de orígenes psicosociales. «Mi esposa es endocrinóloga —dice Juan López, que trabaja con Young— y atiende niños con diabetes. Pues bien, aunque la diabetes es con claridad una enfermedad del páncreas, hay factores externos que influyen en ella. No solo lo que uno come sino cuán sometido se halla al estrés, por ejemplo; de modo que a los niños que viven en familias conflictivas no les cuesta nada ponerse frenéticos y, en esas circunstancias, el azúcar en la sangre enloquece. El hecho de que esto ocurra no significa que la diabetes sea una enfermedad psicológica.» En el ámbito de la depresión, el estrés psicológico se transfiere y da lugar a un cambio biológico, y viceversa. Si una persona se somete a un estrés excesivo, la CRH (factor u hormona que induce a la liberación de corticotropina) comienza a trabajar y, a menudo, ayuda a producir la realidad biológica de la depresión. Las técnicas psicológicas para evitar que el estrés sea excesivo pueden ser útiles para mantener bajos los niveles de CRH y, en consecuencia, de cortisol. «Uno tiene sus genes —dice López— y eso no se puede modificar. Pero, a veces, puede controlar el modo en que se expresan.»

En su trabajo de investigación, López se remitió a los modelos animales más sencillos.²³ «Si uno somete a una rata a un estrés enorme —dice—, la rata tendrá altos niveles de hormonas responsables del estrés. Si uno observa sus receptores de serotonina, descubre que están claramente agobiados por el estrés. El cerebro de una rata sometida a un alto grado de estrés es muy semejante al de una rata muy deprimida. Si se le administran antidepresivos que alteran los niveles de serotonina, con el tiempo su cortisol se normaliza. Es probable que algunas

depresiones estimulen la serotonina —prosigue López— y otras estén ligadas al cortisol de manera más estrecha, y la mayoría mezclan en distintas proporciones estas dos tendencias. Los cruces entre estos dos sistemas son parte de la misma fisiopatología.» Los experimentos con ratas han sido reveladores, pero la corteza prefrontal, esa región del cerebro que tenemos los humanos y que nos convierte en seres más evolucionados que las ratas, posee también innumerables receptores de cortisol, que con probabilidad están implicados en las complejidades de la depresión humana. Los cerebros de los suicidas humanos muestran niveles sumamente elevados de CRH: «Hiperniveles, como si hubieran estado bombeando esta sustancia». Sus glándulas suprarrenales son más grandes que las de las personas que mueren por otras causas, porque el alto nivel de CRH ha propiciado la dilatación suprarrenal. Las investigaciones más recientes de López indican que las víctimas de suicidio muestran una disminución significativa de los receptores de cortisol en el córtex prefrontal, lo que significa que la eliminación del cortisol en esa región no es tan rápida como debería. El paso siguiente, dice López, es observar cerebros de personas que cuando son sometidas a altos niveles de estrés pueden seguir funcionando a pesar de ello. «¿Cuál es la bioquímica del mecanismo que les permite enfrentar esta situación? —pregunta López—. ¿Cómo logran mantener esa capacidad de recuperación? ¿Cuáles son los patrones de liberación de CRH en su cerebro? ¿Qué aspecto tienen sus receptores?»

John Greden, presidente del departamento en el que trabajan López y Young, resalta los efectos a largo plazo del estrés continuo y los episodios depresivos ininterrumpidos.²⁴ Si una persona sufre demasiado estrés y sus niveles de cortisol se mantienen elevados durante un período muy prolongado, comienzan a destruirse las neuronas que deberían regular el ciclo de retroalimentación y desciende el nivel de cortisol después de haber superado el estrés. En última instancia, esto da lugar a lesiones en el hipocampo y la amígdala, una pérdida de tejido neuronal. Cuanto más tiempo se prolonga el estado depresivo, es más probable que se produzcan lesiones significativas que pueden conducir a una neuropatía periférica: la visión comienza a ser borrosa y pueden aparecer otro tipo de problemas. «Esto refleja el hecho obvio de que no solo es necesario tratar la depresión cuando se manifiesta —dice Greden—, sino también evitar que se repita. Nuestro enfoque sanitario, en este momento, es decididamente erróneo. Las personas que sufren depresión de forma repetida deben recibir medicación de modo permanente, sin interrupciones, porque más allá de lo desagradable que resulta tener que sobrevivir a múltiples y dolorosos episodios depresivos, esas personas están sufriendo estragos en su tejido neuronal.» Greden imagina un futuro en el que nuestra comprensión de las consecuencias orgánicas de la depresión pueda conducirnos a estrategias para revertirlas. «Tal vez contemos con

inyecciones de factores de crecimiento neurotrópico para ciertas regiones del cerebro que posibiliten el crecimiento y proliferación de algunos tejidos. Tal vez podamos contar con otro tipo de estímulos, magnéticos o eléctricos, que nos permitan lograr la regeneración de ciertas áreas.»

Espero que así sea, pues los medicamentos cuestan caros, no solo en términos económicos, sino también psíquicos. Es humillante tener que depender de ellos, y molesto controlar que no falten y conseguir la receta médica para poder comprarlos. Y resulta nocivo saber que sin estas intervenciones perpetuas uno no es el mismo que ha sido siempre. No estoy seguro de la razón por la cual me siento así, ya que, por ejemplo, yo utilizo lentes de contacto, sin las que soy virtualmente ciego, pero ni el hecho de depender de ellas ni el de utilizarlas me avergüenza, aunque si pudiera elegir, preferiría disfrutar de una visión perfecta. La necesidad constante de medicación me recuerda mi fragilidad e imperfección. Soy un perfeccionista, y preferiría que mis aspectos íntimos no fueran violados y permanecieran fuera del alcance de Dios.

• • •

Aunque los primeros efectos comienzan a experimentarse al cabo de aproximadamente una semana, los antidepresivos solo alcanzan plena eficacia después de seis meses.²⁵ El Zoloft me provocó un efecto espantoso, de modo que después de unas semanas mi médico lo sustituyó por Paxil. Yo no estaba demasiado entusiasmado con este último, pero parecía funcionar, y en mi caso produjo menos efectos secundarios. Solo mucho tiempo después supe que mientras el 80 por ciento de los pacientes deprimidos son sensibles a la medicación, solo el 50 por ciento lo son a la primera que se les prescribe, o, de hecho, a cualquier otra.²⁶ Entretanto, se instala un ciclo terrible: los síntomas depresivos agudizan la depresión. La soledad es deprimente, pero la depresión también provoca soledad. Si uno no puede funcionar, la vida se convierte en un caos; si uno no puede hablar y no experimenta ningún deseo sexual, y carece de vida social y amorosa, se enfrenta a situaciones depresivas de verdad. Yo me sentía mal casi de manera permanente, demasiado perturbado por todo en general como para estarlo por algo en particular; esa era la única forma en que podía tolerar las pérdidas de afecto, placer y dignidad que me provocaba la enfermedad. Además, había accedido a realizar una poco conveniente gira para la presentación de mi libro, que se iniciaría justo después de mi cumpleaños, y que me obligaría a asistir a una serie de librerías y otros lugares y enfrentarme a grupos de gente desconocida para leer en voz alta fragmentos de la novela que había escrito. Era una fórmula perfecta para el desastre, pero yo estaba decidido a realizar la gira.

Antes de la primera de las lecturas, en Nueva York, tomé un baño de cuatro horas y después un amigo que ya había librado sus propias batallas contra la depresión²⁷ me ayudó a tomar una ducha fría. No solo abrió el grifo, sino que me auxilió en tareas agotadoras para mí, como desabrocharme la camisa y desatarme los cordones de los zapatos, y permaneció en el cuarto de baño para volver a ayudarme cuando terminara. Después acudí al evento y realicé la lectura. Me daba la sensación de que tenía talco en la boca, no podía oír bien y durante todo el tiempo experimenté la sensación de estar a punto de desmayarme; pero me las arreglé y me sobrepuse a la situación. Al final otro amigo me acompañó de regreso a casa, donde permanecí tres días en cama. Ya no lloraba, y si ingería la dosis suficiente de Xanax, podía mantener la tensión bajo control. Las actividades cotidianas todavía me resultaban poco menos que imposibles, y todos los días me despertaba temprano, presa del pánico, y necesitaba varias horas para vencer el miedo y salir de la cama; no obstante, había sido capaz de obligarme a realizar una presentación pública de una o dos horas.

Por norma general la depresión aparece de manera lenta, y hay quienes logran detenerla en alguna de las distintas etapas de su desarrollo. Una trabajadora de la salud mental describió de este modo su constante lucha contra la depresión: «Nunca me abandona del todo, pero combato contra ella todos los días. Tomo medicación, y eso me ayuda, y he decidido que no me dejaré vencer. Mire, tengo un hijo que sufre esta enfermedad, y no quiero que piense que eso es un motivo para no llevar una vida normal. Me levanto todos los días y preparo el desayuno para mis hijos, y aunque en algunas ocasiones puedo seguir adelante, en otras debo volver a la cama. Cada día, cuando puedo, acudo al trabajo. Algunas veces me ausento unas horas, pero nunca he faltado un día entero por culpa de la depresión». Las lágrimas rodaban por sus mejillas mientras hablaba, pero mantenía la compostura. Continuó: «Un día de la semana pasada me desperté francamente mal. Logré levantarme, ir hasta la cocina contando mis pasos uno por uno, y abrir la nevera. Todo lo que necesitaba para preparar el desayuno estaba en el fondo de la misma, y no pude llegar tan lejos. Cuando aparecieron mis hijos yo estaba allí, de pie, inmóvil con la mirada fija en la nevera. Odio encontrarme así, sobre todo delante de ellos». Conversamos acerca de esta lucha cotidiana: «Alguien como Kay Jamison, o como usted, cuentan con mucho apoyo para atravesar este tipo de situación —dijo—. Yo estoy divorciada, ya no tengo a mis padres vivos, y no me resulta fácil hallar la salida».

Los desencadenantes de la depresión suelen ser acontecimientos vitales. «Es

mucho menos probable experimentar depresión en una situación estable que en una situación inestable», dice Melvin McGuinness, del Johns Hopkins. George Brown, de la Universidad de Londres, pionero de las investigaciones en el campo de los acontecimientos vitales,²⁸ afirma: «Nuestro punto de vista es que, en general, la depresión es en su origen antisocial. También hay una entidad patológica, pero la mayoría de la gente puede caer en una depresión mayor si se da un determinado conjunto de circunstancias. El nivel de vulnerabilidad varía, por supuesto, pero pienso que por lo menos las dos terceras partes de la población tienen un nivel suficiente de vulnerabilidad». Según las exhaustivas investigaciones que Brown ha llevado a cabo durante más de veinticinco años, los acontecimientos que amenazan seriamente la vida son responsables de desencadenar una primera depresión. Se trata de acontecimientos que implican pérdidas —de una persona que uno valora, de un rol que uno representa, o de una idea que uno tiene acerca de sí mismo—, y que alcanzan su peor expresión cuando entrañan humillación o la sensación de estar atrapado. La depresión, sin embargo, también puede ser provocada por cambios positivos. Tener un hijo, conseguir un ascenso en el trabajo o casarse pueden dar lugar a ella casi tanto como una muerte o algún otro tipo de pérdida.

Tradicionalmente se ha trazado una línea divisoria entre los modelos endógeno y reactivo de la depresión, según la cual la depresión endógena se desencadena al azar por causas internas, mientras que la reactiva aparece como respuesta inadecuada y extrema a una situación triste. Esta distinción ha perdido vigencia en la última década, en la medida en que se ha demostrado con claridad que en la mayoría de los casos se conjugan tanto factores endógenos como reactivos. Russell Goddard, de la Universidad de Yale, me relató la historia de sus batallas contra la depresión: «Tomé Asendin y quedé sumergido en la psicosis, y mi esposa tuvo que llevarme al hospital a toda prisa». Con el Dexedrine le fue mejor. Su depresión solía intensificarse ante los acontecimientos familiares. «Yo sabía que la boda de mi hijo sería emotiva —me contó—, y que todo lo emotivo, bueno o malo, me hace estallar. Quería estar preparado. Siempre había detestado la idea de la terapia electroconvulsiva, pero esta vez la acepté. No dio resultado, y cuando llegó el día de la boda, ni siquiera podía levantarme de la cama. Me destrozaba el corazón, pero la verdad es que no estaba en condiciones de presentarme en la ceremonia.» Esto somete a la familia y a las relaciones familiares a una tensión terrible. «Mi esposa sabía que ella no podía hacer nada —me explicó Goddard—. Había aprendido a dejarme tranquilo, gracias a Dios.» Pero la familia y los amigos no acostumbran a mostrar la misma actitud, porque no pueden entenderlo. Algunos son casi demasiado indulgentes, y si se trata a alguien como si estuviera incapacitado por completo, esa persona se verá a sí misma de ese modo, lo cual puede llevarla a una incapacidad real, incluso mayor de la que estaría

sufriendo. La existencia y uso de medicación ha incrementado la intolerancia social. Una vez, en un hospital, oí que una mujer decía a su hijo: «¿Tienes un problema? Toma Prozac, supéralo, y luego llámame». Fijar el nivel correcto de tolerancia es necesario, no solo para el paciente, sino también para la familia. «Las familias deben protegerse —me dijo una vez Kay Jamison— contra el contagio de la desesperanza.»²⁹

Lo que todavía no está claro es cuándo la depresión determina los acontecimientos vitales y cuándo los acontecimientos vitales desencadenan una depresión. Síndrome y síntoma se confunden y funcionan como causa el uno del otro: los malos matrimonios dan lugar a acontecimientos vitales negativos, que causan depresión, que a su vez genera relaciones negativas que determinan malos matrimonios. Según investigaciones realizadas en Pittsburgh, el primer episodio de depresión mayor suele estar estrechamente ligado a acontecimientos vitales;³⁰ el segundo, un poco menos; y cuando se producen el cuarto o el quinto episodio, dichos acontecimientos ya no desempeñan ningún papel. Brown coincide en que más allá de cierto punto, la depresión «desembarca de su propia nave» y se convierte en aleatorio y endógeno, sin vinculación alguna con los acontecimientos vitales. Aunque la mayor parte de las víctimas de la depresión han sobrevivido a ciertas situaciones características, solo una de cada cinco de las que han experimentado dichos acontecimientos desarrolla una depresión. Lo que está claro es que el estrés incrementa las tasas de depresión. El estrés más importante es el que se asocia con la humillación, y el que le sigue en importancia es el relacionado con las pérdidas. La mejor defensa para las personas con vulnerabilidad biológica es un matrimonio «lo suficientemente bueno», que asimile las humillaciones externas y las minimice. «Lo psicosocial produce cambios biológicos —reconoce Brown—. La cuestión es que, en el inicio, la vulnerabilidad debe ser desencadenada por acontecimientos externos.»

Muy poco antes de iniciar mi gira de lecturas comencé a tomar Navane, un antipsicótico con efectos ansiolíticos que, esperábamos, me permitiría ingerir Xanax con menos frecuencia. Mis siguientes compromisos me llevarían a California, adonde pensaba que no podría ir, ya que sabía que no podría hacerlo solo. Al final me llevó mi padre. Mientras yo estaba en medio de la nebulosa en la que me sumía el Xanax, él me subió y me bajó del avión, y después me condujo al hotel. Yo estaba casi dormido por efecto del medicamento, pero en este estado pude al menos afrontar estos cambios, que una semana antes me habrían parecido insuperables. Sabía que cuantas más cosas pudiera hacer, menos deseos tendría de

morir, así que me parecía importante realizar el viaje. Cuando llegamos a San Francisco me metí en la cama y dormí alrededor de doce horas. Después, durante la cena, sentí de pronto que el malestar había desaparecido. Nos sentamos en el enorme y acogedor comedor de nuestro hotel y yo elegí mi cena. Había pasado muchos días en compañía de mi padre, pero yo no tenía ni idea de lo que había estado sucediendo en su vida, solo lo que ocurría en la mía. Esa noche hablamos como si acabáramos de reencontrarnos después de varios meses sin vernos. Cuando subimos a la habitación nos quedamos charlando hasta tarde, y cuando al fin me fui a la cama, me hallaba casi en un estado de éxtasis. Comí algunos dulces que encontré en el minibar, escribí una carta, leí algunas páginas de una novela que había traído conmigo y me corté las uñas. Estaba listo para enfrentarme al mundo.

A la mañana siguiente me sentí peor que nunca. Mi padre me ayudó a levantarme y abrió el grifo de la ducha. Intentó que comiera algo, pero yo estaba demasiado asustado para masticar nada, de modo que apenas pude tomar un poco de leche, pero estuve a punto de vomitar varias veces. Lo que me agobiaba era una mezcla de tristeza y desolación, como la que uno sentiría si se le cayera al suelo un objeto valioso y se hubiera hecho trizas. Hoy, un cuarto de miligramo de Xanax me induce a dormir doce horas; aquel día tomé ocho miligramos y me hallaba tan ansioso que cuando me sentaba no podía quedarme quieto. Por la noche me sentí mejor, pero no mucho. Así es una crisis en esa etapa: un paso adelante, dos pasos atrás, dos pasos adelante, un paso atrás. Pasos de boxeador, por así decirlo.

Durante el período siguiente los síntomas comenzaron a disiparse. Me sentía mejor desde más temprano, durante más tiempo y con mayor frecuencia, y pronto pude alimentarme por mí mismo. Es difícil explicar el carácter de mi incapacidad tal como se presentaba en ese momento, pero era en cierto modo como si yo imaginara que era muy viejo. Mi tía abuela Beatriz estaba espléndida a los noventa y nueve años, porque todavía se levantaba y se vestía todos los días, y si hacía buen tiempo, caminaba hasta ocho calles. Todavía se preocupaba por su ropa y le agradaba hablar por teléfono durante horas. Recordaba los cumpleaños de todos sus conocidos y, de vez en cuando, almorzaba fuera de casa. Cuando uno sale de la depresión se halla en el punto en el que se levanta y se viste todos los días. Si hace buen tiempo, uno puede dar un paseo, y tal vez incluso ir a almorzar. Y habla por teléfono. La tía Bea no se quedaba sin aliento cuando terminaba uno de sus paseos; caminaba despacio, pero disfrutaba de la caminata y del aire libre. Ahora bien, cuando uno se encuentra en esa etapa en la que está saliendo de la depresión, el hecho de sentirse perfectamente normal durante el almuerzo no significa que uno esté mejor en general, del mismo modo que el hecho de que la tía

Bea caminar ocho calles no significaba que fuera la bailarina incansable que había sido a los diecisiete años.

Las crisis no se superan ni con rapidez ni con facilidad; todo sigue siendo inestable y vacilante; y aunque algunos de los síntomas de la depresión parecían intensificarse, sufrí una reacción adversa desafortunada y anormal al Navane. Tres semanas después de haber comenzado a tomarlo, empecé a perder la capacidad de mantenerme erguido. Caminaba unos minutos y enseguida debía echarme, empujado por una necesidad incontrolable, del mismo modo que no se puede controlar la necesidad de respirar. Cuando me dirigía a realizar una presentación pública de mi novela, por ejemplo, debía aferrarme al estrado, y al encontrarme en la mitad de la lectura empezaba a saltarme párrafos a fin de llegar cuanto antes al final. Cuando terminaba, me sentaba en una silla y me aferraba al asiento, y en cuanto abandonaba la sala, a veces con el pretexto de ir al cuarto de baño, volvía a echarme y descansar. No tenía idea de lo que estaba ocurriendo. Recuerdo haber salido a dar un paseo con una amiga por el campus de Berkeley después de que ella sugiriera que el contacto con la naturaleza me haría bien. Caminamos unos minutos y yo empecé a sentirme cansado; sin embargo, me esforcé por continuar, pues consideraba que el buen tiempo y el aire libre ejercerían en mí un efecto benéfico, ya que durante las últimas cincuenta horas había permanecido en la cama. Desde que había reducido de manera drástica la dosis de Xanax para evitar dormir esa cantidad de horas seguidas, experimentaba otra vez una angustia insondable. Si usted nunca ha sentido angustia, piense en lo opuesto a la sensación de paz. En ese momento, la paz interna y la externa no existían en mi vida.

En muchos casos la depresión conlleva síntomas de angustia. Es posible considerar la ansiedad y la depresión por separado, pero según James Ballenger, de la facultad de medicina de la Universidad de Carolina del Sur, un destacado experto en materia de ansiedad, «son hermanas gemelas». George Brown ha dicho de forma sucinta: «La depresión es una reacción a las pérdidas del pasado, y la angustia es una reacción a las pérdidas del futuro». Santo Tomás de Aquino afirmó que el miedo guarda la misma relación con la tristeza que la esperanza con el placer;³¹ o, dicho de otro modo, que la angustia es la precursora de la depresión. Yo experimentaba tanta ansiedad cuando estaba deprimido, y me sentía tan deprimido cuando estaba ansioso, que llegué a pensar que la tristeza y el miedo son inseparables. La angustia no es paranoia; las personas que sufren trastornos de ansiedad valoran su lugar en el mundo tanto como las personas que no los padecen. Lo que cambia en la ansiedad es cómo se siente uno con respecto a esa valoración. Alrededor de la mitad de los pacientes que sufren trastornos de ansiedad puros desarrollan una depresión mayor en un lapso no mayor de cinco

años. En la medida en que están determinadas genéticamente, la depresión y la ansiedad comparten un mismo conjunto de genes, vinculados a los del alcoholismo.³² La depresión exacerbada por la angustia exhibe una tasa de suicidios más elevada que la simple depresión, y la recuperación es más difícil. «Sufrir ataques de pánico un día tras otro —dice Ballenger— pondría de rodillas al mismísimo Aníbal. La persona queda destruida, echada en la cama, sin poder abandonar la posición fetal.»

Entre el 10 y el 15 por ciento de los estadounidenses padecen algún tipo de trastorno de ansiedad.³³ Los científicos consideran que el *locus coeruleus* del cerebro controla tanto la producción de noradrenalina como el intestino delgado, y debido a ello, al menos la mitad de los pacientes con trastorno de ansiedad sufren también el síndrome del intestino irritable; y cualquiera que haya pasado por una angustia intensa de verdad sabe con qué celeridad el alimento puede atravesar el aparato digestivo. En la ansiedad intervienen tanto la noradrenalina como la serotonina. «En dos de cada tres casos influyen también acontecimientos vitales, y siempre se presenta una pérdida de seguridad», dice Ballenger. Alrededor de un tercio de los ataques de pánico, endémicos en ciertos cuadros de depresión, se producen mientras la persona duerme, durante la etapa delta o de sueño profundo, en la que no se sueña.³⁴ «En realidad, el trastorno de pánico es desencadenado por cosas que nos ponen nerviosos a todos —afirma Ballenger—. Cuando estas personas se curan es como si volvieran a un estado de ansiedad normal.» El trastorno de pánico es en realidad un trastorno de grado. Caminar en medio de una multitud, por ejemplo, en cierta forma genera ansiedad a cualquiera, incluso aunque no sufra un trastorno de ansiedad; pero si lo padece, la experiencia puede ser aterradora hasta lo increíble. Todos tomamos precauciones cuando vamos a cruzar un puente —queremos saber si soportará el peso, si será seguro—, pero para una persona con trastorno de ansiedad, cruzar un sólido puente de acero que ha soportado durante décadas un tráfico incesante puede ser tan pavoroso como podría ser para cualquiera de nosotros cruzar el Gran Cañón sobre una cuerda floja.

Cuando estaba en el punto más crítico de mi angustia salí con mi amiga de Berkeley a hacer un poco de ejercicio, y caminamos sin descanso hasta que ya no pude seguir. Estaba vestido de modo impecable, pero en ese momento no pude hacer otra cosa que echarme en el suelo lleno de barro. «Venga, al menos siéntate en un tronco», me dijo ella. Yo estaba paralizado. «Déjame aquí, por favor», respondí, y sentí ganas de echarme a llorar de nuevo. Estuve una hora tirado en aquel lodazal, notando cómo el agua se iba filtrando en la tierra, y luego mi amiga prácticamente me arrastró hasta el coche. Aquellos mismos nervios que en algún momento parecían hallarse a flor de piel, ahora semejaban estar revestidos de

plomo. Sabía que era un desastre, pero ese conocimiento no significaba nada. Sylvia Plath escribió en *La campana de cristal*, una maravillosa evocación de su propia crisis: «No lograba reaccionar. No podía moverme y me sentía totalmente vacía, como debe de sentirse el ojo de un huracán, y me movía torpemente en medio del bullicio que me rodeaba». ³⁵ Yo sentía que mi cabeza se hallaba encerrada en una pieza de acrílico, como una de esas mariposas atrapadas para siempre en la espesa transparencia de un pisapapeles.

Realizar aquellas presentaciones públicas de mi novela fue la empresa más difícil de mi vida; más que cualquier otro desafío al que haya tenido que enfrentarme nunca. La promotora que había organizado la gira me acompañó durante más de la mitad de las presentaciones y se ha convertido desde entonces en una entrañable amiga. Mi padre me acompañó en muchos de los viajes, pero cuando no estábamos juntos me llamaba por teléfono varias veces al día, y algunos de mis mejores amigos se hicieron cargo de mí, de modo que nunca me encontraba solo. Por supuesto, yo no era un compañero divertido; y aunque ese profundo amor y la certeza de contar con él, no fueron en sí mismos la causa de mi recuperación, es obvio que sin ellos no habría encontrado nada en mí que me diera fuerzas para enfrentar esa gira, y solo hubiera hallado algún lugar en el bosque en el que echarme, y en el cual me habría quedado hasta morir congelado.

El terror se disipó en el mes de diciembre, ignoro si debido a que los medicamentos comenzaron a hacer efecto o porque la gira ya había terminado. Al final había cancelado solo una presentación, y entre el día 1 de noviembre y el 15 de diciembre me las había arreglado para visitar once ciudades. Había experimentado algunos atisbos de lucidez en medio de la depresión, como cuando se despeja la bruma. Jane Kenyon, una poeta que sufrió depresión severa durante gran parte de su vida, ha escrito acerca del momento en que aparece:

Con el asombro

y la amargura de alguien que ha sido perdonado

por un crimen que no cometió

regreso al matrimonio y los amigos,

a las rosadas malvas; regreso

a mi escritorio, mis libros, y mi silla. ³⁶

Así pues, el 4 de diciembre me dirigí andando hasta la casa de un amigo, en el West Side, donde pasé una velada muy agradable. Durante las semanas siguientes, lo que me daba placer no eran los buenos momentos, sino el hecho de que ocurrieran. Durante Navidad y Año Nuevo me encontraba bastante bien y actué como si hubiera vuelto a ser yo mismo. Había adelgazado alrededor de siete kilos, y comenzaba a ganar peso otra vez. Mi padre y todos mis amigos me felicitaron por mis asombrosos progresos. Yo lo agradecí, pero en mi fuero interno sabía que lo que había desaparecido eran solo los síntomas. Detestaba tener que tomar mis píldoras día tras día. Detestaba haber padecido una crisis y haber perdido la cabeza. Detestaba esa palabra pasada de moda pero significativa, crisis. Me sentía aliviado por haber realizado la gira, pero también exhausto ante la perspectiva de todo lo que me faltaba por hacer. Me sentía abrumado por estar en el mundo, por las otras personas y sus vidas, que yo no podía vivir, y por sus trabajos, de los que no podía hacerme cargo; incluso me sentía agobiado por tareas que nunca habría deseado o necesitado emprender. Me encontraba otra vez casi en el mismo punto en el que había estado en septiembre, solo que ahora comprendía lo malo que podía ser. Estaba resuelto a no volver a pasar por algo semejante.

Esta fase de recuperación parcial puede durar largo tiempo, un período peligroso durante el cual uno recupera la fuerza suficiente como para suicidarse, mientras que durante el peor momento de mi depresión, aquella en la que apenas podía con un bocado de cordero, no habría podido infligirme daño de verdad. Ahora podía hacer casi todo lo que siempre había sido capaz de hacer, pero había perdido por completo la capacidad de experimentar placer. Me presionaba a mí mismo para guardar las formas, pero ahora que tenía la fuerza suficiente para preguntarme por qué me estaba presionando, no encontraba buenas razones para hacerlo. Recuerdo una noche en particular, en la que un conocido me había convencido de que debía acompañarlo al cine. Acepté para probar mi propia alegría, y durante horas actué como si me hubiera divertido tanto como los demás, a pesar de que lo que a ellos les resultaba divertido a mí me parecía penoso. Cuando llegué a casa sentí otra vez pánico, y una tristeza enorme. Me dirigí al cuarto de baño y vomité varias veces, como si la perspicaz comprensión de mi soledad fuera un virus que se me hubiera metido en el cuerpo. Pensé que moriría solo y que no había ninguna razón para seguir viviendo, y que el mundo real y normal en el que había crecido, y en el que creía que el resto de la gente vivía, jamás se abriría para recibirme. Estas revelaciones estallaban en mi mente como cañonazos mientras seguía arrodillado en el suelo del cuarto de baño, agobiado por las náuseas y asqueado por la acidez que subía por mi esófago. Intenté normalizar mi respiración, y entonces no pude evitar tragarme mi propio reflujo. Había estado comiendo más de lo habitual con el fin de recuperar mi peso normal,

y sentí que estaba echando todo lo que había tomado últimamente y que mi estómago se daría la vuelta como un guante y terminaría flotando, flácido, en el agua del inodoro.

Estuve tumbado en el suelo del cuarto de baño alrededor de veinte minutos, y luego me arrastré hasta la cama y me acosté. Mi razón tenía claro que estaba volviendo a enloquecer, y esa certeza me agotaba aún más; pero sabía que entregarme a la locura no era una buena idea. Necesitaba oír otra voz, siquiera por un momento, que pudiera penetrar en mi espantoso aislamiento. No deseaba llamar a mi padre porque sabía que se preocuparía, y porque tenía la esperanza de que aquella situación fuera temporal. Necesitaba hablar con alguien que estuviera sano y me infundiera ánimo (un impulso poco afortunado: los locos son los mejores amigos cuando uno está loco, pues ellos saben cómo es estarlo). Levanté el auricular y marqué el número de una vieja amiga, con la que en otra ocasión habíamos hablado de la medicación y del pánico y cuyos comentarios habían sido atinados y liberadores. Pensé que me ayudaría a recuperar mi identidad.

Eran alrededor de las dos y media de la madrugada y atendió su esposo, que le pasó el auricular a ella. «¿Sí?», dijo. «Hola», respondí yo, e hice una pausa. «¿Ha pasado algo?», preguntó, y de inmediato me percaté de que no podía explicar lo que había ocurrido; no tenía nada que decir. Sonó la otra línea; se trataba de la llamada de alguien que había estado conmigo en el cine y que pensaba que, sin darse cuenta, me había dado su llave junto con el cambio después de haber pagado unas bebidas. Expliqué a mi amiga lo que ocurría y la dejé esperando, después busqué la llave en mis bolsillos y la encontré. «Tengo que ir a devolverla», le dije, y colgué. Esa noche subí a la azotea y, mientras veía salir el sol, me di cuenta de que me estaba sintiendo melodramático hasta el absurdo y que si uno vivía en Nueva York, no tenía sentido intentar suicidarse arrojándose desde lo alto de un edificio de seis pisos.

No quería plantearme la cuestión en aquel sitio, pero también era consciente de que si no me permitía el alivio de contemplar la posibilidad del suicidio, pronto estallaría y terminaría suicidándome. Sentí que los tentáculos fatales de esta desesperación comenzaban a enredarse en mis brazos y piernas. Pronto me inmovilizarían los dedos, que tanto necesitaba para manipular las píldoras o apretar el gatillo, y cuando hubiese muerto, sería la única parte de mi cuerpo que seguiría moviéndose. Sabía que la voz interior que me decía: «¡Por amor de Dios, baja de una vez!», era la voz de la razón, pero también sabía que si le prestaba oídos negaría todo el veneno que había en mí, y empecé a experimentar un extraño y desesperado éxtasis frente a la idea de proximidad del final. ¡Ojalá yo fuera

descartable, como el periódico de ayer! Habría saltado tranquilo, feliz de marcharme y de ir a parar a la tumba, si es que acaso esta era el único lugar en el que podía permitirme alguna felicidad. Mi propia conciencia de que la depresión tiene un lado sensiblero que provoca risa, me ayudó a abandonar la azotea, pero también lo hizo el hecho de pensar en mi padre, que tanto se había ocupado de mí; y pese a no creer que hubiera alguien que me amara lo suficiente como para echarme de menos, sabía lo triste que a él le resultaría haberse volcado en mi salvación con tanto empeño y no haber tenido éxito. No podía dejar de pensar que algún día debería cortar trozos de cordero para alimentarlo a él, que es lo que le había prometido; y yo siempre me había enorgullecido de no romper mis promesas, del mismo modo que mi padre jamás había roto las suyas. Esto fue al fin lo que me decidió a bajar, de modo que alrededor de las seis de la mañana, empapado en sudor y rocío, e incubando lo que pronto se convertiría en una fiebre abrasadora, regresé a mi apartamento. No quería morir, pero tampoco albergaba el más mínimo deseo de vivir.

Las cosas que nos salvan pueden ser trascendentales, pero con frecuencia también son triviales. Una de ellas es, sin duda, un cierto sentido de la intimidad, pues matarse en público implica exponer las propias miserias ante el mundo. Un hombre felizmente casado, famoso, guapo, brillante —muchachas que conocí en la escuela secundaria habían empapelado las paredes de sus dormitorios con fotos de él—, me reveló que había sufrido una depresión severa poco antes de cumplir los treinta, y que había pensado seriamente en suicidarse. «Solo mi vanidad me salvó —me dijo con gran sinceridad—. No podía soportar la idea de que, más tarde, la gente dijera que no había sido un triunfador, o que no había sabido manejar mi éxito, o que se rieran de mí.» Las personas famosas y con éxito parecen en particular proclives a sufrir depresiones. Puesto que el mundo es imperfecto, los perfeccionistas tienden a deprimirse. La depresión reduce el amor propio, pero en muchas personas no elimina el orgullo, que a mi juicio es una de las mejores herramientas para luchar contra la enfermedad. Cuando uno está tan hundido que el amor prácticamente carece de sentido, la vanidad y cierto sentido de responsabilidad pueden salvarle la vida.

Solo dos días después del episodio en la azotea volví a llamar a mi vieja amiga, que se enfadó conmigo por haberla despertado aquella noche y no haber vuelto a aparecer. A medida que ella hablaba, yo sentía lo misteriosa que era mi vida en aquel momento, una vida para la cual no hallaba explicación satisfactoria. Mareado por el efecto de la fiebre y el terror que sentía, no pronuncié ni una palabra. Lo cierto es que ella no volvió a hablarme nunca más, pues era una persona que amaba la normalidad y yo me había convertido en alguien demasiado

peculiar. A los amigos de una persona deprimida les cuesta mucho comprender, porque uno suele pedirles cosas que son poco razonables para quien tenga sentido común. También es cierto que no todos tienen la fortaleza, la flexibilidad, el conocimiento o la predisposición necesarios para tratar con un deprimido, pero si uno tiene suerte hallará personas que lo sorprenderán por su adaptabilidad. Uno expresa lo que puede y comunica lo que espera de los demás. Yo he aprendido paulatinamente a aceptar a la gente tal como es, y sé que algunos amigos pueden asimilar de manera cabal una depresión grave y otros no. A la mayoría de las personas no les agrada ser testigo de la desdicha ajena, y son pocas las que pueden aceptar la idea de que la depresión es independiente de la realidad externa. Muchos prefieren pensar que si uno está sufriendo se debe a motivos concretos y que el problema se puede resolver de una manera lógica.

Muchos de mis mejores amigos son un poco locos. Algunos de ellos han considerado mi franqueza como una invitación a ser francos, y con otros he encontrado, junto con compañeros de escuela o antiguos amantes, la sencilla posibilidad de un amplio conocimiento mutuo. Yo intento ser cauteloso con aquellos de mis amigos que son demasiado sanos, pues la depresión es en sí misma destructiva y alimenta impulsos destructivos. Me siento decepcionado con facilidad por quienes no comprenden este hecho, y a veces cometo el error de enfadarme con las personas que me hacen sentir frustrado. Después de una depresión se impone una limpieza a fondo; volver a estimar a aquellos amigos que había pensado que no vería nunca más; intentar reconstruir lo que se ha estropeado. Después de una depresión se entra en una etapa en que uno debe recoger la leche derramada para volver a colocarla en su vasija.

Durante la primavera de 1995 transcurrió la última etapa de mi análisis. Mi analista preparaba su retiro, y aunque yo no quería perderla, aquel proceso lento y gradual se me hizo terriblemente penoso, como si me estuviera arrancando de forma lenta las costras de una herida. Era como si la pérdida de mi madre se repitiera una vez más. Al final lo di por concluido yo mismo, pues un buen día, inspirado por un repentino asomo de lucidez, anuncié a mi analista que aquella era mi última sesión.

Durante la terapia había estudiado en detalle mi pasado. Así fue como descubrí que mi madre también era depresiva, y puedo recordar una ocasión en que describió la sensación de desolación que había sentido de niña por ser hija única. En su edad adulta era irritable y recurría de modo permanente al

pragmatismo para protegerse de su incontrolable tristeza. En el mejor de los casos, aquella actitud le servía solo de manera parcial. Creo que si nunca sufrió una crisis fue porque se empeñó en llevar una vida muy reglamentada y ordenada; era una mujer con una notable autodisciplina. Ahora creo que su imperiosa búsqueda del orden estaba guiada por el dolor, que ella tan meticulosamente relegaba a un lugar secundario. A mí me duele ese dolor que ella soportó, y que yo, en general, no debo soportar; y me pregunto cómo habría sido su vida, y de hecho las nuestras, si el Prozac hubiera existido cuando yo era niño. Me encantaría que hubiera mejores tratamientos, con menos efectos secundarios, pero agradezco que me haya tocado vivir en esta época de soluciones y no en aquella de penurias. Yo prácticamente no he necesitado la sabiduría de mi madre acerca de cómo sobrellevar las dificultades personales, y ella, si hubiera vivido un poco más, tampoco la habría necesitado. Contemplado de forma retrospectiva, parece una ironía del destino. Muchas veces me he preguntado qué habría opinado ella de mis depresiones, si habría reconocido algo en ellas, si habríamos estado más unidos durante mi crisis, pero puesto que fue su muerte la que, al menos en parte, provocó dicha crisis, nunca lo sabré. No concebí estas preguntas hasta que hube perdido a la persona a quien habría querido hacérselas. No obstante, en mi madre tuve un modelo de cómo es una persona en quien siempre se halla presente cierta tristeza.

Abandoné la medicación con bastante rapidez, pese a saber que era una estupidez hacerlo, pero deseaba con desesperación librarme de los fármacos y pensaba que me encontraba en condiciones de volver a descubrirme a mí mismo. No fue una buena estrategia. En primer lugar, nunca había experimentado nada parecido a los síntomas de abstinencia del Xanax: no podía dormir bien y me sentía angustiado y extrañamente vacilante. También me sentía casi de continuo como si la noche anterior me hubiera tomado varios litros de coñac barato, pues me dolían los ojos y tenía el estómago revuelto; esto es probable que se debiera a la abstinencia producida al abandonar el Paxil. Por la noche, cuando en realidad no estaba dormido, tenía aterradoras e implacables pesadillas y me despertaba con violentas palpitations. El psicofarmacólogo me había dicho una y otra vez que cuando estuviera listo para dejar los medicamentos debería hacerlo de manera gradual y bajo su supervisión, pero mi decisión había sido repentina y temía sus efectos negativos.

Sentía que, en alguna medida, había recuperado mi identidad anterior, pero el año había sido tan terrible, y me había sacudido de forma tan intensa y profunda que, aunque ahora funcionaba de nuevo, también me percataba de que no podía

avanzar demasiado. No era un sentimiento irracional, como el terror, ni de fastidio, sino una suerte de exacerbación de la sensibilidad. La vida me había dado mucho, y quería encontrar la forma de terminar con la depresión haciendo el menor daño posible a quienes me rodeaban. Necesitaba algo en lo que creer, algo para mostrar, de modo que todo el mundo comprendiera lo desesperado que estaba. Debía reemplazar mi padecimiento invisible por uno manifiesto. No me cabe duda de que el comportamiento que adopté era en gran medida individualista y relacionado más bien con mis neurosis personales, pero la decisión de comportarme con semejante ansiedad por deshacerme de mi identidad es típica de la depresión con excitación. Todo lo que debía hacer era enfermar, lo cual me facilitaría las cosas. Según sabría con posterioridad, el deseo de sufrir una enfermedad notoria era habitual entre los depresivos, que a menudo optan por actos de automutilación con la intención de que el estado físico se equipare al mental. Yo sabía que mi eventual suicidio sería devastador para mi familia y un motivo de tristeza para mis amigos, pero intuía que todos ellos comprenderían que carecía de otra opción.

Yo no tenía ni idea de lo que debía hacer para contraer un cáncer u otra enfermedad mortal, pero sabía cómo contagiarme de sida, de manera que me decidí por esta alternativa. En un parque de Londres, ya bien entrada la noche, un hombre bajo y rechoncho que llevaba unas gruesas gafas de carey se aproximó y me invitó a tener relaciones sexuales con él. Se bajó los pantalones y se inclinó hacia delante, y yo me puse en faena sintiendo que aquello le estaba sucediendo a otro y no a mí. Oí caer sus gafas al suelo y pensé: «Pronto estaré muerto, de modo que nunca llegaré a ser viejo y patético como este hombre». Una voz interior me decía que al fin el proceso había comenzado y que pronto moriría, y este pensamiento me infundió una sensación de enorme alivio y gratitud. Traté de entender por qué este hombre seguía viviendo, por qué se levantaba por las mañanas y luego, durante el día, realizaba sus actividades para acudir por la noche a aquel sitio. La luna estaba en cuarto creciente y era primavera.

No era mi intención morir lentamente de sida; lo que deseaba era suicidarme recurriendo al VIH. Ya en casa, el miedo se apoderó de mí y llamé a un buen amigo para contarle lo que acababa de hacer. Él intentó tranquilizarme, y en parte lo consiguió, de modo que al fin me fui a la cama. Cuando desperté por la mañana me sentí igual que el primer día de facultad, o de campamento de verano, o de un nuevo trabajo. Me encontraba ante la siguiente etapa de mi vida. Después de haber probado la fruta prohibida, decidí preparar una compota de manzanas. El final estaba próximo y yo disfrutaba de un nuevo sentido de la eficiencia al tiempo que esa depresión cargada de vacilaciones había desaparecido. Durante los tres

meses que siguieron a aquel episodio participé en experiencias semejantes con desconocidos que suponía infectados, y asumí riesgos cada vez mayores y directos. Lamentaba que estos encuentros sexuales no me procuraran ningún placer, pero estaba demasiado preocupado por mi plan como para envidiar a quienes sí disfrutaban del sexo. Nunca supe cómo se llamaban estos hombres ni acudí a la casa de ninguno de ellos, como tampoco los invité a mi apartamento. Solía ir una vez por semana, casi siempre los miércoles, a un sitio en el que podía tener una experiencia barata durante la cual infectarme.

Entretanto, experimentaba los síntomas tediosamente típicos de una depresión con excitación. Había padecido angustia, que no es otra cosa que puro terror, y ahora estaba más bien lleno de odio, congoja, culpa y repugnancia por mí mismo. Nunca en mi vida había experimentado una sensación tan intensa de precariedad. Dormía mal y estaba muy irritable. Dejé de relacionarme con unas seis personas entre las cuales había una de la que es posible que estuviera enamorado, y tomé la costumbre de colgar el teléfono con brusquedad cuando alguien me decía algo que no me agradaba. Criticaba a todo el mundo. El hecho de no poder conciliar el sueño se debía a que acudían sin cesar a mi mente minúsculas injusticias de las que había sido víctima en el pasado, y que me parecían imperdonables. No podía concentrarme de verdad en nada: normalmente, en el verano soy un lector voraz, pero aquel verano no pude leer ni siquiera una revista. Para mantenerme ocupado y distraerme durante mi insomnio, lavaba la ropa todas las noches. En una ocasión me picó un mosquito y yo me froté la picadura hasta hacerla sangrar. Me mordía las uñas hasta lastimarme los dedos, y tenía heridas abiertas y rasguños por todo el cuerpo. Me encontraba en una situación tan diferente de los síntomas vegetativos que había sufrido durante mi crisis que no me percaté que todavía me hallaba padeciendo la misma enfermedad.

Un día de principios de octubre, después de uno de mis encuentros de sexo sin protección, esta vez con un muchacho que me había seguido hasta un hotel y me suplicó en el ascensor, me di cuenta de que podría estar infectando a otros, lo cual no entraba en mis planes. De pronto me aterrorizó la posibilidad de haber transmitido la enfermedad a alguien, pues si bien yo quería suicidarme, no deseaba matar al resto del mundo. Había dispuesto de cuatro meses para infectarme, durante los cuales había tenido quince encuentros sexuales sin utilizar protección, y había llegado la hora de detenerme antes de propagar la enfermedad por doquier. La certeza de que moriría también había disipado mi depresión, e incluso, de forma paradójica, había menguado mi deseo de morir. Dejé atrás esa etapa de mi vida y volví a ser una persona amable. Cuando cumplí treinta y dos años observé a los muchos amigos que habían acudido a la celebración de mi

aniversario y pude sonreír, pues sabía que ya no volvería a cumplir años, que aquella sería mi última fiesta de cumpleaños, que pronto moriría. Las celebraciones me hartaron y ni siquiera abrí los regalos. Calculaba cuánto tiempo debía esperar, y me escribí una nota a mí mismo en la que aludía a la fecha en la que habrían transcurrido seis meses de la última relación de riesgo, momento en el que dispondría de la analítica que confirmaría mi enfermedad. Entretanto, seguí comportándome bien con los demás.

Trabajé de manera productiva en algunos proyectos literarios, organicé las celebraciones familiares del día de Acción de Gracias y de Navidad, y me puse sensiblero pensando en las que serían mis últimas vacaciones. Unas semanas después de Año Nuevo analicé los detalles de mis encuentros sexuales con un amigo que era experto en VIH, quien me dijo que podría no haber enfermado. Al principio me sentí consternado, pero luego, el período de depresión con excitación o lo que fuera que me había llevado a actuar de aquel modo, comenzó a disiparse. No creo que las experiencias buscando el contagio del VIH fuesen expiatorias; simplemente, el tiempo había transcurrido y había eliminado los pensamientos negativos que me habían conducido a semejantes excesos. La depresión, que se apodera de uno con esa fuerza arrasadora característica de las crisis, desaparece de forma paulatina y silenciosa. Mi primera crisis había llegado a su fin.

El énfasis puesto en la normalidad, el convencimiento de que existe una lógica interna frente a la anormalidad evidente, es típico en la depresión. Forma parte de la historia del hombre común de este libro, alguien a quien he descubierto una y otra vez. Sin embargo, en cada persona la normalidad se manifiesta de manera diferente y singular: tal vez la idea de normalidad sea más íntima y privada que la de lo misterioso. Bill Stein, un editor que conozco, proviene de una familia en la que tanto la depresión como el trauma han hecho estragos. Su padre, un judío nacido en Alemania, se marchó de Baviera en viaje de negocios a principios de 1938. En noviembre de ese mismo año, sus abuelos fueron desalojados violentamente de la casa familiar durante la «noche de los cristales rotos», y aunque no los arrestaron, fueron testigos de cómo muchos de sus amigos y vecinos eran enviados a Dachau. El trauma de ser judío en la Alemania nazi era horrible, y después del episodio de aquella noche, y durante un período de seis semanas, la salud mental de la abuela de Bill se fue deteriorando hasta el día de Navidad, en que la mujer se suicidó. A la semana siguiente, concedieron a los abuelos de Bill visados para salir del país. Su padre emigró solo.

Los padres de Bill se casaron en Estocolmo en 1939 y se trasladaron a Brasil antes de instalarse de forma definitiva en Estados Unidos. Su padre siempre se negó a hablar de aquella historia: «Ese período de su vida en Alemania —recuerda Bill— directamente no existía». Vivían en una calle encantadora, en un próspero barrio residencial, encerrados en una burbuja de irrealidad. Quizá en parte debido a su constante actitud de negación, el padre de Bill sufrió una severa crisis a la edad de cincuenta y siete años y padeció repetidas recaídas hasta su muerte, ocurrida más de treinta años después. Sus depresiones se desarrollaban conforme a una serie de patrones que su hijo heredaría. Su primera crisis importante le sobrevino cuando su hijo contaba cinco años, momento a partir del cual siguió desmoronándose de manera periódica y sufrió una depresión particularmente profunda que duró desde la época en que Bill cursaba sexto de primaria hasta que terminó la enseñanza media.

La madre de Bill provenía de una familia judeoalemana mucho más rica y privilegiada que había emigrado de Alemania a Estocolmo en 1919. Mujer de carácter fuerte, una vez abofeteó a un capitán nazi por haberla maltratado: «Soy una ciudadana sueca —le dijo— y no toleraré que me hable de ese modo».

A los nueve años, Bill Stein ya experimentaba prolongados períodos de depresión. Durante unos dos años sintió terror de irse a dormir y lo traumatizaba ver que sus padres se iban a la cama. Luego esos sentimientos sombríos se disiparon durante unos años, pero después de algunas recaídas menores, cuando ingresó en la facultad volvieron a aparecer y perdió el control de los mismos en 1974, durante el segundo semestre del primer curso. «Tenía un compañero de cuarto que era un sádico, y la presión académica era intensa. Estaba tan ansioso que sufrí una hiperventilación —recuerda—. No podía soportar la presión. Acudí al servicio sanitario que atendía a los estudiantes y me dieron Valium.»

La depresión continuó durante el verano. «A menudo, cuando tenía depresiones profundas, perdía el control intestinal. Recuerdo que ese verano fue particularmente desastroso en ese sentido. Me aterraba pensar en el segundo año de facultad, y no podía afrontar los exámenes ni otras situaciones. Cuando regresé y cursé el primer año con las mejores notas, pensé con honestidad que alguien había cometido un error. Cuando quedó claro que nada de eso había ocurrido me animé, lo cual me rescató de la depresión.» Los estímulos desencadenantes pueden provocar una depresión tanto como eliminarla, y eso es lo que le había ocurrido a Stein. «Un día después regresé a la normalidad y nunca he vuelto a caer en la depresión en la facultad. Sin embargo, renuncié a mis aspiraciones, y si en ese momento me hubieran preguntado qué me proponía hacer o con qué gente

trabajaría, me habría mostrado bastante desorientado. No tenía ambiciones de ninguna clase.» A pesar de su aceptación de lo que le había tocado en suerte, Stein trabajó con intensidad y continuó obteniendo las mejores calificaciones. «No sé por qué me preocupaba —dice—. No quería estudiar derecho, ni nada. Lo único que pensaba era que, de alguna manera, las buenas calificaciones me daban una cierta seguridad, y terminarían convenciéndome de que era alguien normal.» Cuando se graduó, Stein obtuvo un puesto docente en una escuela secundaria pública en el interior del estado de Nueva York. Fue un desastre; era incapaz de establecer la disciplina en su clase y duró solo un año en el cargo. «Fue un verdadero fracaso. Perdí mucho peso. Sufrí otra depresión. Después, el padre de un amigo dijo que me conseguiría un trabajo, y yo lo acepté solo por hacer algo.»

Bill Stein es un hombre de más que notable inteligencia, absolutamente discreto y de carácter tranquilo. Intenta no destacar hasta un punto que resulta excesivo. Bill sufrió varias depresiones; cada una se prolongó durante unos seis meses, y eran en cierto modo estacionales, alcanzando por lo general su nivel más bajo en abril. La peor de todas fue la que padeció en 1986, precipitada por problemas de trabajo, por la pérdida de uno de sus mejores amigos y por el intento de dejar el Xanax, que había tomado solo durante un mes pero que le había provocado adicción. «Perdí mi apartamento —dice Stein—. Perdí el trabajo. Perdí a casi todos mis amigos. No podía quedarme solo en ninguna casa. Se suponía que debía mudarme de mi antiguo apartamento, que acababa de vender, a uno nuevo que lo estaba acondicionando, y no podía hacerlo. Rápidamente me derrumbé, y la angustia me devastó. Me despertaba a las tres o las cuatro de la madrugada con una especie de crisis de angustia tan intensa que habría sido más agradable saltar por la ventana. Cuando estaba con otra gente sentía que iba a desmayarme por la tensión que experimentaba. Había dado la vuelta al mundo para llegar a Australia tres meses antes en perfectas condiciones, y ahora el mundo se me hacía inaccesible. Estaba en Nueva Orleans cuando apareció mi depresión, y de repente supe que debía regresar a casa, pero no podía subirme a un avión. La gente se aprovechaba de mí, y yo era como un animal herido en campo abierto.» Su crisis fue total. «Cuando te sientes tan mal tienes una especie de mirada catatónica, como si estuvieras aturdido, y actúas de forma extraña debido a tus déficits. Mi memoria inmediata se esfumó y todo empeoró. No podía controlar los intestinos y me defecaba encima. Además, vivía en un estado de terror tan grande que no me atrevía a salir de mi apartamento, lo cual era un motivo más de sufrimiento. Al final me mudé a casa de mis padres.» Pero allí las cosas no mejoraron, pues el padre de Bill sucumbió a la presión que implicaba la enfermedad de su hijo y acabó ingresado en un hospital. Bill se marchó a vivir con su hermana; después, un amigo de la facultad se lo llevó a su casa, donde permaneció siete semanas. «Fue

horrible —dice—. En ese momento pensé que seguiría mentalmente enfermo toda la vida. El episodio se prolongó durante más de un año. Parecía mejor dejar que todo siguiera su curso que luchar para recuperarse. Creo que uno tiene que relajarse y comprender que habrá una nueva creación del mundo y que este tal vez no se parezca en nada al que había conocido antes.»

Varias veces llegó hasta las puertas de un hospital, pero no tuvo el valor de ingresar. Al fin, en septiembre del año 1986, se registró en el hospital neoyorquino Mount Sinai y pidió que lo sometieran a una TEC (terapia electroconvulsiva). Este tratamiento había ayudado a su padre, pero no dio resultado en él. «Era el lugar más deshumanizado que uno se pueda imaginar: llegar desde fuera, donde se agita la vida, a un sitio en el que no te permiten tener tus enseres para afeitarte o tu cortaúñas; tener que usar pijamas; tener que cenar a las cuatro y media de la tarde; soportar que te hagan callar, como si fueras un retrasado mental además de depresivo; ver a otros pacientes recluidos en celdas con paredes acolchadas; no disponer de teléfono en la habitación para que no te estrangules con el cable y porque necesitan controlar tu comunicación con el mundo exterior, no se parece en nada a una hospitalización normal. En el pabellón de salud mental te despojan de tus derechos. No creo que un hospital sea un buen lugar para los depresivos, salvo que se encuentren indefensos por completo o al borde del suicidio.»

El proceso de la terapia electroconvulsiva en sí fue atroz. «Los tratamientos se realizaban en los sótanos del hospital, y el tipo que los administraba era un médico muy parecido a Herman Munster. Todos los pacientes que recibíamos el electroshock debíamos bajar allí, a las profundidades del infierno, y todos usábamos albornoz y nos sentíamos como en una fila de presos. A mí, que mantenía bastante la compostura, me dejaban para el final, de modo que daba vueltas por ahí intentando reconfortar a toda aquella gente aterrada, mientras el personal de conserjería pasaba por allí, empujándonos, rumbo a sus armarios, que se encontraban también en aquel sitio. Solo Dante sería capaz de describir aquello. Yo había solicitado los tratamientos de forma voluntaria, pero la habitación y la gente me hacían pensar en una brutal escena de experimentación al estilo Mengele. ¡Si uno quiere hacer este tipo de cosas, debería utilizar una planta elevada, y asegurarse de que el ambiente es luminoso, colorido y tiene grandes ventanales! Hoy no permitiría que me administraran un tratamiento semejante.

»Todavía estoy de duelo por la pérdida de mi memoria —prosigue—. Poseía una memoria excepcional, casi fotográfica, y no he vuelto a recuperarla. Cuando salí de allí no recordaba la combinación de mi taquilla ni mis conversaciones.»

Al principio ni siquiera podía conseguir trabajo no remunerado, pero pronto empezó a llevar una vida normal. Se trasladó a Santa Fe, donde pasó seis meses en casa de sus amigos. En verano regresó a Nueva York y pudo comenzar a vivir solo otra vez. «Tal vez tuve suerte de que mi memoria estuviese sufriendo de forma nítida déficits permanentes —dice—. Eso me ha ayudado a sortear algunos de los bajones. Los olvido tan fácilmente como todo lo demás.» La recuperación fue gradual. «Por mucha voluntad que uno ponga, no puede controlar la recuperación. Es imposible anticipar cuándo ocurrirá, del mismo modo que es imposible predecir cuándo alguien morirá.»

Stein comenzó a acudir todas las semanas a una sinagoga con un amigo religioso. «La fe me ayudó mucho. En cierta forma, creer en algo más me servía para aliviar la tensión —asegura—. Siempre me había sentido orgulloso de ser judío, y atraído por todo lo relacionado con la religión. Después de aquella gran depresión sentí que si creía con todas mis fuerzas, ocurrirían cosas que salvarían al mundo. Tuve que hundirme hasta una profundidad tal que no podía creer más que en Dios. En cierto modo me avergonzaba verme atraído por la religión, pero esta me hacía bien. Me reconfortaba saber que, por muy mala que hubiese sido la semana, todos los viernes podía acudir al templo.

»Pero lo que me salvó fue el Prozac, que apareció en 1988, en el momento justo. Fue un milagro. De súbito, después de muchos años, mi cabeza ya no experimentaba la presencia de una enorme grieta que se ensanchaba cada vez más. Si en 1987 me hubieran dicho que al año siguiente viajaría en avión y trabajaría con gobernadores y senadores, me habría reído, pues entonces era incapaz siquiera de cruzar la calle.»

Ahora Bill Stein se medica con Effexor y litio.

«Lo que más temía en la vida era no poder soportar la muerte de mi padre, ocurrida al fin cuando contaba noventa años. Cuando falleció me sentí casi eufórico al comprobar que podía manejar la situación. Tenía el corazón destrozado y lloré, pero pude comportarme como correspondía: desempeñar mi papel de hijo en la familia, tratar con los abogados, escribir un panegírico. Enfrenté la situación mejor de lo que había imaginado nunca.

»Todavía debo ser cuidadoso, pues siempre sospecho que todo el mundo quiere apropiarse de alguna parte de mí. Es mucho lo que puedo dar y por eso me siento realmente muy, muy tenso. Pienso, y tal vez me equivoque, que la gente me apreciará menos si expreso de forma abierta lo que me ocurre, pues todavía

recuerdo que algunas personas me evitaban. Mi vida se halla siempre al borde del abismo, como si de manera permanente corriera el riesgo de volver a hundirme. He aprendido a ocultarlo y a lograr que nadie se dé cuenta de que tomo tres medicamentos o si estoy a punto de sufrir una crisis. Creo que en realidad nunca me siento feliz, y lo único que espero es que la vida no constituya un padecimiento. Cuando uno se siente cohibido en extremo es difícil ser completamente feliz. Yo amo el béisbol, y cuando veo a toda esa gente en el estadio, bebiendo cerveza y al parecer tan poco consciente de sí misma y de su relación con el mundo, siento un poco de envidia. Dios, ¿no sería maravilloso actuar como ellos?

»Siempre pienso en aquellos visados para abandonar Alemania. Si mi abuela hubiera podido esperar... La historia de su suicidio me enseñó a tener paciencia. No tengo dudas de que, por muy mal que vuelva a encontrarme, lograré salir. Pero no sería la persona que soy hoy sin la sabiduría que he alcanzado gracias a mis experiencias y sin el nuevo narcisismo que me han procurado.»

La historia de Bill Stein ha tenido un considerable efecto en mí. He pensado a menudo en esos permisos de salida desde que conocí a Bill. He pensado en aquel visado que nunca fue utilizado, y también en el que sí lo fue. Pasar por mi primera depresión había requerido de mí mucha paciencia. A ello le había seguido un breve período de paz, y cuando empecé a experimentar ansiedad y depresión mayor por segunda vez —mientras todavía estaba bajo la sombra ominosa de la primera depresión y aún no tenía claro si podría liberarme de mis coqueteos con el sida—, comprendí lo que ocurría. Me sentí abrumado por la necesidad de efectuar una pausa. La vida parecía exigirme de modo alarmante, pretendía demasiado de mí. Era en extremo difícil recordar, pensar, expresar y entender, aspectos imprescindibles para relacionarme con los demás. Mantener una expresión de vivacidad en mi rostro era como añadir un insulto a una ofensa, como tratar de cocinar, patinar, cantar y escribir al mismo tiempo. En una ocasión, el poeta ruso Danil Jarms describió así el hambre: «Luego aparece la debilidad, después el aburrimiento, al final la pérdida de la facultad de razonar con fluidez, que deja paso a un período de calma. Y luego comienza el horror».³⁷ Precisamente en una sucesión así de lógica y terrible comenzó el segundo asalto de la depresión, exacerbado por el temor real al análisis de VIH para el que ya tenía fecha. No deseaba volver a medicarme, y durante un tiempo traté de evitarlo, pero un buen día comprendí que las cosas iban de mal en peor, y supe tres días antes que iba directo al fondo del abismo. Comencé a tomar el Paxil que todavía me quedaba y

telefoneé al psicofarmacólogo. Advertí a mi padre e intenté resolver cuestiones prácticas, pues perder la cabeza, como perder las llaves del coche, es un verdadero problema. Agotado por el terror, oí que mi voz se deslizaba hacia la ironía cuando atendía por teléfono a mis amigos. «Lo siento, no podré encontrarme contigo el martes —decía—. De nuevo me dan miedo los trozos de cordero.» Los síntomas aparecieron de forma rápida y ominosa, y antes de que transcurriera un mes había perdido la quinta parte de mi peso, más o menos quince kilos.

El psicofarmacólogo pensaba que, puesto que me había sentido mareado por efecto del Zoloft y muy tenso debido al Paxil, valía la pena probar algo nuevo, de modo que me recetó Effexor y BuSpar, fármacos que sigo tomando seis años después. En medio de la angustia, uno llega a un extraño punto en el que es imposible distinguir la línea que separa la propia teatralización de la realidad de la locura. Descubrí dos rasgos conflictivos de mi carácter: por una parte soy melodramático por naturaleza, y por la otra, puedo salir a la calle y «parecer normal» en medio de las circunstancias más anormales. Antonin Artaud escribió sobre uno de sus dibujos: «Nunca real, y siempre verdadero»,³⁸ y eso es lo que se siente durante la depresión. Uno sabe que no es real, que está actuando como si fuera otra persona, y sin embargo sabe que aquello es absolutamente verdadero. Es una situación muy confusa y desconcertante.

Cuando llegó la semana en que debía realizar la prueba del VIH yo estaba tomando entre doce y dieciséis miligramos diarios de Xanax (tenía una reserva escondida de este fármaco), para poder dormir todo el tiempo y no sentirme ansioso. El jueves de aquella semana me levanté y escuché los mensajes grabados en el contestador. En uno de ellos, la secretaria de mi médico me decía: «Su colesterol está bajo, su electrocardiograma es normal, y no está infectado por el VIH». La llamé enseguida y comprobé que era cierto, que no era seropositivo. Como dijo Gatsby: «Hice todo lo posible por morir, pero tengo una vida fascinante».³⁹ En ese momento supe que deseaba vivir, y agradecí la noticia, pero durante dos meses más seguí sintiéndome fatal. Cada día debía apretar los dientes para ahuyentar mis deseos de suicidio. Por fin, en el mes de julio decidí aceptar una invitación para navegar con algunos amigos en Turquía. Aquel viaje fue más barato que una estancia en el hospital, y al menos el triple de eficaz: bajo el perfecto sol turco mi depresión se evaporó. A partir de entonces, las cosas mejoraron a un ritmo constante. Una noche, a finales de otoño, noté de pronto que no lograba dormirme y que mi cuerpo temblaba como en los peores momentos de depresión, pero en esta ocasión mi insomnio se debía a la felicidad que sentía. Me levanté y empecé a escribir acerca de lo que me sucedía. Hacía años que no sentía un poco de felicidad, y había olvidado lo que es desear vivir, disfrutar del día y

esperar con ansiedad la llegada del siguiente, saber que era una de esas personas afortunadas para quienes la existencia consiste simplemente en vivir. Con una certeza semejante a la de Noé cuando Dios le prometió que tras el diluvio aparecería el arcoíris, sentí que disponía de la prueba irrefutable de que la existencia valía la pena, y que a pesar de todo siempre lo valdría. Sabía que quizá me esperaran futuros episodios de sufrimiento, ya que la depresión es cíclica y vuelve a golpear a sus víctimas una y otra vez. Entonces me sentía a salvo de mí mismo, pues sabía que la tristeza eterna, pese a hallarse arraigada en mí de manera profunda, era insuficiente para empañar mi felicidad. Poco después cumplí treinta y tres años, y, por fin, aquel fue un cumpleaños de verdad feliz.

Durante mucho tiempo no tuve noticias de mi depresión. La poeta Jane Kenyon escribió:

Probamos un nuevo fármaco, una nueva combinación

de fármacos, y de pronto,

vuelvo a recalar en mi vida

como un ratón arrastrado por una tormenta

y arrojado después tres valles

y dos montañas más allá de su hogar.

Puedo encontrar el camino de regreso. Sé

que reconoceré la tienda

en la que compraba leche.

Recuerdo la casa y el granero,

el rastrillo, las tazas y los platos azules,

las novelas rusas que tanto me gustaban

y el camión de seda negro

que él una vez metió

*en mi calcetín de Navidad.*⁴⁰

Esto mismo me ocurrió a mí: parecía estar de regreso, y si bien al principio me resultaba extraño, se tornó familiar de pronto, y entonces me di cuenta de que aquella profunda tristeza que había empezado a sentir cuando mi madre enfermó —y había empeorado cuando murió y la aflicción se convirtió en desesperación—, había logrado incapacitarme, pero ya no lograba hacerlo. Todavía me entristecían los hechos penosos, pero sentía que era otra vez yo mismo, como solía serlo antes y como siempre había deseado ser.

Desde que comencé a escribir mi libro sobre la depresión, en las reuniones sociales nunca faltan quienes me piden que les describa mi experiencia, y yo suelo decir que tomo medicación. «¿Todavía? —reponen extrañados—. ¡Pero si parece estar muy bien!» A lo que yo invariablemente respondo que parezco estar bien porque lo estoy, y que lo estoy en parte gracias a la medicación. «¿Y durante cuánto tiempo más supone que seguirá tomando eso?», preguntan. Cuando respondo que seguiré haciéndolo de forma indefinida, esas personas que han escuchado de manera tranquila y compasiva cuanto les he referido acerca de mis intentos de suicidio, del estado catatónico, de los años de trabajo perdidos, de la significativa pérdida de peso, etc., me observan alarmadas. «No es bueno depender tanto de la medicación —dicen—. ¡Seguro que ahora usted dispone de la fuerza suficiente como para desprenderse de alguno de esos fármacos!» Si respondo que eso sería algo muy similar a quitarle el carburador al coche o eliminar los contrafuertes de Notre Dame, se echan a reír. «Pero ¿no puede limitarse a una dosis mínima de mantenimiento?», siguen preguntando. Yo les explico que el nivel de los fármacos que uno ingiere fue establecido para normalizar los sistemas que pueden desarreglarse y que una dosis baja sería lo mismo que prescindir de la mitad del carburador; y añado que la medicación apenas me ha causado efectos secundarios, y que no existen pruebas de que su uso prolongado produzca efectos negativos. Les digo que por nada del mundo quiero volver a enfermarme, pero que en este aspecto, el bienestar no está asociado con la capacidad de controlar el problema, sino con el uso de la medicación. «Bueno, espero que pueda dejarla pronto», concluyen.

«Ignoro cuáles son los efectos concretos de una medicación que se prolonga en el tiempo —dice John Greden—. Hasta ahora nadie ha tomado Prozac durante ochenta años seguidos, pero lo que sí conozco son los efectos que produce la ausencia de medicación, o las interrupciones cíclicas, o la tentativa de reducir las dosis idóneas a niveles inadecuados, y esos efectos se traducen en daño cerebral. El paciente empieza a sufrir las consecuencias de la cronicidad de la enfermedad,

sufre recaídas cada vez más graves y niveles de padecimiento que carecen de sentido. En un tratamiento contra la diabetes o la hipertensión nunca indicaríamos al paciente que interrumpiera la medicación por un tiempo y después volviera a tomarla, y así sucesivamente. ¿Por qué hacerlo en los casos de depresión? ¿De dónde viene esta misteriosa presión social? En esta enfermedad, la tasa de recaídas que ocurren antes de que pase un año de la interrupción de la medicación es de un 80 por ciento, mientras que la tasa de bienestar atribuible a la medicación es del 80 por ciento.» Robert Post, del Instituto Nacional de Salud Mental, está de acuerdo con Greden: «Mucha gente se preocupa por los efectos secundarios que podría producir medicarse durante toda la vida, pero esos efectos secundarios son insignificantes si se los compara con la mortalidad a que da lugar la depresión cuando no es tratada de manera adecuada. Si usted tiene un familiar o un paciente que toma digitalina, ¿le parecería bien sugerirle que dejara de ingerirla para comprobar si padece otro ataque cardíaco, sabiendo que en ese caso su corazón se debilitaría tanto que ya nunca volvería a funcionar como antes? No hay ninguna diferencia». Los efectos secundarios de estos fármacos son, para la mayoría, mucho más saludables que la enfermedad contra la cual actúan.

Hay pruebas de la existencia de personas que experimentan reacciones adversas a muchos productos, y sin duda son muchas las que han padecido una reacción adversa al Prozac. Cuando uno decide ingerir algo, sean hongos silvestres o jarabe contra la tos, siempre debe tomar precauciones. Uno de mis ahijados estuvo a punto de morir en Londres por haber comido nueces, a las que es alérgico, en una fiesta de cumpleaños. Está muy bien que una ley obligue ahora a los fabricantes cuyos productos contienen nuez a indicarlo en los envases. Las personas que toman Prozac deberían observar, al principio del tratamiento, si experimentan alguna reacción adversa, pues este fármaco puede provocar tics faciales y rigidez muscular. Los medicamentos antidepresivos plantean cuestiones relacionadas con la adicción a las que me referiré más adelante. La disminución de la libido, los sueños inquietantes, y otros efectos mencionados en los prospectos de los ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) pueden ser desagradables. A mí me preocupan ciertos informes que afirman que algunos antidepresivos han sido asociados con el suicidio. Considero que ello se relaciona con la sensación de fortaleza que procuran estos medicamentos, sensación que puede brindar a una persona la posibilidad de realizar acciones, que ni siquiera podía concebir cuando se sentía débil. Acepto, desde luego, que no conocemos con certeza el efecto de los medicamentos a muy largo plazo; sin embargo, es lamentable que algunos científicos hayan decidido capitalizar las reacciones adversas, dando lugar a un ejército de detractores del Prozac que se dedican a presentarlo, de manera errónea, como un grave peligro al que se está intentando

someter a un público inocente. En un mundo ideal, uno no tomaría ningún medicamento y el organismo regularía sus funciones por sí solo. ¿A quién le agrada tomar medicamentos? Pero las absurdas afirmaciones expuestas en libros tan notoriamente estúpidos como *Prozac Backlash* (La reacción al Prozac) no pueden considerarse más que como un intento de condescender con los temores más mezquinos de una audiencia aprensiva. Deploro el cinismo de aquellos que privan a sus dolientes pacientes de curas benignas que podrían ofrecerles una vida mejor.

Como el dolor del parto, el que provoca la depresión es tan fuerte que se torna inmemorial. No lo sufrí cuando, durante el invierno de 1997 mi relación de pareja terminó mal. Fue una conquista, no haber sufrido una crisis durante mi separación, pero uno ya no es el mismo una vez que ha adquirido la certeza de que no existe identidad que no pueda desintegrarse. Se nos enseña a confiar en nosotros mismos, pero eso no es fácil de lograr si uno no cuenta con una identidad en la cual apoyarse. Los otros me han ayudado, y hay cierta química que me ha permitido forjar un reajuste, y por el momento me siento bien en general, pero las pesadillas que se repiten ya no son parte de lo que me sucede como consecuencia de agentes externos, sino de lo que sucede dentro de mí. ¿Qué ocurriría si mañana me despertara y ya no fuese yo sino un escarabajo pelotero? Cada mañana me despierto con esa apremiante incertidumbre acerca de quién soy, o inspeccionando mi cuerpo en busca de algún inopinado cáncer, o con una sensación momentánea de angustia por la posibilidad de que las pesadillas que me han atormentado se cumplan. Es como si mi identidad se volviera hacia mí para espetarme: «No me presiones, no cuentes demasiado conmigo, tengo mis propios problemas y debo ocuparme de ellos». Pero entonces, ¿quién es el que resiste a la locura o sufre debido a ella? ¿Quién es objeto del enfado? He asistido a psicoterapia durante muchos años, he vivido, he amado y experimentado pérdidas, y, con franqueza, no tengo la menor idea. Hay allí alguien, o algo, que es más fuerte que la química o la voluntad, un yo que me ha permitido enfrentar la rebelión de mi identidad, un yo unificador que soportó con firmeza hasta que los procesos químicos sublevados y los pensamientos derivados de ellos volvieron a su cauce. ¿Es de naturaleza química esa identidad? No soy espiritualista y crecí sin religión, pero siento que existe una fibra insondable en el centro de mí mismo, que se mantiene firme aun cuando le ha sido arrancada la identidad: cualquiera que haya pasado por esta experiencia sabe que nada es tan simple como la más compleja química.

Cuando uno experimenta su propia crisis tiene la ventaja de hallarse en ella y ver lo que sucede desde dentro. Desde fuera uno solo puede adivinar, pero como

la depresión es cíclica, esa misma periodicidad puede sernos útil para aprender a anticiparla y reconocerla. Mi vieja amiga Eve Kahn me habló acerca de las víctimas que se cobró la depresión de su padre en su familia: «Mi padre estuvo muy mal desde pequeño. Cuando mi abuelo murió, mi abuela desterró la religión de la casa, argumentando que “si Dios pudo llevarse a mi esposo y dejarme sola con cuatro hijos, es porque no hay Dios”. De modo que empezó a servir gambas con jamón en todas las fiestas judías. ¡Fuentes llenas de gambas y jamón! Mi padre mide un metro noventa y pesa casi cien kilos; era un gran jugador de balonmano y además jugaba al béisbol y al fútbol cuando estudiaba en la universidad, y era el tipo de sujeto que uno no consideraría precisamente frágil. Se licenció en psicología. Después, creo que cuando tenía más o menos treinta y dos años (el aspecto cronológico es confuso debido a que mi madre no quiere hablar del tema, mi padre no puede recordarlo y yo no tenía más de dos años cuando ocurrió), un día alguien que trabajaba en la clínica llamó a mi madre y le dijo que mi padre había desaparecido, que había abandonado el trabajo e ignoraba dónde se hallaba. Mi madre nos hizo subir al coche a mis hermanos y a mí, y recorrió los alrededores hasta que lo encontramos, aferrado a un buzón y llorando. Fue sometido de inmediato a terapia electroconvulsiva, y cuando el tratamiento finalizó le sugirieron a mi madre que se divorciara, porque él nunca volvería a ser el mismo. “Sus hijos no lo reconocerán”, le dijeron. Ella no les creyó, pero cuando se puso al volante para ir de regreso a casa, se echó a llorar. Cuando papá despertó era como una copia de sí mismo. Se lo veía desdibujado, su memoria se había deteriorado y parecía más preocupado por sí mismo y menos interesado en nosotros. Se supone que había sido un padre muy responsable cuando nosotros éramos pequeños: volvía a casa temprano, se preocupaba por saber qué habíamos aprendido ese día, y siempre nos traía juguetes. Después de la terapia electroconvulsiva se le veía algo distante. La depresión reapareció cuatro años más tarde, de modo que le prescribieron medicación y más TEC, y tuvo que abandonar el trabajo por una temporada. La mayor parte del tiempo estaba decaído, e irreconocible, porque la mandíbula inferior se había desplazado hacia atrás. Se levantaba de la cama y comenzaba a vagabundear por la casa sin saber qué hacer, con los brazos colgándole laxamente a ambos lados del cuerpo. Uno llega a entender cómo surgen las ideas de posesión demoníaca, porque parecía evidente que alguien se había metido en el cuerpo de mi padre. Yo tenía cinco años y podía percibirlo. Lo recuerdo con mucha nitidez. Parecía el mismo, pero no estaba allí.

»Luego pareció mejorar, y disfrutó un período de bienestar que duró alrededor de dos años, hasta que volvió a desmoronarse. Comenzó a decaer y decaer. Después de algún tiempo experimentaba una leve mejoría, pero enseguida volvía a hundirse, y así durante muchos años. En aquella época, cuando yo tenía

más o menos quince años, un día tuvo un accidente con el coche que conducía, bien porque estaba mareado, bien porque deseaba suicidarse, ¿quién sabe? Volvió a ocurrir lo mismo cuando yo cursaba primer año en la universidad. En aquella ocasión recibí la llamada y tuve que faltar a un examen para acudir al hospital, donde comprobé que le habían quitado el cinturón y la corbata como medida de precaución. Cinco años más tarde volvieron a ingresarlo. Después se retiró y reestructuró su vida. Ahora toma vitaminas, hace ejercicio y no trabaja. Cuando algo lo perturba, se esfuma. ¿Que mi bebé llora? Él se encasqueta el sombrero y se marcha a su casa. A pesar de todo, mi madre lo acompañó durante sus altibajos, pues era un gran esposo cuando estaba sano. Pasó diez buenos años, los de la década de 1990, hasta que una crisis lo derrumbó de nuevo a principios de 2001».

Eve no está dispuesta a que su familia padezca este tipo de problemas. «Yo he pasado por un par de episodios terribles —dice—. A los treinta años, más o menos, mi régimen de trabajo era de verdad intenso; asumía demasiadas tareas, las realizaba, y después me quedaba en la cama una semana entera, sin poder hacer prácticamente nada. Durante un tiempo tomé nortriptilina, que solo me sirvió para engordar. En septiembre de 1995 mi esposo consiguió un trabajo en Budapest, adonde hubimos de trasladarnos, y yo comencé a tomar Prozac para sobrellevar el estrés debido a la mudanza. Una vez instalados en aquella ciudad, caí en el abismo. O permanecía todo el día en la cama o me comportaba como una loca. Notaba la estresante situación de vivir en un lugar desconocido, sin amigos; y para colmo, obligada a enfrentarme al hecho de que mi marido debía trabajar quince horas al día porque se había presentado la posibilidad de un nuevo negocio. Cuando cuatro meses más tarde aquello terminó, yo había enloquecido por completo. Regresé a Estados Unidos, consulté a varios médicos y comencé a tomar un verdadero cóctel de fármacos: Klonopin, litio, Prozac. No lograba soñar, ni ser creativa, e iba a todas partes acarreando un estuche enorme lleno de píldoras separadas en compartimentos que indicaban: mañana, mediodía, tarde y noche, pues nunca recordaba cuál debía ingerir en cada momento. Con el tiempo reconstruí de alguna manera mi vida, hice algunos buenos amigos y conseguí un excelente trabajo, de modo que reduje la medicación hasta llegar a una dosis de un par de píldoras por noche. Me quedé embarazada, abandoné los medicamentos y me sentí mejor que nunca. Volvimos a vivir en nuestra casa, y entonces ocurrió que después del nacimiento de mi bebé esas maravillosas hormonas se agotaron, y mientras dedicaba todo mi tiempo a la pequeña (en un año no dormí decentemente una sola noche) comencé a derrumbarme de nuevo. Decidí que no haría pasar a mi hija por semejante experiencia. Ahora tomo Depakote, que no me embota tanto y que, según parece, carece de efectos nocivos durante la lactancia. Haré todo lo que tenga que hacer para darle a mi hija un ambiente estable, para hallarme presente

siempre que me necesite, para no abandonarla.»

Después de mi segunda crisis tuve dos años buenos. Me sentía entusiasmado y alegre por estarlo. Pero en septiembre de 1999 pasé por una terrible experiencia de abandono amoroso. Alguien que yo había pensado que estaría conmigo toda la vida, me dejó, y si bien eso no me deprimió, me produjo una profunda tristeza. Un mes después resbalé en las escaleras de mi casa y me disloqué el hombro. También sufrí un importante desgarro muscular. Acudí al hospital y, primero al personal de la ambulancia y después a quienes me atendieron en la sala de urgencias, intenté explicarles que mi principal preocupación era evitar que apareciera mi depresión. Les hablé de mis cálculos renales, y expliqué que un cólico nefrítico había desencadenado un episodio depresivo anterior. Les prometí cumplimentar cuantos papeles fueran necesarios y responder a todas las preguntas que desearan formularme, desde la historia colonial de Zanzíbar en adelante, si podían al menos aliviar mi dolor físico, pues sabía que en caso contrario mi estabilidad mental se hallaba seriamente amenazada. Les expliqué que contaba con un historial de crisis graves y les pedí que echaran un vistazo a mi historia clínica. Sin embargo, pasó más de una hora antes de que me administraran un analgésico, una dosis intravenosa de morfina demasiado exigua para el dolor que sentía. La dislocación de un hombro se resuelve de manera fácil, pero a mí no me lo pusieron en su sitio hasta ocho horas después de haber ingresado. Al final, pasadas cuatro horas y media de mi ingreso, experimenté un alivio significativo del dolor gracias a una dosis de Dilaudil, de modo que las últimas tres horas y media no fueron tan atroces.

Intentando mantener la tranquilidad, al principio pedí consultar a un psiquiatra. La doctora de guardia me dijo: «Un hombro dislocado duele, y le seguirá doliendo hasta que volvamos a ponerlo en su lugar. Tenga paciencia y deje de protestar, y agregó: “Usted está perdiendo el control, se está enfadando, y está hiperventilando. No voy a hacer nada por usted hasta que no se tranquilice”». También me dijeron: «No lo conocemos ni por asomo», y «No suministramos analgésicos potentes», y que debía «tratar de respirar profundamente e imaginar que está en una playa, y que escucha el sonido del agua y siente la arena bajo sus pies». Uno de los médicos me dijo: «Tranquilícese y deje de lamentarse de su suerte. En esta sala hay gente que está sufriendo afecciones peores que la suya». Y cuando dije que sabía que debía soportar el dolor, pero que necesitaba atenuarlo pronto, y que lo que me preocupaba no era el dolor físico sino las complicaciones psicológicas que podrían derivarse, me respondieron que mi comportamiento era

«infantil» y que «no quería colaborar». Cuando les comenté que mi historia clínica recogía episodios de trastorno mental me respondieron que, en ese caso, no podía esperar que nadie tomara en cuenta con seriedad lo que yo pensaba al respecto. «Soy una profesional, y estoy aquí para ayudarlo», repuso la doctora. Cuando le repliqué que yo era un paciente experimentado y sabía que lo que ella estaba haciendo en realidad era nocivo para mí, me respondió que yo no había asistido a la facultad de medicina, y que ella debía actuar de acuerdo con lo que consideraba el procedimiento adecuado.

Insistí en solicitar una consulta psiquiátrica, pero nadie me escuchó. Las historias clínicas psiquiátricas no se hallan disponibles en las salas de urgencias, de modo que no había forma de verificar lo que yo manifestaba, pese a que todos mis médicos y mi psiquiatra trabajan en aquel hospital. Considero inaceptable la política de la sala de urgencias, donde decir: «He tenido una depresión psicótica grave exacerbada por el dolor físico», para los médicos es más o menos lo mismo que decir: «Necesito que me traigan un oso de peluche antes de someterme a ninguna sutura». El manual estándar para la práctica clínica en las salas de urgencias de los hospitales de Estados Unidos⁴¹ no contempla los aspectos psicológicos de las enfermedades somáticas. En aquella sala no había nadie que estuviera ni remotamente capacitado para tratar complicaciones psiquiátricas. Yo estaba pidiendo un bistec en una pescadería.

El dolor ejerce un efecto acumulativo. Cinco horas de dolor son al menos seis veces más dolorosas que una. Ya he explicado que el trauma físico es uno de los principales desencadenantes de un trastorno psicológico, y que curar uno mediante un método que desencadena el otro es un acto de estupidez médica. Por supuesto, cuanto más se intensificaba el dolor, más agotado me sentía, más excesivo era el estímulo que recibían mis nervios, más se agravaba la situación. Tenía problemas de circulación y mi hombro se parecía más al de un leopardo que al de un ser humano. Cuando me administraron el Dilaudil yo ya estaba a punto de desmayarme. Es cierto que en aquella sala de urgencias había personas que padecían problemas más graves que el mío, pero ¿por qué debíamos sufrir ellos o yo un dolor innecesario?

En los tres días posteriores a aquella dura prueba experimenté intensos impulsos suicidas de una magnitud que no conocía desde mi primer episodio grave; y de no haber sido porque mis familiares y amigos me vigilaron durante las veinticuatro horas del día, habría alcanzado niveles de dolor físico y psíquico absolutamente insoportables y habría buscado un alivio inmediato, y de la forma más extrema imaginable. Era como volver una vez más a la situación del árbol y la

enredadera. Si uno ve un pequeño retoño de enredadera que brota de la tierra y lo reconoce como tal, puede arrancarlo con dos dedos y se acabó el problema, pero si uno espera a que la enredadera se haya adherido con firmeza al árbol, necesitará una sierra, y tal vez un hacha y una pala para desembarazarse de ella y arrancar sus raíces, y es también probable que no consiga eliminar la enredadera sin cortar algunas de las ramas del árbol. Por norma, yo puedo controlar mis impulsos suicidas, pero como les dije a los médicos del hospital después que todo hubo terminado, la negativa a tratar los problemas psiquiátricos de los pacientes puede conducir a que una cuestión relativamente insignificante como la dislocación de un hombro se convierta en una enfermedad letal. Si alguien dice que está sufriendo, el personal de la sala de urgencias debe tenerlo en cuenta. Si se producen suicidios en Estados Unidos es debido al conservadurismo de médicos como los que me atendieron en aquella ocasión, que consideran que la intolerancia al dolor extremo, físico y psicológico, es una debilidad de carácter.

La semana siguiente volví a derrumbarme. Había tenido accesos de llanto durante los episodios anteriores, pero nunca como los que sufrí entonces. Lloraba de modo continuo, parecía una estalactita. Era agotador enjugar aquellas lágrimas tan copiosas que lograron agrietarme la cara. Todo me resultaba terriblemente difícil y sentía que las tareas más simples me exigían un esfuerzo colosal. Recuerdo que una vez me eché a llorar porque se me había acabado la pastilla de jabón mientras me duchaba. En otra ocasión lloré porque durante un instante se atascó una de las teclas de mi ordenador. Me parecía que el teléfono pesaba doscientos kilos, y el hecho de tener que ponerme no uno sino dos calcetines, y luego calzarme no uno sino dos zapatos, me abrumaba hasta tal punto que lo único que deseaba era volver a acostarme. Aunque no sentía la intensa angustia característica de los episodios anteriores, la paranoia comenzó a instalarse en mi mente, y cada vez que mi perro salía de la habitación me sentía fatal, agobiado por la idea de que lo hacía porque yo no le interesaba.

En esta crisis experimenté un horror adicional. Las dos crisis anteriores habían ocurrido en un momento en que yo no tomaba medicación. Después de la segunda había asumido que debería tomarla de modo permanente si me proponía evitar nuevos episodios. Había tomado mis medicamentos todos los días durante cuatro años seguidos con un coste psicológico considerable, y pese a todo me encontraba sumido en una crisis total. ¿Cuál era el significado de ello? Mientras trabajaba en la redacción de este libro, conocí a algunas personas que habían sufrido uno o dos episodios depresivos, y que después de medicarse no habían vuelto a tener problemas. También he conocido a personas que habían abandonado la medicación durante un año, o bien algunos medicamentos durante

unos pocos meses y habían sufrido una crisis; es decir, gente que no podía hablar de la depresión en tiempo pasado. Yo creía pertenecer a la primera categoría, pero de pronto las circunstancias me llevaban a pensar que pertenecía a la segunda. He conocido a personas para las cuales la salud mental solo era ocasional, y considerando la posibilidad de que el Effexor ya no me resultara útil, pues existen personas para las que estos fármacos pierden todos sus efectos, yo me incorporaba a un mundo terrible. Me veía a mí mismo consumiendo medicamentos diferentes cada año, hasta agotar toda la variedad disponible.

He desarrollado una serie de estrategias para afrontar las crisis. Sé a qué médicos llamar y qué decirles, y sé cuándo ha llegado el momento de prescindir de las navajas de afeitar y dedicarme a pasear al perro. Lo cierto es que realicé varias llamadas y dije de manera directa que me sentía deprimido. Unos amigos a quienes estimaba mucho, y que se habían casado no hacía mucho tiempo, se mudaron a mi casa y me acompañaron durante dos meses; me ayudaron a atravesar los peores momentos del día, hablando conmigo acerca de mis angustias y temores, contándome historias, ocupándose de que comiera, mitigando mi soledad. De hecho, se convirtieron en mis almas gemelas para toda la vida. Mi hermano, que vino desde California, me encontró en la puerta de la calle cuando yo me hallaba en el peor momento de mi depresión, y mi padre estuvo alerta enseguida. Todo esto fue lo que me salvó, y en especial, actuar con rapidez, contar con un buen médico dispuesto a escucharme, tener muy claros mis patrones de conducta, regular el sueño y alimentarme —por más desagradable que me resultara hacerlo—, eliminar todo lo que me provocara estrés, hacer ejercicio, y amar.

En cuanto me resultó posible, telefoneé a mi representante y le dije que estaba pasando por un mal momento y que dejaría de trabajar en este libro. Le aclaré que no tenía la menor idea del rumbo que tomaría mi caos personal. «Date cuenta que ayer me atropelló un coche —agregué— y que ahora estoy ingresado en el hospital y a la espera de los resultados radiológicos. ¿Quién sabe cuándo podré volver a trabajar con mi ordenador?» Tomaba Xanax pese a que me producía una sensación de alejamiento e inseguridad, pues sabía que si permitía que aflorase la angustia que me atenazaba los pulmones y el estómago todo empeoraría y me vería inmerso en un serio problema. Expliqué a mis amigos y a mi familia que no había perdido la cabeza, pero que sí estaba confundido y que me sentía como Dresde en tiempo de guerra, como una ciudad a la que estaban destruyendo y no podía protegerse de las bombas, y se limitaba a reducirse a escombros en medio de los cuales apenas se vislumbraban exiguos restos de oro.

Lloraba sin cesar, incluso lo hice en el ascensor del hospital en el que mi psicofarmacólogo tiene su consulta, cuando fui a preguntarle si había algún remedio para lo que me ocurría. Para mi sorpresa, el hombre no se mostró tan pesimista como yo respecto a la situación y me aconsejó que no suspendiera el Effexor: «Le ha ayudado durante mucho tiempo y no hay motivo para que deje de tomarlo ahora». Me recetó Zyprexa, un antipsicótico que también actúa sobre la angustia, e incrementó la dosis de Effexor porque, en su opinión, uno no debe abandonar nunca el producto que lo está ayudando a menos que sea absolutamente necesario hacerlo. Además, el Effexor había dado buenos resultados antes, y tal vez con un refuerzo volviera a ser efectivo. Redujo en cambio la dosis de Wellbutrin por ser un medicamento excitante, y yo estaba extremadamente ansioso. No modificó la dosis de BuSpar. El psicofarmacólogo añadía algunos elementos y modificaba otros, estudiaba mis reacciones y las descripciones que le hacía acerca de mis sensaciones y experiencias, y elaboraba una versión en alguna medida «verdadera» de mí, tal vez del mismo modo que el anterior, pese a existir ligeras diferencias entre uno y otro. A esas alturas yo conocía bastante el tema y me informaba acerca de los fármacos que tomaba, aunque evitaba averiguar sus efectos secundarios hasta después de un tiempo de utilizarlos, ya que conocer dichos efectos suele hacer que uno los experimente. No obstante, aquello era una vaga ciencia de olores, sabores y combinaciones. El caso es que mi terapeuta me ayudó a sobrevivir a los experimentos, pues era persistente, y se empeñaba en transmitirme la certeza de que el futuro sería como mínimo igual al pasado.

Se suponía que al día siguiente de haber comenzado a tomar Zyprexa, pronunciaría por la noche una conferencia acerca de Virginia Woolf, a quien adoro. Hablar sobre ella y leer en voz alta párrafos de sus escritos era, para mí, comparable a hablar sobre el chocolate y al mismo tiempo comer un bocado tras otro de este manjar. Pronunciaría la conferencia en casa de unos amigos a un grupo de unos cincuenta conocidos. Era una especie de función de caridad en favor de una causa en la que yo creía. Normalmente me habría resultado una diversión maravillosa que implicaba poco esfuerzo, e incluso habría disfrutado siendo el blanco de todas las miradas, algo que me agradaba bastante cuando estaba de buen ánimo. Cualquiera habría podido suponer que la conferencia agudizaría mis problemas, pero en realidad yo me hallaba tan sensibilizado que el solo hecho de estar despierto me ponía nervioso en extremo, así que nada de lo que sucediera podía empeorar las cosas. De modo que durante el cóctel conversé con algunos de los asistentes y luego, cuando me planté frente a la audiencia con mis apuntes en la mano, descubrí que me sentía sereno, misteriosamente sereno, como si estuviera en una cena y compartiera simples comentarios con los otros comensales; y como si me hallara fuera de mi propio cuerpo, me vi desarrollar una charla bastante

coherente acerca de Virginia Woolf, apoyándome solo en mi memoria y en los textos escritos por ella.

Después de la conferencia, los organizadores de esta, un grupo de amigos y yo fuimos a cenar a un restaurante cercano. Había gente tan diversa que se requería cierto esfuerzo para alcanzar una cortesía perfecta, pero en circunstancias normales todo habría sido muy agradable. Por así decirlo, parecía que el aire que me rodeaba estaba espesándose, igual que se espesa un pegamento hasta alcanzar una misteriosa rigidez, de modo que las voces de aquellas personas semejaban atravesar y agrietar ese aire denso, y el ruido que ello provocaba me impedía oír con claridad lo que decían. Debía esforzarme incluso para sostener el tenedor. Después de pedir un plato de salmón comencé a percatarme de que mi incomodidad se estaba haciendo evidente, y me mortificaba no saber qué hacer para evitarlo. Estas situaciones son embarazosas, y no importa cuánta gente que toma Prozac conozca uno, ni cuán a gusto se supone que está todo el mundo con la depresión. Quienes compartían aquella cena sabían que yo estaba escribiendo un libro sobre el tema y la mayoría habían leído mis artículos. Pero eso no me ayudaba. Me disculpé por mi comportamiento a lo largo de toda la cena como un diplomático durante la guerra fría. Podría haber dicho: «Disculpen si parezco un poco abstraído, pero es que acabo de pasar por otro episodio depresivo», pero en ese caso todo el mundo se habría sentido obligado a preguntarme por los síntomas y las causas, y a intentar tranquilizarme con palabras de consuelo que no habrían hecho más que exacerbar mi depresión. También podría haber dicho: «Me temo que no puedo seguir el hilo de la conversación porque estoy tomando cinco miligramos de Xanax al día, aunque por supuesto no soy un adicto, y además acabo de comenzar a utilizar un nuevo antipsicótico que, según creo, es un sedante muy potente. ¿Está buena tu ensalada?». Por otra parte, tenía la sensación de que si seguía mudo, aquella gente se daría cuenta de que algo raro me ocurría.

De pronto descubrí que el aire se tornaba tan duro y quebradizo que las palabras lo atravesaban con un ruido semejante a un repiqueteo que me impedía enhebrarlas. Tal vez el lector haya pasado por la experiencia de asistir a una conferencia y haber caído en la cuenta de que para seguir el hilo de la exposición necesitaba prestar atención de manera sostenida; pero si la mente se distrae por un momento, cuando uno vuelve a atender ya no puede captar el sentido de lo que está exponiendo el conferenciante; ha perdido el hilo. Esto era lo que a mí me sucedía aquella noche, pero a una escala mucho más elemental, pues implicaba a cada una de las frases pronunciadas. Sentía que la lógica de lo que escuchaba se me escapaba de manera continua. Alguien había dicho algo sobre China, pero no estaba seguro de qué. Me pareció que alguien había mencionado el marfil, pero

ignoraba si era la misma persona que había mencionado a China, aunque recordaba que los chinos habían trabajado el marfil. Alguien me preguntó algo sobre un pescado, ¿era sobre mi pescado? ¿Si había pedido pescado? ¿Si me gustaba el pescado? ¿O era algo referente a los pescados chinos? Oí que alguien repetía una pregunta —recordaba la estructura de la frase anterior—, y luego sentí que mis ojos se cerraban y pensé, sin decirlo, que no es ni mucho menos cortés quedarse dormido cuando alguien le formula a uno una pregunta por segunda vez. Debía despertarme, de modo que erguí la cabeza y sonreí, como diciendo «no entendí bien». Vi caras perplejas que me observaban. «¿Te encuentras bien?», me preguntó alguien, y yo respondí: «Parece que no», momento en que algunos amigos me tomaron de los brazos y me condujeron fuera.

«Lo lamento mucho», continuaba diciendo yo, vagamente consciente de que en la mesa todo el mundo estaría pensando que lo más probable era que yo estuviera atiborrado de medicamentos; y deseando haber dicho solo que estaba deprimido, hipermedicado, y que me sentía inseguro porque no sabía si llegaría en buenas condiciones al final de aquella velada. «Lo lamento mucho», repetía, y todo el mundo insistía en que no había nada que lamentar. Unos amigos me llevaron a casa y me acompañaron hasta que me acosté. Me quité las lentillas y, para tranquilizarme, charlé con ellos durante un rato. «¿Y cómo estás tú?», pregunté a uno de mis amigos, pero cuando el aludido comenzó a responder, su imagen empezó a desdibujarse como el gato de Cheshire, y yo volví a desvanecerme y quedé sumergido en un sueño profundo que se prolongó durante diecisiete horas, y en el curso del cual soñé con una gran guerra. ¡Dios mío! Había olvidado la intensidad de la depresión. ¡Nos hace descender a tanta profundidad, y a tanta distancia! Estamos determinados por conjuntos de normas que se hallan más allá de nosotros. Las normas con las que fui educado, y que yo adopté para mí mismo, son bastante exigentes en relación con los estándares comunes; si noto que soy incapaz de escribir libros, siento que algo malo me está ocurriendo. Algunas personas se rigen por normas mucho menos o mucho más exigentes que las mías. Si un buen día George Bush se despierta y siente que es incapaz de ser un líder mundial, algo malo le está sucediendo. Pero hay personas que se sienten bien solo con poder alimentarse y seguir viviendo. Sufrir una crisis durante una cena está bastante lejos de lo que yo considero aceptable para mí.

Desperté sintiéndome un poco mejor que el día anterior, aunque también estaba desquiciado por haber perdido el control. La idea de salir a la calle todavía me parecía extraordinariamente difícil, pero sabía que podía ir hasta la planta baja, aunque no estaba seguro de querer hacerlo. Pude enviar algún correo electrónico, hice una soñolienta llamada al psicofarmacólogo, quien me sugirió que tomara la

mitad de Zyprexa y redujera el consumo de Xanax. Esa misma tarde, cuando los síntomas comenzaron a disiparse, no podía creerlo. Por la noche me encontraba casi bien, como uno de esos cangrejos que se desprenden de un caparazón demasiado grande, y después se arrastran indefensos por la playa hasta que encuentran otro. Aunque todavía me esperaba un largo camino por delante, me alegraba saber que estaba recuperándome.

Esa fue la tercera crisis, que fue como una revelación. Mientras que en la primera y en la segunda crisis los períodos agudos se habían prolongado durante unas seis semanas y habían durado en total alrededor de ocho meses cada una, la tercera, a la que denomino «minicrisis», se caracterizó por un período intenso de seis días y se prolongó cerca de dos meses. Tuve la suerte de responder muy bien al Zyprexa, pero también comprobé que la investigación que había realizado para escribir este libro, fuese o no valiosa para los demás, para mí había resultado de una utilidad extraordinaria. Me había encontrado triste durante algunos meses por diversas razones y me hallaba sometido a un estrés considerable; no obstante, había afrontado todas las situaciones, no sin dificultad. Como había adquirido tantos conocimientos acerca de la depresión, reconocí de inmediato el punto de transición. Había dado con un psicofarmacólogo capaz de actuar con sutileza a la hora de modular el cóctel de fármacos, y creo que si hubiera recurrido a estos antes de que mi primera crisis me arrastrara al abismo, habría podido dominar mi primera depresión antes de que se tornara incontrolable y, en consecuencia, hubiera podido evitar las crisis. Si no hubiera abandonado la medicación que me ayudó a superar aquella crisis, tal vez nunca habría sufrido la segunda, así que cuando comencé a dirigirme hacia la tercera, resolví que no cometería otra vez la estupidez de equivocarme.

La remisión de una enfermedad mental requiere constancia en el tratamiento: todos nos enfrentamos periódicamente a traumas físicos y psicológicos, y es muy probable que aquellos que somos en particular vulnerables suframos recaídas cuando surge algún problema. Puede desarrollarse mejor una vida en relativa libertad si uno, de manera responsable y escrupulosa, presta la debida atención a la medicación y la complementa con una psicoterapia que le permita comprender qué le está sucediendo. La mayoría de las personas aquejadas de depresión severa requieren una combinación de medicamentos, a veces en dosis nada ortodoxas, pero también necesitan comprender los cambios que se van produciendo en su personalidad, y esa comprensión solo puede facilitársela un profesional. Entre las personas cuyas historias me han parecido dolorosamente trágicas, hay muchas que padecieron depresión, buscaron ayuda, y han tomado los fármacos que les han recetado, a menudo en dosis inadecuadas, para controlar a

medias síntomas que podrían haberse eliminado. Tal vez las historias más trágicas sean las de aquellos que saben que el tratamiento que reciben es insuficiente por el hecho de pertenecer a entidades que prestan atención médica o dependen de seguros de salud que no cuentan con mejores recursos terapéuticos.

Una antigua fábula que solía relatarse en mi familia acerca de una familia pobre, un sabio y una cabra, explica que la familia vivía sumida en la miseria y la suciedad; la componían nueve personas que se apiñaban en una sola habitación, y que nunca disponían de comida suficiente para todos; vestían harapos y su existencia transcurría en medio de una profunda e implacable indigencia. Un día, el hombre de la casa acudió a consultar al sabio, y le dijo: «Maestro, somos tan pobres que apenas sobrevivimos. En la casa el ruido es terrible, la suciedad es repugnante, y la falta de intimidad, espantosa. Para colmo, estamos comenzando a odiarnos. Es una situación horrible. ¿Qué debemos hacer?». El sabio respondió: «Debes conseguir una cabra y llevarla a vivir a tu casa, junto a toda tu familia, durante un mes. Si lo haces, todos tus problemas se resolverán». El hombre no pudo ocultar su perplejidad. «¿Una cabra? ¿Vivir con una cabra?» Pero el sabio insistió, y como tenía fama de ser en realidad muy sabio, el hombre le hizo caso. Durante el mes siguiente, la horrible vida de aquella familia se tornó decididamente intolerable. Había más ruido, la casa estaba más sucia que nunca, la intimidad brillaba por su ausencia, no tenían de qué alimentarse porque la cabra se comía todo, y ni siquiera tenían ropa, porque el animal también se la había comido. El odio y la animadversión entre los miembros de la familia se volvieron extremos. El hombre regresó furioso a la casa del sabio cuatro semanas después. «Hemos vivido un mes con una cabra metida en nuestra choza —le dijo—. Ha sido espantoso. ¿Cómo ha podido darme un consejo tan absurdo?» El sabio asintió con la cabeza con gesto sagaz, y dijo: «Ahora deshazte de la cabra, y verás qué apacible y sublime es vuestra vida».

Lo mismo sucede con la depresión. Cuando uno puede vencerla siente una maravillosa sensación de paz a la hora de enfrentar los problemas cotidianos, que en comparación le parecen banales. En una ocasión llamé a una de las personas cuyos testimonios forman parte de este libro y empecé la conversación preguntándole cómo se encontraba. «Bien —me dijo—, me duele la espalda, tengo un esguince en el tobillo, los niños están furiosos conmigo, llueve a cántaros, mi gato murió y estoy al borde de la quiebra. Por otro lado, en este momento no manifiesto síntomas psicológicos, así que diría que, dadas las circunstancias, las cosas marchan fabulosamente bien.» Mi tercera crisis fue como tener la cabra viviendo en casa, pues apareció en un momento en que me sentía insatisfecho por una serie de problemas que yo sabía, desde una perspectiva racional, que a largo

plazo tendrían solución. Cuando la superé tuve ganas de organizar una fiesta para celebrar la alegría que me procuraba mi complicada vida; y me sentí dispuesto de forma asombrosa, de hecho curiosamente feliz, de volver a este libro, cuya escritura había abandonado durante dos meses. Dicho esto, debo agregar que de todos modos se trató de una verdadera crisis que sufrí cuando estaba tomando medicación, y desde la cual no he vuelto a sentirme seguro del todo. Durante las últimas etapas de redacción de este libro sufrí paroxismos de miedo y aislamiento, que si bien no desembocaron en una crisis, a veces solo me permitían escribir una página, después de lo cual debía acostarme y permanecer así media hora para recuperarme del efecto que me habían producido mis propias palabras. En algunas ocasiones no podía evitar el llanto, y en otras me angustiaba en tal medida que debía quedarme uno o dos días en cama. Creo que esas experiencias reflejaban de manera fiel la dificultad que entrañaba la tarea de escribir este libro, y también una suerte de incertidumbre paralizante respecto del futuro. Pero no me siento liberado; no estoy liberado.

He sobrellevado bastante bien los efectos secundarios de los fármacos, y mi actual psicofarmacólogo es un experto en este ámbito. Los efectos secundarios que experimenté consistieron en una ligera disminución de la libido y el problema universal de demora en alcanzar el orgasmo. Hace algunos años añadí Wellbutrin a mi medicación, lo que al parecer activó de nuevo mi libido, pero las cosas no han vuelto a ser como en los viejos tiempos. El especialista mencionado me ha prescrito también Viagra, para aquellas situaciones en que se manifiestan los efectos secundarios, y por la misma época añadió al cóctel dexanfetamina, que se supone que aumenta el impulso sexual. Creo que sí produce este incremento, pero también me causa un cierto nivel de crispación. Mi cuerpo está sometido a una serie de cambios que no alcanzo a discernir, y lo que una noche da espléndidos resultados, la siguiente puede jugaros una mala pasada. El Zyprexa es sedante, y en general hace que duerma mucho, más o menos diez horas, pero siempre tengo Xanax a mano para esas noches en que la ansiedad me impide cerrar los ojos.

Cuando dos personas se confían las historias de sus respectivas crisis se suscita entre ellas una curiosa intimidad. Laura Anderson y yo nos hemos comunicado casi a diario durante más de tres años, y durante mi tercera crisis ella se mostró extraordinariamente atenta. Apareció en mi vida desde la nada, y ambos desarrollamos una amistad que pronto alcanzó una extraña intimidad. Poco después de recibir su primera carta tuve la sensación de que la conocía desde siempre, y nuestra comunicación —en general por correo electrónico (aunque

muchas veces nos hemos enviado cartas o postales), muy de vez en cuando por teléfono, y en una ocasión de forma personal— se mantenía al margen del resto de mi vida, pero era tan habitual que muy pronto se tornó adictiva. La relación tomó la forma de una historia de amor con todos sus ingredientes: descubrimiento, éxtasis, cansancio, renacimiento, costumbre y profundidad. Por momentos Laura me parecía demasiado para mí en muy poco tiempo, y en la primera fase de nuestra relación me rebelé en ocasiones contra ella o traté de limitar el contacto, pero en esos excepcionales días en que no tenía noticias de ella comencé a sentirme como si me hubiera saltado una comida o hubiera pasado una noche en vela. Aunque sufre un trastorno bipolar, en la vida de Laura Anderson los episodios maníacos son mucho menos pronunciados que los depresivos, y más fáciles de controlar, un cuadro que cada vez con mayor frecuencia se suele llamar «trastorno bipolar dos». Ella es una de las muchas personas en quienes la depresión está siempre al acecho por muy cuidadosamente regulados que estén la medicación, el tratamiento y las conductas. Algunos días se encuentra libre de ella y otros días no, pero no puede hacer nada por mantenerla controlada.

Laura me envió su primera carta en enero de 1998. Era una carta llena de esperanza. Había leído mi artículo sobre la depresión y tenía la sensación de que nos conocíamos; me daba el número de teléfono de su casa y me decía que la llamara cuando quisiera y a cualquier hora, y adjuntaba una lista de canciones que la habían ayudado a atravesar sus peores momentos y el nombre de uno de los libros que ella consideraba que me agradaría porque sintonizaba conmigo. Estaba en Austin, Texas, porque su novio vivía allí, pero se sentía un poco aislada y aburrida. Se había encontrado demasiado deprimida para trabajar, aunque estaba interesada en los empleos de ámbito estatal y esperaba conseguir un puesto oficial en Texas. Me contó que había tomado Prozac, Paxil, Zoloft, Wellbutrin, Klonopin, BuSpar, Valium, Librium, Ativan y, «por supuesto, Xanax», y seguía tomando varios de ellos, además de Depakote y Ambien. Tenía problemas con el psiquiatra que la supervisaba, «por lo tanto consultaré a otro, que será mi médico número cuarenta y nueve». Había algo en su carta que me atrajo, y le respondí de la forma más cálida que pude.

Volví a tener noticias suyas en febrero. «El Depakote no me está dando resultado —me escribió—. Me siento frustrada por la pérdida de memoria, el temblor de manos y el tartamudeo, y por no encontrar el encendedor después de haberme pasado cuarenta minutos buscando los cigarrillos y el cenicero. Me siento frustrada porque en muchos casos estas enfermedades parecen claramente multipolares, y eso me lleva a desear que Lévi-Strauss nunca nos hubiera hecho notar la existencia de las oposiciones binarias. Con el prefijo “bi” lo único que me

gusta es la bicicleta. Estoy convencida de que hay cuarenta matices diferentes de negro, y no me agrada pensar en esa variedad en una escala lineal: veo más bien un círculo, como el de la rueda de una bicicleta que gira demasiado rápido, y un deseo de muerte que puede colarse por entre los radios. Esta semana pensé en ingresar en el hospital, pero ya he estado en uno el tiempo suficiente para saber que no me autorizarían a tener un walkman ni tijeras para hacer tarjetas para el día de San Valentín; que echaría de menos a mis perros; que estaría aterrada sin Peter, mi novio, que me ama a pesar de los vómitos, la ira, el malestar y la falta de sexo; y que tendría que dormir en una sala común, cerca de las enfermeras, o bien encerrada en una habitación vigilada para suicidas. No, gracias. Tengo bastante confianza en que, si los medicamentos me mantienen en la línea ecuatorial (entre los dos polos), estaré bien.»

Con la llegada de la primavera su estado de ánimo mejoró. En mayo se quedó embarazada y la perspectiva de tener un bebé la excitó. Sin embargo, se enteró de que el Depakote ha sido asociado con casos de espina bífida y alteraciones del desarrollo cerebral, así que intentó dejar de tomarlo, pero como le asaltó la idea de que tal vez había retrasado demasiado esa decisión, comenzó a desestabilizarse. Pronto me escribió: «Aquí estoy, sumida en un triste estupor postaborto. Supongo que volver a la medicación es el único resquicio de esperanza que me queda. Trato de no enfadarme ni alimentar resentimientos por todo esto, pero a veces me parece tan injusto... Hoy hace un día espléndido y sopla una leve brisa aquí en Austin, y me pregunto por qué me siento tan inerme. ¿Ves? Cualquier cosa, hasta una reacción normal ante una prueba realmente dura, me provoca un ataque de preocupación ante la perspectiva de una inminente depresión. Sea como fuere, estoy en una especie de nebulosa opaca y cargada de mal humor: me duele la cabeza y estoy estresada de tanto llorar».

Diez días después escribió: «Me he estabilizado, quizá caí más abajo de lo que habría deseado, pero no tanto como para preocuparme demasiado. He cambiado de médicos y de medicinas: pasé del Depakote al Tegretol, y tomo un poco de Zyprexa para acelerar los efectos del Tegretol. El Zyprexa me ralentiza de verdad. ¡Los efectos secundarios orgánicos de la enfermedad mental parecen un verdadero insulto! Creo que con todo lo que he tomado puedo aspirar a un título en Depresión Avanzada. Sin embargo (tengo una extraña amnesia), me resulta imposible recordar lo espantosa que es la depresión, que hace que los minutos parezcan interminables. Estoy tan exhausta, tan cansada de tratar de averiguar quién soy cuando estoy “bien”, o qué es lo normal o lo aceptable para mí».

Pocos días más tarde me escribió: «La timidez impide abrir las

profundidades de la propia personalidad a los demás; por eso, la mayoría de las amistades que he entablado en los últimos ocho o nueve años son más bien fortuitas. Esto aumenta mi sensación de soledad, y termino sintiéndome un poco idiotizada. Acabo de llamar, por ejemplo, a una amiga muy querida (y muy exigente) que vive en Virginia Occidental y que me pide explicaciones por no haberla visitado desde que tuvo su bebé. ¿Qué podía decirle? ¿Que me habría encantado hacer el viaje pero estaba demasiado ocupada tratando de mantenerme lo más lejos posible del hospital? Es algo tan humillante, tan degradante... Si supiera que no podrían descubrirme me encantaría mentir, inventar algún cáncer de poca gravedad que pudiera remitir y desaparecer, es decir, algo que la gente pudiera entender y que no inspirara temor e incomodidad».

Laura se halla bloqueada de manera constante; cada uno de los aspectos de su vida está supeditado a su enfermedad. «En cuanto a citas, yo necesito que la gente con la que salgo pueda cuidarse por sí misma, porque personalmente hacerme cargo de mí misma me exige una gran cantidad de energía, y no puedo responsabilizarme de alguien que se sienta lastimado por alguna nimiedad. ¿No es terrible sentirse de este modo en el amor? También me cuesta mucho manejarme en el aspecto profesional, debido a la escasa duración de mis empleos y los intervalos existentes entre ellos. ¿A quién le interesa conocer las esperanzas que uno deposita en su nueva medicación? ¿Cómo se le puede pedir a alguien que entienda algo así? Antes de sufrir esta enfermedad en carne propia tenía un amigo que era depresivo. Yo escuchaba todo lo que él decía como si compartiéramos un mismo lenguaje, pero después me di cuenta de que la depresión habla, o te enseña, un lenguaje completamente diferente.»

En los meses que siguieron nos abocamos a la tarea de comenzar a conocernos mutuamente. Supe que ella había sido víctima de abusos sexuales en su adolescencia y que fue violada poco después de cumplir los veinte años, y que cada una de estas experiencias le había dejado marcas muy profundas. Se había casado a los veintiséis años y había sufrido su primera depresión al año siguiente. Al parecer su esposo no había podido manejar la situación, y ella la había afrontado bebiendo en exceso. En otoño había entrado en una fase ligeramente maníaca y acudió al médico; le dijo que se encontraba un poco tensa y le prescribió Valium. «La manía se estaba apoderando de mi mente, pero mi cuerpo se había desacelerado de manera espantosa», me contó después. En la fiesta que ella y su esposo habían organizado para Navidad tuvo un ataque de furia y le arrojó un plato a la cara. Después, subió a su cuarto y se tomó todo el Valium que le quedaba. Él la llevó al servicio de urgencias del hospital y confesó a los médicos que la atendieron que no podía controlarla, de modo que la ingresaron en un

pabellón psiquiátrico, donde pasó todas las vacaciones navideñas. Cuando volvió a su casa, muy medicada, «el matrimonio estaba acabado. Pasamos el año siguiente con muchos altibajos, pero en la Navidad siguiente viajamos a París, y una noche, mientras cenábamos, lo miré y pensé: “Hoy no me siento más feliz que el año pasado en el hospital”». Se marchó de su casa y pronto entabló una nueva relación y se mudó a Austin para estar junto a su novio. A partir de entonces la depresión comenzó a aparecer de forma regular, por lo menos una vez al año.

En septiembre de 1998, Laura me escribió para contarme que había pasado por un breve embate de «esa terrible y letárgica angustia». A mediados de octubre estaba empezando a hundirse, y lo sabía. «Todavía no estoy deprimida en toda regla, pero me noto más lenta; es decir, debo esforzarme cada vez más para concentrarme en todo lo que hago. En este momento no estoy del todo deprimida, pero he entrado en una suerte de recesión». Comenzó a tomar Wellbutrin. «Detesto esta sensación de distanciamiento del mundo», se lamentaba, y pronto comenzó a pasar días enteros en la cama. Los medicamentos no le producían ningún efecto. Se aisló por completo, hasta el punto de que solo se ocupaba de sus perros. «Cuando mis apetitos normales disminuyen a causa de la depresión (necesidades como reír, tener relaciones sexuales, o comer), los perros me procuran los únicos momentos de verdadera felicidad.»

A principios de noviembre se quejaba: «Solo tomo baños de inmersión, porque sentir que el agua de la ducha me golpea me afecta demasiado, más aún por la mañana, y me parece una forma violenta de comenzar el día. Conducir también implica un esfuerzo enorme, y lo mismo me ocurre si debo ir al cajero o hacer la compra». Alquiló un vídeo de *El mago de Oz* para distraerse, pero «las partes tristes me hacían llorar». Perdió el apetito. «Hoy probé un bocado de atún, pero me hizo vomitar, así que comí un poco del arroz que había preparado para los perros.» Se quejaba de que incluso las visitas al médico la hacían sentirse mal. «Me resulta difícil ser honesta con él acerca de cómo me estoy sintiendo porque no quiero defraudarlo.»

Nuestra correspondencia era diaria, y cuando le pregunté si no le resultaba difícil seguir escribiendo, dijo: «Prestar atención a los demás es la forma más simple de lograr que los demás nos presten atención. También es la manera más simple de conservar cierta perspectiva acerca de uno mismo. Yo necesito compartir lo que me obsesiona de mí misma. Soy tan consciente de ello que ahora, cada vez que pulso la tecla “y” para escribir “yo”, pongo cara de asco. Me paso todo el día OBLIGÁNDOME a mí misma a hacer las cosas más insignificantes y tratando de evaluar la gravedad de mi situación. ¿Estoy realmente deprimida? ¿O solo soy

perezosa? ¿Estoy ansiosa porque tomo demasiado café, o por un exceso de antidepresivos? El solo hecho de evaluarme a mí misma me hace llorar. Lo que les molesta a todos es que lo único que pueden HACER para ayudarte es estar presentes. ¡Lo que me mantiene sana es el correo electrónico! Los signos de exclamación son mentiras sin importancia».

Unos días después, esa misma semana, escribió: «Son las diez de la mañana y ya estoy abrumada por la idea de un día más. Lo estoy intentando, lo estoy intentando. Le doy vueltas todo el tiempo, al borde de las lágrimas, y me digo a mí misma: “No pasa nada”, y respiro hondo. Mi meta es mantenerme en un lugar más o menos seguro entre el autoanálisis y la autodestrucción. Siento que en este preciso momento estoy exprimiendo a la gente, tú entre ellos. Es mucho lo que pido, y al mismo tiempo no doy nada a cambio. Pienso que si me visto con ropa que no me gusta, me recojo el pelo y llevo los perros conmigo, me sentiré lo suficientemente segura como para ir a la tienda y comprar un poco de zumo de naranja».

Justo antes del día de Acción de Gracias me escribió: «Hoy he estado mirando fotografías viejas y he sentido que eran instantáneas de la vida de otra persona. ¡Qué cantidad de cambios nos produce la medicación!». Pero pronto logró al menos abandonar la cama. «Hoy he pasado momentos buenos», escribió hacia finales de ese mes. «¡Algunos más, por favor, sea quien sea el que los conceda! Pude caminar en medio de una multitud y no sentirme cohibida.» Al día siguiente tuvo una pequeña recaída. «Estaba sintiéndome mejor, y esperaba que aquello fuera el comienzo de algo maravilloso, pero hoy padezco una angustia terrible, del tipo “me caigo de espaldas” y “siento una opresión en el pecho”. Pero todavía me quedan esperanzas, y eso ayuda.» Al día siguiente las cosas empeoraron. «Mi estado de ánimo sigue siendo sombrío. Terror por la mañana y abyecta sensación de desamparo al final de la tarde.» Contaba que había ido al parque con su novio. «Él compró un folleto que describía todas las plantas del lugar. Junto a la descripción de un árbol decía: “Todas sus partes contienen un veneno mortal”. Pensé que tal vez podría encontrar ese árbol, comer una o dos de sus hojas, acurrucarme al cobijo de una roca y dejarme morir. ¡Cómo echo de menos a esa Laura a la que le habría encantado ponerse su traje de baño y tumbarse a tomar el sol y mirar el cielo azul, azul! ¡Una bruja malvada me la robó y la sustituyó por una niña horrenda! La depresión arrasa con todo lo que a mí realmente me gusta de mí misma, que por cierto no es mucho. El hecho de sentirme desesperanzada y desesperada no es más que una forma lenta de morir. Mientras tanto, intento sobrellevar estos interminables períodos de horror.»

Pero una semana más tarde ya se sentía mucho mejor. Después, de repente, perdió la compostura en una tienda de comida rápida cuando un empleado comenzó a cobrarle a otro cliente antes que a ella. Con una brusquedad que no se correspondía en absoluto con su estilo habitual, gritó: «¡Por Dios! ¿Qué es esto, un puesto de perritos calientes?», y se marchó de forma intempestiva sin llevarse lo que había comprado. «Es una cuesta muy abrupta y escabrosa. Estoy muy cansada de hablar de ello, y de pensar en ello.» Cuando su novio le dijo que la amaba, se echó a llorar. Al día siguiente se sintió mejor, comió dos veces y se compró un par de calcetines. Fue al parque, y de pronto sintió un deseo irrefrenable de subirse a un columpio. «Había pasado la última semana envuelta en la sensación de “me caigo de espaldas”, así que me sentí de maravilla columpiándome. Una siente algo por completo distinto: una sensación de levedad y plenitud en el centro del pecho, como cuando una conduce colina arriba a gran velocidad. Es bonito poder hacer algo tan simple, de modo que comencé a sentirme un poco mejor y recuperé cierta sensación de serenidad, lucidez y vivacidad. No es que tenga esperanzas de que este estado de ánimo dure mucho tiempo, pero esa sensación de hallarse liberada de preocupaciones abstractas o del peso inexplicable de la tristeza, fue tan plena, tan real y tan benéfica que, por una vez, no sentí deseos de llorar. Sé que esos otros sentimientos reaparecerán, pero creo que experimenté alivio esta noche, gracias a Dios y al columpio, un recordatorio de que debo ser optimista y paciente, un vaticinio de que vendrán tiempos mejores.» En diciembre sufrió una reacción adversa al litio, que le provocó una extrema sequedad de la piel. Redujo la dosis y comenzó a tomar Neurontin, un cambio que pareció dar resultado. «El regresar al centro, a un centro, conocido como “yo” me hace sentir bien y auténtica», me escribió.

En octubre nos conocimos por fin. Ella estaba pasando unos días con su madre en Waterford, Virginia, una hermosa localidad en las afueras de Washington, donde había transcurrido su infancia. A esas alturas yo ya le había tomado tanto cariño que no podía creer que no nos hubiésemos visto nunca. Viajé en tren, y ella fue a esperarme a la estación con su amigo Walt, a quien también vi por primera vez en aquella ocasión. Era esbelta, rubia y hermosa, pero aquella temporada con su familia estaba despertando en ella demasiados recuerdos y no lo estaba pasando bien. Estaba muy ansiosa; tanto, que tenía dificultades para expresarse, y se notaba que moverse le costaba un enorme esfuerzo. Se disculpó por su estado en voz baja y enronquecida. Me reveló que su ánimo había estado decayendo durante toda la semana. Le pregunté si mi presencia agravaba la situación; me aseguró que no. Fuimos a comer a un restaurante y ella pidió mejillones, pero parecía incapaz de comerlos; le temblaban las manos, y al tratar de abrirlos se manchó la ropa con la salsa. No podía hablar y abrir los mejillones al

mismo tiempo, de modo que los únicos que conversábamos éramos Walt y yo. Él me describió el decaimiento gradual de Laura durante aquella semana, y ella emitía vagos sonidos de aprobación. A esas alturas había renunciado a los mejillones y se había concentrado por completo en una copa de vino blanco. Yo estaba consternado, pues si bien ella me había advertido que las cosas no andaban bien, yo no me sentía preparado para el grado de incapacidad que evidenciaba.

Acompañamos a Walt y luego yo me puse al volante del coche de Laura, a quien le temblaban demasiado las manos para conducir. Cuando llegamos a su casa, su madre no pudo ocultar su preocupación. Luego Laura y yo entablamos una conversación que pasaba de la coherencia a la incoherencia de forma aleatoria, y yo tenía la impresión de que me estaba hablando desde algún lugar remoto. De pronto, mientras mirábamos unas fotografías, se quedó como encallada. Yo no había visto (ni imaginado) nunca nada parecido. Me estaba explicando quiénes eran los que aparecían en las fotografías y de repente comenzó a repetir, como para sí misma: «Esa es Geraldine, esa es Geraldine». Hizo una mueca de disgusto, y comenzó otra vez, señalándola: «Esa es Geraldine», y luego una vez más: «Esa es Geraldine»; y cada vez que lo decía iba alargando de manera interminable las sílabas. Su rostro estaba como congelado, y daba la impresión de que le costaba mover los labios. Llamé a su madre y a su hermano Michael. Este apoyó las manos en los hombros de Laura y dijo: «No pasa nada, Laura. No pasa nada». Un momento después la llevamos entre los dos al piso de arriba, mientras ella seguía repitiendo sin parar: «Esa es Geraldine». Su madre la ayudó a cambiarse la ropa manchada con la salsa de mejillones, la acostó, y se sentó junto a ella acariciándole la mano. El encuentro no resultó ni remotamente como yo lo había imaginado.

El trastorno se debió a la incompatibilidad de algunos de los medicamentos que estaba tomando, pero hacia el final del día ya había pasado lo peor. Sin embargo, «mi alma había perdido todo su color, todo lo que yo amaba en mí había desaparecido y lo único que quedaba de mí era el armazón de una pequeña muñeca». Pronto le recetaron una nueva combinación de medicamentos, pero hasta Navidad no comenzó a sentir que era la misma de antes. Después, en marzo de 2000, cuando todo parecía mejorar, volvió a padecer los mismos ataques. «Tengo tanto miedo —me escribió—. Y me siento tan humillada... Es bastante patético que la mejor noticia que uno puede compartir sea que no está sufriendo convulsiones.» Seis meses más tarde las crisis se repitieron. «No puedo controlar mi vida —me dijo—. Tengo tanto miedo de los ataques que no puedo reprimir la angustia. Hoy salí de mi casa para ir al trabajo y me vomité encima mientras conducía. Tuve que volver a casa y cambiarme de ropa. Por supuesto, llegué tarde a la oficina, y me justifiqué diciendo que estaba sufriendo estos ataques. Por toda

respuesta recibí una sanción disciplinaria. Mi médico quiere que tome Valium, pero a mí me destroza. Así es mi vida ahora. Así será siempre mi vida: una serie de terribles caídas en picado en el infierno. Y los recuerdos del espanto. ¿Cómo se puede seguir viviendo así?»

¿Puedo yo seguir viviendo como vivo? ¿Podemos seguir viviendo, cualquiera de nosotros, y sobrellevando nuestros problemas? En última instancia, la mayoría lo hacemos. Y avanzamos. Las voces del pasado regresan como las voces de los muertos para solidarizarse con nosotros por la mutabilidad de todo lo que existe y por el paso de los años. Cuando estoy triste recuerdo demasiado, y demasiado bien. Recuerdo siempre a mi madre, y al que yo era entonces, sentados en la cocina, conversando, desde que tenía cinco años hasta que ella murió, cuando yo tenía veinticinco. Recuerdo aquella temporada en París con Sandy, la amiga de mi madre que quería regalarle su sombrero verde a Juana de Arco, y que murió dos años después. Recuerdo a mi tío abuelo Don y mi tía abuela Betty, y las chokolatinas que guardaban en el cajón más alto de la despensa. Recuerdo a los primos de mi padre, Helen y Alan, y a mi tía Dorothy, y a todos los demás que ya no están. Oigo siempre las voces de los muertos. Estas personas y mis otros yo anteriores vienen a visitarme por las noches, y cuando despierto y me doy cuenta de que no están en el mismo mundo en que yo me encuentro, siento una extraña desesperación, algo que está más allá de la simple tristeza y se parece mucho, por momentos, a la angustia de la depresión. Y sin embargo, si los echo de menos, y echo de menos el pasado que ellos construyeron y compartieron conmigo, el modo de recuperar su amor ausente es, ahora lo sé, vivir, seguir viviendo. A veces pienso que preferiría estar donde están ellos y abandonar la maníaca lucha por sobrevivir. ¿Es eso depresión? ¿O acaso seguir viviendo a pesar de todo lo que no podemos soportar forma parte de la vida?

La existencia del pasado, la realidad del transcurso del tiempo, es algo que me resulta increíblemente difícil de aceptar. Mi casa está llena de libros que no puedo leer, y de discos que no puedo escuchar, y de fotografías que no puedo mirar porque se asocian con fuerza al pasado. Cuando me encuentro con amigos de la facultad, intento no hablar demasiado de ella, porque yo era muy feliz en aquella época, y aunque no necesariamente fuese más feliz que ahora, lo era de un modo singular y específico que nunca volveré a experimentar. La imagen de aquellos días de esplendor juvenil me resulta corrosiva. Golpeo siempre las paredes del placer del pasado, que para mí es mucho más difícil de procesar que el dolor del pasado. Es pensar en una época terrible que ya pasó, y sé que ese estrés

postraumático es una dolencia aguda; pero para mí los traumas del pasado se encuentran, por fortuna, lejos. Los placeres del pasado, en cambio, duelen. El recuerdo de los buenos tiempos compartidos con personas que ya no están, o que ya no son quienes eran, es lo que hace que hoy sienta el mayor dolor. No hagáis que recuerde, les digo a los despojos de los placeres del pasado. La depresión puede ser consecuencia de todo aquello que fue feliz o de todo aquello que fue horrible. Al fin y al cabo, también existe algo que se llama estrés posjúbilo. Lo peor de la depresión se agazapa en un momento presente que no puede liberarse del pasado, más allá de que lo idealice o lo considere deplorable.

Tratamientos

Existen dos tipos fundamentales de tratamiento antidepresivo: la psicoterapia, cuyo principal instrumento es la palabra, y el abordaje clínico fisiológico, que incluye la intervención farmacológica y el electroshock o terapia electroconvulsiva (TEC). Conciliar los enfoques psicosocial y psicofarmacológico de la depresión resulta difícil pero necesario, y es sumamente peligroso que mucha gente considere que uno excluye al otro. La farmacoterapia y la psicoterapia no deberían competir por una población limitada de depresivos, sino que deberían ser tratamientos complementarios que pudieran utilizarse de manera conjunta o por separado, según la situación del paciente. No obstante, el modelo biopsicosocial de terapia global sigue estando más allá de nuestra comprensión. En la actualidad es habitual que los psiquiatras expliquen primero al paciente cuál es el principal motivo de su depresión (el bajo nivel de serotonina o los traumas infantiles son las causas más frecuentes) y después, como si existiera un nexo lógico, cuál es el remedio adecuado; pero todo ello es absurdo. «No creo que si las causas de nuestros problemas fueran psicosociales requirieran un tratamiento psicosocial, ni tampoco que si fueran biológicas requirieran un tratamiento biológico», ha dicho Ellen Frank, de la Universidad de Pittsburgh. Resulta sorprendente que los pacientes que se recuperan de la depresión mediante psicoterapia muestren los mismos cambios fisiológicos —por ejemplo, en el electroencefalograma del sueño— que quienes reciben medicación.

Mientras los psiquiatras tradicionales consideran la depresión como parte esencial de la persona que la sufre, e intentan provocar un cambio en la estructura del carácter de dicha persona, la psicofarmacología en su forma más pura interpreta este trastorno como un desequilibrio determinado por factores externos y que puede corregirse sin tener en cuenta las variables de personalidad. El antropólogo T. M. Luhrmann ha escrito recientemente acerca de los peligros que implica esta escisión en la psiquiatría moderna: «Se supone que los psiquiatras consideran estos enfoques como instrumentos diferentes de un mismo modelo. Sin embargo, se los muestra como herramientas diferentes, basadas en modelos diferentes, y utilizadas con propósitos diferentes».¹ «La psiquiatría —dice William Normand, un psicoanalista en ejercicio que utiliza medicación cuando la considera útil— ha pasado de ser estúpida a no tener sentido»; los profesionales que en otros tiempos descuidaban el aspecto fisiológico del cerebro en favor de la afectividad,

ahora descuidan la dimensión afectiva de la mente en favor de la química cerebral.

El conflicto entre terapia psicodinámica y medicación es en definitiva un conflicto basado en una razón moral; tendemos a suponer de manera categórica que si el problema es sensible al diálogo psicoterapéutico, se trata de un problema que deberíamos ser capaces de superar simplemente actuando con rigor mental, mientras que un problema sensible a la ingestión de sustancias químicas no es un error nuestro y, por lo tanto, no requiere de nuestra parte ningún pensamiento riguroso. Es verdad que una leve depresión es responsabilidad de quien la sufre, y que casi cualquier depresión puede aliviarse con rigor. Los antidepresivos ayudan si la persona se ayuda a sí misma, pero si se exige demasiado se encontrará peor, de modo que debe exigirse a un nivel necesario y suficiente si de verdad desea recuperarse. La medicación y la psicoterapia son instrumentos que deben utilizarse en la medida en que sean necesarios, y no hay que culparse, pero tampoco ser demasiado indulgente consigo mismo. Melvin McGuinness, un psiquiatra del hospital Johns Hopkins, habla de «volición, afectos y cognición» que se desarrollan en ciclos entrelazados, casi como biorritmos. Los afectos comprometen la volición y la cognición, pero no las sustituyen.

Las psicoterapias provienen del psicoanálisis, que a su vez deriva de la revelación ritual de pensamientos peligrosos que antes se formalizaba en el confesionario de la iglesia. El psicoanálisis es una forma de tratamiento en la que se utilizan técnicas específicas con el propósito de desvelar el primer trauma que ha dado lugar a la neurosis. Por lo general es un tratamiento largo que requiere unas cuatro o cinco sesiones semanales durante varios años, y se centra en hacer evidente el contenido de la mente inconsciente. Se ha puesto de moda criticar a Freud y las teorías psicodinámicas que se desarrollaron a partir de la suya, pero de hecho el modelo freudiano, aunque imperfecto, es excelente. En palabras de Luhrmann, contiene «una noción de la complejidad humana, de profundidad, una exigente demanda de lucha contra nuestros propios rechazos, y un respeto por la dificultad de la vida humana».² Cuando la gente discute en torno a los detalles de la teoría de Freud y lo culpa por los prejuicios de su época, pasa por alto la verdad fundamental de su obra, y su gran humildad: que con frecuencia desconocemos nuestros propios afectos y somos prisioneros de lo que no podemos comprender.

Podemos reconocer solo un pequeño fragmento de nuestros propios impulsos, y un fragmento aún más pequeño de los impulsos de los demás. Con tener en cuenta solo eso de la teoría freudiana, esa fuerza a la que podemos llamar «inconsciente», o «desregulación de ciertos circuitos cerebrales», ya disponemos de una base para el estudio de la enfermedad mental.

El psicoanálisis resulta muy útil como teoría explicativa, pero no es eficiente como terapia, pues el enorme potencial del proceso psicoanalítico se desperdicia si el objetivo del paciente solo consiste en lograr una mejora inmediata de su estado de ánimo general. Cuando oigo decir que el psicoanálisis se utiliza para tratar la depresión, imagino a alguien que pretende detener la marea disparándole con una ametralladora. Las terapias psicodinámicas que han surgido a partir del psicoanálisis, sin embargo, desempeñan un papel crucial. La vida rara vez puede repararse sin someterla a un examen minucioso, y la lección del psicoanálisis consiste en que este examen casi siempre es revelador. Las escuelas psicoterapéuticas que tienen más adeptos son aquellas en las que el paciente le habla al médico de los sentimientos y experiencias del momento. Durante muchos años se consideró que hablar de la depresión era la mejor forma de curarla. Aún lo es. «Toma notas —escribió Virginia Woolf en *Los años*— y el dolor desaparece.»³ Ese es el proceso que subyace a la mayor parte de un proceso psicoterapéutico. El papel del psicólogo consiste en escuchar con atención mientras el paciente entra en contacto con sus verdaderos sentimientos para comprender por qué se comporta como lo hace. La mayoría de las terapias psicodinámicas se basan en el principio de que verbalizar un problema es una buena manera de dominarlo, y que conocer su origen resulta útil para resolverlo. Sin embargo, estas terapias no se limitan al conocimiento, sino que nos enseñan estrategias para utilizarlo como instrumento terapéutico. El profesional puede también brindar sutiles respuestas y comentarios orientativos que permitirán al paciente alcanzar la comprensión suficiente que contribuye a modificar su conducta y de este modo mejorar su calidad de vida. Una de las causas de la depresión suele ser el aislamiento, de manera que un buen terapeuta puede ayudar a una persona deprimida a conectar con la gente que la rodea y a configurar redes de apoyo que mitiguen la severidad del trastorno.

Existen partidarios incondicionales de la idea que afirma que la comprensión afectiva carece de sentido. «¿A quién le importan las motivaciones y los orígenes? —pregunta Donald Klein, un destacado psicofarmacólogo de la Universidad de Columbia—. Nadie ha derribado a Freud porque nadie dispone de una teoría ni siquiera un poco mejor que la suya, la del conflicto internalizado. La cuestión es que ahora podemos tratarlo; filosofar acerca de su origen no ha tenido, hasta el momento, ninguna utilidad terapéutica.»

Es verdad que la medicación nos proporciona libertad, pero deberíamos preocuparnos por los orígenes de la enfermedad. Steven Hyman, director del Instituto Nacional de Salud Mental, dice: «En el caso de una enfermedad coronaria no solo recetamos medicación, sino que pedimos al paciente que controle su colesterol y le recomendamos un régimen de ejercicios y una dieta, y que controle

su estrés. La terapia conjunta no es exclusiva de la enfermedad mental. El debate acerca de farmacoterapia frente a psicoterapia es absurdo, pues ambos aspectos son empíricos. Según mis consideraciones filosóficas, ambas deberían funcionar bien juntas porque la medicación contribuirá a que las personas sean más accesibles por medio de la psicoterapia, lo cual ayudará a iniciar una espiral ascendente».

Ellen Frank ha dirigido una serie de estudios que muestran que la terapia no es tan efectiva como los fármacos para librar a la gente de la depresión, pero que sin embargo, produce un efecto que evita la repetición del trastorno. Aunque los datos disponibles a este respecto son complejos, sugieren que la combinación de medicación y psicoterapia funciona mejor que si se aplica uno solo de los tratamientos. «Es la estrategia del tratamiento que previene el siguiente episodio de depresión —señala—. No me queda claro cuánto espacio habrá en el futuro para una visión integrada de los cuidados de la salud, y eso es escalofriante.» Martin Keller, del Departamento de Psicología de la Universidad de Brown, que trabaja con un equipo multidisciplinario, descubrió en un reciente estudio llevado a cabo con personas depresivas, que menos de la mitad experimentaron una mejora significativa solo con la medicación, que menos de la mitad experimentaron esa mejora mediante un abordaje cognitivo-conductual, y que más del 80 por ciento experimentaron una mejora significativa después de que las trataran con ambas terapias. Las razones que justifican el tratamiento conjunto son bastante indiscutibles. Exasperado, Robert Klitzman, de la Universidad de Columbia, dice: «El Prozac no debería minimizar la capacidad de comprensión, sino favorecerla». Y Luhrmann escribe: «Los médicos creen que han sido educados para ver y comprender la desdicha más grotesca, y sin embargo, todo lo que se les permite hacer es entregar una golosina biomédica a sus prisioneros y luego volverles la espalda».

Si en la experiencia real se produce una reducción de la depresión, uno siente un deseo muy humano de comprenderla aun cuando haya dejado de padecerla; la restricción de la experiencia depresiva que se consigue por medio de sustancias químicas no equivale a una cura. Tanto el problema como la realidad del problema suelen requerir una atención urgente, y es posible que en nuestra era proclive a la farmacoterapia más personas sean tratadas y la salud pública global mejore, pero es peligroso en extremo dejar de lado la psicoterapia, pues esta permite a las personas encontrar sentido a la nueva identidad que han alcanzado con la medicación, y a aceptar la pérdida de la identidad existente durante la crisis. Después de un episodio grave se produce un renacimiento, y es necesario aprender aquellas conductas que protejan al individuo de las recaídas; es necesario

organizar la vida de manera muy diferente a como se la organizaba antes de la crisis. «Es muy difícil regular la vida, el sueño, la dieta y el ejercicio bajo cualquier circunstancia —comenta Norman Rosenthal, del Instituto Nacional de Salud Mental—. ¡Imagine lo difícil que resulta cuando se está deprimido! Para mantenerse en forma uno necesita un terapeuta como si fuera una especie de entrenador. La depresión es una enfermedad, no una elección de vida, y uno requiere de ayuda para superarla.» «Los medicamentos tratan la depresión —me dijo mi terapeuta—. Yo trato a las personas deprimidas.» ¿Qué proporciona alivio a una persona? ¿Qué es lo que agudiza sus síntomas? Desde el punto de vista químico, no existe una diferencia significativa entre la depresión desencadenada por el fallecimiento de un familiar y la depresión ocasionada por el fin de un idilio de dos semanas. Aunque las respuestas extremas parezcan más razonables en el primer caso que en el segundo, la experiencia clínica es casi idéntica. Como dice Sylvia Simpson, doctora del hospital Johns Hopkins: «Si parece una depresión, trátela como una depresión».⁴

Cuando empecé el camino hacia mi segunda crisis, había concluido mi psicoanálisis y no tenía terapeuta. Todos me insistían en que debía buscar uno, y si bien hacerlo cuando uno se siente animado y comunicativo resulta una tarea pesada y horrible, buscarlo cuando te encuentras en el umbral de una depresión mayor es insoportable. Es importante dar con un buen terapeuta, de modo que consulté a once diferentes en seis semanas, y a cada uno de ellos le solté la letanía de mis tribulaciones hasta que me pareció estar recitando el monólogo de una obra ajena. Algunos de los posibles terapeutas parecían sabios, otros eran extravagantes. Una mujer había cubierto todos sus muebles con film transparente para protegerlos de sus perros; y durante todo el tiempo que duró la consulta me dio a probar unas mohosas albóndigas de pescado que comía directamente de un recipiente de plástico. Me marché de allí cuando uno de sus perros se meó en uno de mis zapatos. Un hombre se equivocó al darme la dirección de su consulta «¡Oh, antes tenía allí mi despacho!», argumentó. Otro me dijo que yo no tenía problemas reales y que debía animarme un poco. Encontré a la analista que me dijo que no creía en los afectos, y al terapeuta que parecía no creer en ninguna otra cosa que no fueran estos. Consulté al cognitivista, al freudiano que no paró de morderse las uñas durante toda la sesión, al jungiano y al autodidacta. Uno no dejó de interrumpirme para decirme que yo era igual que él, y otros sencillamente parecieron no entender cuando intenté explicarles quién era yo. Durante mucho tiempo había imaginado que mis equilibrados amigos debían de contar con buenos terapeutas. Descubrí que muchas personas equilibradas cuya relación con su pareja es franca, mantienen una relación descabellada con extraños terapeutas, se supone que en nombre del equilibrio personal. «Desarrollamos estudios comparativos

sobre medicación frente a psicoterapia —comenta Steven Hyman—. Pero ¿hemos realizado estudios longitudinales de terapeutas brillantes en comparación con los incompetentes? En ese sentido somos realmente como Lewis y Clark.»

Al final realicé una elección con la que me he sentido muy satisfecho. Se trataba de una persona que parecía inteligente y leal, que evidenciaba una gran agilidad mental y en quien vi destellos de verdadera humanidad. Dada mi mala experiencia con la analista que había interrumpido nuestro análisis y me había impedido tomar la medicación cuando yo la necesitaba con desesperación, al principio actué con cierta precaución y me llevó tres o cuatro años confiar en él. Ha sido inquebrantable durante las etapas críticas y divertido en los buenos tiempos, y yo valoro mucho el sentido del humor de cualquier persona con la que paso un tiempo considerable. Además, ha trabajado en equipo con mi psicofarmacólogo, y al final me ha convencido de que sabe lo que está haciendo y de que me ayudará. Mereció la pena evaluar antes a los otros diez.

No es aconsejable realizar un tratamiento con un terapeuta que a uno no le caiga bien. Por más capacitado que esté, un profesional que no te agrade no podrá ayudarte. Si uno piensa que es más inteligente que su médico, tal vez tenga razón: un título de psiquiatra o psicólogo no es garantía de genialidad, de modo que ponga el mayor de los cuidados en la elección de su especialista. Es inconcebible la cantidad de personas que viajan veinte minutos más para ir a su lavandería preferida, o que se quejan al gerente del supermercado cuando no encuentran su marca favorita de tomates en lata, pero en cambio eligen un terapeuta como si fuera un proveedor genérico de servicios. Es necesario recordar que uno, como mínimo, está poniendo su mente en manos de esa persona, a quien debe explicarle aquello que no puede mostrarle. «Es mucho más difícil —me escribió Laura Anderson— confiar en alguien cuando el problema es tan impreciso que uno no sabe si ellos lo han entendido; también es más difícil para ellos confiar en uno.» Me vuelvo increíblemente mesurado con los psiquiatras incluso cuando me siento desdichado a medianoche. Me incorporo y no lloro; me describo con ironías y pongo un poco de humor negro en un esfuerzo especial por seducir a quienes me tratan, personas que en realidad no desean que las seduzcan. A veces me pregunto si mis terapeutas me creen cuando les explico cómo me siento, porque puedo percibir la indolencia en mi propia voz. Imagino cómo deben de deplorar esta gruesa piel social que mis verdaderos sentimientos traspasan solo de forma leve. A menudo siento deseos de exteriorizar mis sentimientos en la consulta, pero nunca he logrado definir el espacio de la terapia como privado. La forma en que puedo hablar con mi hermano, por ejemplo, me abandona cuando estoy con el médico; supongo que así me siento menos inseguro. Solo en contadas ocasiones, mi

realidad logra mostrarse tal como es y no a través de una descripción.

Una de las formas de juzgar a un terapeuta es observar hasta qué punto este nos evalúa de forma correcta. El arte de una entrevista inicial radica en hacer las preguntas correctas. Yo no asistí a entrevistas psiquiátricas confidenciales, pero presencié un gran número de admisiones hospitalarias, y me sorprendió la variedad de enfoques que se adoptaban con los pacientes deprimidos. La mayoría de los buenos psicólogos que observaba permitían al principio que el paciente contara su historia, y luego pasaban de forma rápida a entrevistas muy estructuradas en las que buscaban información específica. La capacidad de dirigir de manera correcta una entrevista de este tipo es una de las habilidades más importantes de un psicólogo.

Sylvia Simpson, doctora del hospital Johns Hopkins, estableció en los diez primeros minutos de una entrevista que una paciente que acababa de ingresar tras un intento de suicidio padecía un trastorno bipolar. La psiquiatra con la que aquella mujer se había tratado durante cinco años, no había establecido este dato absolutamente básico y le había prescrito antidepresivos sin estabilizadores del estado de ánimo, medicación que se considera poco apropiada para los pacientes bipolares, en los que a menudo provoca estados combinados de nerviosismo. Más tarde, cuando le pregunté a Simpson acerca de la cuestión, me dijo: «Requiere años de trabajo continuo llegar a formular estas preguntas en las entrevistas».

Más tarde presencié las entrevistas que mantenía Henry McCurtiss —jefe de psiquiatría del hospital de Harlem— con personas que acababan de perder su casa. De los veinte minutos que duraba cada entrevista, él dedicaba al menos diez a obtener detallados relatos de sus pacientes con respecto al lugar en que vivían. Cuando al final le pregunté por qué insistía con tanto énfasis en ese tema, me respondió: «Las personas que han vivido en un mismo lugar durante un largo período, si bien se quedan sin hogar de forma temporal y por motivos circunstanciales, son capaces de llevar una vida ordenada y necesitan sobre todo una intervención social. En cambio, quienes se han mudado con frecuencia o se han quedado sin hogar en diversas ocasiones, o no pueden recordar dónde han vivido, es probable que padezcan una dolencia subyacente grave y necesiten sobre todo intervención psiquiátrica». Yo tengo la suerte de contar con un buen seguro que me permite visitar semanalmente a un terapeuta y mensualmente a un psicofarmacólogo. La mayor parte de los organismos sanitarios de Estados Unidos prefieren los medicamentos, comparativamente más baratos. No les gustan la psicoterapia ni las hospitalizaciones, que requieren demasiado tiempo y dinero.

Los dos tipos de psicoterapia, que ofrecen los mejores resultados en el tratamiento de la depresión, son la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la terapia interpersonal (TI). La TCC⁵ es una forma de terapia orientada a los objetivos y basada en las respuestas emocionales y mentales a los acontecimientos externos en el presente y en la infancia. El sistema fue desarrollado por Aaron Beck, de la Universidad de Pennsylvania, y en la actualidad se utiliza a lo largo y ancho de Estados Unidos y en la mayor parte de Europa occidental. Beck considera que los pensamientos que uno tiene sobre sí mismo suelen ser destructivos, y que forzando a la mente a pensar de cierta manera uno puede modificar su realidad, y cree que la depresión es consecuencia de una falsa lógica, y que corrigiendo el razonamiento negativo uno puede alcanzar una mejor salud mental. Este es un programa que uno de sus colaboradores ha denominado «optimismo aprendido».⁶ De hecho, la TCC nos enseña a ser objetivos.

El terapeuta comienza ayudando al paciente a confeccionar una lista de «datos de su historia vital», es decir, una secuencia de las dificultades que lo han llevado a su actual situación. El terapeuta traza entonces un mapa de las respuestas a dichas dificultades e intenta identificar las pautas características de reacción inadecuada. El paciente aprende por qué ciertos acontecimientos le resultan tan deprimentes e intenta liberarse de las respuestas inapropiadas. A esta etapa macroscópica de la TCC le sigue la microscópica, en la que el paciente aprende a neutralizar sus «pensamientos automáticos». Los sentimientos no constituyen respuestas directas a estímulos externos: lo que ocurre en el mundo afecta a la cognición y esta, a su vez, incide sobre los sentimientos. Si el paciente puede modificar su funcionamiento cognitivo, también puede cambiar los estados de ánimo concomitantes. Una paciente podría, por ejemplo, aprender a ver la preocupación de su esposo como una respuesta razonable a las demandas laborales a las que este se halla sometido y no como un rechazo hacia ella. Entonces podría percatarse de cómo sus propios pensamientos automáticos, por los cuales ella se percibe como estúpida y antipática, se convierten en afectos negativos, que generan un reproche hacia sí misma; y comprobaría cómo este afecto negativo conduce al fin a la depresión. Una vez que el ciclo se rompe, el paciente puede empezar a alcanzar cierto control de sí mismo y aprende a distinguir entre lo que ocurre en realidad y sus ideas acerca de lo que ocurre.

La TCC funciona según reglas específicas. El terapeuta asigna gran cantidad de tareas para el hogar, donde el paciente debe iniciar unas actividades que permitan confeccionar listas separadas de experiencias positivas y negativas, que

en ocasiones son representadas por medio de gráficos. El terapeuta presenta un orden del día para cada sesión, continúa con una entrevista de tipo estructurado y concluye con un resumen de los logros alcanzados. El análisis de los datos queda específicamente excluido de la conversación, así como los consejos. Se identifican los momentos positivos del paciente durante ese día y se lo instruye en el arte de incluir el placer afectivo en su vida. El paciente debe atender a sus procesos cognitivos de manera tal que pueda detener sus pensamientos cuando se acercan a una pauta negativa y cambiarlos por un procesamiento menos dañino. La TCC enseña el arte de ser consciente de uno mismo, y toda la actividad está pautada en ejercicios.

Nunca me he sometido a la TCC, pero he aprendido de ella algunas lecciones que se basan en la estrategia subyacente de la terapia cognitiva. Cuando uno siente que está a punto de echarse a reír en medio de una conversación, a veces puede evitarlo obligándose a pensar en algo triste. Si uno se encuentra en una situación en la que se espera que experimente sensaciones eróticas que en realidad no percibe, puede obligarse a entrar en un mundo de fantasía bastante apartado de la realidad que está viviendo, y las conductas corporales pueden desarrollarse dentro de ese artificio más que en la realidad presente. Si uno se descubre pensando que nadie podría amarlos jamás y que la vida carece de sentido, puede acomodar la mente y obligarse a recordar, aunque sea de forma limitada, momentos o épocas mejores. Es difícil luchar con la propia conciencia, porque no existe ningún otro instrumento en la batalla que la conciencia misma. Simplemente debemos tener pensamientos agradables y maravillosos, que alivien el dolor; debemos obligarnos a pensar cosas que no tenemos ganas de pensar; puede que sea una falacia que nos lleve a engañarnos en cierto modo, pero funciona. Debemos apartar de nuestra mente a las personas asociadas con la pérdida, prohibirles el acceso a nuestra conciencia: la madre que se ha ido, el amante cruel, el amigo desleal. Eso nos ayuda, pues conocer qué pensamientos y preocupaciones pueden dañarnos nos permite ser cautelosos con ellos. Por ejemplo, pensar en personas que alguna vez fueron mis amantes me hace sentir una dolorosa ausencia física, de modo que debo apartarme de esos pensamientos y preocupaciones para no convocar demasiadas imágenes de una felicidad que existió entre nosotros y que conserva su forma material en el recuerdo. Prefiero tomar un somnífero antes que permitir que mi mente se ocupe de temas tristes mientras intento conciliar el sueño. Como un esquizofrénico al que le dicen que no haga caso de las voces que oye, siempre estoy rechazando esas imágenes.

En una ocasión conocí a una superviviente del Holocausto, una mujer que había pasado más de un año en Dachau y que había visto morir a toda su familia

en el campo de concentración. Le pregunté cómo se las había arreglado y me respondió que desde el principio había comprendido que si se permitía pensar en lo que estaba ocurriendo, se volvería loca y moriría. «Decidí pensar solo en mi pelo —agregó— y durante todo el tiempo que pasé en ese lugar, aquel fue mi único pensamiento. Me preguntaba cuándo podría lavármelo. Pensaba en peinármelo con los dedos. Imaginaba cómo debía actuar con los guardias para asegurarme de que no me afeitaran la cabeza por completo. Pasaba horas luchando con los piojos que pululaban por el campo, lo que proporcionó a mi mente la posibilidad de concentrarse en algo sobre lo que yo podía ejercer cierto control; y tenía la mente ocupada, de manera que podía apartarme de la realidad de lo que me estaba ocurriendo, lo cual me ayudó a superarlo.» Así es como el principio de la TCC podría llevarse al extremo en circunstancias extremas. Podemos salvarnos si logramos obligar a los propios pensamientos a ceñirse a una pauta positiva.

Cuando Janet Benshoof acudió a mi casa por primera vez me sentí perturbado. Abogada brillante, había sido una figura destacada en la lucha por el derecho al aborto, y es, en todos los sentidos, una persona admirable: culta, elocuente, atractiva, divertida y sencilla. Plantea las preguntas con el ojo agudo de quien sabe distinguir de inmediato la verdad. Dueña de sí misma por completo, habla así de las depresiones que la dejan totalmente hundida. «Mis logros son las varillas de un corsé que permiten mantenerme en pie; sin ellos solo sería un montón de huesos esparcidos por el suelo —dijo—. Gran parte del tiempo ignoro quién o qué están sustentando, pero sé que constituyen mi única protección.» Junto con una terapeuta que ha tratado sus fobias, ha desarrollado un importante trabajo sobre la conducta. «Bueno, la fobia a volar era terrible —explica—. Así que él me acompañaba en los aviones y me controlaba. Yo estaba segura de que un día cualquiera me encontraría con alguien a quien no veía desde la época escolar, que estaría acompañada por este hombre gordo que llevaba puesta una camisa con las costuras a punto de reventar, y que tendría que decir: “Este es mi terapeuta conductual, me ayuda a entrenarme para que yo pueda utilizar el puente aéreo”. Pero debo reconocer que funcionó. Descubrimos lo que yo pensaba minuto a minuto, y lo modificamos. Ahora ya no experimento ataques de ansiedad cuando subo a un avión.»

La terapia cognitivo-conductual se utiliza ampliamente en la actualidad, y parece tener un efecto significativo sobre la depresión. También se obtienen buenos resultados con la terapia interpersonal, un tipo de tratamiento formulado por Gerald Klerman, en Cornell, y su esposa, Myrna Weissman, en Columbia. La TI⁷ se centra en la realidad cotidiana inmediata, de modo que en lugar de elaborar un esquema que abarque la historia personal completa, soluciona los problemas en el

presente. No se trata de convertir al paciente en una persona más profunda, sino más bien de enseñarle cómo desarrollar lo mejor de sí mismo. La TI es una terapia de corto plazo, con fronteras y límites bien definidos, y en su base teórica se da por sentado que para muchas personas deprimidas, las tensiones han sido, o bien disparadores, o bien consecuencia de su depresión, y que esto puede modificarse mediante la adecuada interacción con los demás. El tratamiento se realiza en dos etapas; en la primera se enseña al paciente a comprender su depresión como una aflicción interna, se le informa sobre la preponderancia del trastorno, y se ordenan los síntomas y se les da nombre. El paciente adopta el papel del enfermo e identifica un proceso de mejoría; prepara listas de sus relaciones actuales y define con el terapeuta lo que obtiene y espera de cada una. El terapeuta determina junto con el paciente cuáles son las mejores estrategias para obtener lo que necesita en su vida. Los problemas se enmarcan en cuatro categorías: la pena profunda, las diferencias en cuanto al papel que el paciente desempeña con los amigos íntimos y la familia (lo que cada uno da y lo que espera recibir a cambio, por ejemplo), los estados de transición tensionantes en la vida personal o profesional (por ejemplo, un divorcio o la pérdida del empleo), y el aislamiento. El terapeuta y el paciente establecen entonces unas cuantas metas fáciles de alcanzar y deciden durante cuánto tiempo trabajarán para llegar a ellas. La TI plantea la vida del paciente en términos uniformes y claros.

Cuando uno está deprimido es fundamental no suprimir del todo los sentimientos. Igual de importante es evitar grandes discusiones o expresiones de indignación, es decir, uno debe mantenerse al margen de la conducta que resulta afectivamente perjudicial. La gente perdona, pero es mejor no llevar las situaciones a un punto en el que sea necesario el perdón. Cuando uno se encuentra deprimido requiere el amor de los demás, pero la depresión favorece actos que destruyen ese amor. Las personas deprimidas suelen poner obstáculos en su camino, pero uno no se queda indefenso si interviene de forma consciente. Poco tiempo después de salir de mi tercera depresión, cené con mi padre y él me dijo algo que me perturbó; entonces me di cuenta de que elevaba el tono de mi voz y de que hablaba con aspereza, de modo que me alarmé. Respiré de manera profunda y, después de una tensa pausa, dije: «Lo siento. Prometí no gritarte ni manipularte con estas cosas, y lamento haberlo hecho». Esto suena bastante remilgado, pero la capacidad de intervenir de forma consciente representa de hecho una enorme diferencia. Un amigo de carácter irascible me dijo en una ocasión: «Por doscientos dólares la hora, cualquiera pensaría que mi psicólogo podría dedicarse a cambiar a mi familia y dejarme a mí en paz». Lamentablemente, no funciona así.

Aunque la TCC y la TI poseen numerosas virtudes específicas, cualquier

terapia es tan eficaz como lo sea el profesional. La elección del terapeuta es más importante que la elección de la terapia. Alguien con quien uno conecta de manera profunda puede ayudar con la simple conversación en un entorno no estructurado; en cambio, alguien con quien uno no conecta no ayudará demasiado, al margen de lo elaborada que sea su técnica o de lo excelente que sea su currículum académico. La clave reside en la inteligencia y la comprensión, pues la forma de comunicar dicha comprensión, y el tipo de comprensión utilizado, son en realidad aspectos secundarios. En un importante estudio realizado en el año 1979, los investigadores demostraron que cualquier forma de terapia podía ser efectiva si se respetaban ciertos criterios: que el terapeuta actuara de buena fe, que le cayera bien al paciente, que este lo respetara y que considerara que comprendía la técnica y fuera capaz de establecer relaciones comprensivas. Quienes dirigían el estudio seleccionaron profesores ingleses que se caracterizaran por estas cualidades de comprensión humana, y descubrieron que estos eran capaces de ayudar a sus pacientes tanto como los terapeutas profesionales.⁸

«La mente no existiría sin el cerebro, pero la mente puede ejercer influencia sobre el cerebro. Es un problema pragmático y metafísico cuya biología no comprendemos», señala Elliot Valenstein, profesor emérito de psicología y neurociencia de la Universidad de Michigan. Lo experiencial puede utilizarse para alterar lo físico. Como afirma James Ballenger, de la facultad de medicina de la Universidad de Carolina del Sur: «La psicoterapia modifica la biología. La terapia de conducta modifica la biología del cerebro, probablemente de la misma manera que la medicina». Algunas terapias cognitivas efectivas para la angustia disminuyen el metabolismo cerebral, mientras que, en una imagen especular, las terapias farmacológicas reducen los niveles de ansiedad. Este es el principio de la medicación antidepresiva: modificar los niveles de ciertas sustancias en el cerebro del paciente, transformando así sentimientos y conductas.

La mayoría de los procesos que se producen en el cerebro durante una crisis son aún inaccesibles a la manipulación externa. La investigación sobre tratamientos médicos contra la depresión se ha centrado estrictamente en incidir sobre los neurotransmisores, en especial porque la ciencia se halla en condiciones de hacerlo. Dado que los científicos saben que reducir los niveles de ciertos neurotransmisores puede provocar depresión, trabajan sobre el supuesto de que elevar los niveles de los mismos puede aliviar la depresión; y de hecho, los medicamentos que incrementan dichos niveles son en muchos casos efectivos como antidepresivos.⁹ Es alentador pensar que conocemos la relación entre los

neurotransmisores y los estados de ánimo, pero en realidad no es así. Al parecer, el mecanismo es indirecto, pues quienes poseen altos niveles de neurotransmisores no son más felices que quienes registran niveles bajos. En principio, las personas deprimidas no tienen, en general, niveles bajos de neurotransmisores, e introducir más serotonina en el cerebro carece de una eficacia inmediata. Por ejemplo, ingerir más triptófano, que incrementa la serotonina y se encuentra en una serie de alimentos, entre los cuales se halla el pavo, los plátanos y los dátiles, no produce ningún efecto, aunque existen pruebas de que reducir el triptófano de la dieta puede agudizar la depresión.¹⁰ La actual atención generalizada sobre la serotonina es, en el mejor de los casos, ingenua. Como dijo Steven Hyman, director del Instituto Nacional de Salud Mental: «Se habla demasiado de la serotonina y muy poco de la neurociencia moderna. Aquí todavía no pensamos organizar el día de Agradecimiento de la Serotonina». En circunstancias normales, las neuronas vierten la serotonina en el espacio sináptico y luego esta es reabsorbida para ser nuevamente liberada.¹¹ Los ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) bloquean el proceso de reabsorción, incrementando así el nivel de serotonina disponible en el cerebro. La serotonina es uno de los neurotransmisores presentes a lo largo del desarrollo evolutivo de las especies; es posible encontrarlo en plantas, animales inferiores y, por supuesto, en seres humanos. Sus funciones parecen ser múltiples, y varían de una especie a otra. En los seres humanos es uno de los diversos elementos implicados en el control de la contracción y la dilatación de los vasos sanguíneos; interviene en la formación de los coágulos necesarios para controlar las hemorragias y en las reacciones inflamatorias; también incide sobre la digestión, la regulación del sueño, la depresión, la agresividad y las conductas suicidas.

Los antidepresivos tardan mucho tiempo en producir cambios palpables, pues solo después de dos a seis semanas el paciente deprimido experimentará modificaciones en sus niveles de neurotransmisores. Esto sugiere que la mejora proviene de aquellas partes del cerebro que responden a dichas modificaciones. Existen numerosas teorías, pero ninguna definitiva. La teoría del receptor era la más aceptada hasta hace muy poco tiempo.¹² Las neuronas del cerebro poseen una serie de receptores específicos para cada neurotransmisor. Cuanto mayor es la cantidad de un neurotransmisor, menos receptores requiere el cerebro, porque el neurotransmisor satura todos los existentes. Si el nivel de un neurotransmisor es menor, el cerebro necesita más receptores para disponer de la escasa cantidad circulante. Aumentar el nivel de neurotransmisores produciría un descenso en el número de receptores necesarios, y esto permitiría a las células que han estado cumpliendo funciones de receptor que se especializaran en otras funciones. Sin embargo, un estudio reciente revela que los receptores no tardan demasiado en

modificar su especialización; de hecho, pueden hacerlo media hora después de un cambio en el nivel de neurotransmisores. Así, la teoría del receptor no explica la demora en el efecto de los antidepresivos. Sin embargo, muchos investigadores se ciñen a la noción de que algún tipo de cambio gradual en la estructura cerebral explica la respuesta tardía a los antidepresivos. Es probable que el efecto de los medicamentos sea indirecto.¹³ El cerebro humano es increíblemente moldeable, y las células pueden modificar su especialización después de un trauma; pueden «aprender» funciones por completo nuevas. Cuando se incrementan los niveles de serotonina y ciertos receptores de este neurotransmisor dejan de actuar, se desarrollan en diferentes zonas del cerebro funciones que corrigen el desequilibrio responsable del trastorno. Los mecanismos implicados en estos procesos, sin embargo, son completamente desconocidos. «Existe la acción inmediata de la medicación, que conduce a alguna caja negra de la que nada sabemos, y que lleva a una mejora —explica Allan Frazer, jefe del Departamento de Psicofarmacología de la Universidad de Texas, en San Antonio—. Se consigue la misma clase de resultados elevando la serotonina o la noradrenalina. ¿Conducen ambas a dos diferentes cajas negras funcionales? ¿Conducen a la misma caja negra? ¿Acaso una lleva a la otra, que al final conduce a la caja negra?»

«Es lo mismo que poner un grano de arena en una ostra —dice Steven Hyman, refiriéndose a los antidepresivos— para que se convierta en una perla. El efecto terapéutico ocurre de manera lenta, a lo largo de varias semanas, mientras se produce una regulación de los neurotransmisores alterados.» Elliot Valenstein, de la Universidad de Michigan, añade: «Los antidepresivos son farmacológicamente específicos, pero no son específicos con respecto a la conducta. La química de los productos es más específica, pero sabe Dios qué es lo que ocurre en realidad en el cerebro». William Potter, que dirigió el sector psicofarmacológico del Instituto Nacional de Salud Mental en los años setenta y ochenta y fue a Eli Lilly a trabajar en el desarrollo de nuevos fármacos, lo explica de esta manera: «Existen mecanismos múltiples que producen efectos antidepresivos. Fármacos con espectros de actividad bioquímica claramente diferentes tienen efectos muy similares; convergen de una manera que uno jamás habría imaginado. Se pueden obtener casi los mismos efectos antidepresivos actuando sobre los sistemas serotoninérgicos o noradrenérgicos y, en algunas personas, mediante los dopaminérgicos. No resulta sencillo; es como con el clima. Uno hace algo en algún sitio que modifica la velocidad del viento, o la humedad, y el tiempo cambia por completo, pero ni siquiera los mejores meteorólogos saben con certeza cómo y a qué afectará cada cambio». ¿Es importante el hecho de que la mayoría de los antidepresivos suprimen el sueño REM,¹⁴ o se trata de un efecto secundario sin mayor trascendencia? ¿Es relevante el hecho de que los antidepresivos suelen bajar

la temperatura del cerebro que, durante la depresión, tiende a aumentar por la noche? Es evidente que todos los neurotransmisores interactúan y que cada uno influye en los otros.

Los modelos animales son imperfectos, pero de su estudio se puede obtener información útil.¹⁵ Los monos que son separados de su madre durante la infancia se vuelven psicóticos; su cerebro se torna diferente en el aspecto fisiológico y desarrollan niveles de serotonina mucho menores que los primates que han sido criados por su madre. En una serie de animales, las repetidas separaciones de la madre provocan niveles excesivos de cortisol.¹⁶ El Prozac invierte estos efectos. Si introducimos al macho dominante de una colonia de marsupiales en otro grupo en el cual no domina, empezará a perder peso, menguará su actividad sexual, su sueño se alterará y experimentará todos los demás síntomas característicos de una depresión importante.¹⁷ Si elevamos sus niveles de serotonina es muy probable que estos síntomas remitan por completo. Los animales con niveles bajos de serotonina suelen ser agresivos con otros animales; corren riesgos innecesarios y se enfrentan a los demás sin razón. Los modelos animales que tienen en cuenta los factores externos y los niveles de serotonina son sumamente reveladores. Un mono que se ha criado dentro de la estructura jerárquica del grupo al que pertenece mostrará niveles más elevados de serotonina cuanto más alto sea el lugar que ocupa en la escala jerárquica. Si estos primates quedan aislados de manera tal que carecen de una posición en el grupo, sus niveles de serotonina descenderán hasta un 50 por ciento. Con los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), su agresividad y propensión a actividades autodestructivas se reduce.¹⁸

En la actualidad existen cuatro clases de antidepresivos. Los más populares son los ya mencionados ISRS, que provocan un incremento de los niveles de serotonina en el cerebro. El Prozac, el Luvox, el Paxil, el Zoloft y el Celexa son ISRS. Existen dos clases más antiguas de antidepresivos: los tricíclicos y los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO). Los tricíclicos, llamados así por su estructura química, actúan sobre la serotonina y la dopamina. El Elavil, el Anafranil, el Norpramin, el Tofranil y el Pamelor pertenecen a este tipo. Los IMAO inhiben la descomposición de la serotonina, la dopamina y la noradrenalina. El Nardil y el Parnate forman parte de este grupo. Otra categoría la constituyen los antidepresivos atípicos, entre los cuales se incluyen fármacos que operan en múltiples sistemas de neurotransmisión. Pertenecen a este grupo el Asendin, el Wellbutrin, el Serzone y el Effexor.

La elección de la medicación suele basarse, al menos al principio, teniendo en cuenta los efectos secundarios. Se espera que finalmente hallemos una manera de analizar si existe sensibilidad a sustancias específicas, pero de momento nos resulta imposible hacerlo. «Existe escasa base científica que permita elegir un antidepresivo determinado para un paciente determinado, salvo algunas excepciones —dice Richard A. Friedman del hospital Cornell's Payne-Whitney—. La respuesta previa a un fármaco dado permite pronosticar la respuesta futura al mismo fármaco. Y si uno tiene un subtipo especial de depresión, la depresión atípica, en la que se ingieren más cantidad de alimentos y se duerme más de lo normal, un IMAO será mejor que un tricíclico, aunque la mayoría de los médicos utilizan en estos pacientes los fármacos más nuevos. Aparte de esto, como primera medida se selecciona un medicamento cuyos efectos secundarios parecen menores. Podemos decidirnos por un fármaco activador como el Wellbutrin en el caso de pacientes inhibidos, o un ansiolítico en personas excitadas, pero el resto del proceso no es más que un método de ensayo y error aplicado a cada paciente de forma individual. El prospecto señalará que un fármaco presenta con menor frecuencia que otro ciertos efectos secundarios, pero mi experiencia clínica me ha demostrado que en realidad no existe gran diferencia entre un fármaco y otro dentro de una clase determinada en cuanto al nivel general de efectos secundarios. Las variaciones de respuesta en el nivel individual, sin embargo, pueden ser muy pronunciadas.» La gran popularidad actual de los ISRS —la revolución del Prozac— no se debe a una eficacia superior, sino a los escasos efectos secundarios y a su seguridad. Resulta casi imposible cometer un suicidio con estos medicamentos, y esta es una consideración importante en el tratamiento de personas deprimidas que, a medida que se recuperan, pueden volverse autodestructivas. «El Prozac es un medicamento indulgente —dice un científico de Eli Lilly—. La reducción de los efectos secundarios no solo significa que la gente tomará con más facilidad el producto, sino que cumplirán mejor con las indicaciones. Es el mismo principio según el cual si la pasta dentífrica tiene buen sabor, tal vez uno dedique más tiempo a cepillarse los dientes.»

Algunas personas experimentan trastornos estomacales con los ISRS, y ha habido algún que otro informe que notifica dolores de cabeza y estados de nerviosismo, insomnio y somnolencia. Su efecto secundario más importante, sin embargo, es la inhibición del apetito sexual. «Cuando yo tomaba Prozac —me dijo Brian D'Amato, un amigo depresivo—, Jennifer Lopez podría haberse metido en mi cama vestida con un pareo y yo solo hubiera atinado a preguntarle si me ayudaría con los archivos.»

Los tricíclicos y los IMAO poseen también efectos negativos en el plano

sexual. Mientras dominaron el mercado, hasta finales de los años ochenta, estos fármacos solían utilizarse solo en las depresiones más severas; comparada con estas últimas, la alteración de la sexualidad parece un aspecto insignificante, motivo por el cual la inhibición del placer erótico no fue tan discutida como en el caso de los ISRS.¹⁹ En estudios realizados en la época en que el Prozac fue lanzado al mercado, un número limitado de pacientes informó que les producía efectos negativos sobre la sexualidad. En estudios posteriores, cuando se preguntó a los pacientes de forma explícita acerca de la existencia de disfunciones sexuales, fueron muchos los que señalaron la presencia de dificultades en este aspecto. Anita Clayton, de la Universidad de Virginia, divide la experiencia sexual en cuatro fases: deseo, excitación, orgasmo y resolución, que están afectadas por los antidepresivos. El deseo queda comprometido debido a la reducción de la libido; la excitación disminuye porque queda inhibida la sensación genital por disfunción eréctil o por falta de lubricación vaginal; el orgasmo se demora, y algunas personas se vuelven por completo anorgásmicas. Por extraño que parezca, estos efectos pueden ser irregulares. Un día todo está muy bien, y al día siguiente se presenta una extrema disfunción eréctil, y es imposible saber qué va a ocurrir hasta que el individuo no se halla en pleno acto sexual. La resolución, por supuesto, queda bastante afectada cuando no existen ni deseo, ni excitación ni orgasmo.²⁰

Los efectos secundarios sexuales suelen considerarse insignificantes comparados con una depresión grave; sin embargo, son inaceptables. Un paciente al que entrevisté me dijo que no podía alcanzar el orgasmo durante el acto sexual y describió el complicado proceso de abandonar la medicación durante el tiempo suficiente para poder fecundar a su esposa. «Si no hubiera conocido lo terribles que pueden ser las consecuencias de prescindir de la medicación —me dijo—, habría seguido sin tomarla. Oh, mi sexualidad..., era tan agradable volver a sentirla por unos días. Me pregunto si alguna vez volveré a tener un orgasmo con mi esposa.» Cuando una persona empieza a recuperarse de un episodio depresivo, cuando tiene otras cosas en qué pensar, las disfunciones sexuales no son algo tan molesto; pero librarse de un dolor insoportable al precio del placer erótico..., bueno, me parece espantoso. También es un motivo de incumplimiento del tratamiento, probablemente el mayor problema en el abordaje farmacológico de la depresión. Menos del 25 por ciento de los pacientes que toman antidepresivos continúan el tratamiento durante seis meses,²¹ y una gran proporción de quienes lo interrumpen lo hacen debido a los efectos secundarios relacionados con la sexualidad y el sueño.

Una vez que aparecen las alteraciones sexuales surge la angustia, de manera que los encuentros eróticos pueden convertirse en momentos de fracaso

perturbadores. Las personas que soportan esta carga pueden desarrollar una aversión psicológica a las relaciones sexuales, lo que empeora aún más los síntomas depresivos. La mayoría de los hombres que padecen disfunción eréctil sufren depresión, y en ocasiones superar la primera es suficiente para eliminar la segunda. Como ha señalado Clayton, es al mismo tiempo importante y difícil solucionar los problemas sexuales característicos de los procesos psicológicos subyacentes que pueden haber determinado una depresión, los problemas sexuales que son resultado de la depresión (el 99 por ciento de las personas que sufren depresión informan sobre disfunciones sexuales), y los problemas sexuales que resultan de la terapia antidepresiva. Clayton subraya la necesidad de estudios no invasivos pero rigurosos de los pacientes en este aspecto.

Se dice que muchas sustancias ayudan a contrarrestar los efectos secundarios de los antidepresivos en el terreno sexual: los antagonistas de la serotonina, como la ciproheptadina y el granisetron; los antagonistas alfa-2, como la yohimbina y la trazodona; los antagonistas colinérgicos como el betanecol; las sustancias que incrementan la dopamina, como el bupropión, la amantadina y la bromocriptina; los agonistas autorreceptores, como la buspirona y el pindolol; estimulantes como la anfetamina, el metilfenidato y la efedrina; y las elaboradas a base de hierbas, como el *ginkgo biloba* y la L-arginina. Descansar de manera breve —unos tres días— de los fármacos puede producir resultados positivos, y a veces cambiar de medicamento ayuda a mejorar la libido. No se ha demostrado que alguno de ellos funcione especialmente bien, pero producen algunos efectos que varían de una persona a otra.²² Una mujer cuya historia recoge este libro vivió una alarmante experiencia cuando se le administró una gran variedad de estos medicamentos, entre ellos Dexedrine. Su libido era tan excesiva que le resultaba físicamente incómodo asistir a las reuniones de rutina en su oficina; pero la situación alcanzó tal intensidad que empezó a tener encuentros sexuales con desconocidos en los ascensores. «Podía tener tres orgasmos entre el octavo y el decimocuarto piso —me contó—. Dejé de usar ropa interior porque perdía demasiado tiempo quitándomela. Aquellos tipos pensaban que estaban haciendo algo sorprendente, pero para mí era bastante incómodo; aunque creo que en realidad ayudé a muchos a fortalecer su ego. Sin embargo, esa situación no podía seguir. Básicamente soy una mujer de educación religiosa y bastante reprimida. Y no soy tan joven, de modo que en realidad no estaba preparada para aquello.» Algunos reajustes mínimos le devolvieron un nivel normal de excitación sexual. No obstante, los mismos fármacos utilizados en una paciente que yo conocía no lograron ayudarla. «No habría podido tener un orgasmo aunque me hubiera quedado encerrada en un ascensor con el joven Montgomery Clift durante cuatro horas», me dijo en tono triste.

Las inyecciones de testosterona, que elevan el nivel de esta hormona en el organismo, producen algún efecto útil, pero indefinido, y resulta difícil controlar su administración. El rayo más brillante de esperanza es el Viagra. Debido a sus efectos psicológicos y fisiológicos, parece incidir sobre tres de las etapas señaladas por Clayton, pero no estimula la libido. Como efecto complementario, este medicamento puede ayudar a restablecer la confianza en la propia capacidad de interactuar sexualmente, lo cual contribuye a la relajación, que a su vez favorece a la libido. Es de esperar que los estimuladores de la dopamina, actualmente en desarrollo, puedan ocuparse de ello, dado que este neurotransmisor parece tener una estrecha implicación en la libido. Tomado con regularidad, el Viagra también restablece las erecciones nocturnas del hombre,²³ que a menudo las inhiben los antidepresivos, y esto a su vez ejerce un efecto positivo sobre la libido. Algunas opiniones sugieren que los hombres que utilizan antidepresivos deberían tomar Viagra todas las noches como agente terapéutico, incluso si no van a mantener una relación sexual.²⁴ Un nivel óptimo de actividad sexual es mucho mejor que cualquier otra cosa para levantar el ánimo, de modo que el Viagra podría ser un antidepresivo rápido y efectivo. La investigación de Andrew Nierenberg, de Harvard, y de Julia Warnock, de la Universidad de Oklahoma, indica que el Viagra, aunque su uso por las mujeres no está autorizado de manera oficial, parece producir buenos efectos en su impulso sexual y puede facilitar el orgasmo. Esto se debe en parte a que favorece la irrigación sanguínea del clítoris, y con ello un aumento de su tamaño. Las terapias hormonales también son útiles en mujeres que padecen disfunción sexual. Los niveles elevados de estrógeno mejoran el humor, en cambio su disminución súbita puede resultar devastadora y propiciar el desarrollo de toda clase de dolencias. La reducción del 80 por ciento de esta hormona que experimentan las mujeres durante la menopausia tiene consecuencias significativas sobre el estado de ánimo.²⁵ Warnock subraya la necesidad de normalizar los niveles de estrógeno antes de que el Viagra produzca algún efecto útil en las mujeres. Respecto a la testosterona, se trata de una hormona necesaria para la libido femenina, y también debe mantenerse en niveles adecuados, pues puede favorecer el crecimiento del vello y un incremento de la agresividad.

Los antidepresivos tricíclicos actúan sobre varios sistemas de neurotransmisión, incluidos los de la acetilcolina, la serotonina, la noradrenalina y la dopamina. Los tricíclicos son especialmente útiles en la depresión grave. La inhibición de la acetilcolina provoca una serie de efectos secundarios desagradables, entre los cuales se hallan la sequedad de boca y ojos, y el estreñimiento. Los tricíclicos también pueden resultar sedantes, y su utilización en personas con enfermedad bipolar puede provocar manía, de modo que se debe

tener cuidado al recetarlos.²⁶ Los ISRS y el bupropión también pueden causar manía, pero con menor probabilidad.

Los IMAO resultan especialmente útiles cuando la depresión provoca una sintomatología física aguda como dolor, disminución de la energía y alteración del sueño. Estos fármacos bloquean la enzima que reduce la adrenalina y la serotonina, causando de este modo un incremento del nivel de estas. Los IMAO son unos antidepresivos excelentes, pero sus efectos secundarios son numerosos. Los pacientes que utilizan este medicamento deben evitar ingerir una serie de alimentos con los que este interactúa de forma problemática. También pueden afectar a las funciones fisiológicas. Una paciente a la que entrevisté sufrió una retención urinaria total debido a los IMAO: «Casi necesitaba ir al hospital cada vez que debía orinar, y eso no me resultaba cómodo».

Los antidepresivos atípicos deben su nombre al hecho de que cada uno de ellos tiene un modo propio y original de comportarse. El Effexor actúa sobre la serotonina y la noradrenalina; el Wellbutrin lo hace sobre la dopamina y la noradrenalina, y el Asendin y el Serzone sobre todos los sistemas de neurotransmisión. En este momento lo habitual es utilizar los llamados «fármacos limpios», cuyos efectos son muy específicos, y que no son necesariamente más efectivos que los otros. La especificidad puede relacionarse en cierto modo con el control de los efectos secundarios, pero al parecer, cuantos más elementos se incorporan al cerebro humano, más efectivo resulta el tratamiento de la depresión. Los fármacos limpios los desarrollan las compañías farmacéuticas, entusiasmadas con la perfección de la sofisticación química; sin embargo, no se distinguen de modo especial por sus beneficios terapéuticos.

Los efectos de los medicamentos antidepresivos son imprevisibles y no siempre prolongados. No obstante, «no creo que la pérdida total de energía ocurra con tanta frecuencia como dicen —comenta Richard A. Friedman—. Creo que la dosis quizá deba ser reajustada. La psicofarmacología implica una serie de ajustes, muchos de los cuales agotan sus posibilidades debido a la pérdida del efecto placebo, que tiende a ser efímero». En cambio, para muchos pacientes la medicación solo representa un alivio temporal. Sarah Gold, que padeció depresión durante toda su vida adulta, experimentó una remisión total del trastorno después de tomar Wellbutrin durante un año. Volvió a obtener el mismo efecto gracias al Effexor, efecto que también se disipó, pero al cabo de un año y medio. «La gente lo notaba. Yo compartía casa con algunas personas y una de ellas me dijo que me veía un aura negra y que no soportaba estar bajo el mismo techo cuando yo estaba en mi habitación con la puerta cerrada.» Gold empezó a tomar una mezcla de litio,

Zoloft y Ativan; ahora toma Anafranet, Celexa, Risperdal y Ativan, y está «menos activa, y más insegura, pero puede desenvolverse bien». Es posible que ninguna medicación corriente pueda proporcionarle esa remisión permanente que algunas personas consiguen, y este cambio de una solución a otra es muy desmoralizador para alguien que necesita medicación de forma constante.

Una serie de fármacos, como el BuSpar, que actúa sobre ciertos nervios sensibles a la serotonina, se utilizan para el control a largo plazo de la ansiedad. También hay medicamentos que actúan de manera rápida, como las benzodiazepinas, categoría que incluye el Klonopin, el Ativan, el Valium y el Xanax. También son benzodiazepinas el Halcion y el Restoril, que se prescriben para el insomnio. Si es necesario, estos fármacos pueden tomarse para disipar la ansiedad de inmediato; sin embargo, el temor a la adicción ha llevado a limitar su uso.²⁷ Son fármacos maravillosos para utilizar durante breves períodos de tiempo, y pueden volver tolerable la vida cuando se padece ansiedad aguda. He conocido personas torturadas por una ansiedad que podría haber sido aliviada si su médico hubiera sido más permisivo a la hora de prescribir benzodiazepinas. Siempre recuerdo las palabras de mi primer psicofarmacólogo: «Si se vuelve adicto, nosotros haremos que lo supere. Entretanto, permita que aliviemos su sufrimiento». La mayoría de las personas que toman benzodiazepinas desarrollan tolerancia y dependencia, y si bien esto implica que no pueden dejarlas repentinamente, la instauración inicial del tratamiento no admite dosis graduales para producir efectos terapéuticos. «Con estas sustancias —dice Friedman— la adicción representa un problema, sobre todo para las personas que poseen un historial de abuso de sustancias. El riesgo de adicción a las benzodiazepinas se ha sobrestimado en gran medida.»

En mi caso, el Xanax hizo que el horror desapareciera como por arte de magia. Mientras que los antidepresivos que he tomado eran lentos como el amanecer e iluminaban de manera gradual mi personalidad hasta permitirme reingresar en el mundo conocido y pautado, el Xanax proporcionaba un extraordinario alivio instantáneo a mi ansiedad. En el caso de personas sin tendencias adictivas, las benzodiazepinas logran salvar vidas. «Lo que el público en general sabe —dice Ballenger— es totalmente incorrecto. La sedación es un efecto secundario. Utilizar los medicamentos como pastillas para dormir es un abuso; utilizarlos para la ansiedad no lo es. La interrupción repentina enseguida produce síntomas, pero eso ocurre con muchos medicamentos.» Si bien las benzodiazepinas ayudan a controlar la ansiedad, por sí mismas no alivian la depresión. Suelen afectar a la memoria reciente, y a largo plazo pueden tener efectos depresógenos. Su uso prolongado debe controlarse de forma estricta.

Desde aquella visita inicial a mi primer psicofarmacólogo, hace siete años, he seguido las normas de la medicina. Por el bien de mi salud mental he tomado Zoloft, Paxil, Navane, Effexor, Wellbutrin, Serzone, BuSpar, Zyprexa, Dexedrine, Xanax, Valium, Ambien y Viagra en diversas combinaciones y dosis. Soy afortunado, pues respondí bien a los fármacos desde el principio. No obstante, puedo dar fe por mi experiencia que probar diferentes medicamentos hace que uno se sienta como una diana. «En estos tiempos la depresión es curable —me decía la gente—. Tú tomas antidepresivos como quien toma aspirinas para un dolor de cabeza.» No es verdad. En estos días la depresión es tratable; se recurre a los antidepresivos como a la radioterapia para el cáncer. A veces obran milagros, pero nada de esto es fácil, y los resultados son contradictorios.

Hasta el momento, mi estado no ha requerido una hospitalización total, pero sé que tal vez algún día la necesite. En un hospital uno suele recibir diversos tratamientos; sin embargo, parte de los efectos curativos los proporciona la hospitalización en sí misma, la estrecha vigilancia ejercida por el personal, los sistemas que protegen al paciente de los impulsos autodestructivos o suicidas. El ingreso en un hospital no debería ser la última alternativa de la gente desesperada, pues se trata de un recurso como cualquier otro y debería utilizarse cada vez que sea necesario si el seguro lo cubre.

Los investigadores trabajan en cuatro direcciones para la obtención de nuevos tratamientos. La primera consiste en adoptar terapias preventivas, pues, sean de la clase que sean, los problemas mentales se superan mejor cuanto más pronto se tratan. La segunda se refiere al aumento de la especificidad de los fármacos. El cerebro posee al menos quince tipos diferentes de receptores de serotonina, y los datos sugieren que los efectos antidepresivos dependen solo de algunos de ellos y que muchos de los efectos secundarios negativos de los ISRS probablemente se relacionen con los otros. La tercera se orienta hacia los fármacos de efecto más rápido. Y la cuarta se centra en obtener una mayor especificidad con el síntoma que con los aspectos biológicos, de manera que se eliminen las pruebas a que se somete al paciente hasta dar con el fármaco adecuado. Si descubriéramos, por ejemplo, códigos que permitieran identificar subtipos genéticos de depresión, sería posible desarrollar tratamientos específicos de tales subtipos. «Los medicamentos existentes —dice William Potter, que perteneció al Instituto Nacional de Salud Mental— trabajan para nosotros de una manera demasiado indirecta como para poder controlarlos.» Así, es probable que este tipo de especificidad continúe siendo inalcanzable. Los trastornos del estado de ánimo no derivan de un solo código de un único gen, sino de múltiples códigos y genes, cada uno de los cuales aporta un pequeño factor de riesgo. La vulnerabilidad y la

aparición de un trastorno dependen de cómo las circunstancias externas interactúen con dichos factores.

• • •

El tratamiento orgánico de mayor éxito para la depresión es el menos limpio y específico de todos. Los fármacos antidepresivos muestran una eficacia en el tiempo del orden del 50 por ciento, tal vez un poco más, valor que en la terapia electroconvulsiva (TEC) se eleva hasta un significativo 75-90 por ciento.²⁸ Cerca de la mitad de aquellas personas que han mejorado con la TEC siguen sintiéndose bien un año después del tratamiento, aunque otros necesitan repetidas sesiones o un mantenimiento regular del mismo. Esta terapia ofrece un resultado rápido, y muchos pacientes se sienten bastante mejor después de unos días de haberse iniciado el tratamiento, lo que supone un estímulo sorprendente en contraste con el largo y lento proceso de respuesta a la medicación. La TEC es especialmente apropiada para las tendencias suicidas severas (pacientes que se autolesionan de forma repetida y cuya situación es apremiante) debido a su rápida acción y elevado índice de respuesta, y puede utilizarse en mujeres embarazadas, enfermos y ancianos porque carece de efectos secundarios sistémicos y de los problemas de interacción característicos de la mayoría de los medicamentos.

Después de un rutinario análisis de sangre, de un electrocardiograma y a menudo de una radiografía de tórax y de algunos controles relacionados con la anestesia, los pacientes considerados en condiciones de recibir la TEC firman un formulario de consentimiento que también se entrega a los familiares. La noche anterior al tratamiento el paciente ayuna y se le aplica una inyección intravenosa. Por la mañana se lo traslada a la sala específica, donde, una vez monitorizado, los asistentes le colocan gel en las sienes y después los electrodos. La TEC puede aplicarse de forma bilateral —ambos hemisferios cerebrales— o unilateral —solo en el hemisferio no dominante del cerebro, por lo general el derecho—; esta última es la estrategia inicial preferida.

La TEC unilateral tiene menos efectos secundarios, y la reciente investigación muestra que una dosis elevada es tan efectiva como el tratamiento bilateral.²⁹ El médico que la administra selecciona entre estímulos de onda sinuosa, que producen una estimulación más sostenida, y estímulos de onda cuadrada, de pulso breve, que induce convulsiones con menos efectos secundarios. Se administra anestesia general de corto plazo, que dejará al paciente inconsciente por completo durante unos diez minutos, y asimismo un relajante muscular para evitar espasmos físicos (durante el tratamiento solo se mueven de manera leve los dedos

de los pies, a diferencia de lo que ocurría en la TEC de los años cincuenta, cuando los pacientes se retorcían y lastimaban). El sujeto queda conectado a un electroencefalógrafo y a un electrocardiógrafo, de manera que el cerebro y el corazón son controlados de forma constante. Luego, una descarga de un segundo provoca una convulsión temporal que por lo general dura unos treinta segundos, el tiempo suficiente para modificar los procesos químicos del cerebro, aunque no tanto como para freír la materia gris. La descarga suele ser de unos doscientos julios, el equivalente a una bombilla de cien vatios; la mayor parte de esta potencia la absorben los tejidos blandos y el cráneo, y solo una mínima proporción llega al cerebro. Al cabo de diez o quince minutos el paciente despierta en la sala de recuperación. La mayoría de las personas tratadas con TEC reciben diez o doce sesiones a lo largo de unas seis semanas. Esta terapia se administra cada vez más a pacientes ambulatorios.³⁰

La escritora Martha Manning ha descrito su depresión y la TEC en un libro hermoso y sorprendentemente divertido, titulado *Undercurrents* (Contracorriente). Ahora está estabilizada con Wellbutrin, un poco de litio, unas dosis de Depakote, Klonopin y Zoloft: «Cuando las miro, me parece tener una coalición multicolor en las manos —bromea, refiriéndose a las píldoras—. Soy un proyecto científico sin fecha de caducidad». Vivió una intensa y prolongada experiencia con la TEC cuando su depresión alcanzó la fase de mayor gravedad. Decidió tratarse el día que buscó la dirección de una tienda de armas con la idea de comprar una y suicidarse. «No deseaba morir porque me odiara, quería morir porque me amaba lo suficiente como para desear que este dolor terminara. Todos los días me acercaba al cuarto de baño de mi hija y la escuchaba cantar; ella tenía once años y siempre cantaba bajo la ducha, y esa era una invitación suficiente para no esperar un solo día más. No me importaba nada, pero de repente supe que si encontraba un arma y la usaba, esa niña no volvería a cantar. Yo la silenciaría. Y ese mismo día solicité una TEC. Fue como si al final me hubiera dejado vencer por mi agresor. Estuve en tratamiento durante varias semanas; después de cada sesión me despertaba con resaca y pedía una Coca-Cola light, sabiendo que sería una especie de Tylenol diario.»

La TEC produce la pérdida de la memoria a corto plazo y puede afectar a la memoria a largo plazo, efectos que si bien suelen ser transitorios, en algunos casos se han traducido en déficits permanentes. Un caso extremo y poco frecuente lo protagoniza una mujer que conocí, que había ejercido como abogada y salió de la TEC sin recordar nada de lo que había aprendido en la facultad de derecho. No recordaba lo que había estudiado ni dónde, ni tampoco a las personas que había conocido en su etapa académica. Según un estudio, la TEC también se ha asociado

con la muerte de aproximadamente uno de cada diez pacientes, en general debido a problemas cardíacos posteriores al tratamiento. No se ha establecido con claridad si la TEC causa estas muertes u ocurren por pura coincidencia, y si bien es cierto que la tensión sanguínea aumenta de forma significativa durante la TEC, esta terapia no parece causar daño fisiológico.³¹ De hecho, Richard Abrams, autor de un libro fundamental sobre la TEC, describe a una paciente que había recibido más de 1.250 sesiones de TEC bilateral y cuyo cerebro en el momento de la muerte, a los ochenta y nueve años, se encontraba en perfecto estado. «Sencillamente no existen pruebas, y de hecho no hay posibilidades de que la TEC, tal como se administra en la actualidad, pueda producir daño cerebral», escribe.³² Muchos de los efectos secundarios a corto plazo —incluidos el aturdimiento y las náuseas— derivan de la anestesia que se utiliza en la TEC y no de la TEC en sí.

La TEC sigue siendo el tratamiento más estigmatizado. «Cuando estás en la camilla te sientes como Frankenstein —comenta Manning—. Y la gente no quiere oír hablar de eso; nadie te viene a visitar cuando estás ingresado para una TEC, y la familia se siente sola.» También puede ser muy traumatizante para el paciente. «Sé que funciona —comenta una trabajadora de la salud mental—. Lo he visto. Pero la idea de perder recuerdos tan preciosos de mis niños y mi familia..., ya sabes, no tengo padres ni esposo. ¿Quién puede devolverte esos recuerdos? ¿Quién te habla de ellos? ¿Quién puede recordar aquella receta especial de pastel que preparamos hace quince años? Eso empeoraría mi depresión. Los recuerdos me ayudan a pasar el día, el pensar en el amor del pasado.»

Por otro lado, la TEC puede ser milagrosamente efectiva. «Antes yo era consciente de cada sorbo de agua que bebía, y eso implicaba demasiado trabajo —señala Manning—. Después pensaba, ¿la gente normal se siente así todo el tiempo? Es como si no hubieras escuchado un buen chiste en toda tu vida.» Y los efectos suelen ser rápidos. «Los síntomas vegetativos pasaban; entonces sentía el cuerpo más ligero; después realmente quería una hamburguesa doble —comenta Manning—. Durante un rato me sentía como si me hubiera aplastado un camión; pero eso, en comparación, no era tan malo.» Manning es una mujer poco corriente. Muchas personas que han pasado por la terapia electroconvulsiva se resisten a admitir su utilidad, sobre todo si han padecido déficits de memoria o si la reconstrucción de sus vidas ha sido gradual. Dos personas que conocí recibieron TEC a principios de 2000. Ambos habían tocado fondo: eran incapaces de levantarse de la cama y vestirse, en apariencia se hallaban exhaustos, se mostraban en extremo negativos respecto a la vida, carecían de interés por la comida, eran incapaces de trabajar y a menudo tenían actitudes suicidas. Recibieron electroshock con unos pocos meses de diferencia. El primero sufrió una evidente y

grave pérdida de memoria; era ingeniero y ya no recordaba cómo funcionaba un circuito. La segunda salió tan taciturna como había entrado, porque seguía enfrentada a auténticos problemas vitales. El ingeniero empezó a recobrar la memoria unos tres meses más tarde, y a finales de ese año había vuelto a trabajar y le iba bien. Decía que «era probable que fuese una coincidencia». La otra persona se sometió a un segundo tratamiento a pesar de insistir en que el anterior no le había hecho ningún bien. Después de la segunda serie de sesiones, su personalidad empezó a emerger de nuevo a la superficie, y en otoño no solo había conseguido un trabajo, sino también un apartamento nuevo y un novio. Insistía en que la TEC había sido más perturbadora que beneficiosa, hasta que finalmente le sugerí que esto podría deberse a que la TEC había borrado su recuerdo de lo mal que se había sentido antes. Cuando se publicó el libro de Manning se formaron piquetes de personas que se oponían al «control electrónico de la mente».³³ Se habían promulgado leyes contra la TEC en muchos estados norteamericanos, pues si bien los resultados de la terapia pueden ser excelentes, se suele abusar del tratamiento, que no está indicado para todos y sin duda no debería utilizarse de modo indiscriminado o sin pleno consentimiento del paciente.

¿Por qué funciona la TEC? Lo ignoramos, pero parece tener un poderoso efecto que incrementa la dopamina y también los demás neurotransmisores, además de incidir sobre el metabolismo en el córtex frontal. La electricidad de alta frecuencia parece elevar el nivel de actividad metabólica, mientras que la de baja frecuencia ejercería el efecto contrario. Por supuesto, no está claro si la depresión es uno de los muchos síntomas de hipometabolismo, la depresión acompañada de ansiedad, un síntoma de hipermetabolismo, o si tanto la depresión como las citadas alteraciones metabólicas son consecuencia de algún otro cambio producido en el cerebro. La TEC inhibe de manera temporal la barrera hematoencefálica y sus efectos no se limitan solo al córtex frontal, sino que afectan también a las funciones del tronco cerebral.

He decidido no abandonar mis medicamentos. No estoy seguro de ser adicto, pero sí dependiente, pues sin ellos correría el riesgo de experimentar síntomas de enfermedad. Es una línea muy delgada. He ganado unos cuantos kilos, lo cual no me favorece. Sin motivo aparente me ha salido una extraña urticaria, y sudo más que antes. Mi memoria, que nunca fue muy buena, se halla levemente afectada, y suelo olvidar en medio de una frase lo que quería decir. Sufro fuertes jaquecas y en ocasiones padezco calambres musculares. Mi impulso y mi actividad sexual fluctúan, y ahora un orgasmo es un acontecimiento especial.

No es una situación ideal, pero parece haber levantado un verdadero muro entre la depresión y yo. Los dos últimos años han sido sin duda los mejores en toda una década, y poco a poco me pongo al día. No hace mucho tiempo murieron dos amigos míos, ambos en accidentes horribles; estaba desolado, pero no sentía que mi identidad se me escurriera entre los dedos, y la pena era casi una especie de satisfacción aunque esto suene espantoso y en cierto sentido egoísta.

La pregunta acerca de qué función cumple la depresión en el mundo en que vivimos no es la misma que la que plantea qué función llegarán a cumplir los antidepressivos. James Ballenger, experto en angustia, afirma: «Somos veinte centímetros más altos que antes de la Segunda Guerra Mundial, y mucho más sanos, y vivimos más años. Nadie se queja de este cambio. Cuando uno elimina una incapacidad, la gente empieza a vivir y encuentra otras, buenas y malas». Y esa, en mi opinión, es la respuesta a la pregunta que me hicieron casi todas las personas a las que les mencioné este libro. «¿Esos fármacos no borran todos tus recuerdos?» No. Lo que hacen es permitir que uno transfiera el dolor a lugares más adecuados e importantes, y por razones más generosas.

«Tenemos doce mil millones de neuronas —dice Robert Post, jefe del área de psiquiatría biológica del Instituto Nacional de Salud Mental—. Cada uno de nosotros posee entre mil y diez mil sinapsis, que trabajan a gran velocidad. Lograr que todas funcionen de manera correcta para que la gente sea maravillosamente feliz todo el tiempo..., bueno, estamos muy lejos de eso.» James Ballenger comenta: «No tengo la impresión de que el nivel de sufrimiento del universo haya descendido demasiado, a pesar de las considerables mejoras alcanzadas, ni creo que logremos un nivel tolerable muy pronto. El control mental no debe preocuparnos ahora».

La palabra «normal» acosa a los depresivos. ¿La depresión es normal? Leí diversos estudios acerca de grupos de personas normales y grupos de depresivos; de la medicación que podría «normalizar» la depresión; de conjuntos de síntomas «normales» y «atípicos». Alguien a quien conocí durante esta investigación me dijo: «Al principio, cuando empecé a sentir los síntomas, pensé que me volvía loco. Sentí un enorme alivio cuando descubrí que solo se trataba de una depresión clínica, y que era básicamente normal». Por supuesto, era la manera normal básica de volverse loco. La depresión es una enfermedad mental, y cuando uno se encuentra sumido en ella está como idiotizado, le falta un tornillo, está como una cabra.

En un cóctel al que asistí en Londres vi a una conocida y le comenté que

estaba escribiendo este libro. «Sufrí una depresión terrible», me comentó, y le pregunté qué había hecho al respecto: «No me agradaba la idea de tomar medicamentos —me respondió—. Me di cuenta de que mi problema tenía relación con el estrés, de modo que decidí eliminar de mi vida todos los motivos que lo causaban», y mientras contaba con los dedos, añadió: «Dejé mi trabajo; rompí con mi novio y nunca busqué de verdad otro; abandoné a mi compañera de habitación y ahora vivo sola; dejé de acudir a fiestas que terminan tarde; me mudé a una casa más pequeña; abandoné a la mayor parte de mis amigos; me deshice del maquillaje y renuncié a comprarme ropa». Yo la observaba horrorizado. «Suena fatal, pero en realidad me siento más feliz, y mucho menos asustada que antes.» Y parecía estar orgullosa. «Y lo logré sin pastillas.»

Alguien que estaba en el mismo grupo la tomó del brazo y le dijo: «Eso es una absoluta locura. Es lo más delirante que he oído en la vida. Debes de estar loca para hacer eso con tu vida». ¿Es una locura evitar las conductas que a uno lo enloquecen? ¿Es una locura tomar medicamentos para poder vivir de una manera enloquecedora? Yo podría reducir mi nivel de vida y realizar menos actividades, viajar menos, conocer menos gente y no escribir libros sobre la depresión; y tal vez, si efectuara todos estos cambios, no necesitaría medicación. Podría vivir dentro de los límites de lo que puedo tolerar. No es lo que habría elegido en un principio, pero sin duda es una opción razonable. Vivir con depresión es como intentar conservar el equilibrio mientras bailamos con una cabra: es perfectamente sano desear una pareja de baile con mejor sentido del equilibrio. Y sin embargo, la vida que llevo, llena de aventuras y complejidades, me permite obtener satisfacciones tan grandes que detestaría renunciar a ellas. Detestaría eso más que cualquier otra cosa. Triplicaría el número de pastillas que tomo antes que partir en dos mi círculo de amistades. Unabomber —cuyas técnicas de comunicar su sensibilidad eran desastrosas, pero cuya comprensión de los peligros de la tecnología es absoluta— escribió en su manifiesto: «Imaginen una sociedad que somete a la gente a condiciones que pueden hacer que se sienta por completo desdichada y luego les proporciona drogas para quitarles la desdicha. ¿Ciencia ficción? Ya está ocurriendo. En efecto, los antidepresivos son una forma de modificar el estado interior de un individuo de manera tal que pueda permitirle tolerar condiciones sociales que de otra manera le resultarían intolerables».³⁴

La primera vez que vi una depresión clínica no la reconocí; de hecho, ni siquiera la había notado. Fue en el verano en que concluí mi primer año de facultad y varias personas nos reunimos en la casa de veraneo de mi familia.

Estaba allí mi amiga Maggie Robbins, la encantadora Maggie, tan brillante y activa. En primavera, Maggie había sufrido un episodio de manía psicótica y había pasado dos semanas en el hospital. Ahora parecía haberse recuperado; ya no decía cosas incoherentes acerca de encontrar información secreta en el sótano de la biblioteca o colarse sin pagar en un tren a Ottawa. Aquel fin de semana estival, sus largos silencios parecían reflexivos y profundos, como si hubiera aprendido a calibrar el valor de las palabras. Era extraño que no hubiera llevado traje de baño; pero años más tarde me comentó que aquel día sintió que no podía estar tan desnuda, vulnerable y expuesta como se habría sentido sin la ropa puesta. Todos jugábamos en el agua como criaturas. Maggie, que llevaba un vestido de algodón de manga larga, estaba sentada en el trampolín, mirando cómo nos divertíamos; recogió las piernas y apoyó la barbilla sobre las rodillas. En un aparte, mi madre me dijo que Maggie parecía terriblemente encerrada en sí misma. Yo no tenía idea del esfuerzo que estaba haciendo Maggie. No vi las ojeras que sin duda tenía y que después aprendí a comprobar si existían. Lo que sí recuerdo es que le tomábamos el pelo porque no quería nadar, porque se perdía la diversión, hasta que por fin se puso de pie en el extremo del trampolín y se zambulló, vestida como estaba. Recuerdo la ropa pesada y pegada a su cuerpo mientras nadaba un largo y luego caminaba hacia la casa, empapada y mojando el césped, para cambiarse de ropa. Unas pocas horas después la encontré dentro, dormida. Al ver que no comía demasiado durante la cena pensé que no le gustaba la carne, o que intentaba mantener la línea. Aunque parezca extraño, recuerdo aquel fin de semana como un momento feliz, de modo que me asombré cuando Maggie me explicó que en realidad estaba enferma.

Quince años más tarde, Maggie sufrió la peor depresión que he visto jamás. Con increíble incompetencia, después de quince años de salud su médico le había dicho que tal vez deseara abandonar el litio, como si ya se hubiese curado y la grave enfermedad bipolar hubiera huido de su organismo. Ella había reducido la dosis de forma progresiva y se sentía fantástica; había perdido peso y por fin no le temblaban las manos. Había recuperado parte de la antigua energía de Maggie, la misma que tenía el día que me contó que el objetivo de su vida era convertirse en la actriz más famosa del mundo. Después empezó a sentirse bien de manera inexplicable. Todos le preguntábamos si no le preocupaba el hecho de convertirse en una persona algo maniaca, pero ella nos aseguraba que hacía años que no se sentía tan bien. Seguramente eso era todo lo que queríamos saber: sentirse tan bien no era algo bueno; no estaba nada bien. En efecto. Al cabo de tres meses había llegado a la conclusión de que Dios la dirigía y que le había encomendado la misión de salvar al mundo.

Entonces un amigo se hizo cargo de ella y, como no logró localizar a su psiquiatra, la llevó a la consulta de otro, que le hizo volver a la medicación. En los meses posteriores cayó en la depresión, y en el otoño siguiente se inscribió en un curso de posgrado. «El curso de posgrado me dio mucho; como mínimo el tiempo, el espacio y los préstamos para sufrir otros dos episodios», bromeaba ella. Durante el segundo trimestre sufrió una hipomanía y luego una depresión, ambas leves. Al final del cuarto trimestre se sumergió en la manía total y al cabo se hundió en una depresión tan profunda que parecía no tener límites. Recuerdo a Maggie en casa de un amigo, hecha un ovillo en el sofá, encogida como si alguien le estuviera clavando astillas de bambú debajo de las uñas. Parecía haber perdido el habla por completo. No sabíamos qué hacer, y cuando por fin logramos que pronunciara algunas palabras, apenas se la oía. Por fortuna, a lo largo de los años sus padres habían aprendido casi todo acerca de la enfermedad bipolar, de modo que esa misma noche la ayudamos a mudarse al apartamento de ellos. No la vimos durante los dos meses que pasó encogida en un rincón, a veces inmóvil durante varios días. Yo había superado una depresión y quería ayudarla, pero ella no podía hablar por teléfono y no deseaba recibir visitas, y sus padres sabían que lo mejor era respetar su silencio. Yo me había sentido en contacto con la muerte. «Nunca más pasaré por eso —había dicho ella—. Sé que haría absolutamente cualquier cosa para evitarlo.»

Ahora a Maggie le va bien con el Depakote, el litio y el Wellbutrin, y aunque tiene Xanax a mano, hace mucho tiempo que no lo necesita, y también ha abandonado el Klonopin y el Paxil que utilizaba al principio, pero deberá tomar medicamentos de modo permanente. «Debía alcanzar la humildad necesaria para decir: “Vaya, tal vez algunas de las personas que decidieron continuar con la medicación sean iguales a mí y no tuvieran la intención de hacerlo, jamás y por ningún motivo. Y luego tomaron la medicación, y eso las ayudó”.» Escribe y se dedica al arte, y trabaja en una revista. No le interesa un empleo de alto nivel, solo busca un poco de seguridad y desea contar con un seguro de salud y un lugar donde no se vea obligada a ser brillante de forma constante. Cuando se encuentra pensativa o enfadada, escribe algún poema sobre un «otro yo» que ha elaborado para sí misma, y al que llama Suzy. Algunos de sus poemas tienen que ver con el hecho de ser maníaca, otros con el de estar deprimida:

Hay alguien en el cuarto de baño,

mirando a Suzy a los ojos.

Alguien con aspecto de voces

que Suzy no reconoce.

Alguien que vive en el espejo:

una cara gorda que llora y llora.

Suzy tiene el cráneo repleto y vapuleado.

Suzy tiene los dientes flojos.

Suzy tiene las manos lentas y temblorosas

cuando cubre el cristal con espuma.

Suzy aprendió nudos un verano.

Suzy no sabe hacer un nudo corredizo.

Suzy siente que un velo se alza.

Suzy oye que un velo se rasga.

Entonces la verdad aparece, inmóvil, ante sus ojos...

Cruda y forcejeando, despierta, gastada.

Los retortijones de hambre son lo único seguro,

lo único que tenemos al nacer.

«Cuando tenía ocho años —me contó—, decidí que yo era Maggie. Recuerdo haber estado en un pasillo de la escuela, diciendo: “Ya sabes, soy Maggie, y siempre voy a ser yo. Este es el yo que ahora seré. He sido diferente porque ni siquiera puedo recordar nada de mi vida, pero a partir de ahora solo seré yo”. Y así ha sido. Y ese ha sido mi sentido de la identidad. Soy esa misma persona. Puedo volver la vista atrás y decir: “Oh, Dios, no puedo creer que haya hecho esa tontería a los diecisiete”. Pero era yo quien lo hacía. No existe ninguna discontinuidad en mi identidad.»

Poseer un sentido inmutable de identidad a través del terrible decurso del trastorno bipolar evidencia una gran fortaleza. Maggie ha alcanzado etapas en las

que deseaba liberarse de esta identidad coherente. «En esa horrenda y casi catatónica depresión —afirma—, me quedaba en la cama, cantando *Where have all the flowers gone* una y otra vez para ocupar la mente. Ahora me doy cuenta de que podría haber tomado otros fármacos, o que podría haberle pedido a alguien que durmiera en mi habitación, pero estaba demasiado enferma para pensar en ello. No podría decir qué era lo que me asustaba tanto, pero creía que iba a estallar de angustia. Sencillamente me hundía más y más y más. Seguíamos cambiando de medicamentos y yo continuaba hundiéndome. Creía en mis médicos, y siempre acepté que al fin volvería a la normalidad; pero no podía esperar, no soportaba ni un minuto más. Cantaba para olvidar lo que mi mente decía: “Ni siquiera te mereces vivir. Eres una inútil. Nunca serás nada. No eres nadie”. Y fue entonces cuando empecé a pensar de verdad en matarme, porque si bien ya había tenido esa idea antes, fue en ese momento que empecé a planificarlo en serio.

»Imaginaba casi de manera constante mi propio funeral. Mientras estaba con mis padres imaginaba que subía al tejado y caminaba por el borde, vestida con un camisón. En la puerta que daba al tejado había una alarma y yo debía desconectarla, lo cual en realidad no importaba porque yo habría saltado antes de que alguien llegara. No podía correr el riesgo de fracasar, de modo que atendía a todos los detalles. Elegía el camisón que me pondría, pero de inmediato algún vestigio de amor propio me sacudía y me recordaba cuánta gente se entristecería si yo consumaba mi propósito, y entonces me resultaba imposible soportar la responsabilidad de causar incontables horas de tristeza a los demás. Hube de reconocer en lo más íntimo la agresión que suponía para los demás un suicidio.

»Creo que reprimí la mayor parte de aquellos recuerdos. No logro recuperarlos porque es imposible evocar lo que no tiene sentido. Pero puedo recordar algunas partes de mi apartamento, y lo mal que me sentía allí. Y también puedo recordar la etapa posterior, cuando pensaba en el dinero de forma permanente. Entonces me quedaba dormida y despertaba preocupada por el dinero y no podía abandonar esa obsesión, irracional, dado que en aquel momento no tenía problemas financieros. Pensaba: “¿Y si dentro de diez años no tengo dinero?”. No existe ninguna relación entre los sentimientos de temor y angustia en mi vida normal y la clase de temor o angustia que sentía en esa época. Es de una calidad muy diferente, no se trata solo de cantidad. Vaya, aquella época fue terrible. Al final tuve el buen criterio de cambiar de médico; y después conseguí el Xanax, del cual tomaba alrededor de medio miligramo. Me sentía como si un gigante me hubiera agarrado por la cadera y con los dedos restantes me sujetara por los hombros.

»Toda su mano me aplastaba contra la cama, y yo me quedaba dormida. Me aterrorizaba la idea de convertirme en adicta, pero el médico me aseguró que eso no ocurriría, ya que no estaba tomando una dosis tan alta; y agregó que, aunque así fuera, él me apartaría de la adicción cuando yo me hallara en condiciones de manejar mejor mi vida. Así que me dije: “De acuerdo, no pensaré en ello; simplemente voy a hacerlo”.

»Cuando uno está deprimido no considera que ha desplegado el velo gris de un estado de ánimo negativo, sino que ese velo ya no existe y que ahora ve la realidad, una realidad que intenta definir en términos de verdad, pero esta no es inmutable, y por tanto no puede definirse. Uno puede exorcizar los demonios de los esquizofrénicos, que perciben que hay un extraño dentro de ellos, pero esto es mucho más difícil en el caso de las personas deprimidas, pues creemos ver la verdad objetiva. Pero la verdad miente. Yo me observo y pienso: “Estoy divorciada”, y parece que eso fuera lo más terrible. Cuando podría pensar: “¡Estoy divorciada!”, y sentirme libre y muy bien. Solo hubo una observación en verdad útil en todo esto. Una amiga me dijo: “No será siempre así. Procura recordar eso. Es así ahora, pero no será siempre así”. El otro comentario, que también me ayudó, fue: “La que habla es la depresión, y lo hace por tu boca”.»

La psicoterapia y la farmacoterapia son los tratamientos más habituales para la depresión, pero también la fe ha ayudado a mucha gente a enfrentarse a su enfermedad. La conciencia humana puede definirse por los lados de un triángulo: el biológico, el psicológico y el teológico. Resulta extremadamente difícil escribir acerca de la fe porque trata de lo incognoscible y lo indescriptible. Más aún, en el mundo moderno la fe es una cuestión sumamente personal; sin embargo, constituye una de las formas primarias de asumir la depresión. La religión da respuestas a preguntas imposibles de responder, y si bien por lo general no hace que la gente salga de la depresión —de hecho, incluso las personas más religiosas descubren que su fe se debilita o desvanece mientras se encuentran en las profundidades de la depresión—, puede proteger de la enfermedad y ayudar a superar los episodios más críticos. La religión proporciona motivos para vivir, ya que permite ver el sufrimiento como algo loable y confiere dignidad y sentido a nuestra impotencia. Muchos de los objetivos de la terapia cognitiva y psicoanalítica se alcanzan mediante sistemas de creencias similares a los que subyacen a las religiones primarias del mundo: por ejemplo, el nuevo enfoque de la energía fuera del yo, el descubrimiento de la propia autovaloración, la paciencia, la amplitud comprensiva. La fe es un gran don, pues proporciona un sentido de intimidad no

supeditado a los caprichos de otras personas, aunque, por supuesto, Dios es también famoso por sus caprichos. Hay una divinidad que dibuja de manera tosca nuestros caminos y parece darles forma, aunque en realidad lo hagamos nosotros. La esperanza es un sentimiento profiláctico, y en esencia la fe proporciona esperanza.

Sobrevivimos a la depresión gracias a una fe en la vida tan abstracta como cualquier creencia religiosa. La depresión es la enfermedad más cínica del mundo, pero también es el origen de una especie de fe. Soportar este trastorno y emerger de él siendo uno mismo es descubrir que aquella esperanza que uno no tuvo el valor de albergar puede sin embargo convertirse en realidad. El discurso de la fe, como el del amor romántico, tiene la desventaja de conllevar una desilusión potencial: la depresión es para muchas personas una experiencia similar a ser abandonado por Dios, y muchas afirman que son incapaces de creer en un Dios que inflige semejante sufrimiento de manera tan cruel como inútil. En la mayoría de los fieles, sin embargo, esta animadversión hacia Dios decrece a medida que se desvanece la depresión, pues si creer es su norma, regresan a ella como a cualquier otra que organiza su vida. Los sistemas formales de religión se encuentran fuera de mi educación y experiencia, pero me parece difícil obviar la capacidad de intervención que estos poseen, y que determinan el ascenso y declive de la fe en momentos concretos. Es una experiencia demasiado sentida y profunda como para constituir un acto impío.

En especial por motivos metodológicos, la ciencia se resiste al minucioso estudio de la religión y su relación con la salud mental. «Cuando uno llega a aspectos como la meditación o las oraciones, ¿cuál es el nivel de comparación adecuado para un estudio a doble ciego? —pregunta Steven Hyman, director del Instituto Nacional de Salud Mental—. ¿Rezar al dios equivocado? Es el problema fundamental de probar la riqueza terapéutica de la oración.» Además, la imagen de sacerdote suele ser la más aceptada del terapeuta. En efecto, Tristan Rhodes, un cura que conozco, decía que durante algunos años había tratado a una mujer con depresión psicótica que rechazaba la psicoterapia pero que iba a confesarse todas las semanas. Le contaba a él sus problemas, y él compartía información confidencial con un amigo psiquiatra, cuyos puntos de vista le transmitía a ella, que de este modo recibía en términos muy explícitos apoyo psiquiátrico en un contexto religioso.

En el caso de Maggie Robbins, fe y enfermedad se han unido. Ella se ha convertido en episcopaliana de la High Church, en ocasiones muy devota. Asiste a la iglesia con mucha frecuencia: la mayoría de los días de la semana, para las

oraciones de la tarde; a veces a dos misas dominicales, una para comulgar y la otra simplemente para escuchar; a clases de estudio de la Biblia los lunes, y a una serie de actividades parroquiales el resto del tiempo. Pertenece a la junta editorial de la revista parroquial y ha enseñado en la escuela dominical, y también ha pintado telones de fondo para los escenarios de las fiestas navideñas. Dice: «Ya sabes, Fenelón escribió: “Deprímeme o levántame el ánimo; me encantan todas tus intenciones”. El quietismo puede ser una herejía, pero esa idea es uno de los principios centrales de mi fe. No tienes que entender lo que ocurre. Yo pensaba que debías hacer algo con la vida, aunque no tuviera sentido. Pero no carece de sentido. La depresión te hace creer ciertas cosas, como por ejemplo, que no sirves para nada y que deberías estar muerto. ¿Cómo se puede responder a eso, salvo con creencias alternativas?». Sin embargo, la religión hizo muy poco para ayudar a Maggie Robbins en las peores etapas de su depresión. «A medida que mejoraba, recordaba: “Oh, sí, la religión... ¿Por qué no recurrí a ella para que me ayudara?”. Pero no podía hacerlo en los momentos más críticos.» De hecho, nada podía ayudarla. Las oraciones de la tarde le hacen enlentecer su actividad y la ayudan a mantener bajo control el caos de la depresión. «Es una estructura muy poderosa — afirma—. Te levantas y rezas las mismas oraciones todas las noches. Alguien ha determinado lo que le dirás a Dios, y otras personas lo dicen contigo. Yo estoy dejando a un lado estos rituales para retener mi experiencia. La liturgia es semejante a los listones de madera que componen una caja; los pasajes de la Biblia, y en especial el Salterio, se consideran una caja muy adecuada para contener la experiencia. Asistir a la iglesia es un conjunto de prácticas de servicio que te hacen avanzar espiritualmente.» En algunos sentidos esto parece pragmático, pues no se trata de fe sino de programación, y una clase de aeróbic podría ejercer el mismo efecto. Maggie admite que esto es verdad solo en parte, pero niega la ruptura entre lo espiritual y lo utilitario. «Estoy segura de que uno podría lograr la misma profundidad con algunas otras religiones y con otros medios independientes de estas. El cristianismo es solo un modelo; no es más que un modelo; y cuando hablo de mi experiencia religiosa con mi psicólogo, o de mi experiencia terapéutica con mi director espiritual, esos modelos resultan ser muy similares. ¡Hace poco mi director espiritual me dijo que el Espíritu Santo utiliza mi conciencia todo el tiempo! En la terapia aprendo a poner límites a mi yo; en la iglesia aprendo a dejar esos límites de lado y a convertirme en una con el universo, o al menos en parte del cuerpo de Cristo. Estoy aprendiendo a mantenerlos en pie y a dejarlos a un lado hasta que pueda hacerlo así», y chasquea los dedos.

«Según la doctrina cristiana, uno no puede suicidarse porque su vida no le pertenece. Uno solo es administrador de su vida y de su cuerpo, pero no le pertenecen hasta el punto de poder destruirlos. Uno no termina combatiendo todo

lo que hay en su interior; cree que lo hace con estos personajes: Jesucristo y Dios Padre y el Espíritu Santo. La Iglesia es un exoesqueleto para aquellos cuyo endoesqueleto ha quedado consumido por la enfermedad mental. Uno se vuelca en ella, se adapta a su forma, y desarrolla una columna en su interior. El individualismo, esa ruptura de nuestro ser con todo lo demás, ha denigrado la vida moderna. La Iglesia dice que deberíamos actuar primero dentro de nuestra comunidad, luego como miembros del cuerpo de Cristo, y al final como miembros de la raza humana. Esto no está muy de acuerdo con el modelo norteamericano del siglo XXI, pero es muy importante. Tomo de Einstein la idea de que los humanos estamos trabajando bajo la "ilusión óptica" de que cada persona es un ser independiente de los demás y del resto del mundo material, y del universo, cuando en realidad somos partes interconectadas de este. Para mí el cristianismo es el estudio de aquello que constituye el amor real, el amor útil, y la vocación de servicio. La gente cree que el cristianismo está contra el placer, lo cual a veces es cierto, pero es partidario de la felicidad. Uno aspira a una dicha que nunca desaparezca aunque padezca dolor, en cuyo caso, por supuesto, el dolor sigue existiendo. Cuando quería suicidarme le preguntaba a mi sacerdote: "¿Cuál es el propósito de este sufrimiento?", y él me respondía: "Odio las frases que incluyen las palabras 'sufrimiento' y 'propósito'. El sufrimiento es solo sufrimiento, y creo que Dios está contigo en esto, aunque dudo que tú puedas sentirlo". Le preguntaba cómo podía poner algo así en manos de Dios, y me respondía: "No se trata de poner, Maggie. Está donde debe estar".»

Otra amiga, la poeta Betsy de Lotbinière, también ha luchado con la fe desde el interior de la depresión, y utilizaba aquella como el principal camino hacia la recuperación. En la etapa más crítica de su depresión, decía: «Odio mis propios errores, por supuesto, y a medida que pierdo tolerancia pierdo generosidad y odio el mundo y los errores de quienes me rodean, y termino con deseos de gritar porque hay astillas y manchas y hojas caídas y multas por estacionar donde no corresponde, y gente que llega tarde o no contesta las llamadas. Nada de esto es bueno. Muy pronto los niños estarán llorando, y si lo paso por alto terminarán siendo tranquilos y obedientes, lo cual es peor porque entonces las lágrimas permanecen dentro. El temor se refleja en sus ojos, y se tornan silenciosos. Dejo de oír sus heridas secretas, que son muy fáciles de curar cuando las cosas marchan bien. Me odio a mí misma cuando soy así. La depresión me hace caer, caer y caer».

Betsy se educó en el seno de una familia creyente y se casó con un hombre de sólida fe católica. Aunque no acude a la iglesia con tanta regularidad como él,

recurría a Dios y a las oraciones cuando sentía que la realidad se le escapaba de las manos y veía cómo su desesperación destruía el placer que sentía con sus niños, y la felicidad de ellos en el mundo. Pero no permaneció por completo dentro del catolicismo; de hecho, probó los programas de doce pasos, la meditación budista, el andar sobre brasas ardientes, las visitas a templos hindúes, el estudio de la Cábala, y casi cualquier otra cosa que pareciera espiritual. «Pronunciar una oración en un momento de angustia o de esfuerzo excesivo es como tirar de la anilla y dejar que tu paracaídas te impida estrellarte contra el suelo con tanta fuerza que todos los huesos de tu cuerpo emocional se quiebren», me escribió en una época en que yo me encontraba mal. «La oración puede ser tu freno, y si tu fe es lo suficientemente sólida, la oración puede actuar como acelerador y amplificador para enviar al universo un mensaje acerca del rumbo que te gustaría tomar. La mayor parte de las religiones implican una forma de detenerse y acceder al ser interior, de ahí el arrodillarse, y las posiciones del loto, y el tenderse en el suelo. También utilizan el movimiento, la música y el rito para desplazar lo cotidiano y conectar con ideas más elevadas acerca del ser, todo lo cual es necesario para salir de una depresión. La gente con algún grado de fe previa a la caída en la devastadora oscuridad del abismo, encuentra allí una vía de salida. La clave está en hallar el equilibrio en dicha oscuridad, y aquí es donde las religiones pueden ser útiles. Los líderes religiosos han practicado este método proporcionando a la gente cierta estabilidad mientras avanzan por los senderos que ayudan a salir de la oscuridad. Si uno puede encontrar el secreto de este equilibrio fuera de uno mismo, tal vez logre alcanzar el equilibrio interior. Entonces uno vuelve a ser libre.»

• • •

Una depresión grave debe ser tratada o debe ser superada; pero mientras uno recibe tratamiento o espera recuperarse, tiene que seguir luchando, porque solo de esta forma se puede salir de ella. Tomar medicamentos como parte de la batalla es luchar con fiereza, y rechazar esto sería tan absurdo y autodestructivo como participar en una guerra moderna montado a caballo. No es un signo de debilidad tomar medicamentos, ya que hacerlo no significa que uno no puede solucionar su vida personal; es señal de coraje. Tampoco implica flaqueza buscar la ayuda de un terapeuta inteligente. La fe en Dios y cualquier forma de fe son importantes, y uno debe recurrir a todas las terapias, de la clase que sean, e incorporarlas a la lucha, sin esperar a estar sano. «El trabajo debe ser la cura, no la comprensión; el trabajo es la única cura radical para la pena», escribió Charlotte Brontë. No es la cura total, pero sí la única. La felicidad misma puede ser un trabajo importante.³⁵

Y sin embargo, todos sabemos que el trabajo en sí mismo no proporciona felicidad. Charlotte Brontë también escribió en *Villette*: «Ninguna burla en este mundo me suena tan hueca como el que me aconsejen que cultive la felicidad. ¿Qué significa este consejo? La felicidad no es una patata que hay que plantar en el moho y cultivar con estiércol. La felicidad es una bendición del cielo que brilla sobre nosotros. Es un rocío divino que el alma, en algunas mañanas de verano, siente caer sobre ella desde la flor del amaranto y de los frutos dorados del Paraíso. “¡Cultive la felicidad!” Le dije a mi médico: “¿Usted cultiva la felicidad? ¿Cómo se las arregla?”». La suerte tiene un papel significativo, y es la que suelta sobre nosotros, como por casualidad, ese rocío de felicidad. Algunas personas responden bien a un tratamiento, otras a otros. Las hay que se rinden tras un breve combate, y las hay que no toleran la medicación, pueden en realidad obtener excelentes resultados mediante la psicoterapia. Existen personas que han dedicado cientos de horas al psicoanálisis, pero solo se sienten mejor en el preciso momento en que toman una píldora; otras superan a duras penas un episodio depresivo mediante un determinado tratamiento, y caen en otro episodio que requiere un tratamiento diferente. Algunas padecen una depresión resistente que jamás superan pese a todos los esfuerzos que realicen; otras padecen efectos secundarios negativos con cualquier tratamiento que emprendan, y en cambio otras nunca sufren ni el más mínimo problema con terapias que parecen espantosas. Tal vez llegue una época en que podamos analizar el cerebro y todas sus funciones, y seamos capaces de explicar no solo los orígenes de la depresión, sino también las razones de todas las diferencias mencionadas. Pero de momento debemos aceptar que el destino ha hecho de algunos de nosotros personas en extremo vulnerables a la depresión, y que el cerebro de quienes padecen esta vulnerabilidad es en algunos casos sensible al tratamiento y en otros no. Aquellos que podemos sentirnos bastante mejor gracias a cualquier tratamiento debemos considerarnos afortunados por más serias que hayan sido nuestras crisis. Además, debemos tratar con tolerancia a aquellos para quienes no existe posibilidad de recuperación. La resistencia es un don frecuente, pero no universal, y ningún secreto que pueda revelar este libro o cualquier otro podrá ayudar a los más desdichados.

Alternativas

«Cuando nos recetan muchos medicamentos para una enfermedad — escribió Antón Chéjov— podemos estar seguros de que esa enfermedad no tiene cura.»¹ Para la depresión se prescriben muchos medicamentos, además de otras medidas habituales y un sinnúmero de alternativas. Aunque la mayoría son útiles solo en parte, algunas son excelentes y pueden resultar de suma utilidad, pero en cambio otras son por completo absurdas. Existen muchas anécdotas maravillosas, que la gente cuenta con el éxtasis del recién convertido. Pocos de estos tratamientos alternativos son en verdad perjudiciales, salvo quizá para el bolsillo; aunque el peligro real puede aparecer cuando se utilizan medicamentos mágicos en lugar de fármacos probados y efectivos. Sin embargo, la cantidad de terapias alternativas existentes refleja un persistente optimismo en medio del intratable problema del padecimiento afectivo.

Después de publicaciones anteriores sobre la depresión, he recibido cientos de conmovedoras cartas de personas de nueve países diferentes y de la mayoría de los cincuenta estados norteamericanos que me han informado sobre tratamientos alternativos. Una mujer de Michigan me escribió que después de muchos años de probar todos los medicamentos, había encontrado al final la auténtica solución, que consistía en «elaborar objetos con hilo». Cuando le escribí preguntándole por más detalles de su alternativa, me envió una sorprendente fotografía de unos ochenta ositos idénticos que había confeccionado con hilos de los colores del arcoíris, y un libro publicado por ella misma sobre tejido fácil. Una mujer de Montana se quejó: «Tal vez quiera saber que todos los efectos que usted describe surgen del envenenamiento crónico. Mire a su alrededor. ¿Ha echado insecticida en su casa, o herbicida en su jardín? ¿Tiene parquet en el suelo? Mientras escritores como usted y William Styron no examinen su entorno en busca de estos factores de exposición, y los eliminen, no seré condescendiente con ustedes y sus relatos sobre la depresión». Nunca hablaría en nombre de William Styron, en cuyos suelos puede filtrarse el Agente Naranja, pero puedo decir con absoluta seguridad que mi casa, cuyas tripas me han sido reveladas durante diez años de desastres en las tuberías y la instalación eléctrica, solo tiene suelos de madera y estructura de madera. Otro de mis lectores pensaba que yo padecía de envenenamiento por mercurio a causa de los empastes de mi dentadura, pero yo no tengo ningún empaste. Alguien me escribió una carta anónima desde Albuquerque diciéndome

que yo tenía un bajo nivel de azúcar en la sangre. Otro me ofreció ayuda para encontrar un profesor que me diera clases de claqué. Alguien de Massachusetts quería hablarme de biorretroalimentación. Un lector de Munich me preguntó si me gustaría reemplazar mi ARN, ofrecimiento que rechacé de forma amable. Mi carta preferida es la que envió una mujer de Tucson que escribió, sencillamente: «¿Nunca pensó en irse de Manhattan?».

No obstante mi propia situación (y la de William Styron), en realidad los efectos del envenenamiento por formaldehído pueden ser similares a los síntomas del trastorno depresivo; lo mismo puede ocurrir con la neurotoxicidad del mercurio de los empastes de dientes. La hipoglucemia está relacionada con el estado de ánimo deprimido. No puedo dar testimonio del potencial terapéutico de las clases de claqué, pero la actividad física de cualquier tipo puede mejorar el estado de ánimo; incluso el trabajo manual repetido y relajante, como elaborar objetos con hilo, puede resultar útil en determinadas circunstancias. Y abandonar Manhattan seguramente reduciría mi nivel de estrés. Mi experiencia es que, al margen de lo lunático que pueda parecer a primera vista, nadie está equivocado por completo. Mucha gente obtiene resultados positivos sorprendentes con proyectos que en apariencia son descabellados. Seth Roberts, del Departamento de Psicología de la Universidad de California, en Berkeley, tiene la teoría de que algunas depresiones están vinculadas al hecho de despertarse solo, y que puede ayudar la experiencia de tener un busto parlante al cual contemplar al menos durante una hora al empezar el día. Sus pacientes miran durante la primera hora del día vídeos de programas de entrevistas que utilizan una sola cámara, en los que la imagen tiene un tamaño natural; y gracias a ellos muchos se sienten mejor. «Nunca imaginé que el televisor podía ser mi mejor amigo», me dijo uno de sus pacientes. El alivio de la soledad, incluso de esta forma patética, puede ser eficaz para mejorar el estado anímico.

Tuve una afortunada serie de encuentros con un personaje al que di en llamar «el místico incompetente», quien me escribió acerca de las terapias de energía que practicaba. Después de intercambiar numerosa correspondencia, lo invité a mi casa para que realizara una demostración de su trabajo. El hombre fue sumamente agradable y era evidente que sus intenciones eran buenas. Al cabo de unos minutos de conversación nos pusimos a trabajar. Me indicó que juntara el pulgar y el dedo corazón de la mano izquierda formando una «O», y que luego hiciera lo mismo con la derecha; hecho esto, me invitó a unir las dos «O» y recitar una serie de frases. Según afirmó, si yo decía la verdad, mis dedos seguirían unidos con firmeza a pesar de los intentos que él hiciera por separarlos, y que en cambio, si mentía, la unión se debilitaría. Tal vez mis amables lectores puedan

imaginar lo cohibido que me sentía sentado en la sala de mi propia casa diciendo «me odio» mientras un hombre muy serio vestido con traje azul claro tiraba de mis manos. Describir los procedimientos que siguieron a esta serie de ejercicios llevaría páginas enteras, pero el punto culminante se produjo cuando él empezó a entonar un cántico sobre mí y en la mitad olvidó lo que debía decir. «Aguarde un segundo —me dijo, y hurgó dentro de su maletín hasta que encontró algo—. Usted quiere ser feliz. Será feliz.» Decidí que cualquiera que no pudiera recordar estas dos frases era un verdadero estúpido, y con cierto esfuerzo logré que el místico incompetente saliera de mi casa. Desde entonces algunos pacientes me han hablado de sus mejores experiencias con la terapia energética, y debo reconocer que en ocasiones algunos invierten de verdad su «polaridad corporal» y alcanzan un notable amor propio a través de la inspirada práctica de tales ejercicios. Sin embargo, sigo siendo muy escéptico, aunque no puedo dudar de que algunos charlatanes tienen más talento que yo en la presentación de sus métodos.

Dado que la depresión es una enfermedad cíclica que puede remitir de modo temporal sin ningún tratamiento, uno podría atribuir su mejora a cualquier actividad sostenida, sea esta inútil o no. Estoy del todo convencido de que en el campo de la depresión no existe nada parecido a un placebo. Si uno tiene cáncer, prueba un tratamiento exótico y al cabo del tiempo se siente mejor, puede muy bien no estar en lo cierto; en cambio, si uno padece depresión y prueba un tratamiento exótico tras el cual se siente mejor, está de verdad mejor. La depresión es una enfermedad que afecta a los procesos de pensamiento y los emocionales, y si algo cambia estos procesos en la dirección correcta puede producirse la recuperación. Con sinceridad, creo que el mejor tratamiento para la depresión es la fe, que es en sí misma mucho más esencial que aquello en lo que creemos. Si uno de verdad cree que puede aliviar su depresión poniéndose cabeza abajo y escupiendo monedas todas las tardes durante una hora, es probable que esta incómoda actividad le produzca un enorme beneficio.

El ejercicio² y la dieta desempeñan un importante papel en la mejora del trastorno afectivo, y creo que se puede conseguir un control considerable mediante regímenes de alimentación y entrenamiento físico. Entre los tratamientos alternativos más serios incluyo la estimulación magnética transcraneal (EMT), la terapia lumínica para personas que padecen un trastorno afectivo estacional, la terapia de insensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular (IRMO), los masajes, los cursos de supervivencia, la hipnosis, la terapia de privación del sueño, el hipérico, la S-adenosilmetionina o SAME, la homeopatía, la medicina china a

base de hierbas, los grupos terapéuticos, los grupos de apoyo y la psicocirugía. Solo un libro interminable podría dar cuenta de todos los tratamientos que alguna vez han dado un resultado razonable.

«La gimnasia constituye el primer paso en el tratamiento de todos mis pacientes —dice Richard A. Friedman, de Payne-Whitney. Y a todos les hace bien.» Yo detesto el ejercicio, pero en cuanto salgo de la cama hago un poco de calistenia; o, si puedo permitírmelo, voy a un gimnasio. Cuando estaba saliendo de mi depresión, en realidad no importaba qué hacía; el *step* o la cinta era lo más fácil. Sentía que el ejercicio me ayudaba a erradicar la depresión de mi torrente sanguíneo, como si me ayudara a estar más limpio. «Está clarísimo —comenta James Watson, presidente del laboratorio Cold Spring Harbor, y uno de los descubridores del ADN—. El ejercicio produce endorfinas, las cuales constituyen una morfina endógena y hacen que uno se sienta fantásticamente bien si su estado es normal o mejor cuando se encuentra mal. Hay que lograr una activación de las endorfinas; después de todo, se encuentran corriente arriba de los neurotransmisores, y por eso el ejercicio funciona para elevar el nivel de estos.» Además, con la depresión el organismo se vuelve pesado y lento, lo cual agudiza la depresión. Si uno logra que el cuerpo funcione al máximo, la mente seguirá el ejemplo. Una sesión de ejercicios realizados a conciencia es la idea más espantosa que puedo imaginar cuando estoy deprimido, y no es divertido llevarla a la práctica, pero una vez he terminado, me siento mil veces mejor. El ejercicio también disipa la ansiedad: la energía nerviosa se consume con los ejercicios abdominales, y ello contribuye a contener el temor irracional. Suele decirse que somos lo que comemos y que sentimos según lo que somos. Nadie puede lograr que una depresión mejore por el simple hecho de elegir los alimentos adecuados, pero sin duda dejar de tomarlos puede favorecerla, y en cierta medida es posible evitar que reaparezca si se controla la dieta de forma cuidadosa.³ Al parecer, el azúcar y los hidratos de carbono aumentan la absorción de triptófano en el cerebro, que a su vez eleva los niveles de serotonina. La vitamina B₆, que se encuentra en los alimentos integrales y en los mariscos, es importante para la síntesis de la serotonina, de modo que una concentración baja de esta vitamina puede precipitar una depresión. También un bajo nivel de colesterol se ha relacionado con los síntomas depresivos. Los estudios al respecto no han concluido, pero una buena dieta de langosta y *mousse* de chocolate puede ser de gran ayuda para mejorar el estado de ánimo. «Durante el siglo XX, el énfasis puesto en una dieta físicamente saludable —señala Watson— es probable que nos haya brindado una dieta poco saludable en el plano psicológico.» La síntesis de la dopamina también depende de las vitaminas del grupo B, sobre todo de la B₁₂, que se encuentra en el pescado y en los productos lácteos; del ácido fólico, que se halla en el hígado de ternera y en el

brécol; y también del magnesio, que se encuentra en el bacalao, la caballa y el germen de trigo. Las personas deprimidas suelen manifestar niveles bajos de zinc, contenido en las ostras, las endibias, los espárragos, el pavo y los rábanos; de vitamina B₃, que se encuentra en los huevos, la levadura de cerveza y aves; y de cromo. Estos tres últimos elementos se han utilizado para tratar la depresión. La escasez de zinc se ha asociado a la depresión posparto, dado que todas las reservas de este mineral pasan de la madre embarazada al bebé durante el final del embarazo, de modo que incrementar su consumo puede afectar de modo positivo al estado de ánimo. Existe una teoría según la cual en la zona del Mediterráneo se producen menos casos de depresión debido al consumo de aceite de pescado —rico en vitaminas del grupo B—, que eleva el nivel de los ácidos grasos omega-3. Las pruebas de que estos son beneficiosos para el estado anímico son absolutamente sólidas.⁴

Mientras que estos alimentos pueden resultar efectivos para prevenir la depresión, otros pueden causarla. «Muchos europeos sufren de alergia al trigo, y muchos norteamericanos padecen alergia al maíz», explica Vicki Edgson, autora de *El poder curativo de los alimentos*. Las alergias alimentarias también pueden provocar depresión. «Estas sustancias comunes se convierten en toxinas cerebrales que precipitan toda clase de trastornos mentales.» Muchas personas desarrollan síntomas depresivos como parte de un síndrome de agotamiento suprarrenal, consecuencia de un consumo excesivo de azúcares e hidratos de carbono. «Una persona puede tener problemas para dormir cuando experimenta una fluctuación constante del nivel de glucosa en la sangre, con altibajos a lo largo del día y dosis rápidas derivadas de la ingestión de dulces y comida basura. Esto no solo limitará la capacidad de hacer frente a la rutina diaria, sino también la paciencia y la tolerancia con los demás. Las personas que padecen este síndrome se sienten cansadas a todas horas, pierden el impulso sexual y sufren toda clase de dolores. El estrés hace estragos en su organismo.» Algunas personas desarrollan la enfermedad celíaca, que ocasiona una imposibilidad general de desarrollar actividades normales. «La gente que está deprimida se engaña pensando que el café es lo único que proporciona energía —dice Edgson—, pero en realidad lo que hace es filtrar la energía y estimular las reacciones de ansiedad.» Por supuesto, el alcohol también afecta de modo considerable al organismo. «A veces —agrega Edgson— la depresión es la forma que el cuerpo tiene de avisar que dejemos de maltratarlo; es una prueba de cómo las cosas se desmoronan.»

• • •

Robert Post, del Instituto Nacional de Salud Mental, ha estado trabajando en

la estimulación magnética transcraneal (EMT), que emplea el magnetismo para generar una estimulación metabólica del tipo producido por la TEC, pero a niveles más bajos. La tecnología moderna permite que el magnetismo se concentre para proporcionar estímulos intensos a zonas específicas del cerebro, pues mientras la corriente eléctrica debe ser bastante intensa para atravesar el cráneo y el cuero cabelludo hasta llegar al cerebro, el flujo magnético los atraviesa con facilidad. Por ese motivo la TEC provoca ataque cerebral, lo cual no ocurre con la EMT. Post plantea que con el avance de la neuroimagen puede ser definitivamente posible localizar las zonas del cerebro que se encuentran deprimidas y dirigirles estímulos magnéticos, adaptando el tratamiento para que se corresponda con la forma específica de la enfermedad. Además, la EMT ofrece la posibilidad de una especificidad enorme; la estimulación magnética puede enfocarse con precisión. «A veces —comenta Post— podemos usar la tecnología para poner una capucha, como un secador antiguo para el pelo, sobre nuestra cabeza. Se explora el cerebro y se seleccionan las zonas de metabolismo deprimido, y luego se dirige la estimulación a dichas zonas. Media hora después, el cerebro recupera el equilibrio.»⁵

Norman Rosenthal descubrió el trastorno afectivo estacional (TAE) cuando se mudó de Sudáfrica a Estados Unidos y empezó a padecer episodios de tristeza invernal.⁶ Muchas personas tienen cambios de humor estacionales y desarrollan una depresión invernal recurrente. Los cambios de estación —lo que un paciente denominó «el fuego cruzado entre el verano y el invierno»— constituyen un momento difícil para todos. El TAE es diferente del simple desagrado que producen los días fríos. Rosenthal afirma que los seres humanos están hechos para responder a las variaciones estacionales, pero que la luz artificial y las restricciones artificiales de la vida moderna inhiben dicha respuesta. Cuando los días se acortan mucha gente se retrae, y «pedirles que actúen en medio de su propia ralentización biológica es una fórmula para la depresión. ¿Cómo se sentiría un oso que se encuentra en estado de hibernación si quisiéramos que entrara en el circo y se alzara sobre sus patas traseras y bailara durante todo el invierno?». Los experimentos han demostrado que el TAE se ve afectado por la luz, que influye en la secreción de melatonina y, de esa manera, afecta a los sistemas de neurotransmisión. La luz estimula el hipotálamo, en el que se basan muchos aspectos funcionales; así, sueño, alimentación, temperatura y sexualidad se desregulan por causa de la depresión. La luz también influye en la síntesis de la serotonina en la retina. Un día de sol ofrece unas trescientas veces más luz que el interior normal de una casa. La terapia que suele prescribirse a quienes padecen de TAE es el empleo de una mesa luminosa, que administra una luz en extremo

brillante. Este tipo de terapia me produce mareo y afecta a mis ojos, pero conozco personas a quienes les encanta. Algunas incluso utilizan visores luminosos. Se ha diseñado una mesa luminosa, que es mucho más brillante que la iluminación interior normal, para elevar los niveles de serotonina en el cerebro. «A principios del otoño uno observa a las personas que presentan un TAE —comenta Rosenthal— y es como ver las hojas que caen de los árboles. Después empezamos a tratarlas con exposición a la luz intensa, y es como contemplar tulipanes abriéndose.»⁷

La terapia de insensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular (IRMO) apareció en 1987 como tratamiento para el trastorno por estrés postraumático. La técnica es un poco *kitsch*. El terapeuta mueve su mano a distintas velocidades en un campo que abarca desde la visión periférica derecha a la visión periférica izquierda, estimulando así un ojo primero y luego el otro. En una variante de la técnica, el paciente se coloca unos auriculares que emiten sonidos que estimulan un oído y luego el otro; en una tercera variante, el sujeto sostiene pequeños vibradores, uno en cada mano, que emiten pulsaciones de manera alterna mientras el paciente pasa por un proceso psicodinámico en el que rememora su trauma y lo revive, y al final de la sesión queda libre de él. Mientras que muchas terapias (por ejemplo, el psicoanálisis) se basan en extraordinarias teorías, pero ofrecen resultados limitados, la IRMO tiene un fundamento teórico simple y sus resultados son excelentes. Se atribuye el éxito de esta terapia a la supuesta estimulación en rápida alternancia de los hemisferios izquierdo y derecho del cerebro, ayudando así a transferir los recuerdos de un centro de almacenamiento de información a otro. Esto parece poco probable; sin embargo, hay algo en la oscilante estimulación de la IRMO que ejerce un efecto impresionante.

La IRMO se utiliza cada vez con mayor frecuencia para tratar la depresión. Dado que la técnica recurre a los recuerdos traumáticos, suele prescribirse especialmente en la depresión de origen traumático antes que en las de otro tipo. Yo probé toda clase de técnicas, incluida esta, mientras realizaba mi investigación para escribir este libro. Estaba convencido de que era un sistema peculiar pero simple en extremo, y los resultados me sorprendieron. Me habían comentado que la terapia «acelera el proceso», lo cual no me preparó para la intensidad de la experiencia. Me puse los auriculares e intenté concentrarme en mis recuerdos, y me inundaron de inmediato imágenes increíblemente poderosas de la infancia, acontecimientos que yo no imaginaba que aún estuvieran guardados en mi

cerebro. Mi mente alcanzó una rapidez inusual y pude establecer asociaciones a gran velocidad. Fue una experiencia electrizante, y la terapeuta con la que trabajaba me condujo con eficacia por las diversas e innumerables dificultades olvidadas de mi infancia. No estoy seguro de que la IRMO produzca un efecto inmediato sobre una depresión no derivada de un solo y único trauma, pero resultó tan estimulante e interesante que continué con ella hasta completar las veinte sesiones.

David Grand, un prestigioso psicoanalista que utiliza esta terapia con todos sus pacientes, afirma: «La IRMO puede ayudar a una persona a conseguir en seis o doce meses lo que con un tratamiento corriente no podría lograr en cinco años. No estoy comparando en abstracto, sino comparando mi trabajo con esta terapia y mi trabajo sin ella. La activación evita el contacto con el yo y actúa de manera profunda, rápida y directa. La IRMO no es un enfoque teórico, como el cognitivo o el psicoanalítico; es un instrumento. Es posible ser solo un terapeuta genérico que utiliza la IRMO, pero para ello primero hay que ser un buen terapeuta y luego resolver cómo integra la IRMO. Yo he aplicado este tratamiento durante ocho años, y sabiendo lo que ahora sé, no podría volver a hacer terapia sin la IRMO. Significaría un verdadero retroceso, un retorno a lo primitivo». Siempre salgo de mis sesiones de IRMO tambaleándome —en sentido positivo—; y las cosas que aprendo han permanecido conmigo y han enriquecido mi mente consciente. Es una experiencia poderosa. La recomiendo.⁸

En octubre de 1999 viajé a Sedona, Arizona, para disfrutar de cuatro días de masaje *new age* en un momento en que experimentaba un terrible estrés.⁹ En general soy bastante escéptico con estos tratamientos *new age*, y observé con suspicacia a la «analista» que realizaría la primera sesión cuando colocó sus gafas en el extremo del salón y me habló de sus sueños. No estoy convencido de que la tranquilidad interior profunda sea el resultado automático de ser rociado con aceites del sagrado Cañón Chaco y del Tíbet, y no sé si la sarta de cuentas rosadas de cuarzo que ella acomodó sobre mis ojos estaba en realidad conectada con mis *chakras*; tampoco creo que los cánticos interpretados en sánscrito que llenaban el salón estuvieran inscribiendo virtudes antidepresivas en mis meridianos. Dicho esto, cuatro días de cuidados brindados por mujeres hermosas en un balneario lujoso me hicieron mucho bien, y me fui de allí con una profunda sensación de paz. Mi tratamiento final —un masaje sacrocraneal— pareció tener efectos particularmente benéficos, pues descendió sobre mí una especie de serenidad que duró varios días.

Creo que el masaje exhaustivo, que despierta el cuerpo que la depresión ha desconectado de la mente, puede ser una parte importante de la terapia. No creo que mi experiencia de Sedona hubiera hecho algo por alguien que se encontrara hundido en una depresión grave, pero como técnica de relajación, fue maravillosa. El teórico Roger Callahan recurre a la combinación de kinesiología aplicada y de medicina tradicional china, y postula que cambiamos primero en el aspecto celular, después en el químico, luego en el neurofisiológico y al final en el cognitivo. Según él, hemos trabajado hacia atrás para tratar primero lo cognitivo y en segundo lugar lo neurofisiológico; en cambio, Callahan comienza con las realidades místicas de las respuestas musculares. Tiene muchos seguidores, y aunque sus prácticas me parecen malas, la idea de comenzar por el aspecto físico parece bastante inteligente. La depresión es una aflicción orgánica, y lo físico ayuda.¹⁰

Durante la Segunda Guerra Mundial, muchos soldados británicos tuvieron que pasar largos períodos a la deriva en el Atlántico después de que atacaran y hundieran sus barcos. Quienes presentaban el mayor índice de supervivencia no eran los más jóvenes y capaces, sino los que contaban con mayor experiencia; muchos de ellos poseían una resistencia que trascendía lo físico. El educador Kurt Hahn observó que esa resistencia es algo que se adquiere, y fundó Outward Bound, que ahora es una enorme confederación de asociaciones diseminadas por el mundo entero. A través de encuentros con la naturaleza, Outward Bound intenta cumplir los objetivos de Hahn: «Lo considero la principal tarea educativa para asegurar la supervivencia de estas cualidades: curiosidad emprendedora, espíritu invencible, tenacidad, disposición para el sacrificio y, sobre todo, solidaridad».¹¹

En el verano de 2000 me incorporé a una expedición de la Hurrican Island School, de Outward Bound. Nunca podría haberme sumado a Outward Bound desde el sillón de una depresión, pero hacerlo cuando no me encontraba deprimido parecía fortalecer aquellos aspectos míos que se resistían a la depresión. El ritmo era riguroso y a veces bastante agotador, pero también placentero, y me hacía sentir que mi vida estaba ligada a los procesos orgánicos de un mundo más amplio. Ese era un sentimiento seguro: asumir el lugar que a uno le corresponde dentro del movimiento de la eternidad es por completo reconfortante. Navegábamos por el mar en kayak —bote para dos personas, de casi siete metros de largo— y cada día realizábamos un gran esfuerzo muscular. La mayor parte de los días nos levantábamos aproximadamente a las cuatro de la madrugada, corríamos un kilómetro y medio y luego subíamos a una plataforma que se encontraba a ocho metros y medio de altura, desde donde nos zambullíamos en las

heladas aguas de Maine. Volvíamos al campamento, cargábamos las provisiones en los kayacs y los conducíamos hasta el mar, remando unas cinco millas contra la corriente (a algo más de una milla por hora), hasta que llegábamos a un lugar donde nos deteníamos a estirar las piernas y desayunar, y, más tarde, cocinábamos y comíamos. Después volvíamos a los botes y remábamos otras cinco millas, y regresábamos al campamento por la noche. Tras la cena, practicábamos rescates asistidos. El ejercicio consistía en darles la vuelta a los botes, y una vez que nos hallábamos debajo del agua, debíamos liberarnos de los cinturones que nos sujetaban, tras lo cual enderezábamos los botes y volvíamos a subir a ellos. Después buscábamos lugares apartados donde pasábamos la noche durmiendo en sacos, con solo una botella de agua, una lona impermeabilizada y un trozo de cuerda. Por suerte, el sol brilló durante el tiempo que duró mi viaje, porque habríamos seguido la misma rutina incluso si hubiera nevado. Nuestros instructores eran fantásticos, personas del lugar que parecían absolutos supervivientes, increíblemente fuertes y a veces incluso sabios. A lo largo de nuestros encuentros con la naturaleza y de las cuidadosas intervenciones de ellos, ganamos algo de su enorme capacidad.

A veces deseaba no haber ido nunca allí, y sentía que el límite final de mi locura era haberme permitido una vida como aquella, despojada de lujos. Pero también me sentía otra vez en contacto con algo profundo, pues se consigue una sensación de triunfo habitar en una naturaleza en estado puro, aunque sea viajando en un kayak de fibra de vidrio. Contribuye a ello el movimiento de los remos, la luz, y las olas que parecen marcar el ritmo mientras la sangre fluye en el corazón y la tristeza se alivia. En muchos aspectos, Outward Bound me recordó al psicoanálisis: fue un proceso de revelación personal que hizo emerger la noción de mis propias limitaciones. En este sentido, cumplió con el propósito de su fundador. «Sin autodescubrimiento —escribió Hahn, ampliando una idea de Nietzsche— una persona puede seguir teniendo seguridad en sí misma, pero es una seguridad construida sobre la ignorancia, y se diluye ante las pesadas cargas. El autodescubrimiento es el producto final de un gran desafío dominado, en el que la mente ordena al cuerpo que haga lo que en apariencia es imposible, cuando se llevan la fuerza y el coraje a límites extraordinarios en nombre de algo que se encuentra fuera de uno mismo: un principio, una tarea difícil, otra vida humana.» Es decir, que uno debe hacer algo entre un episodio de depresión y otro para generar la resistencia que le permitirá sobrevivir al siguiente momento de desesperación; y debe hacerlo como el que realiza un ejercicio diario para mantener el cuerpo en forma. No sugeriría seguir los programas de Outward Bound en lugar de una terapia, pero pueden ser muy poderosos como complemento de esta. Y además es algo hermoso y gratificante. La depresión nos

despoja de nuestras raíces, y pese a que nos echa encima una pesada carga, nos confiere una total levedad, porque no hay nada que nos ate a la tierra. Outward Bound fue mi propia manera de contactar con la naturaleza y aferrarme a ella, y lo que hice al final me ayudó a sentirme orgulloso y al mismo tiempo a salvo.

Más que un tratamiento en sí mismo, la hipnosis, al igual que la IRMO, es un instrumento terapéutico. A través de la hipnosis es posible que el paciente reviva sus primeras experiencias de una manera que promueva alguna solución al trastorno. En su libro sobre el uso de la hipnosis en la depresión, Michael Yapko afirma que esta técnica funciona mejor cuando la causa de la depresión parece ser la comprensión personal de una experiencia y es posible sustituirla por una comprensión alternativa más aceptable.¹² La hipnosis también se emplea para evocar en la mente la imagen de un futuro brillante probable; anticiparse a este futuro puede apartar al paciente de la desdicha y así hacerlo posible. Como mínimo, una hipnosis realizada con éxito es útil para romper las pautas negativas de pensamiento y conducta.

Uno de los síntomas primarios de la depresión es la alteración de las pautas del sueño,¹³ y quienes se hallan en realidad deprimidos carecen de un sueño profundo y pueden pasar mucho tiempo en la cama sin poder descansar. ¿Uno duerme mal solo a causa de la depresión o se hunde en esta, entre otras cosas, porque duerme mal? «La pena, que conduce a la depresión, perturba el sueño de una manera; el hecho de enamorarse, que puede llevar a la manía, perturba el sueño de otra manera», señala Thomas Wehr, del Instituto Nacional de Salud Mental. Incluso personas que no sufren depresión han vivido la experiencia de despertarse demasiado temprano con una sensación de espantoso terror; de hecho, ese horrible estado de desesperación, que suele pasar rápido, es lo más próximo a la experiencia depresiva que sienten en ocasiones las personas sanas. Casi todas las que padecen depresión se sienten peor por la mañana y mejoran a medida que avanza el día. Así, Thomas Wehr ha hecho una serie de experimentos que muestran la posibilidad de aliviar algunos síntomas depresivos mediante la privación controlada del sueño, que si bien a largo plazo no resulta un método práctico, puede ser útil mientras se esperan los efectos de los fármacos antidepresivos. «Al no permitir que alguien duerma se extiende la mejoría alcanzada durante el día. Aunque las personas deprimidas buscan el olvido que proporciona el sueño, es precisamente en el sueño donde la depresión se mantiene e intensifica. ¿Qué clase de horrible súcubo aparece por la noche y produce esa transformación?», pregunta Wehr.

F. Scott Fitzgerald escribió en *El Crack-Up* que «a las tres en punto de la mañana, un paquete olvidado tiene la misma importancia que una sentencia de muerte, y la cura no funciona; y en una noche en verdad oscura del alma siempre son las tres de la mañana, día tras día». ¹⁴ Ese demonio de las tres en punto me ha visitado en muchas ocasiones.

Cuando más deprimido estoy, durante el día mejoro de forma gradual, y aunque me canso con facilidad, sobre la medianoche se inicia un período en el que puedo funcionar mejor; y de hecho, si pudiera elegir mis estados de ánimo, viviría por la noche. La investigación a este respecto ha sido escasa debido a que no es posible patentar la idea, pero algunos estudios indican que los mecanismos son complejos y dependen del momento en que la persona duerme, de la fase de sueño en la cual se encuentra en el instante en que despierta, y de diversos y variados factores. El sueño es un determinante fundamental de los ciclos circadianos, y alterarlo interrumpe la sincronización entre el neurotransmisor y la liberación endocrina; pero aunque podemos identificar gran parte de lo que ocurre durante el sueño y observemos la inmersión afectiva que este posibilita, aún no pueden extraerse correlaciones directas. El factor de liberación de la tiroxina desciende durante el sueño; ¿es esto lo que causa el hundimiento emocional? La noradrenalina y la serotonina también descienden, mientras que la acetilcolina sube. Algunos especulan con que la privación del sueño aumenta el nivel de dopamina, y una serie de experimentos sugiere que el parpadeo produce la liberación de este neurotransmisor y que un período prolongado con los ojos cerrados reduce su nivel.

Es evidente que no es posible privar a alguien del sueño de forma total, pero se puede evitar que una persona llegue al final de la fase de sueño REM despertándola cuando esta se inicia, y puede ser una manera excelente de controlar la depresión. Yo mismo lo he intentado y funciona. Dormir una siesta, que es algo que ansío durante una depresión, es contraproducente y puede desbaratar todo lo positivo alcanzado durante la vigilia. El profesor M. Berger, de la Universidad de Friburgo, ha practicado el así llamado «adelanto de la hora de sueño», en el que se indica al paciente que se acueste a las cinco de la tarde y se despierte antes de la medianoche, lo cual puede tener un efecto benéfico, aunque nadie entiende por qué. «Estos tratamientos parecen una especie de locura —reconoce Thomas Wehr—. Pero con sinceridad, si uno le dice a alguien: “Me gustaría poner unos cables en tu cabeza y aplicar electricidad en tu cerebro y provocar un ataque, porque creo que eso podría aliviar tu depresión”, y no existe un tratamiento muy probado y reconocido, sería difícil seguir adelante.»

Michael Thase, de la Universidad de Pittsburgh, ha observado que muchas personas deprimidas han reducido de manera considerable sus horas de sueño y que el insomnio durante la depresión pronostica conductas suicidas. Incluso para aquellos que pueden dormir, la calidad del sueño queda alterada de forma notable durante la depresión, pues las personas deprimidas suelen tener un sueño poco eficiente y rara vez, o nunca, entran en la fase de sueño de onda lenta, que se asocia con sensaciones de haber dormido de forma profunda y haber descansado. Experimentan sin embargo numerosos episodios breves de sueño REM, que contrastan con los episodios menos frecuentes y más prolongados de un individuo sano. Dado que el sueño REM puede describirse como un despertar menor, este repetitivo movimiento rápido de los ojos resulta agotador en lugar de reparador. La mayoría de los fármacos antidepresivos reducen el sueño REM, aunque esto no implica siempre una mejora de la calidad general del sueño, y resulta difícil saber si ello forma parte de su mecanismo de acción. Thase ha observado que las personas depresivas con patrones de sueño normal suelen ser más sensibles a la psicoterapia, y que aquellas cuyo sueño es anormal acostumbran a necesitar medicación.

Aunque durante la depresión el sueño es un factor de abatimiento, dormir poco durante mucho tiempo puede desencadenar la depresión. Desde la invención de la televisión, el promedio de horas de sueño se ha reducido en dos horas. ¿Es posible que el incremento de las tasas de depresión en la sociedad en general responda a una disminución de las horas de sueño? Por supuesto, aquí tenemos un problema básico: no solo no sabemos mucho acerca de la depresión, sino que también ignoramos para qué sirve el sueño. Todos los demás sistemas del organismo resultan confusos en aspectos que parecen ser útiles en última instancia. La exposición al frío puede ejercer un efecto similar a la falta de sueño. El caribú, que permanece inmóvil mientras dura la implacable noche invernal del Norte, se sume en una «resignación glacial»¹⁵ que puede asimilarse a la depresión humana. Al menos en algunos animales, el frío causa una ralentización general.

El hipérico o hierba de San Juan es un atractivo arbusto que florece aproximadamente el día de este santo, el 24 de junio. Su utilidad como medicina fue establecida al menos en el siglo I de la era cristiana, en los tiempos de Plinio el Viejo, que la utilizaba para los problemas de vejiga. En el siglo XIII se empleó para alejar al demonio. En la actualidad el hipérico se vende en Estados Unidos en forma de extracto, en polvo, como infusión, como tintura, y como ingrediente de diversos suplementos alimenticios preparados en forma de batidos; y hace furor en

el norte de Europa. Dado que no existen ayudas financieras para la investigación de sustancias naturales no sujetas a patentes, ha habido relativamente pocos estudios controlados del hipérico, pero en este momento se está llevando a cabo una investigación subvencionada por el gobierno. El hipérico parece funcionar de verdad, ya que alivia la angustia y la depresión. Lo que no está claro es cómo funciona; en realidad, ni siquiera se sabe cuál de las numerosas sustancias biológicamente activas que contiene la planta es la que ejerce esos efectos. La sustancia acerca de la que más se conoce es el hipérico, que suele rondar el 0,3 por ciento de un extracto determinado del fármaco. El hipérico parece tener la propiedad de inhibir la respuesta de los tres principales neurotransmisores, y se dice que reduce la producción de interleucina-6, una proteína que interviene en la respuesta inmunológica y que en cantidades excesivas hace que una persona se sienta desdichada.¹⁶

Andrew Weil, gurú de la medicina natural, afirma que los extractos de determinadas plantas son efectivos porque operan sobre diversos sistemas. Su visión es que muchos agentes naturales poderosos que trabajan de forma conjunta son mejores que las moléculas de diseño muy elaboradas, aunque se ignora si los diversos componentes en realidad colaboran entre sí, ni cómo lo hacen. Weil celebra el contacto con la tierra de los remedios elaborados a base de plantas, la forma en que actúan en diversos sentidos sobre distintos sistemas del organismo, y si bien sus teorías poseen un escaso respaldo científico, gozan de cierto encanto conceptual.¹⁷ La mayoría de las personas que deciden utilizar el hipérico no lo hacen por el carácter terapéutico de su contacto con la tierra; en todo caso, la han elegido debido a la idea sentimental de que es mejor tomar una planta que una sustancia sintética, prejuicio que ha sabido explotar la empresa de marketing que promociona el producto. De hecho, en un anuncio expuesto durante un tiempo en el metro londinense, una mujer rubia con expresión de felicidad en el rostro era identificada como: «Kira, la chica del sol», que mantenía el buen estado de ánimo gracias a las «hojas ligeramente secas» y las «alegres flores amarillas» del hipérico. La repercusión de este absurdo anuncio —como si el ligero secado de las hojas o el color amarillo tuvieran algo que ver con la eficacia del tratamiento— refleja el estúpido enfoque que ha hecho de esta hierba un remedio tan popular.¹⁸ No es precisamente «natural» tomar una cantidad específica de este producto de forma regular. Que Dios haya introducido una determinada configuración de moléculas en una planta y haya dejado otra configuración de moléculas para que la desarrollara la ciencia humana no significa que el primer arreglo sea más recomendable que el segundo. No hay nada especialmente atractivo en enfermedades «naturales» como la neumonía, o en las sustancias «naturales» como el arsénico, o en los fenómenos «naturales» como los terremotos. Deberíamos

recordar que muchas sustancias de origen natural son de una toxicidad extrema.

He observado que algunas personas manifiestan respuestas adversas a los ISRS. Vale la pena tener en cuenta que el hipérico no es más inocuo por el hecho de ser una planta silvestre que crece en las praderas. Las sustancias naturales se venden sin demasiado control, de modo que uno no tiene la certeza de recibir la misma cantidad de principios activos en cada píldora, y sin duda pueden producirse interacciones peligrosas con otras sustancias.¹⁹ En este sentido, el hipérico puede, por ejemplo, reducir la efectividad de los anticonceptivos orales, de los medicamentos que reducen el colesterol, de los betabloqueantes, de los bloqueadores de los canales de calcio para el control de la hipertensión arterial y la enfermedad coronaria, y de los inhibidores de la proteasa para el tratamiento de la infección por VIH.²⁰ Mi opinión es que el hipérico no contiene nada malo, pero tampoco nada particularmente bueno. Se ha estudiado en menor medida y su composición química es más frágil que las de las moléculas sintéticas; además, su uso está menos regulado y suele consumirse de una manera menos coherente que el Prozac.

En la sana búsqueda de remedios «naturales», los investigadores han desenterrado otra sustancia curativa, llamada S-adenosilmetionina o SAME. Mientras que el hipérico se ha convertido en una panacea psicológica en el norte de Europa, la SAME ha sido el tratamiento más popular en el sur de este continente, con muchos seguidores sobre todo en Italia. Su producción y consumo no están regulados, lo mismo que ocurre con el hipérico, y se consigue en forma de pequeñas píldoras blancas en establecimientos de venta de productos dietéticos. La SAME no se obtiene de una alegre flor, como en el caso del hipérico, sino que se encuentra en el organismo humano posibilitando muchas funciones químicas y a niveles que varían según la edad y el género. Aunque las personas deprimidas no presentan un nivel bajo de SAME, el estudio de las propiedades antidepresivas de esta sustancia ha dado resultados alentadores. La SAME supera de manera considerable a los placebos en el alivio de los síntomas depresivos, y parece ser al menos tan efectiva como los antidepresivos tricíclicos con los que ha sido comparada. Muchos de los estudios sobre este agente, sin embargo, están mal estructurados y sus resultados no son totalmente fiables.²¹ La SAME carece de un extenso catálogo de efectos secundarios negativos, pero puede provocar manía en pacientes con trastorno bipolar.²² Nadie parece tener una idea concreta acerca de cuál es el mecanismo de acción de la SAME. Puede estar implicada en el metabolismo de los neurotransmisores, ya que su empleo a largo plazo en

animales ha demostrado un incremento de los niveles de los neurotransmisores en el cerebro, entre los cuales destacan en particular la dopamina y la serotonina.²³ Una deficiencia de SAME puede estar relacionada con la escasez de metionina,²⁴ necesaria para el funcionamiento del organismo. Los ancianos suelen tener bajos niveles de SAME, y algunos investigadores han manifestado que esta deficiencia está vinculada a una disminución de la función cerebral. Se han propuesto muchas explicaciones a la evidente efectividad de la SAME, pero no existen pruebas que las respalden.

En algunos casos se ha recurrido a la homeopatía para combatir la depresión; se administran dosis ínfimas de diversas sustancias que en cantidades más elevadas podrían provocar síntomas depresivos en sujetos sanos.

Muchos medicamentos no occidentales pueden resultar útiles contra la depresión. Una mujer que había luchado toda su vida contra esta enfermedad, y que obtenía escasos resultados con los antidepresivos clásicos, descubrió al cumplir sesenta años que el *qigong*, un método chino de ejercicios físicos y respiratorios, eliminaba su problema de modo global. La acupuntura, que ha ido ganando cada vez más adeptos en Occidente —en la actualidad los norteamericanos gastan en ella 500 millones de dólares al año—²⁵ también ha producido efectos sorprendentes en algunas personas. El Instituto Nacional de la Salud reconoce que la acupuntura puede modificar los procesos químicos del cerebro. La medicina china a base de hierbas, en cambio, parece menos fiable, pero gracias a ella algunas personas han logrado grandes transformaciones en su conciencia.

Una parte importante de quienes utilizan terapias alternativas han probado antes las convencionales. Algunas personas prefieren las terapias alternativas, mientras que otras buscan tratamientos complementarios a los tradicionales. Algunas se sienten conceptualmente atraídas por tratamientos menos invasivos que la farmacoterapia o la TEC. Evitar la psicoterapia parece ser como mínimo ingenuo, pero para ciertas personas encontrar variantes de este tipo de terapia o conjugarla con tratamientos no tradicionales es preferible que visitar al farmacólogo e ingerir compuestos que pueden ser peligrosos debido al conocimiento escaso que aún tenemos sobre ellos.

Entre las personas que conocí, y que habían recorrido una parte del camino de la homeopatía, recuerdo con particular consideración a Claudia Weaver, pues es una mujer muy especial. Algunas personas cambian según la situación y se transforman en reflejo de aquellos con quienes interactúan, pero Claudia Weaver tiene una mezcla especial de franqueza y excentricidad que no ha tomado de nadie. Esto puede resultar inquietante, pero también tiene algo en extremo satisfactorio. Con Claudia Weaver uno sabe a qué atenerse, pero no me refiero a que no sea amable, porque en realidad sus modales son impecables, sino a que no le interesa ocultar la esencia de su personalidad, que de hecho arroja como un guante que luego uno puede recoger, y aceptar el reto y quererla, en cuyo caso ella estará encantada, o decidir que es demasiado difícil y seguir alegremente su camino. Su mente peculiar resulta encantadora cuando uno llega a conocerla. A su estilo deliberado se suma una lealtad y una integridad inconmensurables. Es una persona de gran moral. «Sin duda tengo mis excentricidades, de las cuales me enorgullezco —dice Claudia—, porque no podría entender la vida sin ellas. Siempre he sido muy particular y me he aferrado a mis ideas.»

Cuando conocí a Claudia Weaver se acercaba a la treintena y tomaba remedios homeopáticos como parte de un tratamiento integral para controlar sus alergias, sus problemas digestivos, su eccema y otros aspectos de su salud, y al mismo tiempo practicaba la meditación y había cambiado su dieta. Llevaba consigo unos treinta y seis frascos de diferentes sustancias a distintas concentraciones en forma de tableta (tenía otros cincuenta en su casa), varios aceites y un té ayurvédico; la ingestión de todos ellos se distribuía en un programa horario de increíble complejidad. A veces tomaba las tabletas enteras, otras veces las molía y las disolvía, y se aplicaba algunos ungüentos de forma local. Seis meses antes había abandonado de manera definitiva la medicación en la que había confiado desde los dieciséis años; había tenido problemas con los fármacos y estaba dispuesta a probar una alternativa. Como había sucedido en otras ocasiones al interrumpir la medicación, experimentó una temporada de bienestar y luego empezó a hundirse. Un breve intento de recuperación con el hipérico le había dado pocos resultados, pero los medicamentos homeopáticos parecían ser bastante efectivos y habían evitado que llegara a una situación caótica.

Su homeópata, a quien nunca había conocido en persona, vivía en Santa Fe, donde había tratado a una amiga suya con excelentes resultados. Ella lo llamaba todos los días, o cada dos días, para decirle cómo se sentía; él le formulaba diversas preguntas, y a partir de sus respuestas le prescribía la medicación, por lo general unas seis pastillas al día. «El organismo, afirmaba él, es como una orquesta, y los fármacos son como un diapasón.» Claudia es una entusiasta de los rituales, y creo

que la complejidad misma del régimen acabó persuadiéndola en cierto modo. Le agradaban los frascos pequeños y las consultas y el protocolo del procedimiento, así como hablar de los productos curativos elementales —el sulfuro, el oro, el arsénico— y de los compuestos y mezclas más exóticos: belladona, nuez vómica, tinta de calamar. De hecho, centrarse en el tratamiento la distraía de la enfermedad. Por lo general, si bien el profesional que la trataba era capaz de afrontar una situación delicada, no podía modificar la subyacente gama de estados de ánimo que iban desde la euforia hasta la depresión.²⁶

Claudia había vivido una existencia de análisis y disciplina respecto a sus depresiones. «Cuando estoy deprimida tengo muchos problemas para recordar cosas positivas. Pienso una y otra vez en todo lo negativo que la gente me hizo, para lo cual tengo una memoria de elefante; también reflexiono acerca de las ocasiones en que yo me equivoqué, o en las que me sentía avergonzada o molesta, y estoy segura de que todo se torna más intenso y peor de lo que era en realidad. Y una vez que me centro en uno de esos pensamientos, puedo hacerlo en diez y después en veinte más. En un grupo espiritual al que pertenezco me pidieron en una ocasión que escribiera las cosas negativas que han entorpecido mi vida, y llené veinte páginas. Luego me dijeron que escribiera los hechos positivos, y no se me ocurría nada en absoluto. También me siento fascinada por los temas siniestros, como Auschwitz o un accidente de aviación, y no puedo dejar de imaginarme a mí misma muriendo en esas situaciones. El profesional que me atiende por lo general sabe qué recetarme para aliviar mi miedo obsesivo a los desastres.

»He vivido muchas experiencias. El próximo mes habré acumulado veintinueve años de experiencia. Y sé que si bien hoy puedo contar mi historia de forma lineal, mañana esta será diferente. Mi realidad cambia con mi estado de ánimo, y un día puedo contarte lo terrible que es mi depresión y cómo he sufrido por ella toda mi vida, y al día siguiente, si todo parece más controlado, decir que todo es perfecto. Intento pensar en los momentos felices y hacer cosas que me aparten de la introspección, que me empuja rápidamente a la depresión. Cuando estoy deprimida me siento avergonzada de todo lo que se relaciona conmigo y no puedo albergar la idea de que los demás también son seres humanos y que es probable que también experimenten diversos estados de ánimo. Ni siquiera cuando duermo puedo librarme de esta horrenda y pesada sensación de opresión y de que la vida es imposible, pues tengo sueños humillantes. La esperanza es lo primero que desaparece.»

Claudia Weaver se sentía oprimida por la exigencia de sus padres: «Ellos deseaban que yo fuera feliz de la forma en que ellos lo serían». Ya en la infancia

«me sentía en mi propio mundo. Sentía que era diferente, que era una excepción. Me sentía pequeña y creía que no contaba, y me hallaba perdida en mis propios pensamientos, casi inconsciente de los demás. Si estaba en el patio trasero, me paseaba de un lado a otro sin ver nada». Su familia era «muy rígida y formal». Durante el tercer curso escolar empezó a manifestar retraimiento físico. «Detestaba que me tocaran, abrazaran o besaran, incluso si se trataba de los miembros de mi familia. En la escuela siempre me sentía cansada, y recuerdo que los profesores me decían: “Claudia, levanta la cabeza del pupitre”. Y nadie decía nada al respecto. Recuerdo haber llegado a una clase de gimnasia y haberme quedado dormida encima del radiador. Odiaba la escuela y sentía que no tenía amigos. Nada de lo que los demás decían podía dañarme, pero me dañaba. Recuerdo que cuando estaba en sexto o en séptimo caminaba por los pasillos y nadie me interesaba, y todo me daba igual. Siento resentimiento con respecto a mi infancia, aunque en esa época también estaba extrañamente orgullosa de ser diferente del resto del mundo. ¿La depresión? Siempre estuvo allí; solo que me llevó un tiempo darle nombre. Yo tenía una familia muy cariñosa, pero nunca se les ocurrió (así era la mayoría de los padres de aquella generación) que su hija podía padecer trastornos de su estado de ánimo.»

Su único placer auténtico era montar a caballo, para lo cual tenía cierto talento. Sus padres le compraron un poni. «Cabalgear me daba seguridad en mí misma y felicidad, me abría una ventana de esperanza de la que no disponía en ningún otro lugar. Yo lo hacía muy bien y los demás lo reconocían, y me encantaba ese poni. Funcionábamos como un equipo y nos reconocíamos como socios. Él parecía saber que yo lo necesitaba. Me rescataba del sufrimiento.»

Claudia cursó el décimo año como interna, y después de un conflicto con el instructor de equitación a causa del estilo, abandonó el deporte. Dijo a sus padres que vendieran el poni, pues ya no tenía fuerzas para montarlo. Aquel primer trimestre en el internado fue una etapa en la que se dedicó a lo que ahora reconoce como «cuestiones espirituales: ¿por qué estoy aquí realmente?, ¿con qué propósito?». Su compañera de habitación, a quien planteaba algunas de las preguntas, corrió a informar a las autoridades de la escuela, a quienes repitió fuera de contexto fragmentos de la conversación. Las autoridades decidieron que Claudia tenía tendencias suicidas y la enviaron enseguida a su casa. «Era terriblemente molesto. Yo estaba avergonzada y no deseaba formar parte de nada más. Lo pasé muy mal con ese tema. Tal vez los demás se olvidaron muy pronto de ello, pero yo no pude hacerlo.»

A lo largo de ese mismo año llegó a un punto en el que, muy afectada,

empezó a automutilarse como consecuencia de lo que ella llama «anorexia alternativa carente por completo de atractivo». El truco consistía en cortar una tira de piel sin que sangrara, y luego arrancarla para que sí lo hiciera. Los cortes eran tan finos que no dejaban huella. Ella sabía que había cuatro o cinco chicas en la escuela que hacían lo mismo, «lo que parece un número significativo para estar en contacto». Ha repetido esta práctica en algunas ocasiones; se cortaba de manera regular cuando iba a la facultad, y casi al llegar a la treintena se lastimaba partes de la mano izquierda y del vientre. «No se trata de un grito de ayuda —asegura ella—. Sientes ese dolor emocional y quieres librarte de él. Y en ese momento ves un cuchillo y piensas: “Vaya, ese cuchillo parece muy afilado y es muy liso, y me pregunto qué sentiría si simplemente lo presiono aquí”. Y te quedas fascinada con el cuchillo.» Su compañera de habitación vio los cortes y una vez más informó a los responsables de la escuela. «Y ellos afirmaron que yo sin duda era suicida, lo cual me sacó de mis casillas. Me castañeteaban los dientes y estaba muy nerviosa.» Fue enviada de vuelta a casa con la recomendación de que consultara a un psiquiatra. El profesional que la visitó dijo que ella era perfectamente normal, y que estaba bien, y que las autoridades de la escuela y su compañera de habitación estaban chifladas. «Él se dio cuenta de que yo no intentaba suicidarme, sino que más bien probaba los límites, y quién era yo y adónde iba.» Regresó al centro unos días más tarde, pero a esas alturas carecía de sentimientos de seguridad y empezó a desarrollar síntomas de depresión aguda. «Cada vez estaba más y más cansada, dormía mucho más y hacía cada vez menos cosas, y deseaba estar sola. Era absolutamente desdichada, y sentía que no podía contárselo a nadie.»

Poco después empezó a dormir catorce horas al día. «Me levantaba en mitad de la noche e iba al cuarto de baño a estudiar, conducta que todos consideraban muy extraña. Llamaban a la puerta y preguntaban qué estaba haciendo allí, y yo respondía: “Estoy estudiando”. Y volvían a preguntarme: “¿Por qué estudias ahí dentro?”, y yo les decía: “Porque me apetece”. Entonces preguntaban: “¿Por qué no vas a la sala de estudio?”. Pero si iba allí tenía que interactuar con alguien, y eso era lo que intentaba evitar.» A finales de ese año había dejado de comer los alimentos corrientes. «Tomaba siete o nueve barras de chocolate al día porque eso era suficiente para no tener que acudir a la cafetería, pues de haberlo hecho la gente me habría preguntado: “¿Cómo estás?”, y eso era lo último que quería responder. Continuaba trabajando, y terminé el año porque si seguía apareciendo pasaba más desapercibida; si me hubiera quedado en la cama, las autoridades escolares habrían llamado a mis padres y yo habría tenido que dar explicaciones, y no podía enfrentarme a la notoriedad, a la vulnerabilidad que eso suponía. Ni siquiera pensé en telefonar a mis padres y decirles que deseaba volver a casa, de modo que me sentía que estaba atrapada allí. Tenía la impresión de hallarme en

medio de la niebla, de no poder ver a más de un metro y medio de distancia, e incluso mi madre se encontraba a casi dos metros de distancia. Sentía vergüenza de estar deprimida, y creía que todo el mundo decía cosas terribles de mí. ¿Sabe que para mí era embarazoso ir al cuarto de baño incluso cuando estaba sola? Sin duda, en un lugar público habría tenido un montón de problemas. Pero incluso estando sola no podía enfrentarme a mí misma. Sentía que como ser humano no valía nada, ni siquiera en ese acto tan personal como es ir al lavabo. Pensaba que alguien podía saber lo que estaba haciendo y me avergonzaba. Resultaba increíblemente doloroso.»

El verano que siguió al décimo curso fue difícil. Desarrolló un eccema relacionado con la tensión que sigue afectándola. «Estar con la gente era la situación más agotadora que podía imaginar. El solo hecho de hablar con alguien me agobiaba. Yo evitaba al resto del mundo. En general me quedaba en la cama y echaba las cortinas, pues la luz me hacía daño.» A medida que avanzaba el verano empezó a tomar medicamentos, concretamente imipramina. Quienes la rodeaban notaron una mejoría continua, y «a finales del verano había reunido la energía suficiente para ir un día a la ciudad de Nueva York a hacer compras con mi madre y volver a casa. Eso fue lo más excitante y revitalizante que hice aquel verano». También estableció un buen vínculo con su terapeuta, que se convertiría en íntima amiga suya.

En el otoño cambió de escuela, y en la nueva institución le proporcionaron una habitación individual, lo que para ella era perfecto. Le gustaba la gente que allí conoció, y la medicación le levantaba el ánimo. Sentía que durante el verano su familia había enfrentado al fin su estado de ánimo como un hecho real, lo cual la ayudaba mucho. Empezó a trabajar duro y a desarrollar numerosas actividades extracurriculares. Durante el último año se convirtió en monitora de su clase, y al final fue admitida en Princeton.

Mientras se encontraba en esta universidad puso en práctica muchas de las estrategias que la acompañarían durante toda su vida. Aunque era reservada en extremo, le resultaba difícil estar sola, y para resolver el aislamiento de la noche contaba con seis amigos que se turnaban para acompañarla en el momento de acostarse. A menudo se quedaban a dormir, aunque ella aún no era sexualmente activa y sus amigos respetaban ese límite, de modo que solo la acompañaban por amistad. «El hecho de dormir con alguien y esa sensación de proximidad al recogerme se convirtió para mí en un antidepresivo muy importante. A cambio de dormir acurrucada con alguien, habría renunciado al sexo. Habría renunciado a la comida. Habría renunciado a ir al cine. Habría renunciado al trabajo. En pocas

palabras, habría renunciado a cualquier cosa que no fuera dormir e ir al cuarto de baño para sentirme a salvo, es decir, hallarme en un entorno acogedor. Me pregunto si esto estimula de verdad las reacciones químicas del cerebro.» Le llevó algún tiempo pasar a la siguiente etapa de intimidad física. «Siempre sentía vergüenza de mi cuerpo desnudo; no recuerdo haber estado en traje de baño sin sentirme traumatizada. No sería la primera persona en el mundo que practicaba el sexo. Todos pasaban mucho tiempo tratando de convencerme de que el sexo era algo bueno, pero yo no pensaba lo mismo, y durante varios años consideré que no era adecuado para mí.»

El invierno en que cursó su primer año abandonó la medicación durante un tiempo. «La imipramina que siempre había tomado me producía efectos secundarios en el momento menos oportuno. En una ocasión en que tuve que dar una charla ante un aula llena de gente se me secó tanto la boca que no podía mover la lengua.» Se hundió rápidamente. «No podía salir a comer —explica—, así que un amigo cocinaba para mí todas las noches y me daba la cena. Lo hizo durante ocho semanas. Y siempre en la habitación de él, para que no tuviera que alimentarme delante de otras personas. Siempre existe el deseo de seguir adelante sin la medicación, y cuando piensas de este modo no te percatas de lo mal que están las cosas.» Al final, sus amigos la convencieron de que volviera a tomar la medicación. Ese verano, mientras practicaba esquí acuático, un delfín se le acercó y nadó a su lado. «Fue lo más cerca que jamás estuve de Dios. Estaba sola y creo que encontré una compañía.» Se sentía tan animada que volvió a abandonar los fármacos.

Empezó a tomarlos otra vez seis meses más tarde.

Al final del tercer año empezó a utilizar Prozac, que le daba buenos resultados pero al parecer destruía ciertas partes de su ser interior. Vivió así unos ocho años. «Tomo los medicamentos durante un tiempo y después los dejo porque pienso que estoy bien y que en realidad no los necesito. Sí, fantástico. Entonces los abandono y me siento muy bien, muy bien, y después suceden algunas cosas que comienzan a abatirme. Es como si estuviera cargando demasiado peso, y entonces ocurren dos o tres acontecimientos intrascendentes, ya sabes..., en realidad no es tan terrible que el tapón del dentífrico se vaya por el desagüe, pero se convierte en el colmo del desastre y en algo más perturbador que la muerte de mi abuela. Me lleva un tiempo entender adónde voy, pues siempre estoy arriba, abajo, arriba, abajo, y resulta difícil calcular si cuando estás abajo seguirás bajando todavía más, o si empezarás a subir.» Un contratiempo circunstancial le hizo perderse una despedida de soltera —«No podía salir de mi apartamento y tomar el autobús para

ir a la fiesta»— y simplemente sentía que no podía telefonar a nadie. Volvió al Prozac.

Con el tiempo acabó renunciando a los medicamentos, logró recuperar la sensibilidad sexual y empezó con los remedios homeopáticos, que estaba tomando cuando yo la conocí. Estos compuestos parecieron funcionar durante bastante tiempo, y ella cree que la ayudaron a mantener la estabilidad; pero cuando las circunstancias la empujaron a una nueva depresión, estos fármacos no lograron ayudarla. Hubo algunos momentos difíciles, pero pasó un invierno entero sin probarlos. Una vez al mes el pánico la dominaba porque pensaba que estaba cayendo de nuevo en la depresión; pero entonces se dio cuenta de que solo se trataba de su síndrome premenstrual. «Siempre me pongo muy contenta cuando empiezo a sangrar, y pienso: “¡Vaya, era solo eso!”.» Aunque la falta de medicación no le causó ningún retroceso importante, lo pasó mal en algunos aspectos. El programa global de tratamiento parecía ser poco adecuado a sus trastornos físicos, sobre todo los relacionados con la tensión; en un momento dado su eccema empeoró de tal modo que los pechos le sangraban y le manchaban la blusa.

Más o menos en ese momento abandonó la psicoterapia y empezó a escribir lo que Julia Cameron llama «páginas matutinas», ejercicios escritos en veinte minutos durante el torrente matinal del despertar de la conciencia. Ella asegura que esta actividad le ayudó a aclarar su vida, y ya lleva tres años realizándola sin saltarse un solo día. En la pared de su habitación tiene un listado de las cosas que debe hacer cuando empieza a sentirse abatida o aburrída. La relación comienza así: «Leer cinco poemas para niños. Hacer un collage. Mirar fotografías. Comer un poco de chocolate».

Pocos meses después de empezar a escribir sus páginas matutinas conoció al hombre que ahora es su esposo. «He llegado a darme cuenta de que soy mucho más feliz cuando hay alguien en la habitación de al lado, trabajando. La compañía es muy importante para mi estabilidad emocional. Necesito consuelo. Necesito pequeños recuerdos y atención. Me siento mucho mejor en una relación imperfecta que sola.» Su novio aceptó que ella había estado deprimida. «Él sabe que tiene que estar preparado y en condiciones de ayudarme cuando llego a casa, por ejemplo, después de haber hablado de mi depresión contigo —me dijo en una ocasión—. Sabe que tiene que estar preparado en todo momento por si tengo una recaída. Cuando él está cerca me siento mucho mejor conmigo misma y estoy en mejores condiciones de hacer cosas.» De hecho, se sentía tan bien después de conocerlo que decidió abandonar el régimen homeopático que había estado siguiendo. Pasó el

año activa y animada, organizando con él la ceremonia del enlace.

Fue una hermosa boda de verano, planificada con el mismo cuidado y meticulosidad que si se hubiera tratado de un programa de tratamiento homeopático. Claudia estaba hermosa, y fue una de esas ocasiones en las que uno siente brotar el afecto de los amigos allí reunidos. Quienes conocíamos a Claudia estábamos felices por ella, que había encontrado el amor, había superado todas sus aflicciones y se la veía radiante. Ahora la familia de Claudia vive en París, pero han conservado la casa en la que Claudia creció, una propiedad del siglo XVII que se encuentra en una próspera población de Connecticut, donde nos reunimos por la mañana para celebrar una ceremonia inicial de buenos augurios en la que los novios invocaron las cuatro direcciones de los vientos. A continuación se celebró un almuerzo en casa de un amigo de la familia, al otro lado de la calle. La ceremonia de la boda tuvo lugar a las cuatro de la tarde en un hermoso jardín y luego tomamos algunos cócteles; Claudia y su esposo abrieron una caja que contenía mariposas, las cuales revolotearon mágicamente alrededor de los presentes. Por la noche se celebró una elegante cena para ciento cuarenta invitados. Yo me senté junto al sacerdote, que afirmaba que nunca había participado en una boda en la que se hubieran cuidado tanto los detalles. Para la ceremonia, que había sido diseñada por la pareja, se habían realizado ensayos de «proporciones operísticas», según el novio. Todo era exquisito; las tarjetas colocadas en las mesas estaban confeccionadas a mano y recordaban los menús y el programa del servicio. Las imágenes habían sido dibujadas especialmente para la ocasión, y el novio había confeccionado con sus propias manos el pastel de cuatro pisos.

Los cambios, incluso los positivos, causan una gran tensión, y el matrimonio es uno de los cambios más importantes que se experimentan en la vida. Así, las dificultades que ya habían comenzado antes de la boda empeoraron poco después. Claudia creía que el problema estaba en su esposo, y le llevó algún tiempo aceptar que su situación podía ser sintomática. «En realidad él estaba más preocupado que yo por mí y por mi futuro. Todo el mundo recuerda que el día de mi boda yo estaba feliz. De hecho, en las fotografías se me ve feliz, pero pasé todo ese día pensando que debía de estar enamorada, realmente enamorada, para hacer todo aquello, y me sentía como una oveja que va camino del matadero. La noche de la boda estaba completamente agotada. La luna de miel fue un verdadero desastre. No pude decirle nada bonito durante el viaje, y no deseaba estar con él, ni siquiera mirarlo. Intentamos hacer el amor pero me resultó doloroso, y no funcionó. Notaba cuán enamorado estaba él, y pensaba: no puedo creerlo, pensé que sería diferente. Y me sentía desdichada al considerar que le había arruinado la vida y le había roto el corazón.»

A finales de septiembre, Claudia reanudó su tratamiento homeopático, que si bien había logrado estabilizarla, no había conseguido rescatarla de lo que se había convertido en una depresión aguda de verdad. «Estaba trabajando — recuerda— y de repente sentí que estaba a punto de sufrir una crisis y gritar. Me preocupaba tanto actuar de una manera poco profesional, que solo podía hacer mi trabajo. Tuve que disculparme, decir que me dolía la cabeza y abandonar la oficina hasta el día siguiente. Odiaba todo; odiaba mi vida. Quería divorciarme o anular el matrimonio. Sentía que no tenía amigos, que no tenía futuro. Había cometido un error terrible. Pensaba: oh, Dios, ¿de qué hablaremos durante el resto de la vida? Tendremos que cenar juntos, ¿y qué vamos a decirnos? Si yo ya no tengo nada que decir. Y él, por supuesto, sentía que todo era culpa suya, se odiaba y no quería afeitarse, ni ir a trabajar, ni hacer nada. Sé muy bien que no fui agradable con él, quien sin embargo hacía un gran esfuerzo por comprenderme y no tenía idea de cómo actuar. Pero, nada de lo que él pudiera haber hecho habría sido bueno para mí, aunque en ese momento no me daba cuenta de ello. Le decía que se marchara, que deseaba estar sola, cuando lo que quería en realidad era que él insistiera en quedarse conmigo. ¿Qué es lo que en verdad me interesa?, me preguntaba. No lo sé. Y eso me hacía alucinar. No tenía la menor idea; no había nada que me ilusionara. Lo centraba todo en él, con quien sabía que me estaba comportando mal y sin embargo era incapaz de cambiar de actitud.» En octubre almorzó con un amigo que le dijo que se le notaba «ese brillo de felicidad que da el matrimonio», y ella se echó a llorar.

Fue su peor etapa desde la escuela secundaria. Al final, en noviembre, los amigos la convencieron de que volviera a la medicina occidental, de modo que visitó a su psiquiatra; le dijo que había sido una locura seguir con los tratamientos homeopáticos durante tanto tiempo y esperó cuarenta y ocho horas a que su organismo se desintoxicara antes de administrarle Celexa. «El efecto fue inmediato. Aún tenía momentos y pensamientos depresivos, e inhibía mi impulso sexual; pero entonces sentía que tenía que esforzarme y hacerlo por mi esposo. No solo desaparece el interés por el sexo, también aparecen alteraciones orgánicas a este respecto, ya que ni siquiera consigo una buena lubricación. Quizá mi interés ascienda a un 2 por ciento mientras estoy ovulando, y ese es el punto más alto del mes. Con respecto a lo demás, todo va mejor. Mi esposo es muy cariñoso, y me dice: “No me casé contigo por el sexo, no importa”. Creo que se siente aliviado de que ya no sea el monstruo que era al principio del matrimonio. Nuestra vida parece haberse estabilizado. Encuentro en él las cualidades que buscaba. Hemos recuperado la seguridad afectiva y volvemos a dormir abrazados. Estoy muy necesitada y él satisface esas necesidades, y a él también le encanta estar a mi lado. Me ha hecho sentir que soy una buena persona. Y me siento feliz de estar otra vez

con él. Me ama y ahora eso es todo un tesoro. Al menos el 80 por ciento de nuestra relación es ahora maravillosa.

»Me siento animada de una manera un poco artificial. Cuando tomaba diez miligramos menos de mi medicación, experimentaba momentos depresivos muy perturbadores y negativos, y si bien al final podía recuperarme de ellos, verdaderamente eran dolorosos y difíciles de superar. Siento que aún necesito eso para encontrarme animada, y me noto inestable. No tengo la impresión de navegar de manera serena como me ocurría mientras planificaba la boda. Si me sintiera razonablemente a salvo, abandonaría los medicamentos; pero no me siento a salvo. Me resulta cada vez más difícil trazar una línea entre mi yo depresivo y mi yo no depresivo. Creo que en mí hay una tendencia depresiva que es incluso más fuerte que las depresiones en sí mismas. La depresión no es mi razón de ser. Ya sabes, no voy a echarme en la cama el resto de mi vida a sufrir. La gente que logra algo a pesar de la depresión hace tres cosas. Primero buscan comprender lo que les ocurre, luego aceptan que se trata de una situación permanente, y al final deben superar en cierto modo su experiencia, crecer a partir de ella y enfrentarse al mundo de la gente real. Una vez que has alcanzado la comprensión y has crecido, te das cuenta de que puedes interactuar con el mundo, vivir tu vida y cumplir con tu trabajo. Dejas de considerarte una discapacitada y experimentas una sensación de triunfo. Una persona depresiva que consiga dejar de mirarse el ombligo no es tan insoportable como la que no puede hacerlo. Al principio, cuando me di cuenta de que me pasaría la vida bailando al ritmo de mis estados de ánimo, estaba muy resentida, pero ahora no me siento discapacitada, lo cual se ha convertido en un pensamiento central en mi vida. ¿Cómo puedo crecer a partir de esto que ahora me hace daño? ¿Qué puedo aprender de ello? —Claudia Weaver inclina la cabeza—. Soy afortunada, pues he llegado a comprenderlo.» Es su espíritu de búsqueda, además de cualquier tratamiento experimental, lo que le ha permitido salir adelante sin grandes perjuicios pese a las dificultades que ha tenido que afrontar.

De las terapias de grupo que he estudiado, la que considero más sutil y educativa, y la que más acerca a las personas a la resolución de sus conflictos, está basada en el trabajo realizado en Alemania por Bert Hellinger, un ex sacerdote que en otros tiempos fue misionero entre los zulúes. Hellinger, cuya obra se inspiró en la Gestalt, cuenta con numerosos seguidores, uno de los cuales es su discípulo Reinhard Lier, que llegó a Estados Unidos en el año 1998 y dirigió un tratamiento intensivo en el que participé.²⁷ A medida que me implicaba en el procedimiento, mi natural escepticismo dio paso al respeto y comprobé que el tratamiento produjo

algún efecto en mí y un efecto mucho mayor e importante en otros miembros del grupo. Al igual que la IRMO, la terapia de Hellinger es quizá la más efectiva para personas que han padecido un trauma; aunque para Lier, el trauma puede constituirlo un hecho básico (por ejemplo, «mi madre me odiaba») y no solo un episodio crítico concreto delimitado en el tiempo.

Nos reunimos unas veinte personas que establecimos pautas de confianza mutua mediante algunos ejercicios básicos. Luego se pidió a cada miembro del grupo que relatara lo más doloroso que le hubiera ocurrido en la vida. Compartimos nuestros relatos de forma somera y luego fuimos invitados a seleccionar a diversos miembros del grupo para que representaran a los personajes de nuestro relato. Reinhard Lier elaboró entonces una suerte de coreografía para una danza en la cual estas personas, colocadas unas frente a otras, servían de indicadores físicos y cambiaban de tema con frecuencia para volver a contar la historia orientándola hacia una mejor resolución. Él llamaba a estas formaciones «constelaciones familiares». Yo elegí trabajar sobre la muerte de mi madre como origen de mi depresión. Alguien interpretó el papel de mi madre, otro el de mi padre y un tercero el de mi hermano. Lier propuso que también mis abuelos estuvieran presentes, tanto el que había conocido, como los tres que no había llegado a conocer. A medida que nos movíamos, me pidió que dirigiera unas palabras a estas figuras. «¿Qué tiene que decirle al padre de su madre, que murió cuando ella aún era bastante joven?», me preguntó. De todo el trabajo que realicé sobre la depresión, este fue el tratamiento que más dependió de un líder carismático, pues Lier era capaz de despertar una gran fuerza en cada uno de nosotros, y cuando llevaba veinte minutos inmerso en la terapia, me sentí como si estuviera conversando con mi propia madre, a quien le expresé parte de lo que pensaba o sentía. Luego el hechizo se rompió y me encontré en la sala de seminarios de un centro de conferencias de New Jersey, pero aquel día acabé con una sensación de calma, como si algo se hubiera resuelto. Tal vez solo se debió al hecho mismo de dirigir unas palabras a esas presencias con las que nunca he hablado, a mis etéreos abuelos y a mi madre muerta, pero quedé conmovido por el procedimiento y pensé que había en él algo sagrado. No resolvió mi depresión, pero me procuró una dosis de paz.

El más convincente de nuestro grupo era un hombre de origen alemán que había descubierto que sus padres habían trabajado en un campo de concentración. Incapaz de asimilar esta terrible revelación, había desarrollado una depresión grave, y durante sus conversaciones con los diferentes miembros de su familia lloró desconsolado. «Esta es tu madre —le dijo Lier en un determinado momento—. Hizo cosas terribles. También te amaba y te protegía cuando eras niño. Dile que te

traicionó, y luego dile que siempre la amarás. No intentes olvidarla.» Suena sensiblero, pero en realidad fue un momento de impactante dulzura.

Resulta difícil hablar de la depresión cuando se está inmerso en ella, incluso con los amigos, y por eso la idea de los grupos de apoyo parece contraria a la intuición. Sin embargo, estos grupos han ido proliferando a medida que los episodios de depresión han sido reconocidos con mayor amplitud y el coste de la psicoterapia individual se ha hecho menos asumible. Cuando yo estaba deprimido no asistía a estos grupos de apoyo —por esnobismo, apatía, ignorancia y por un sentido de intimidad— pero empecé a hacerlo mientras trabajaba en este libro. En Estados Unidos y en el mundo entero existen cientos de organizaciones —sobre todo hospitales— que dirigen grupos de apoyo. La asociación para la depresión y los trastornos afectivos afines del hospital Johns Hopkins tiene sesenta y dos grupos de apoyo diferentes, ha configurado un sistema de amistad individual y publica un excelente boletín titulado *Smooth Sailing*. Con grupos de apoyo para los trastornos del estado de ánimo, y base en Nueva York, es la organización de apoyo más grande de Estados Unidos: organiza catorce grupos semanales y contabiliza unos siete mil participantes por año. La entidad también patrocina diez conferencias anuales (a cada una de ellas asisten alrededor de ciento cincuenta personas) y publica un boletín trimestral que llega a unas seis mil personas. Las reuniones de la organización se celebran en diversos lugares. Yo solía participar en los grupos del hospital Beth Israel, de Nueva York, todos los viernes a las siete y media de la tarde, momento en que la mayoría de las personas deprimidas no tienen ninguna cita. La entrada cuesta cuatro dólares, y en el momento de pagarlos se entrega una pegatina con el nombre de pila del participante, que deberá llevar colocada durante las reuniones, a las cuales asisten unas doce personas más y un colaborador. En primer lugar, cada uno se presenta y explica qué espera de la reunión, y luego se inicia una discusión más amplia. Los asistentes cuentan sus historias y se ofrecen ayuda mutuamente, a veces mediante juegos de dramatización. Las sesiones, a las que asisten personas resistentes al tratamiento, abandonadas, y que arrastran un historial de episodios graves, duran dos horas y son terribles y desgarradoras. Estos grupos tratan de sustituir el carácter cada vez más impersonal de los sistemas médicos, y muchas de las personas que recurren a ellos han destruido relaciones a causa de su enfermedad, o perdido a sus amigos o a su familia.

Durante una de mis visitas típica en una sala iluminada con luz fluorescente me encontré con diez personas que esperaban el momento de contar sus historias.

Los depresivos no suelen vestirse muy bien, y a menudo consideran que bañarse supone consumir demasiada energía, de modo que muchas de estas personas parecían tan andrajosas como se sentían. Asistí a estas reuniones durante siete viernes consecutivos, y la última vez que participé, el primero en intervenir fue John, a quien le gustaba hablar y se sentía bastante bien. Había asistido casi todas las semanas durante diez años y conocía al dedillo el funcionamiento de la terapia; había conservado su trabajo, al que no había faltado ni un solo día. No quería tomar medicamentos, pero estaba experimentando con hierbas y vitaminas, y pensaba que con ello lograría mejorar. Dana estaba demasiado deprimida para hablar esa noche. Se sentó con las piernas recogidas y la barbilla sobre las rodillas, y prometió que más tarde intentaría intervenir. Anne llevaba un tiempo sin asistir; había pasado una mala época y le ayudaba mucho tomar Effexor, pero un incremento de la dosis que ingería le había provocado paranoia. Creía que la Mafia la estaba buscando y se atrincheraba en su propia casa. Al final fue hospitalizada y tomaba «todos los medicamentos, absolutamente todos», pero como no la ayudaron optó por la terapia electroconvulsiva. No recordaba mucho de aquella época, pues la TEC había borrado muchos de sus recuerdos. Había sido ejecutiva de una empresa, pero ahora se dedicaba a cuidar gatos para ganarse el sustento. Aquel día había perdido dos clientes, y el rechazo era terrible. Y la humillación. Por eso había decidido no hablar aquella noche. Sus ojos estaban llenos de lágrimas. «Sois todos tan agradables, os escucháis mutuamente —decía—. Allí afuera nadie escucha.» Intentamos ayudarla. «Yo tenía muchos amigos. Ahora todos han desaparecido. Pero me las arreglo. Ir de un lado a otro cuidando a mis gatos es bueno, un poco de movimiento te mantiene en pie, y caminar ayuda.»

A Jaime lo habían obligado a renunciar a su trabajo en «una agencia del gobierno» porque había faltado demasiados días. La mayoría de la gente a la que conocía no lo entendía, y él fingía que aún trabajaba, y durante el día no atendía el teléfono. La noche de la reunión parecía estar bien, mejor que en otras ocasiones. «Si no pudiera guardar las apariencias —dijo—, me mataría. Es lo único que me mantiene en pie.» También estaba Howie, que había permanecido toda la tarde callado, abrazado a una enorme chaqueta. Howie asistía con frecuencia a las reuniones, miraba a un lado y a otro y rara vez hablaba. Con cuarenta años recién cumplidos, nunca había tenido un trabajo de jornada completa. Dos semanas antes había anunciado que estaba a punto de conseguir uno, y con el cambio que se produciría en sus ingresos podría ser una persona normal. Estaba tomando algunos medicamentos que al parecer le ayudaban. Pero ¿qué ocurriría si dejaban de funcionar? ¿Podría volver a conseguir los ochenta y cinco dólares mensuales de subsidio por incapacidad? Todos le dijimos que se decidiera, que aceptara el trabajo, pero esa noche anunció que lo había rechazado, pues le daba demasiado

miedo. Anne le preguntó si su estado de ánimo era regular, si los acontecimientos externos ejercían en él algún efecto o si se sentía diferente cuando estaba de vacaciones. Howie la miró sin comprender.

«Nunca tuve vacaciones —respondió. Todos nos quedamos mirándolo. Él movió los pies—. Lo siento. En realidad, supongo que nunca tuve nada de qué tomarme unas vacaciones.»

Polly dijo: «Algunas personas hablan de pasear en bicicleta, de sus diversos estados de ánimo, y en realidad siento celos. A mí nunca me ha ocurrido. Yo siempre he sido así; era una niña enfermiza, desdichada, angustiada. ¿Me queda alguna esperanza?». Estaba tomando Nardil y había descubierto que ingiriendo clonidina en microdosis ya no sudaba tanto como antes. En un principio había tomado litio, pero le había hecho engordar casi ocho kilos al mes, así que lo había dejado. Alguien le había dicho que probara con Depakote, que puede resultar útil con Nardil, pero las restricciones alimenticias con este fármaco implicaban un verdadero sufrimiento. Jaime decía que el Paxil le había provocado más náuseas de las habituales, y Mags comentó que ella había probado este medicamento y que no le había dado resultado. Mags parecía hablar desde detrás de un velo. «No puedo decidir —decía—. No puedo decidir nada.» Mags estaba tan apática que pasaba semanas enteras sin levantarse de la cama. Su terapeuta casi la había obligado a sumarse a este grupo. «Antes de tomar esta medicación era neurótica, desdichada y suicida —dijo—. Ahora nada me importa. —Miró a su alrededor, como si nosotros fuéramos el jurado que podía abrirle o cerrarle las puertas del Paraíso—. ¿Qué es mejor? ¿Cuál de esas personas debería ser?»

John meneó la cabeza. «Ese es el problema, que el remedio es peor que la enfermedad», dijo.

Entonces llegó el turno de Cheryl, que echó un vistazo a su alrededor, aunque era evidente que no nos veía. Su esposo la había llevado al grupo con la esperanza de que eso la ayudaría, y estaba esperándola afuera.

«Yo me siento —dijo en tono apagado— como un disco viejo que gira lentamente, como si me hubiera muerto hace varias semanas pero no hubieran hallado todavía mi cuerpo.»

Esta triste comunión de sufrimientos era para muchos de los presentes una singular manera de superar el aislamiento. Recordé los rostros ansiosos e inquisitivos de mis peores tiempos, y a mi padre diciendo: «¿Estás mejorando?», y

lo decepcionante que me sentía cuando respondía: «No, en realidad no». Algunos amigos habían sido fantásticos, pero con otros me había sentido obligado a ser diplomático. Y gracioso. «Me encantaría ir, pero en este mismo momento estoy sufriendo una depresión nerviosa, así que, ¿podríamos dejarlo para otra ocasión?» Es fácil guardar secretos siendo honesto en tono irónico. Ese sentimiento básico en el grupo de apoyo —hoy soy dueño de mi cabeza, ¿y tú?— era muy revelador; gracias a él, y casi a pesar de mí mismo, empecé a relajarme. Es tanto lo que no puede decirse durante la depresión, que solo los que la padecen pueden intuirlo. «Si llevara muletas, nadie me pediría que bailara», dijo una mujer con respecto a los incansables esfuerzos de su familia para que saliera y se divirtiera. Hay mucho dolor en el mundo, y la mayor parte de estas personas guardan su secreto, se desplazan por su agonizante vida en invisibles sillas de ruedas, vestidas con escayolas invisibles. Nosotros nos apoyábamos con nuestras conversaciones. Una noche, Sue, angustiada y llorando desde detrás de su gruesa máscara, dijo: «Necesito saber si alguno de vosotros se sintió así y lo superó. Que alguien me diga que sí, he venido hasta aquí para oírlo, por favor, decidme que es así».

Otra noche alguien dijo: «Me duele mucho el alma; solo necesito relacionarme con otras personas».

En la organización también se atienden las cuestiones pragmáticas, sobre todo en el caso de aquellas personas que carecen de amigos o familiares que las cuiden, ni de un buen seguro de salud. Nadie desea que su jefe o su futuro jefe lo sepa; ¿qué se puede decir al respecto sin mentir? Lamentablemente, los participantes con los que yo estaba en contacto, si bien parecían brindarse un apoyo excelente, se daban consejos terribles. Si uno sufre un esguince de tobillo es posible que otras personas que padezcan el mismo problema estén en condiciones de proporcionarle consejos útiles, pero si uno tiene un trastorno mental no debe confiar demasiado en lo que le aconsejen personas mentalmente alteradas. Yo me basaba en lo que había leído, y me horrorizaba comprobar cuántos malos consejos habían recibido muchas de estas personas, pero era difícil ejercer demasiada autoridad.

Christian era claramente bipolar; no tomaba medicación y estaba desarrollando manía, y estoy seguro de que atravesará una etapa suicida antes de que este libro se publique. Natasha no tendría que haber pensado que abandonaría el Paxil tan pronto. Claudia había pasado por lo que parecía una TEC mal administrada y excesiva, y luego le habían dado tantos medicamentos que parecía un zombi. Por su parte, Jaime habría podido conservar su trabajo de haber recurrido a la TEC, pero desconocía por completo esta terapia y lo que Claudia

podía explicarle no lo tranquilizaba.

En una ocasión alguien estaba hablando acerca del hecho de explicar cosas a los amigos. Stephen, un joven que asistía hacía mucho tiempo a las reuniones de la organización, nos preguntó: «¿Tenéis amigos fuera de aquí?». Solo otra persona y yo respondimos que sí. Stephen dijo: «Yo intento hacer nuevas amistades, pero no sé cómo lograrlo. Fui un recluso durante mucho tiempo. Tomaba Prozac, y funcionó durante un año, y luego dejé de hacerlo. Creo que aquel año realicé más actividades». Me miró con curiosidad. Era una persona triste, de buen carácter e inteligente —sin duda una persona encantadora, como alguien le dijo esa noche—, pero estaba como ausente. «¿Cómo conoces gente fuera de aquí? —me preguntó; y antes de darme tiempo a responder, añadió—: Y cuando la conoces, ¿de qué habláis?»

Como ocurre con todas las enfermedades, la depresión nos hace iguales porque todos podemos padecerla, pero no conocí a nadie que pareciera un candidato con menos posibilidades de sufrir el trastorno que Frank Rusakoff, un joven de veintinueve años, de voz suave, gentil, de buen talante, apuesto y la clase de persona que parece normal en general, salvo porque padece una horrible depresión. «¿Quieres entrar en mi cabeza? —escribió una vez—. Bienvenido. ¿No es exactamente lo que esperabas? Tampoco es lo que yo esperaba.»²⁸ Más o menos un año después de acabar la carrera universitaria, Frank trabajaba en el cine cuando la depresión lo alcanzó por primera vez. Durante los siete siguientes años fue hospitalizado en treinta ocasiones.

El primer episodio se produjo de modo repentino: «Había estado filmando y regresaba a casa, y me di cuenta de que chocaría contra un árbol. Tenía la sensación de que había una fuerza que me obligaba a apretar los pies y mover las manos. Supe que no podría conducir hasta mi casa porque en el camino había demasiados árboles y me resultaba cada vez más difícil evitarlos, de modo que conduje hasta el hospital». Durante los años siguientes Frank probó toda clase de medicamentos, pero no logró mejorar. «En el hospital intenté ahorcarme.» Al final se sometió a la TEC, y le resultó de ayuda, aunque le provocó manía durante algún tiempo. «Tenía alucinaciones; ataqué a otro paciente; tuve que pasar un tiempo en la sala de reposo», recuerda. A partir de entonces, y durante cinco años, Frank se sometía a una sesión de TEC cada vez que la depresión volvía a aquejarlo, por lo general una vez cada seis semanas. Le administraron una combinación de litio, Wellbutrin, Ativan, doxepina, Cytomel y Synthroid. «La TEC da resultado, pero la

odio. Es completamente segura y la recomiendo, pero te están poniendo electricidad en la cabeza, y eso da miedo. Me produce jaqueca y siempre temo que algo salga mal, o de no salir de allí. Detesto los problemas de memoria, de modo que escribo diarios para poder recordar lo que ocurrió, pues de lo contrario nunca lo sabría.»

Cada persona tiene sus preferencias en lo que a tratamientos se refiere, pero todas coinciden en que la cirugía es el último recurso. La lobotomía, que se practicó por primera vez a principios del siglo pasado, alcanzó popularidad en el año 1930, y sobre todo después de la Segunda Guerra Mundial. A los veteranos que regresaban aquejados de neurosis de guerra se los sometía de manera rutinaria a absurdas operaciones en las que se les extirpaba el lóbulo frontal, u otras zonas del cerebro. Durante el auge de la lobotomía, en Estados Unidos se practicaban unas cinco mil al año, lo que causaba entre 250 y 500 muertes anuales. La psicocirugía quedó empañada por estos acontecimientos.

«Lamentablemente —dice Elliot Valenstein, que ha escrito una historia de la psicocirugía—, la gente relaciona estas intervenciones con el control de la mente, y huyen de ellas.» En California, donde la TEC fue ilegal durante un tiempo, la psicocirugía lo sigue siendo. «Las cifras con respecto a la psicocirugía son significativas —aclara Valenstein—. Aproximadamente el 70 por ciento de las personas que no han respondido a otros tratamientos muestran alguna respuesta, de los cuales el 30 por ciento evidencian una marcada mejoría. Este procedimiento se lleva a cabo solo en aquellas personas que padecen una enfermedad psiquiátrica grave y prolongada, que no han respondido a los fármacos ni a la TEC, ni a otros tratamientos, o en aquellos pacientes seriamente incapacitados; resumiendo: los casos más difíciles. Se trata de un último recurso. Nosotros únicamente practicamos el procedimiento más conservador, y en ocasiones debemos repetirlo varias veces; pero lo preferimos al modelo europeo, que consiste en practicar cirugía mayor desde el principio. Hemos descubierto que con la cingulotomía no se producen alteraciones permanentes de la memoria, ni de la función cognitiva o intelectual.»

Cuando conocí a Frank acababa de someterse a una cingulotomía. En ese procedimiento se congela localmente el cuero cabelludo y el cirujano abre un pequeño orificio en la parte delantera del cráneo, y luego introduce un electrodo en el cerebro para destruir zonas de tejido de unos ocho por dieciocho milímetros. La intervención se efectúa con anestesia local y sedantes, utilizando un marco estereotáctico. En la actualidad esta intervención se realiza solo en algunos lugares, y el más importante es el Hospital General de Massachusetts, de Boston, donde

Frank fue atendido por Reese Cosgrove, destacado psicocirujano estadounidense.

No es fácil entrar en el protocolo que conduce a la cingulotomía. El examen prequirúrgico lleva al menos doce meses en los que el paciente es examinado por un comité de investigación y sometido a una interminable serie de pruebas e interrogatorios. El Hospital General, el centro más activo, practica solo quince o veinte intervenciones por año. Al igual que los antidepresivos, es habitual que la cirugía tenga efectos retardados, que suelen verse después de seis u ocho semanas, de modo que es probable que el resultado beneficioso final no derive de la eliminación de ciertas áreas de tejido cerebral sino de lo que dicha eliminación provoca en el funcionamiento general. «No comprendemos la fisiopatología; no entendemos el mecanismo por el cual este método funciona», comenta Cosgrove.

«Tengo esperanza en la cingulotomía», me dijo Frank cuando nos conocimos, y me describió la operación con un aire de ligera indiferencia. «Oí el taladro que se introducía en mi cráneo, como cuando uno va al dentista; y me abrieron dos orificios para poder eliminar las lesiones de mi cerebro. El anestesiólogo había dicho que si yo deseaba más medicación podía tomarla, y yo estaba allí tendido, oyendo cómo me abrían el cráneo, así que dije: “Esto es un poco escalofriante; ¿me puede dar un poco más?”. Espero que funcione; en caso contrario, tengo un plan; he preparado un plan para que todo esto acabe, porque no puedo seguir así.»

Unos meses más tarde se sentía un poco mejor e intentaba reconstruir su vida. «En este momento mi futuro parece especialmente confuso. Deseo escribir, pero tengo poca confianza. No sé de qué podría escribir. Creo que la depresión era como un lugar relativamente seguro donde estar; no tenía las preocupaciones reales propias de los demás porque sabía que no podía funcionar tan bien como para cuidarme por mí mismo. ¿Qué hago ahora? Con ayuda de mi médico estoy intentando romper los hábitos de muchos años de depresión.»

La cirugía combinada con Zyprexa ha dado buen resultado en Frank, quien durante el año que siguió a la intervención tuvo algunos pequeños problemas, pero no necesitó ser hospitalizado ni una sola vez. A lo largo de aquel año me escribió acerca de sus progresos y me comentó que había podido permanecer levantado toda la noche en la boda de un amigo. «Antes —escribió— no podía hacerlo porque tenía miedo de que afectara a mi precario estado de ánimo.» Fue aceptado en un programa de posgrado en el hospital Johns Hopkins para aprender redacción científica y decidió asistir, aunque con mucho temor. Tenía una amiga con la que en ese momento era feliz. «Me asombra en cierto modo cuando alguien

quiere meterse con los problemas evidentes que me acompañan, pero en realidad estoy entusiasmado de contar con compañía y al mismo tiempo amor. Mi amiga es alguien que vale la pena.»

Frank concluyó con éxito su programa de posgrado y consiguió un empleo en una nueva empresa de internet. Me escribió a principios del año 2000 y me telefoneó en Navidad. «Mi padre me hizo dos regalos; un portacedés de diseño, que es del todo innecesario y extravagante, pero mi padre sabía que a mí me fascinaba. Abrí esa caja enorme y vi algo que no necesitaba en absoluto, y supe que mi padre estaba celebrando el hecho de que yo viviera solo, tuviera un trabajo que me encanta y pudiera pagar mis facturas. El otro regalo era una foto de mi abuela, que se suicidó. Ella era hermosa, y en la foto se la ve de perfil, mirando hacia abajo. Cuando abrí el paquete y vi el retrato en blanco y negro me eché a llorar. Mi padre dijo que podría ser de principios de los años treinta; y él le colocó un marco de color azul mate y plata. Mi madre se acercó a mí y me preguntó si lloraba por todos los familiares a los que nunca conocí, y yo dije: “Ella tenía la misma enfermedad que yo”. Ahora estoy llorando, no porque me encuentre tan mal, sino porque estoy abrumado. Tal vez sea porque pude haberme suicidado y no lo hice gracias a que la gente que me rodea me convenció de que siguiera esforzándome... y me sometí a la operación. Estoy vivo y agradecido a mis padres y a algunos médicos. Vivimos en el momento que corresponde, aunque no siempre lo parece.»

• • •

La gente viaja desde toda África occidental, incluso desde más lejos, para presenciar las ceremonias místicas *ndeup* contra la enfermedad mental que practica en Senegal el pueblo lebou (y algunos sérèr).²⁹ Partí rumbo a África para investigar el tema. El director del principal hospital mental de Dakar, el doctor Dou-dou Saar, que ejerce la psiquiatría al estilo occidental, cree que todos sus pacientes han buscado tratamientos tradicionales. «A veces se sienten incómodos por hablarme de esas actividades —dijo—. Pero creo que la curación moderna y la tradicional, aunque deben estar separadas, tienen que coexistir; si yo mismo tuviera un problema y los medicamentos extranjeros no me ayudaran, recurriría a los métodos tradicionales.» Incluso en su establecimiento prevalecen las costumbres senegalesas. Para inscribirse allí, el enfermo debe acudir con un miembro de la familia que se haga cargo de él. Ambos se instalan en el hospital, donde el familiar recibe instrucciones y aprende algunos principios psiquiátricos básicos que garanticen que el paciente continúe mentalmente sano. El hospital es bastante básico: las habitaciones privadas cuestan 9 dólares diarios; las semiprivadas, 5, y las habitaciones grandes con varias camas en hilera, 1,75. El lugar apesta, y los que

han sido declarados enfermos peligrosos se hallan encerrados detrás de puertas de hierro, y se los puede oír gimiendo y golpeando a todas horas. Fuera hay un agradable huerto en el que los pacientes cultivan verduras, lo cual, junto a la presencia de los familiares, en cierto modo mitiga el aura de atemorizante misterio que hace que tantos hospitales occidentales parezcan tan lúgubres.

El *ndeup* es un ritual animista probablemente precursor del vudú. Senegal es un país musulmán, pero el estilo local del islam pasa por alto estas antiguas prácticas que tienen lugar en público y al mismo tiempo en secreto. Es posible realizar un *ndeup* y todo el mundo se reunirá alrededor de uno en ese momento, aunque nadie habla demasiado del tema. La madre de un amigo de la amiga de un amigo que se mudó a Dakar hace algunos años conocía a un sanador que podía dirigir la ceremonia, y a través de esta elaborada conexión hice los arreglos necesarios para presenciar un *ndeup*. Un sábado por la tarde, algunos amigos senegaleses y yo tomamos un taxi desde Dakar hasta la ciudad de Rufisque, viajamos por estrechos callejones entre casas destartadas y recogimos a algunas personas que participarían en la ceremonia hasta que por fin llegamos a la casa de Mareme Diouf, la anciana que celebraría el ritual. La abuela de Mareme Diouf había dirigido el *ndeup* en ese mismo lugar y le había enseñado a Mareme; la abuela lo había aprendido a su vez de su abuela, y Mareme decía que esta cadena de tradición familiar se remontaba a tiempos inmemoriales. Mareme Diouf salió a recibirnos descalza, ataviada con un tocado y una larga túnica de batik con dibujos bastante atemorizantes que representaban ojos y adornos de encaje verde manzana. Nos llevó detrás de su choza; debajo del abundante ramaje de un baobab había unos veinte cacharros enormes de barro y otros tantos postes fálicos de madera. Explicó que los espíritus que hacía surgir estaban bajo la tierra y que ella los alimentaba con el agua y las raíces que llenaban los cacharros. Si las personas que habían asistido al *ndeup* se encontraban en apuros, se bañaban con el agua o la bebían.

Después de enseñarnos todo esto, la seguimos a una pequeña habitación oscura, donde se discutió acerca de lo que sucedería a continuación; Mareme dijo que todo dependía de lo que desearan los espíritus. Me tomó la mano y la miró con atención, como si leyera algo; luego sopló encima, me indicó que me la colocara en la frente y empezó a tocarme el cráneo. Me preguntó por mis hábitos de sueño y si sufría dolores de cabeza, y luego anunció que apaciguaríamos a los espíritus con un pollo blanco, un gallo rojo y un carnero también blanco. Empezó el regateo por el precio del *ndeup*, que bajamos hasta unos 150 dólares tras acordar que nosotros nos encargaríamos de conseguir los ingredientes que ella necesitara: siete kilos de mijo, cinco kilos de azúcar, un kilo de nueces *kola*, una calabaza, siete metros de

tela blanca, dos cacharros grandes, una alfombrilla de junco, una cesta de trilladora, un palo grueso, dos pollos y un carnero. Me dijo que algunos de mis espíritus (en Senegal, como si se tratara de bacterias, uno tiene espíritus en todas partes, algunos necesarios, algunos neutrales, algunos perjudiciales...) estaban celosos de mis relaciones sexuales con mis parejas vivas, y que ese era el motivo de mi depresión. «Debemos hacer un sacrificio para aplacarlos —declaró—; entonces se calmarán y tú no sufrirás la opresión de la depresión. Todos tus apetitos estarán contigo y dormirás en paz, sin pesadillas, y el temor desaparecerá.»

Hicimos nuestro segundo viaje a Rufisque el lunes al amanecer. En las afueras de la ciudad vimos a un pastor y nos detuvimos a comprar un carnero, con el que tuvimos algunas dificultades para introducirlo en el maletero del taxi, donde emitió diversos quejidos y orinó en abundancia. Continuamos de viaje durante otros diez minutos y volvimos a entrar en el laberinto de callejuelas de Rufisque; dejamos el carnero en casa de Mareme y nos dirigimos al mercado a buscar las otras cosas, que una de mis amigas apiló sobre su cabeza, formando la torre de Pisa. Al fin regresamos a la casa de Mareme Diouf en un carro tirado por caballos.

Me indicaron que me quitara los zapatos y luego me llevaron al lugar en el que se encontraban los cacharros. Habían esparcido arena y se habían reunido allí cinco mujeres ataviadas con túnicas holgadas, enormes collares de ágata y cinturones confeccionados con bolsas de tela como salchichas, llenas de iconos y plegarias. Una de las mujeres, de casi ochenta años, lucía un par de enormes gafas de sol al estilo Jackie Onassis. Me hicieron sentar sobre una esterilla, con las piernas extendidas y las palmas de las manos hacia arriba dispuestas para la adivinación. Las mujeres tomaron unos puñados de mijo y los metieron en la cesta, en la que luego añadieron varios objetos de poder chamánico: ramas cortas y gruesas, un cuerno, una garra, una bolsa pequeña atada con mucho hilo, una especie de objeto redondo de tela roja con conchas de cauri cosidas y un penacho de crin. A continuación, me echaron por encima una tela blanca y colocaron la cesta sobre mi cabeza seis veces, otras tantas sobre cada brazo, y así por todo mi cuerpo.

Me dieron las ramitas para que las sujetara y las dejara caer, lo que hice seis veces con las manos y seis con los pies, y las mujeres consultaron los dibujos que habían formado mientras hablaban entre sí. De pronto sobrevolaron varias águilas y se posaron en el baobab, por encima de nosotros, lo cual parecía un buen augurio. Entonces las mujeres me quitaron la camisa y me colocaron un collar de ágata alrededor del cuello, y me frotaron el pecho y la espalda con el mijo. Luego

me pidieron que me levantara, que me quitara los tejanos y me pusiera un taparrabos, tras lo cual me masajearon los brazos y las piernas con el mijo. Al cabo recogieron las semillas que habían caído a mi alrededor, las envolvieron en una hoja de papel de periódico y me dijeron que debía dormir una noche con aquel paquete debajo de la almohada y, al día siguiente, entregárselo a un mendigo que tuviera buen oído y ninguna deformidad. En una muestra más de que África es un continente de contradicciones, durante todo este procedimiento se oía en la radio la melodía de *Carros de fuego*.

Entonces llegaron cinco hombres, que empezaron a tocar los tambores *tama*. En el lugar ya se habían reunido unas doce personas y el número aumentaba a medida que se propagaba el sonido de los instrumentos. Al final había unas doscientas personas, que formaron un círculo alrededor de un trozo de hierba para presenciar el *ndeup*. El carnero estaba tendido de lado con las patas atadas y parecía bastante desconcertado por los acontecimientos. Me dijeron que debía acostarme detrás de él y acercarlo a mi cuerpo, como si estuviéramos abrazados en la cama. Me cubrieron con una sábana y luego con unas dos docenas de mantas, de tal manera que el carnero —al que tuve que sujetar por los cuernos— y yo estábamos sumidos en una oscuridad total y sufriendo un calor sofocante. Vi que una de las sábanas llevaba bordada la frase «*Je t'aime*». Los tambores sonaban cada vez con más fuerza y el ritmo era cada vez más enloquecedor, y pude oír la voz de cinco mujeres que cantaban. De vez en cuando, al final de una canción, los tambores guardaban silencio, y entonces se oía la voz de una de las mujeres a la que se sumaban los tambores y luego las otras cuatro voces, y en ocasiones las voces de los numerosos espectadores. Entretanto, las mujeres danzaban a mi alrededor en apretado círculo, y mientras yo abrazaba al carnero, ellas nos golpeaban a ambos con lo que, según descubrí después, era el gallo rojo. Yo apenas podía respirar; el olor del carnero era muy fuerte (se había orinado de nuevo en nuestro pequeño lecho), y mientras el suelo se sacudía por el movimiento de la multitud, yo apenas podía sujetar al animal, que se revolvía cada vez con más desesperación.

Finalmente apartaron las mantas. Yo me puse de pie y dancé al compás de los tambores, que seguían sonando a un ritmo intenso. Mareme dirigió el baile y todos batían palmas mientras yo imitaba los movimientos de sus pies y sus golpes en dirección a los tambores. Una a una, las demás mujeres dieron un paso adelante y yo tuve que imitarlas, y luego varias mujeres más salieron de la multitud y debí bailar también con ellas. Estaba mareado, y cuando Mareme me tendió los brazos estuve a punto de derrumbarme entre ellos. Una de las mujeres quedó poseída de pronto y empezó a bailar a un ritmo histérico, saltando como si el suelo estuviera

en llamas, hasta que se desplomó. Después supe que había celebrado su *ndeup* apenas un año antes. Cuando quedé por completo sin aliento, los tambores callaron de repente. Me indicaron que me quitara la ropa interior, ya que ahora solo debía llevar puesto el taparrabos. El carnero se encontraba tendido en el suelo y tuve que pasar por encima de él siete veces de derecha a izquierda y siete veces más de izquierda a derecha, y luego me quedé de pie con una pierna a cada lado del animal, mientras uno de los tamborileros se acercó, colocó la cabeza del carnero sobre un cuenco de metal y le cortó el cuello, limpiando luego la hoja del cuchillo en mi frente y detrás de mi cuello. La sangre empezó a fluir y pronto llenó el cuenco hasta la mitad; entonces me indicaron que me lavara las manos en la sangre y que deshiciera los coágulos antes de que empezaran a endurecerse. Aún mareado, obedecí mientras el hombre decapitaba el gallo rojo y mezclaba su sangre con la del carnero.

Al cabo nos alejamos de la multitud y nos dirigimos al sector en que se encontraban los cacharros, donde había estado antes. Allí las mujeres cubrieron con sangre cada centímetro de mi cuerpo, la frotaron por mi pelo, por mi rostro, por mis genitales y por las plantas de mis pies. La experiencia fue especialmente placentera, y cuando quedé por completo cubierto de sangre, una de las mujeres me dijo que era mediodía y me ofreció una Coca-Cola, que acepté con gusto. Para poder beber, limpié parte de la sangre que tenía en las manos y en la boca. Alguien me trajo un trozo de pan y otra persona consultó su reloj e indicó que debíamos descansar hasta las tres en punto. De pronto la reunión adquirió un clima de sencillez y una de las mujeres intentó enseñarme las canciones que habían entonado a mi alrededor durante la mañana, cuando yo me hallaba bajo las mantas. Mi taparrabos estaba empapado y miles de moscas empezaron a revolotear a mi alrededor, atraídas por el olor de la sangre. Entretanto habían colgado al carnero del baobab y uno de los hombres lo estaba desollando. Otro hombre había cogido un cuchillo largo y empezó a cavar tres agujeros circulares, cada uno de ellos de unos cuarenta y cinco centímetros de profundidad, cerca de los cacharros de agua de los *ndeups* anteriores. Me quedé de pie, tratando de apartar las moscas de mis ojos y mis orejas. Finalmente, cuando los pozos quedaron abiertos y se hicieron las tres de la tarde, me indicaron que volviera a sentarme; después, las mujeres me ataron los brazos, las piernas y el pecho con los intestinos del carnero. Entonces me dijeron que introdujera siete ramitas en cada pozo, y que con cada una de ellas pronunciara una oración o pensara en un deseo. Luego dividimos la cabeza del carnero en tres partes, y colocamos cada una dentro de su respectivo agujero, añadiendo algunas hierbas, un pequeño trozo de cada parte del animal, y luego partes del gallo. Mareme y yo nos turnamos para introducir siete pasteles de mijo y azúcar en cada uno de los agujeros, y

seguidamente tomó siete bolsas de hojas y corteza en polvo y esparció un poco del contenido de cada una de ellas en los agujeros, en los que al final vertimos el resto de la sangre y los intestinos con los que había estado atado. La anciana cubrió todo con hojas frescas y, junto con el hombre (que en todo momento intentaba pellizcarle el trasero), llenaron los agujeros, sobre los que tuve que golpear tres veces con el pie derecho. Después repetí estas palabras a mis espíritus: «Dejadme tranquilo, dejadme en paz, y dejadme hacer el trabajo de mi vida. Nunca os olvidaré». Algo de ese conjuro me resultó particularmente atractivo. «Nunca os olvidaré», como si uno tuviera que dirigirse al orgullo de los espíritus, como si uno quisiera que ellos se sintieran bien por haber sido exorcizados.

Una de las mujeres había embadurnado un cacharro de arcilla con sangre, y lo colocó sobre la zona que acabábamos de rellenar. Alguien clavó un palo en el suelo e introdujo una mezcla de mijo, leche y agua en todos los cuencos invertidos de ceremonias anteriores y en la parte superior de los postes fálicos. Nuestro cuenco quedó lleno de agua y se le agregaron diversos polvos de hierbas. A esas alturas, la sangre que cubría mi cuerpo se había resecado y tenía la sensación de estar cubierto por una enorme costra que tensaba mi piel.

Me indicaron que había llegado el momento de lavarme. Entre risas de alegría, las mujeres empezaron a limpiarme la sangre. Mientras permanecía de pie ellas se llenaban la boca con agua que luego escupían sobre mi cuerpo al tiempo que me lavaban. Al final tuve que beber casi medio litro de agua en la que habían echado las mismas hojas en polvo que Mareme había utilizado antes. Cuando quedé limpio del todo y me vestí con un taparrabos limpio, el redoble de los tambores volvió a iniciarse y la multitud regresó. Esta vez la danza fue festiva. «Estás libre de espíritus, te han abandonado», me dijo una de las mujeres, que me entregó una botella de agua mezclada con polvo de hojas y me indicó que me bañara con ella si alguna vez los espíritus volvían a molestarme. Los tambores intensificaban su ritmo, y yo entablé una sana competición con uno de ellos, que tocaba cada vez de forma más agresiva mientras yo saltaba cada vez a más altura. Al final el hombre admitió que yo era un digno rival.

Después cada uno cogió algunos pasteles y un trozo de carnero (nos llevamos una pierna para asarla esa noche en la barbacoa), y Mareme anunció que yo ya era libre. Eran más de las seis de la tarde y nos marchamos. La multitud siguió nuestro taxi hasta donde pudo y luego nos saludó con las manos. Regresamos a casa con la sensación optimista de haber realizado un acto festivo.

El *ndeup* me impresionó más que muchas de las formas de terapia grupal

que se practican en Estados Unidos en la actualidad. Proporciona una manera de pensar en la aflicción de la depresión como algo externo e independiente de la persona que sufre. Estremece todo el cuerpo, que sin duda puede poner en actividad los procesos químicos del cerebro, como una especie de TEC sin conexión eléctrica. Conlleva una experiencia íntima de comunidad y de contacto físico con otros; recuerda la muerte y al mismo tiempo afirma el hecho de estar vivo; obliga a la persona que sufre a realizar un intenso ejercicio físico; proporciona la alternativa de un procedimiento específico al que la persona puede recurrir en caso de sufrir una recaída. Y es tonificante y energético, una apoteosis de movimiento y sonido. Por último, es un ritual, y el efecto de cualquier ritual — quedar cubierto por la sangre de varios animales, o contarle a un profesional qué hizo nuestra madre cuando éramos pequeños— es algo que no debemos subestimar. La conjunción de misterio y especificidad es siempre muy poderosa.

¿Cómo puede uno elegir entre los miles de terapias existentes contra la depresión? ¿Cuál es la manera óptima de tratar este trastorno? ¿Cómo se pueden combinar los tratamientos no ortodoxos con los más tradicionales? «Yo puedo darle una respuesta que era correcta en el año 1985 —dice Dorothy Arnsten, terapeuta de orientación interpersonal que ha estudiado infinidad de tratamientos—. Puedo decirle cuál era la respuesta correcta en el año 1992, cuál en el año 1997, y puedo decirle cuál es la respuesta correcta en este momento. Pero ¿tiene algún sentido? No puedo decirle cuál será la correcta en 2004, pero sí que será por completo diferente de la que es correcta ahora.» La psicología está tan sujeta como cualquier otra ciencia a las tendencias, y los conocimientos que un año constituyen una revelación resultan absurdos al año siguiente.

Es difícil saber con exactitud qué nos depara el futuro. Solo hemos experimentado pequeños avances en la comprensión de la depresión, aunque hemos avanzado de manera importante en su tratamiento. No es fácil decir si los aspectos referidos al tratamiento seguirán por delante de la comprensión, dado que en este sentido el desarrollo depende en gran medida de la suerte, y a lo conceptual le llevará tiempo ponerse al nivel de lo práctico. De los fármacos que se encuentran en la última etapa de prueba, el más prometedor es la reboxetina,³⁰ un inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina. Este neurotransmisor, que está potenciado por los antidepresivos tricíclicos, está implicado en la depresión junto con la serotonina y la dopamina, y parece probable que un potenciador de la noradrenalina funcione bien con los ISRS y tal vez con el Wellbutrin, una combinación que incidiría sobre todos los neurotransmisores.

Los primeros estudios han demostrado que la reboxetina es un buen producto para incrementar la energía de los pacientes y mejorar su desempeño social, aunque también parece provocar sequedad de boca, estreñimiento, insomnio, aumento de la sudoración y aceleración del ritmo cardíaco. Mientras Pharmacia and Upjohn produce la reboxetina, Merck ha estado trabajando en productos destinados a otra sustancia del cerebro, la sustancia P,³¹ implicada en la respuesta al dolor y, según este laboratorio, en la depresión. El primer antagonista de la sustancia P que han desarrollado no parece tener demasiado éxito en el tratamiento de la depresión, pero se están investigando otros.

Los científicos que trabajan en el Proyecto de Anatomía Molecular del Cerebro (PAMC) intentan conocer qué genes intervienen en el desarrollo y funcionamiento del cerebro y cuándo estos genes son activos. El PAMC facilitará en gran medida la manipulación genética. «Estoy haciendo mis apuestas —dice Steven Hyman, del Instituto Nacional de Salud Mental—. Una de ellas sobre los genes. Creo que una vez que tengamos algunos genes que intervienen en la regulación de los estados de ánimo o en la enfermedad, de pronto nos preguntaremos: ¿qué camino siguen? ¿Podría este camino decirnos algo acerca de lo que ocurre en el cerebro?, ¿de los objetivos terapéuticos? ¿En qué momento del desarrollo intervienen estos genes? ¿En qué lugar del cerebro se encuentran? ¿Cuál es la diferencia en la función cerebral entre esta versión que genera vulnerabilidad a la enfermedad y la que no lo hace? ¿Cuáles son los genes que construyen esta parte del cerebro? Imaginemos que descubrimos que un subnúcleo particular de la amígdala está implicado en el control del afecto negativo, lo que es sumamente probable. ¿Y si estamos ante los genes que se encuentran en esa estructura a lo largo del desarrollo? Bien, tenemos entonces un juego de herramientas para la investigación. No hay nada como un gen del estado de ánimo. Es una manera rápida de decirlo. Todos los genes que intervienen en una enfermedad ejercen con probabilidad muchas otras funciones en el cerebro y el resto del organismo. El cerebro es un procesador.»

Si el genoma humano está compuesto por unos 30.000 genes³² —y ese número parece seguir aumentando ya que cada vez descubrimos alguno más—, y si cada uno tiene alrededor de diez variedades comunes importantes, eso nos da un resultado de $10^{30.000}$ candidatos para la vulnerabilidad humana genética a todas las enfermedades. ¿Qué lejos está esto de identificar algunos genes para tratar de entender lo que ocurre con estos en diferentes combinaciones en diferentes etapas frente a diferentes clases de estímulos ambientales? Necesitamos la fuerza de los números para verificar todas las posibilidades combinatorias; luego debemos comprender cómo se desempeñan bajo diversas circunstancias externas. A pesar

de lo rápidos que son nuestros ordenadores, este conocimiento aún se encuentra a años luz de distancia. Entre todas las enfermedades, la depresión debe de situarse cerca del primer lugar de la lista por ser la más definida. No soy genetista, pero apostaría a que hay al menos algunos cientos de genes que pueden conducir al desarrollo de los trastornos depresivos. La manera en que esos genes disparan la depresión dependerá de cómo interactúan entre ellos y con los estímulos externos. Supongo que la mayor parte de estos genes cumplen también otras funciones, y que el solo hecho de eliminarlos tendría consecuencias nocivas significativas. La información genética puede ayudarnos a controlar ciertas clases de depresión, pero las posibilidades de eliminar este trastorno mediante la manipulación genética son, en mi opinión, escasísimas.

Poblaciones

No hay dos personas que padezcan la misma depresión. Como los copos de nieve, cada depresión es única, y si bien presenta los mismos principios esenciales, manifiesta una complejidad imposible de reproducir. Sin embargo, a los profesionales les encanta clasificar las depresiones: bipolar frente a unipolar, grave frente a leve, exógena frente a endógena, breve frente a prolongada. El listado puede extenderse, y de hecho así ha sido, de manera interminable, pero su utilidad ha sido limitada para el diagnóstico y el tratamiento del trastorno.

Hay algo que podemos aprender de las características particulares de la depresión propia del género y de la depresión propia de la edad, lo mismo que de los determinantes culturales de este trastorno. Estas características plantean una pregunta fundamental: ¿están determinadas por diferencias biológicas entre hombres y mujeres, entre jóvenes y viejos, entre asiáticos y europeos, entre gays y heterosexuales, o por diferencias sociológicas, por pautas de expectativa que imponemos a las personas de acuerdo con la población a la que pertenecen? La respuesta es que en cada caso las opciones son verdaderas. El problema único de la depresión no puede afrontarse con una respuesta unívoca; las depresiones son contextuales y deben interpretarse dentro del ámbito en el que ocurren.

Por razones atribuidas unas veces a la química y otras a las condiciones externas, el número de mujeres que sufren depresión es el doble que el de hombres.¹ La distinción no existe entre los niños deprimidos, pero se establece durante la pubertad.² Las mujeres padecen varias formas características de depresión —posparto, premenstrual y menopáusica—, además de todas las formas del trastorno que sufren los hombres. Los niveles fluctuantes de estrógeno y progesterona tienen evidentes efectos en el estado de ánimo, sobre todo en la medida en que interactúan con el sistema hormonal hipotalámico y pituitario; pero estos efectos no son previsibles ni constantes. El descenso repentino del nivel de estrógenos provocará síntomas depresivos, mientras que un nivel elevado favorecerá una sensación de bienestar. Antes de la menstruación algunas mujeres experimentan incomodidad física, y otras, debido a la hinchazón, se sienten menos atractivas.³

Cada una de estas experiencias precipita un estado de ánimo deprimido.

Las mujeres embarazadas o las que acaban de dar a luz tienen menos probabilidades que cualquier otra de suicidarse,⁴ pero las probabilidades de padecer depresión son mayores. La depresión posparto grave afecta aproximadamente a una de cada diez mujeres.⁵ Estas madres recientes suelen llorar con facilidad y a menudo se sienten ansiosas, irritables y muestran poco interés por el bebé, tal vez en cierta medida porque el parto agota las reservas de estrógenos, que demoran algún tiempo en restablecerse. Estos síntomas, sin embargo, suelen ceder al cabo de algunas semanas. Una versión más leve de este síndrome probablemente ocurre en alrededor de un tercio de las nuevas madres.⁶ Dar a luz es una experiencia difícil y agotadora, y parte de lo que ahora se considera depresión posparto es en realidad el leve colapso que sigue a cualquier gasto extraordinario de energía.

Las mujeres tienen más probabilidades de experimentar niveles más bajos de depresión en la menopausia, mientras que las depresiones más agudas se registran en los años de fertilidad, lo que sugiere con claridad que existe un factor hormonal en la depresión femenina. Se ha planteado que las alteraciones de los niveles hormonales pueden afectar a los neurotransmisores, pero no se ha podido localizar el mecanismo de tal acción. Más sorprendente que la popular pero imprecisa acción sobre las hormonas es el hecho de que los hombres sintetizan la serotonina un 50 por ciento más rápido que las mujeres, lo que podría proporcionar a los primeros una mayor resistencia. En las mujeres, el lento proceso de reabastecimiento de las reservas de serotonina puede favorecer la propensión a la depresión con demora.⁷

Los aspectos biológicos por sí solos no explican el elevado índice de depresión entre las mujeres. Existen algunas diferencias biológicas entre la depresión masculina y la femenina, y también evidentes diferencias determinadas por la posición social y de poder de un sexo y otro. Parte de las razones por las cuales las mujeres se deprimen más a menudo que los hombres se debe a que con mayor frecuencia se ven privadas de sus derechos.⁸ Resulta sorprendente el hecho de que las mujeres que padecen estrés agudo tienen elevadas probabilidades de sufrir depresión posparto, mientras que aquellas cuyos esposos asumen gran parte de la responsabilidad en el cuidado del niño muestran niveles reducidos de este tipo de depresión.⁹

Las feministas que trabajan en el tema de la depresión suelen preferir las teorías sociológicas a las biológicas, pues les disgusta el concepto de que el organismo femenino es en alguna medida más vulnerable que el masculino. Susan Nolen-Hoeksema, una de las escritoras norteamericanas más importantes en el

tema de las mujeres y la depresión, afirma: «Es peligroso dar a entender mediante una etiqueta que un aspecto de la biología reproductiva femenina es un elemento clave de la enfermedad psiquiátrica». Esta clase de pensamiento ha dado un carácter político a gran parte del trabajo sociológico sobre la depresión en las mujeres, y aunque este carácter es admirable, su expresión no siempre es consecuente con la experiencia, la biología o las estadísticas. De hecho, muchos enfoques teóricos de la depresión femenina agudizan los problemas de aquellas a quienes pretenden ayudar. La coincidencia de cierta manipulación de la teoría feminista con respecto a la realidad científica con la finalidad de alcanzar metas políticas y la insensibilidad de la teoría médica ante la realidad social ha entrelazado la cuestión del género y la depresión por medio de un nudo gordiano.

Un estudio reciente revela que en los campus de las universidades norteamericanas los índices de depresión masculina y femenina son iguales.¹⁰ Algunas feministas pesimistas han sugerido que las mujeres con tendencia a la depresión no llegan a la universidad. Otras, más optimistas, han sugerido que las mujeres son iguales a los hombres en la universidad en mayor medida que en cualquier otro contexto social. A esto yo añadiría la noción de que los hombres que asisten a la universidad probablemente están más abiertos a reconocer su enfermedad que otros hombres de más edad o con menor formación. Los índices de depresión de las mujeres y los hombres no parecen variar en las sociedades occidentales, en las cuales se mantiene constante en una proporción de dos a uno. El mundo está dominado por los hombres, lo que dificulta más las cosas para las mujeres. Ellas están en peores condiciones físicas de defenderse, tienen más probabilidades de ser víctimas de abusos, de sufrir humillaciones, de perder posición social a causa del envejecimiento, y también de padecer una mayor subordinación al esposo. Al mismo tiempo, tienen menos posibilidades de recibir una educación. Algunas feministas argumentan que las mujeres sufren depresión porque carecen de suficientes espacios independientes en los cuales mostrar su valía, y que por lo tanto deben confiar en los triunfos en el ámbito del hogar para fortalecer su autoestima. Otras dicen que las mujeres de éxito poseen numerosas parcelas de independencia en las que destacar, y que sus sentimientos siempre están divididos entre el trabajo y el hogar. El hecho de que cada una de estas situaciones provoque un estrés excesivo es coherente con la conclusión de que las mujeres casadas que son amas de casa y las mujeres casadas que trabajan fuera del hogar presentan casi el mismo índice de depresión, que es mucho más elevado que el que registran los hombres casados.¹¹ Resulta interesante destacar que, en diferentes culturas, las mujeres presentan índices más elevados no solo de depresión sino también de trastornos de pánico y trastornos de la conducta alimenticia, mientras que los hombres manifiestan una mayor incidencia de

autismo, de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, y de alcoholismo.¹²

El psicólogo inglés George Brown es uno de los expertos más importantes en psicología social, y ha planteado que la depresión en las mujeres está relacionada con su preocupación por los hijos, teoría que ha sido confirmada por otros académicos.¹³ Si descartamos la depresión causada por la ansiedad respecto a los hijos, los porcentajes de depresión en hombres y mujeres parecen igualarse; y en las parejas en las que los roles de género están definidos de forma menos rígida, los porcentajes de depresión entre ambos géneros suelen ser más similares. «Las diferencias de género en los porcentajes de depresión son, en cierta medida, consecuencia de las diferencias de roles», concluye Brown. Myrna Weissman, de Columbia, ha planteado que para las mujeres tiene un sentido evolutivo el hecho de ser particularmente sensibles a la pérdida, dado que esto las motivaría para la maternidad y la crianza de los niños.¹⁴

También se da el caso de que muchas mujeres que padecen depresión fueron víctimas de malos tratos durante la infancia. Las niñas tienen más probabilidades de sufrir abusos deshonestos que los niños, y las víctimas de estos abusos son más propensas que los demás a padecer depresión.¹⁵ También es mayor la posibilidad de que sufran anorexia, trastorno que en los últimos tiempos ha sido relacionada con la depresión. La mala alimentación causa sintomatología depresiva, de modo que es posible que en las mujeres anoréxicas los síntomas depresivos sean consecuencia de otros problemas, sobre todo si tenemos en cuenta que mujeres que han padecido anorexia describen síntomas que persisten incluso después de haber recuperado el peso normal.¹⁶

Una vez más, parecería que los constructos sociales intervienen en la génesis de la obsesión con autocontrol que se manifiesta en la anorexia y de los sentimientos de impotencia que caracterizan la depresión. El odio a uno mismo puede provocar que una persona desee reducirse a la mínima expresión hasta desaparecer. Algunas preguntas pueden ser cruciales para el diagnóstico diferencial entre anorexia y depresión, y con frecuencia resulta útil saber si las personas anoréxicas duermen mal incluso cuando no piensan en la comida o en el acto de comer.

Históricamente, la enfermedad mental ha sido definida por hombres. En 1905, Sigmund Freud sostuvo que su paciente Dora padecía histeria cuando rechazó los inoportunos escauceos amorosos de un hombre que tenía el triple de su edad.¹⁷ Esta clase de desdén es menos común en la actualidad de lo que era hace cincuenta años; sin embargo, suele considerarse que las mujeres están deprimidas

cuando no muestran la vitalidad que su esposo espera o exige y que las mujeres han aprendido a esperar o exigir de ellas mismas. No obstante, este principio tiene sus complicaciones, pues también se afirma que los hombres subestiman la depresión de las mujeres porque el retraimiento se confunde con pasividad femenina. Las mujeres que intentan adaptarse a los ideales de feminidad pueden comportarse como si estuvieran deprimidas en una muestra de conformismo, o pueden sentirse deprimidas como consecuencia de su incapacidad para ceñirse a una anticuada definición de feminidad.¹⁸ Las mujeres que se quejan de depresión posparto en algunos casos pueden estar expresando solo su conmoción y decepción por no poder sentir el tipo de afecto extraordinario que el cine y la televisión han descrito como la esencia de la nueva maternidad. Se les ha dicho demasiadas veces que el amor maternal es orgánico, lo cual ellas interpretan como algo que no supone esfuerzo, y se deprimen ante la ambivalencia que suele acompañar a los cuidados infantiles.

La crítica feminista Dana Crowley Jack ha sistematizado estas ideas como componentes de la pérdida de voz o la pérdida de identidad en la mujer. «En la medida en que estas mujeres dejan de oírse cuando hablan a su pareja, son incapaces de sustentar las convicciones y sentimientos del “yo”, y en cambio se deslizan en una duda con respecto a la legitimidad de su experiencia íntima.» La tesis de Jack consiste en que las mujeres que no pueden comunicarse efectivamente con su pareja (sugiere que en la mayor parte de los casos porque él no está dispuesto a escuchar) caen en el silencio. De hecho hablan con menos frecuencia, desautorizan sus propias afirmaciones con frases como «No sé» o «Ya no estoy segura». Para evitar que su matrimonio o relación fisurada se rompa por completo, estas mujeres intentan adaptarse a un modelo ideal de la condición de mujer en el que expresan lo que creen que su pareja desea oír, y así se vuelven falsas incluso en las interacciones íntimas, sencillamente diluyéndose como personas. Jack afirma: «Las mujeres asumen la total negación de su identidad como parte de su búsqueda de intimidad». En realidad, las relaciones exitosas suelen ser las que se dan en parejas en las cuales las cuotas de poder se adaptan a las diversas circunstancias que enfrentan juntos o por separado. Es verdad, sin embargo, que las mujeres suelen tener menos dinero o menor control financiero, y que en las relaciones imperfectas las mujeres aceptan malos tratos y palizas con más facilidad que los hombres. Este es uno más de los círculos viciosos típicos de la depresión: las mujeres deprimidas son menos capaces de defenderse de los malos tratos y por eso son más numerosos los malos tratos que reciben, como consecuencia de lo cual, se deprimen cada vez más, lo que las vuelve aún más incapaces de defenderse.

Jack piensa que el sistema de poder masculino menosprecia la depresión de

las mujeres. En uno de sus momentos de exceso Jack describe el matrimonio como «el más persistente de los mitos de encarcelamiento de las mujeres», y en otro trabajo escribe que las mujeres son «blancos fáciles de la depresión, una depresión secuestrada por el patriarcado y privada de su naturaleza orgánica y mítica y, en consecuencia, de sus propiedades curativas».¹⁹ Esta expresión tiene su eco en otros escritos feministas radicales acerca de la depresión en las mujeres. Otro crítico, Jill Astbury, sugiere en su examen del tema que nuestra noción de depresión femenina es una construcción del todo masculina: «La cuestión acerca de la tendencia de las mujeres a la depresión contiene un supuesto que rara vez se hace explícito. Tiene que ver con el hecho de considerar los índices femeninos de depresión como patológicos, como demasiado elevados y como un problema. La única posición desde la que es posible semejante punto de vista es la que supone que los índices masculinos de depresión constituyen una norma, son en sí mismos poco problemáticos y proporcionan el único punto de partida razonable a partir del cual puede medirse la patología de las mujeres. El carácter prevalente del enfoque androcéntrico puede apreciarse si, en lugar de preguntar por el problema de la depresión femenina, los índices de depresión en los hombres son planteados como problemáticos, desconcertantes y necesitados de aclaración. ¿Por qué —se podría preguntar, pero no suele hacerse— los índices masculinos son tan anormalmente bajos? ¿Acaso la testosterona interfiere el desarrollo de la plena humanidad y de la sensibilidad afectiva?», etc.²⁰ Estos argumentos recurrentes presentados por eruditos en el tema, por lo general en libros publicados por importantes universidades (Harvard University Press publica a Jack y Oxford hace lo propio con Astbury), parecen centrarse en la demonización que la sociedad hace de la depresión de las mujeres, como si esa depresión fuera inocua. Yo afirmaré que si uno no experimenta angustia personal por los síntomas, no padece depresión. Si uno sufre una angustia personal, es razonable y tal vez incluso generoso por parte del *establishment* invertir dinero en encontrar soluciones a esa angustia. Dado que los índices elevados de depresión femenina no reflejan una predisposición genética localizable, podemos afirmar con cierta seguridad que los índices de depresión entre las mujeres podrían quedar significativamente reducidos en una sociedad más equitativa. Pero mientras tanto, en general son las mujeres deprimidas quienes consideran su depresión como algo anormal y quienes desean hacer algo al respecto. A los maridos que maltratan y a los opresores patriarcales suelen agradecerles las mujeres deprimidas y no ven la depresión en estas como algo sintomático, de modo que son las mujeres con poder las que tienen más probabilidades de reconocer, etiquetar y tratar su depresión. La idea de que las mujeres están deprimidas debido a una conspiración patriarcal tiene cierta validez, pero la idea de que la sociedad hace que las mujeres se sientan mal con respecto a su depresión como parte de dicha conspiración, omite las afirmaciones de las

propias mujeres deprimidas con respecto a su experiencia personal con el trastorno.

• • •

La bibliografía otorga gran importancia a las características de la depresión femenina y dice muy poco acerca de cualquiera de las características de la depresión masculina. A muchos hombres deprimidos no se les diagnostica este trastorno porque la actitud que suelen tener ante los sentimientos depresivos no consiste en recluirse en el silencio del abatimiento sino en el ruido de la violencia, el consumo excesivo de sustancias diversas o la adicción al trabajo. El número de mujeres que informan sobre casos de depresión duplica al de hombres, pero estos tienen cuatro veces más probabilidades que las mujeres de cometer suicidio.²¹ Los hombres solteros, divorciados o viudos presentan un porcentaje mucho más alto de depresión que los casados.²² Los hombres deprimidos pueden mostrar lo que, con un eufemismo, se suele llamar «irritabilidad»: atacan a desconocidos, golpean a su esposa, consumen drogas y disparan a la gente. El autor Andrew Sullivan escribió recientemente que cuando se inyectaba testosterona —lo que hacía como parte del tratamiento para el VIH— aumentaba su tendencia a la violencia. En una serie de entrevistas que realicé a hombres que maltrataban a sus esposas, descubrí quejas coherentes de síntomas de depresión orgánica. «Llego a casa y me siento totalmente agotado —dice uno de ellos—, y ahí está esa mujer haciéndome esas malditas preguntas, y de solo oírla me empieza a latir la cabeza como si me golpearan con un martillo. Con eso no puedo comer, no puedo dormir, y ella habla todo el tiempo. No quiero lastimarla, pero debo hacer algo. Voy a volverme loco, ¿me entiende?» Otro dijo que cuando vio a su esposa se sintió «tan despreciable que quizá nunca vuelva a hacer nada si no doy un puñetazo o algo así».

Las palizas a la esposa son evidentemente una respuesta inadecuada a los sentimientos de depresión, pero con frecuencia los síndromes están ligados de manera estrecha. Parece probable que muchas otras conductas controvertidas y perjudiciales sean manifestaciones de la depresión en los hombres. En la mayor parte de las sociedades occidentales la admisión de vulnerabilidad se considera femenina, lo cual ejerce un efecto negativo en los hombres, pues les impide la expresión de los sentimientos, de los cuales se avergüenzan. El hombre agresivo que cree que golpear a su esposa es la única manera de afirmar su presencia en el mundo, participa de la idea de que el dolor afectivo siempre es una llamada a la acción, y que el afecto sin acción lo niega como hombre. Es una pena que muchos hombres que se comportan mal —en el más amplio sentido de la palabra— no reciban tratamiento antidepresivo. Si las mujeres experimentan una agudización

de su depresión porque no son tan felices como creen que deberían serlo, los hombres padecen un incremento de su depresión porque no son tan valientes como creen que deberían serlo. En su mayoría, los malos tratos son una forma de cobardía, y una manifestación de cobardía es un signo razonable de depresión. Lo sé por experiencia propia: una vez tuve miedo de una chuleta de cordero, y es una sensación paralizante.

Desde mi primera depresión he vivido varios episodios de violencia y me he preguntado si éstos —de los que no había precedentes en mi vida— se relacionaban con la depresión, si eran parte de sus secuelas, o en cierto modo se asociaban con la ingesta de antidepresivos. Cuando era niño rara vez golpeaba a nadie salvo a mi hermano, y la última vez que lo hice fue cuando contaba doce años. Pero un día, a los treinta y pico, fui presa de una furia irracional y empecé a tramitar asesinatos. Finalmente descargué esa furia destrozando unos retratos míos que una novia había colgado en su casa, y dejé los cristales rotos en el suelo y, en medio, el martillo.

Un año más tarde tuve una seria pelea con un hombre al que quise muchísimo y por el que me sentí absoluta y cruelmente traicionado. Ya me encontraba en un estado en cierta manera depresivo, de modo que me puse furioso y lo atacé con una ferocidad diferente de la que había experimentado antes, pues lo empujé contra la pared y lo golpeé repetidas veces hasta romperle la mandíbula y la nariz. El hombre fue hospitalizado, y nunca olvidaré la sensación que me produjo su rostro deformándose con cada uno de mis puñetazos. Recuerdo que después de golpearlo tuve su cuello entre mis manos, y que fue necesario una poderosa llamada de mi superyó para evitar que lo estrangulara. Cuando la gente expresó su horror ante mi agresión, les dije casi lo mismo que me había dicho aquel hombre que maltrataba a su mujer: me sentí como si estuviera desapareciendo, y en algún lugar recóndito y primitivo de mi cerebro sentí que la violencia era la única manera de afianzar mi presencia física y mental en el mundo. Estaba apesadumbrado por mi conducta; sin embargo, aunque una parte de mí lamenta el sufrimiento de mi amigo, otra no se arrepiente de lo ocurrido, porque creo con sinceridad que me habría vuelto loco de forma irremisible si no hubiera actuado como lo hice. Aún mantengo relación con este amigo, y puede decirse que su violencia emocional y mi violencia física alcanzaron un curioso equilibrio.

Parte de la sensación de miedo paralizante e impotencia que me atenazaba en esa época era aliviada por aquellos actos salvajes. No acepto la conducta de los maltratadores ni apruebo lo que hacen. Cometer actos violentos no es una buena manera de tratar la depresión, pero resulta efectiva. Negar el poder curativo innato

de la violencia sería un error terrible. La noche de la pelea llegué a mi casa cubierto de sangre y con una sensación de horror y al mismo tiempo de euforia. Me sentía por completo aliviado.

Nunca he golpeado a una mujer, pero unos ocho meses después del episodio que acabo de relatar, grité a una de mis mejores amigas y la humillé en público porque ella quería cambiar la cita que teníamos para cenar. Me di cuenta entonces de que la depresión puede manifestarse con facilidad en forma de rabia. Desde que he salido de la zona más profunda de mi depresión esos impulsos están bajo control. Soy capaz de desarrollar una gran ira, pero es habitual que se halle vinculada a acontecimientos específicos, y mi respuesta a estos suele ser proporcionada, más considerada y menos impulsiva, y no física. Mis ataques han sido sintomáticos, lo cual no me exonera de mi responsabilidad por la violencia, pero ayuda a encontrarle un sentido. No apruebo esa conducta.

Ninguna de las mujeres deprimidas que he conocido ha descrito estos sentimientos del mismo modo; en cambio, muchos hombres me han manifestado impulsos similares de destructividad. Muchos han sido capaces de evitarlos, otros se han dejado arrastrar y, como resultado de ello, se han sentido liberados del terror irracional. No creo que la depresión femenina sea diferente de la masculina, pero sí pienso que las mujeres son diferentes de los hombres, y que sus maneras de enfrentarse a la depresión también suelen ser distintas. Las feministas que desean evitar la patologización de lo femenino y los hombres que creen que pueden negar su estado emocional no podrán evitar los problemas. Resulta interesante el hecho de que los hombres judíos, que como población son poco partidarios de la violencia, presentan un índice de depresión mucho más elevado que los hombres no judíos;²³ de hecho, los estudios han revelado que presentan el mismo índice de depresión que las mujeres judías. El género, pues, desempeña un papel importante no solo en cuanto a quién sufre depresión, sino también en el hecho de cómo se manifiesta esa depresión y, en consecuencia, cómo es posible contenerla.

Las madres deprimidas no suelen ser buenas madres, aunque las depresivas que son activas en exceso a veces pueden enmascarar la enfermedad y cumplir con su papel en la crianza de los hijos. Mientras que algunas madres deprimidas se preocupan con facilidad por sus hijos y, por tanto, se comportan de manera errática, muchas de ellas simplemente dejan de interactuar con sus hijos; son poco afectuosas y retraídas; no suelen establecer con claridad las reglas o los límites; tienen poco amor que brindar; se sienten impotentes ante las demandas de sus

hijos; su conducta es desordenada, se enfadan sin motivo aparente y luego, en un paroxismo de culpabilidad, expresan un afecto extravagante por razones igualmente poco claras; no pueden ayudar a los niños a ordenar sus propios problemas, y las respuestas que les dan no dependen de lo que los niños hacen, ni de sus necesidades. Y esos niños lloran con frecuencia, son iracundos y agresivos, y a menudo son incapaces de desarrollar conductas generosas. Sin embargo, a veces muestran una tendencia a dichas conductas y se sienten responsables por el sufrimiento del mundo. Es muy probable que las niñas exageren y por eso se sientan desdichadas, pues al no percibir una mejoría en el estado de ánimo de su madre pierden la capacidad de modificar el suyo.²⁴

Las primeras manifestaciones de depresión infantil, que aparecen ya en bebés de tres meses,²⁵ se dan especialmente en hijos de madres deprimidas. Estos niños no sonríen y suelen apartar la cabeza ante la gente, incluso ante sus padres, y se sienten más cómodos cuando no están mirando a nadie que cuando observan a su madre deprimida. Las pautas de onda cerebral de estos niños son definidas, y si se trata con éxito la depresión de la madre, estas pautas mejoran. En niños mayores, sin embargo, las dificultades de adaptación pueden no solucionarse de forma tan rápida. Así, niños en edad escolar con madres deprimidas mostraron hallarse muy mal adaptados incluso un año después de que los síntomas maternos hubieran remitido.²⁶ Los hijos de progenitores que han padecido depresión tienen una desventaja significativa. Cuanto más seria es la depresión de la madre, más grave puede llegar a ser la depresión del niño, aunque algunos de ellos parecen darse cuenta de la depresión materna de una manera más radical y empática que los demás. En general, los hijos de una mujer deprimida no solo reflejan, sino que también magnifican, el estado de su madre. Incluso diez años después de una evaluación inicial, estos niños sufren un perjuicio social significativo y corren tres veces más riesgo de sufrir depresión y cinco veces más riesgo de padecer trastornos de pánico y dependencia del alcohol.²⁷

Para mejorar la salud mental de los niños a veces es más importante tratar a la madre que tratar directamente al niño, e intentar modificar las pautas familiares negativas para incorporar flexibilidad, fortaleza, cohesión y capacidad para resolver problemas. Los progenitores pueden asociarse a fin de afrontar la depresión de sus hijos incluso si la relación entre ellos tiene muchos defectos, aunque mantener un frente único y claro puede representar un desafío. Los niños de madres deprimidas tienen más dificultades que los de madres esquizofrénicas:²⁸ la depresión tiene un efecto singularmente inmediato en los mecanismos básicos

del cuidado de los niños. Los hijos de mujeres deprimidas pueden sufrir no solo de depresión sino también de trastorno por déficit de atención, angustia de separación y trastorno de conducta;²⁹ se desempeñan mal en entornos sociales y académicos, a pesar de que son inteligentes y disponen de algunas cualidades de personalidad atractivas; presentan niveles inusualmente altos de dolencias físicas (alergias, asma, resfriados frecuentes, fuertes dolores de cabeza, dolor de estómago) y se quejan de sentirse poco seguros. A menudo se muestran paranoides.

Arnold Sameroff, de la Universidad de Michigan, es un psicólogo evolutivo que considera que todo lo existente en el mundo es una variable experimental, que todos los acontecimientos están determinados por completo, y que nada se puede entender salvo conociendo los misterios de la creación. Sameroff sugiere que aunque las personas poseen algunas afecciones comunes, tienen experiencias individuales con constelaciones individuales de afecciones y redes individuales de causas. «Ya se sabe, están esas hipótesis del gen único —dice—. Tienes el gen o no lo tienes, y son muy atractivas para esta sociedad de soluciones rápidas. Pero nunca va a funcionar.» Sameroff ha observado a los niños de personas con depresión grave y ha descubierto que estos, incluso si empiezan a un mismo nivel cognitivo que sus pares, se deterioran a los dos años. Cuando cumplen cuatro, claramente son «más tristes, menos interactivos, más retraídos y muestran un rendimiento inferior». Para responder a ello propone cinco importantes explicaciones posibles, todas ellas, según él, intervienen en diversos mosaicos: la genética; el aprendizaje por imitación, que se da en los niños que repiten aquello que experimentan; la indefensión aprendida, que consiste en interrumpir el intento de conectarse debido a una falta de aprobación por parte de los padres de la búsqueda afectiva; la asunción de roles, por la cual el niño ve las ventajas que un padre enfermo obtiene por estarlo y decide por tanto asumir el rol de enfermo, y el retraimiento, como consecuencia de no ver placer en la comunicación entre progenitores desdichados. Luego están todas las explicaciones secundarias: los padres deprimidos tienen más probabilidades que los demás padres de consumir una excesiva cantidad de sustancias. ¿Qué clase de tratamiento o trauma experimenta un niño que está en manos de personas que consumen sustancias en exceso? Eso lo llevaría directamente al estrés.³⁰

Un estudio reciente ha elaborado una lista de doscientos factores que pueden contribuir a la hipertensión arterial.³¹ «A un nivel biológico —explica Sameroff—, la tensión sanguínea se rige en realidad por mecanismos bastante sencillos. Si existen doscientos factores que influyen en ella, imagine cuántos factores deben de intervenir en una experiencia compleja como la depresión.» Desde el punto de vista de Sameroff, la coincidencia de una serie de factores de

riesgo es la base de la depresión. «Las personas que reúnen un grupo de factores de riesgo son aquellas que sufren lo que llamamos un trastorno —continúa Sameroff—. Consideramos que, en términos de depresión, la herencia no es un factor pronóstico tan poderoso como la posición socioeconómica; sin embargo, la interacción entre herencia y posición socioeconómica era el factor pronóstico más potente de todos. Pero entonces, ¿cuáles eran los componentes claves de una posición socioeconómica baja que hacía que los niños pequeños se deprimieran en gran medida? ¿Era falta de educación por parte de los progenitores? ¿Falta de dinero? ¿Escaso apoyo social? ¿El número de niños en la familia?» Sameroff elaboró una lista de diez variables de esta clase y luego las correlacionó con grados de depresión, y descubrió que cualquier variable negativa aislada podía contribuir a un estado de ánimo deprimido, pero que cualquier conjunto de esas variables producía síntomas clínicos significativos, además de un cociente intelectual bajo. Sameroff realizó entonces una investigación que demostró que el niño de un progenitor seriamente enfermo tenía probabilidades de desempeñarse mejor que los hijos de un progenitor moderadamente enfermo. «Resulta que si uno está muy, muy enfermo, alguien se hace cargo de él. Si hay dos progenitores, el que no está enfermo sabe que debe hacer el trabajo, y el niño tiene una forma de entender qué ocurre en la familia; percibe que uno de sus progenitores está mentalmente enfermo, de modo que no quedan sin respuesta todas esas preguntas que afligen a los hijos de quienes padecen una enfermedad mental leve. ¿Se da cuenta? No es previsible según un sencillo sistema lineal. Cada depresión tiene su propia historia.»

Si bien los escasos cuidados por parte de los padres o el hecho de que estos se encuentren deprimidos pueden causar depresión en los hijos, la buena atención paterna puede ayudar a disiparla o aliviarla. El viejo principio freudiano de culpar a la madre ha sido descartado, pero el mundo de los niños aún está definido por sus padres, y ellos pueden aprender cierto grado de resistencia o debilidad de su madre, de su padre o de otros cuidadores. En efecto, muchos protocolos de tratamiento incluyen ahora el entrenamiento de los padres en intervenciones terapéuticas con sus hijos, intervenciones que deben basarse en el simple hecho de escuchar. Los niños constituyen una población diferente y no se les puede tratar como si solo fueran adultos en miniatura. La firmeza, el amor, la coherencia y la humildad deben conjugarse en los enfoques de los padres con respecto a los niños deprimidos. Un niño que ha visto que uno de sus progenitores soluciona un problema, obtiene de ello una gran fortaleza.

Una forma definida de depresión, denominada depresión anaclítica,³² tiene lugar en la segunda mitad del primer año de vida en niños que han estado

separados de su madre. En diferentes combinaciones y niveles de gravedad, este tipo de depresión combina aprensión, tristeza, llanto frecuente, rechazo del entorno, retraimiento, retraso, aletargamiento, falta de apetito, insomnio y expresiones de desdicha. La depresión anaclítica puede evolucionar hacia una «imposibilidad de prosperar»³³ que comienza a los cuatro o cinco años. Los niños que padecen esta afección no carecen de afecto y no establecen vínculos, y a los cinco o seis años pueden mostrar un exceso de mal genio e irritabilidad, duermen mal y comen poco. No hacen amigos y muestran un amor propio inexplicablemente escaso. Mojan la cama de forma continua, lo cual es una señal de ansiedad. Algunos se vuelven retraídos; otros, irritables y destructivos. Como los niños no suelen pensar en su futuro como lo hacen los adultos, y dado que no organizan sus recuerdos con lucidez, rara vez se preocupan por la falta de sentido de la vida. Como no han desarrollado el sentimiento abstracto, no sienten la impotencia y la desesperación características de la depresión en los adultos, pero pueden sufrir una negatividad persistente.

Estudios recientes han dado resultados estadísticos tan dispares que parecen ridículos: uno de ellos demostró de manera definitiva que la depresión afecta aproximadamente al 1 por ciento de los niños;³⁴ otro puso de manifiesto que alrededor del 60 por ciento de los niños experimentan trastornos afectivos importantes. Los intentos de evaluar a los niños a través de informes realizados por ellos mismos son más complicados que en el caso de poblaciones adultas. En primer lugar las preguntas deben plantearse de tal manera que no sugieran respuestas en apariencia «deseables»; los terapeutas deben ser lo bastante valientes para preguntar sobre el suicidio sin proponerlo como alternativa posible. Un terapeuta proporcionó la fórmula: «Muy bien, si odias tanto todas estas cosas de tu vida, ¿alguna vez piensas en cosas que podrías hacer para no tener que estar más aquí?». Algunos niños responden: «¡Qué pregunta estúpida!», y otros dicen «sí» y dan toda clase de detalles, mientras que otros se quedan callados y pensativos. El terapeuta tiene que observar el lenguaje corporal del niño, y debe persuadirlo de que está preparado para escuchar cualquier cosa. En esas circunstancias, los niños que sufren una depresión realmente seria hablan de suicidio. Una mujer deprimida a la que conocí, que se esforzaba por mantener una buena imagen ante sus hijos, describió la desesperación que sintió cuando su hijo de cinco años dijo: «La vida es horrible y muchas veces no quiero vivir». A los doce años realizó un intento serio de suicidio. «Dicen que quieren reunirse con alguien, tal vez un pariente que ha muerto —comenta Paramjit T. Joshi, que dirige la división de salud mental infantil del hospital Johns Hopkins—. Dicen que quieren dormir para siempre. Algunos niños de cinco años dicen exactamente: “Quiero morir; ojalá no hubiera nacido”. A ello siguen las conductas. Sabemos que muchos niños han saltado desde un

segundo piso. Algunos de ellos toman cinco comprimidos de Tylenol y creen que eso es suficiente para morir. Otros intentan cortarse las venas de las muñecas o los brazos, o asfixiarse, o colgarse. Muchos niños se ahorcan en el cuarto de baño con un cinturón. Algunos llegan a este extremo porque han sido maltratados o abandonados, pero otros manifiestan estas conductas sin motivo aparente. ¡Gracias a Dios, rara vez son lo bastante competentes para tener éxito!» En realidad pueden ser sorprendentemente competentes, ya que los suicidios de niños con edades comprendidas entre los diez y los catorce años se incrementaron un 120 por ciento entre principios de los años ochenta y mediados de los noventa. Los que tienen éxito suelen utilizar medios agresivos: casi el 85 por ciento de las muertes se producen por armas de fuego o ahorcamiento. El porcentaje ha ido en aumento ya que los niños, al igual que sus padres, experimentan un estrés cada vez mayor.

Los niños pueden ser tratados —y lo son cada vez más— con Prozac o nortriptilina, ambos en solución líquida, añadidos en gotas a un vaso de zumo. Esta clase de medicación parece ayudar, aunque no existen estudios adecuados acerca de cómo operan estos medicamentos en los niños y tampoco si son seguros o efectivos. «Hemos internado a niños en orfanatos terapéuticos», dice Steve Hyman, director del Instituto Nacional de Salud Mental. Solo se han investigado algunos de los antidepresivos con el fin de comprobar que su empleo es seguro en niños, y casi ninguno para probar su eficacia. Las experiencias varían de forma amplia. Por ejemplo, un estudio demostró que los ISRS funcionan mejor con niños pequeños y con adultos que con adolescentes, mientras que otro demostró que los IMAO son más efectivos en niños pequeños. No deberíamos tomar los resultados de ninguno de estos estudios como definitivos, pero en cambio señalan la clara posibilidad de que el tratamiento de niños puede ser diferente del tratamiento de adolescentes, y que ambos pueden ser diferentes del tratamiento de adultos.³⁵

Los niños deprimidos también requieren terapia. «Uno solo debe mostrarles que está con ellos —dice Deborah Christie, una carismática psicóloga infantil que es asesora del hospital del University College London and Middlesex—. Y tiene que lograr que ellos estén con uno. Yo utilizo mucho la metáfora de subir una montaña. Imaginamos que nos hallamos en un campamento base y simplemente pensamos qué equipo necesitaremos y cuántas personas deberíamos subir juntas, y si deberíamos formar una cordada. Y tal vez tomemos la decisión de efectuar el ascenso, o quizá decidamos que aún no estamos listos para hacerlo, pero tal vez podemos rodear la montaña para ver cuál es el camino más fácil o mejor para subir. Y uno tiene que reconocer que ellos ascenderán un poco, que uno no puede alzarlos y subirlos hasta allí, pero que puede estar junto a ellos durante todo el camino. Allí es donde hay que empezar; hay que despertar en ellos alguna

motivación. Los niños que están de verdad deprimidos no saben qué decir ni por dónde empezar, pero saben que quieren cambiar. Nunca vi un niño deprimido que no admitiera el tratamiento sabiendo que con ello tenía una posibilidad de cambiar las cosas. Una niña estaba demasiado deprimida para hablarme, pero podía escribir, así que empezó a escribir estas palabras, al azar, en papeles engomados, y luego me los pegaba en el cuerpo, y al final de la sesión yo me había convertido en un mar de las palabras que ella deseaba que yo entendiera. Yo acepté su lenguaje y también empecé a escribir palabras en papeles engomados y a colocarlos encima de ella, y así rompimos su muro de silencio.» Hay muchas otras técnicas que han demostrado resultar útiles para ayudar a los niños a reconocer y mejorar su estado de ánimo.

«En los niños —dice Sylvia Simpson, psiquiatra del hospital Johns Hopkins—, la depresión obstaculiza el desarrollo de la personalidad, pues toda la energía se centra en combatir la depresión. Esto no hace que con posterioridad la vida sea menos deprimente, pues la persona se encuentra en un mundo en el que espera poder establecer relaciones, y no sabe cómo hacerlo.» Los niños que padecen depresión estacional, por ejemplo, suelen pasar muchos años con problemas en el colegio, y nadie se percata de su trastorno porque coincide con el año escolar. Es difícil saber cuándo y con cuánta agresividad tratar estos trastornos. «Yo trabajo sobre la base de la historia familiar —explica Joshi—. Puede estar muy poco claro si se trata de un trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) o de depresión real, o si un niño que presenta TDAH ha desarrollado también depresión; o si se trata de un trastorno de adaptación relacionado con los malos tratos o de enfermedad depresiva.» Muchos niños que presentan TDAH muestran problemas graves de disciplina, y a veces la respuesta natural consiste en castigar al niño, pero este no necesariamente es capaz de controlar sus actos si estos están vinculados a alteraciones cognitivas y neurobiológicas profundas. Por supuesto, los trastornos de conducta tienden a hacer que estos niños resulten antipáticos incluso para sus padres, lo cual agudiza la depresión, favoreciendo así la espiral que profundiza el trastorno.

«Cuando vienen a consultarme, advierto a los padres de estos niños —dice Christie—: “Bien, vamos a eliminar la actitud de enfado, pero después es posible que el niño se encuentre triste durante algún tiempo”. Los niños nunca vienen a la terapia por iniciativa propia, de modo que uno debe preguntarles por qué creen que están allí y qué es lo que según ellos funciona mal. Es una situación muy distinta de aquella en la que la gente busca ayuda psicológica por su cuenta.» Uno de los elementos importantes del trabajo terapéutico con niños pequeños es la creación de un mundo alternativo de fantasía, una versión mágica del espacio

seguro de las terapias psicodinámicas. Pedir a los niños que mencionen sus deseos revelará a menudo la naturaleza exacta de sus déficits de amor propio. Es importante, como táctica inicial, lograr que los niños que guardan silencio empiecen a hablar. Muchos de ellos no logran explicar sus sentimientos salvo para decir que se sienten bien o que no se sienten bien, de modo que se les debe suministrar un nuevo vocabulario; y se les debe enseñar, según el modelo cognitivo, la diferencia entre pensamientos y sentimientos, y así puedan aprender a usar pensamientos para controlar sentimientos. Un terapeuta describió la vez en que le pidió a una niña de diez años que durante dos semanas llevara un diario de pensamientos y sentimientos y que luego se lo mostrara. «Podrías decir que tu pensamiento es: “Mamá está enfadada con papá”. Y tu sentimiento podría ser: “Estoy asustada”.» Pero la distinción iba más allá de la comprensión cognitiva de esta niña, porque su depresión había inutilizado su funcionamiento cognitivo. Cuando ella llegó con su diario, el terapeuta vio que había escrito cada día: «Pensamientos: “Estoy triste”; Sentimientos: “Estoy triste”.». En su jerarquía, el mundo del pensamiento y el mundo del sentimiento eran, sencillamente, inseparables. Un tiempo después fue capaz de hacer un gráfico circular de sus ansiedades: esta proporción de su ansiedad se debía a la escuela, esta otra se debía a casa, aquella otra a la gente que la odiaba, esta cantidad se debía al hecho de ser fea, etc. Un terapeuta al que conocí me dijo que los niños que han trabajado con ordenadores suelen ser sensibles a metáforas que funcionan según principios tecnológicos, de modo que les decía que la mente posee programas para procesar el temor y la tristeza y que el tratamiento eliminaría los virus de esos programas. Los buenos terapeutas infantiles informan y al mismo tiempo distraen a sus pacientes, como ha observado Christie: «No hay nada tan poco relajante para los chicos que el que les digan que se relajen».

La depresión también es un problema agudo para los niños que sufren enfermedad o incapacidad física. «Acuden a la consulta niños con cáncer que son constantemente mortificados por los tratamientos, y que responsabilizan a sus padres por el castigo que dichos tratamientos implican. Como consecuencia de ello, los padres se angustian, y entonces todos se sienten deprimidos —comenta Christie—. La enfermedad alimenta el misterio, y el misterio nutre la depresión. Visité a una madre con su hijo, que estaba muy deprimido, y le dije: “Bien, dígame por qué ha venido”, y la madre me respondió delante del pequeño, en un aparte pero con voz normal: “Tiene leucemia, pero no lo sabe”. Fue increíble. Entonces le pedí que me dejara unos minutos a solas con el pequeño y le pregunté por qué había venido a verme. Me dijo que se debía a que tenía leucemia, pero que no se lo dijera a su madre porque no deseaba que ella supiera que él lo sabía. De modo que la depresión estaba relacionada con una cuestión de comunicación, que entraba en

juego y se agudizaba debido a la leucemia y a los tratamientos que esta requería.»

Se ha demostrado que los niños deprimidos suelen convertirse en adultos deprimidos.³⁶ El 4 por ciento de los adolescentes que han experimentado depresión infantil se suicidan, mientras que un gran número de ellos llevan a cabo intentos de suicidio y tienen elevados índices en casi todos los problemas graves de adaptación social. La depresión se desarrolla entre un buen número de niños antes de la pubertad, pero alcanza su punto más alto durante la adolescencia, y al menos el 5 por ciento de los adolescentes padecen depresión clínica.³⁷ Es frecuente que en esta etapa el trastorno se combine con un consumo excesivo de sustancias o con trastornos de ansiedad. Los padres subestiman la profundidad de la depresión de sus hijos adolescentes,³⁸ quizá porque la depresión adolescente es confusa y porque la propia etapa adolescente normal manifiesta aspectos semejantes a la sintomatología depresiva, ya que es una época de afectos extremos y sufrimiento desproporcionado. Más del 50 por ciento de los alumnos de secundaria han «pensado en matarse».³⁹ «Al menos el 25 por ciento de los adolescentes que se encuentran detenidos sufren de depresión —señala Kay Jamison, una importante autoridad en la enfermedad maníaco-depresiva—. Esta situación podría tratarse y ellos empezarían a poner menos obstáculos, pues cuando llegan a adultos, al nivel elevado de depresión se le suma una conducta negativa que ha arraigado en la personalidad, de modo que tratar la depresión ya no será suficiente.» La interacción social también es un factor importante, y la aparición de las características sexuales secundarias a menudo conduce a la confusión afectiva. Las actuales investigaciones están encaminadas a retrasar la aparición de los síntomas depresivos, ya que cuanto más temprano empieza la depresión, más probable es que la persona resista al tratamiento. Según un estudio,⁴⁰ aquellas personas que experimentan episodios depresivos en la infancia o en la adolescencia multiplican por siete el porcentaje de depresión adulta de la población general.⁴¹ Según otro estudio, el 70 por ciento de ellos sufrirán recidivas.⁴² La necesidad de intervenciones tempranas y terapias preventivas es absolutamente evidente. Los padres deberían vigilar la aparición de un aislamiento notorio, de los trastornos en la alimentación y del sueño y de una actitud autocrítica. Un profesional debería evaluar a los niños que muestran estos signos de depresión.

Los adolescentes no suelen explicarse con claridad (en especial, los varones), y quienes se encargan de desarrollar tratamientos les prestan poca atención. «Hay adolescentes que vienen a la consulta, se sientan en un rincón y dicen: “A mí no me ocurre nada” —explicaba un terapeuta—. Yo nunca los contradigo, y respondo: “¡Bueno, eso es fantástico! ¡Qué maravilla que no estés deprimido como muchos jóvenes de tu edad y como tantos otros que vienen a verme. Cuéntame cómo es

sentirse absolutamente bien. Cuéntame cómo es estar aquí en este momento y sentirse del todo bien”. Intento darles oportunidades de pensar y sentir junto con alguien más.»

Es difícil diferenciar hasta qué punto los abusos sexuales causan depresión mediante procesos orgánicos directos, y hasta qué punto la depresión es consecuencia del tipo de entorno familiar desestructurado en el que suelen producirse dichos abusos. Los niños que son víctimas de estos suelen tener pautas de conducta autodestructivas y elevados niveles de agresividad. Por lo general crecen en el miedo constante; su mundo es inestable, lo cual desequilibra su personalidad. Un terapeuta describe a una mujer joven que había sufrido abusos sexuales y no se fiaba de nadie ni podía creer que alguien pudiera cuidarla: «Lo único que ella necesitaba era que yo actuara con coherencia en mis interacciones con ella» para romper la automática desconfianza con la que ella se relacionaba con el mundo.⁴³ Los niños a los que desde un principio se les priva de amor y de estímulos que propicien el desarrollo cognitivo suelen quedar incapacitados de forma permanente. Una pareja que había adoptado un niño de un orfanato ruso, decía: «A los cinco años este niño parecía no poder pensar en términos de causa y efecto; no sabía que las plantas son seres vivos y que los muebles no lo son». Desde entonces han intentado compensar este déficit, pero reconocen que no será posible lograr una recuperación completa.⁴⁴

Para otros niños, aunque la recuperación parezca imposible, la adaptación no lo es. Christie describe a una niña que sufría espantosos dolores de cabeza crónicos, «como si me golpearan la cabeza con un martillo», que había renunciado a todo en su vida debido a las jaquecas. No podía ir a la escuela, ni jugar, ni interactuar con otras personas. Cuando vio a Christie por primera vez le anunció: «No podrás hacer que se me pasen los dolores de cabeza». Christie le respondió: «No, tienes razón. No podré. Pero imaginemos maneras de colocar ese dolor en una parte de tu cabeza, y veamos si puedes usar otra parte, incluso mientras sientas los martillazos». Christie comenta: «El primer paso consiste en creer lo que el niño dice, aunque en apariencia sea falso o poco plausible; creer que incluso si el niño está utilizando un lenguaje metafórico que parece carecer de sentido, para él debe de tenerlo». Después de un exhaustivo tratamiento, la niña dijo que podía asistir a la escuela a pesar de los dolores de cabeza; luego empezó a tener amigos a pesar de dichos dolores, y al cabo de un año la jaqueca había desaparecido.

El tratamiento de los ancianos deprimidos siempre ha sido insuficiente, en

gran parte debido a que la sociedad considera la vejez como una etapa deprimente.⁴⁵ El supuesto de que es lógico que las personas mayores sean desdichadas nos impide ocuparnos de esa desdicha, lo que hace que mucha gente viva el resto de sus días en medio de un sufrimiento afectivo extremo e innecesario. Ya en el año 1910, Emil Kraepelin, padre de la psicofarmacología moderna, se refirió a la depresión entre los ancianos como una melancolía involutiva.⁴⁶ Desde entonces, el colapso de las tradicionales estructuras de atención sanitaria y el hecho de considerar que la gente mayor carece de importancia ha empeorado la situación. Los ancianos que viven en residencias geriátricas tienen el doble de posibilidades de sufrir depresión que los que no viven en ellas; en realidad, se ha sugerido que más de un tercio de los que viven en estos centros están deprimidos de modo significativo.⁴⁷ Resulta sorprendente que los efectos de los tratamientos con placebo en pacientes ancianos son considerablemente más elevados de lo habitual, lo cual sugiere que estas personas experimentan algún beneficio de las circunstancias que rodean el hecho de tomar un placebo, más allá de los convencionales beneficios psicossomáticos de considerar que están recibiendo medicación. El control y las entrevistas que forman parte del seguimiento de un estudio, la regulación cuidadosa y el enfoque psicológico tienen un efecto significativo. La gente mayor se siente mejor cuando se les presta más atención. Los ancianos de nuestra sociedad deben de sentirse terriblemente solos para que la mínima respuesta que proporciona la sociedad sea suficiente para mejorar su estado de ánimo.

Si bien los factores sociales que conducen a los ancianos a la depresión son poderosos,⁴⁸ los cambios orgánicos importantes también afectan al estado de ánimo. A edades avanzadas, el nivel de neurotransmisores es más bajo.⁴⁹ La serotonina en las personas de más de ochenta años se reduce a la mitad del nivel registrado a los sesenta.⁵⁰ Por supuesto, en esta etapa de la vida el organismo experimenta numerosos cambios metabólicos y reequilibrios químicos, y por ello la reducción del nivel de neurotransmisores carece, por lo que sabemos, del efecto inmediato que producirían en una persona más joven.⁵¹ La importancia de los cambios en la plasticidad y la funcionalidad del cerebro durante la vejez también queda reflejada en el hecho de que el tratamiento antidepresivo tarda un tiempo especialmente largo en surtir efecto en las personas mayores.⁵² Los ISRS, que en un adulto de mediana edad tardan tres semanas en producir efectos, en un anciano con frecuencia demoran doce semanas o más. El porcentaje de éxito en el tratamiento, sin embargo, no se modifica con la edad, y la proporción de sujetos sensibles al tratamiento es la misma.⁵³

La terapia electroconvulsiva con frecuencia está indicada en los ancianos

por tres razones. La primera es que, a diferencia de los medicamentos, actúa de manera rápida. No es constructivo permitir que alguien se deprima cada vez más durante meses mientras se espera a que los medicamentos empiecen a aliviar su desesperación. Además, la TEC carece de las interacciones adversas propias de los fármacos que utilizan los ancianos, los cuales en muchos casos pueden limitar el alcance de los antidepresivos prescritos. Por último, los ancianos deprimidos suelen padecer fallos de memoria y pueden olvidarse de tomar la medicación, u olvidar que ya lo han hecho y tomar de más. La hospitalización durante un breve período de tiempo suele ser la mejor manera de cuidar a las personas mayores que sufren depresión grave.

Detectar la depresión en esta población puede ser difícil. Los problemas de la libido, que son importantes indicadores del trastorno en la gente joven, no desempeñan un papel significativo entre las personas mayores. Además, se sienten culpables con menor frecuencia que los depresivos más jóvenes. En lugar de experimentar somnolencia, los ancianos deprimidos suelen padecer de insomnio y habitualmente permanecen despiertos toda la noche, dominados por la paranoia. Manifiestan reacciones catastróficas muy exageradas ante cuestiones sin importancia, y suelen somatizar y quejarse de un gran número de dolores y achaques peculiares y de molestias debidas a la climatología. Se vuelven irritables y gruñones, y a menudo muestran una angustiada torpeza e indiferencia afectiva con quienes los rodean; otras veces, en cambio, manifiestan «incontinencia emocional»⁵⁴. Estos síntomas responden la mayoría de las veces a los ISRS. La depresión en esta edad suele ser consecuencia directa de los cambios orgánicos, incluida la menor irrigación sanguínea al cerebro, o resultado del sufrimiento y el sentimiento de pérdida de dignidad que causa el deterioro físico. La demencia senil suele ir acompañada de depresión, pero ambas dolencias, aunque pueden manifestarse de forma simultánea, son diferentes. En el caso de la demencia, disminuye la capacidad de las funciones mentales automáticas: la memoria básica, sobre todo la memoria a corto plazo, queda afectada. La depresión, en cambio, bloquea los procesos psicológicos que suponen un esfuerzo: los recuerdos complejos de largo plazo se tornan inaccesibles y se ve dificultado el procesamiento de nueva información. Pero la mayoría de los ancianos desconocen estas distinciones, pues suponen que los síntomas depresivos son manifestaciones propias de la edad y de la demencia senil, y es por eso que en general no dan los pasos básicos para mejorar su situación.

Cuando estaba cerca de los cien años, una de mis tías abuelas se cayó en su apartamento y se fracturó una pierna. Cuando salió del hospital en el que había sido ingresada y regresó a su casa tuvo dificultades para caminar, y solo con

mucho esfuerzo podía realizar los ejercicios que le había indicado su fisioterapeuta. Un mes más tarde se había recuperado de manera notable, pero ella aún temía andar y seguía luchando contra los movimientos. Se había acostumbrado a utilizar una silla con orinal que podía llevar junto a su cama, y se negaba a recorrer los escasos cinco metros que la separaban del cuarto de baño. Le había abandonado el orgullo que siempre la había caracterizado y no quería ir a la peluquería a la que había acudido dos veces por semana durante casi cien años. En realidad se negaba a salir para nada y seguía postergando una visita al podólogo a pesar de tener una uña encarnada que sin duda le provocaba dolor. Así pasaban las semanas, encerrada en su apartamento, y cuando mis primos la llamaban, rehusaba hablar con ellos. Entretanto, su sueño se había hecho irregular y agitado. Siempre había sido meticulosa con sus asuntos personales y en cierto modo reservada con respecto a los detalles, pero ahora me pedía que me ocupara de sus cuentas porque a ella le resultaban demasiado confusas. No podía asimilar información sencilla, de modo que me hacía repetir varias veces mis planes para el fin de semana, retraso cognitivo que casi parecía senilidad. Se volvió repetitiva, y aunque no estaba triste, se la veía en general sin vitalidad. Su médico de cabecera insistía en que ella estaba experimentando un estrés relacionado con un trauma, pero yo me daba cuenta de que se estaba preparando para morir y me parecía que era una respuesta inadecuada al hecho de haberse lesionado una pierna, al margen de la edad que tuviera.

Finalmente persuadí a mi psicofarmacólogo para que acudiera a su apartamento y la atendiera. Le diagnosticó de inmediato una depresión grave relacionada con la edad y le prescribió Celexa. Tres semanas más tarde la llevé al podólogo, en parte porque consideraba que su pie requería atención, pero sobre todo porque estimaba necesario que volviera a interactuar con el mundo. Cuando salimos a la calle me miró con ansiedad y pareció encontrar aquella actividad profundamente debilitante. Estaba confundida y aterrorizada de verdad. Dos semanas más tarde acudimos a una visita con el médico que se había ocupado de su pierna. En aquella ocasión mi tía se había puesto un vestido muy bonito, en el que había colocado un pequeño broche de perlas que solía llevar en tiempos más felices, y se había peinado y pintado los labios. Bajó la escalera sin protestar, y si era evidente que el hecho de salir le resultaba estresante y en la sala de espera se mostró quejumbrosa y algo paranoide, fue encantadora y muy elocuente con el médico. Al final de su visita estaba feliz por su curación, y mientras la enfermera y yo la llevábamos en silla de ruedas hasta la puerta de salida, agradeció efusivamente lo que habían hecho por ella. Yo estaba exultante al constatar aquellos signos de despertar en ella, pero no estaba preparado para oírle decir: «Cariño, ¿vamos a almorzar?». Fuimos a nuestro restaurante preferido, y con mi

ayuda incluso caminó unos pasos. Durante la comida nos contamos pequeñas anécdotas y reímos, y luego ella se quejó de que su café no estuviera suficientemente caliente e hizo que lo retiraran. Comprobé que volvía a estar viva, y aunque no puedo decir que siguió saliendo a comer con regularidad, a partir de entonces aceptó hacerlo de forma esporádica, y poco a poco recuperó su coherencia básica y su sentido del humor. Seis meses más tarde sufrió una hemorragia interna de escasa importancia y pasó tres días ingresada en el hospital. Yo estaba preocupado por ella, pero feliz de saber que su estado de ánimo le permitiría afrontar la situación sin sentirse confundida ni dominada por el pánico. La visité una semana después de su regreso a casa y me aseguré de que tuviera suficiente cantidad de medicamentos. Noté que el frasco de Celexa estaba tan lleno como la última vez que lo había mirado. «¿Has estado tomando esto?», le pregunté. «Oh, no —me respondió—. El médico me indicó que dejara de hacerlo.» Supuse que ella había entendido mal, pero su enfermera estaba presente cuando el médico le había dado las instrucciones y confirmó las palabras de mi tía. Me sentí realmente sorprendido y horrorizado, pues el Celexa carece de efectos secundarios gastroenterológicos, y parecía muy poco probable que fuera la causa de la hemorragia interna. No había ninguna buena razón para interrumpir el tratamiento, y menos aún para hacerlo de modo tan repentino, pues incluso una persona joven y sana debe abandonar la medicación de forma gradual y según un programa claro. Alguien que está obteniendo un beneficio considerable de una medicación no debería abandonarla, pero el gerontólogo que atendía a mi tía había decidido arbitrariamente que para ella sería bueno prescindir de los medicamentos «innecesarios». Telefoneé al médico para protestar y escribí una airada carta al director del hospital, e indiqué a mi tía que volviera a tomar la medicación. Ella vive bastante feliz y en el momento de publicar este libro le falta menos de un mes para cumplir los cien años. Dentro de dos semanas la llevaré a la peluquería a fin de que esté hermosa para la pequeña fiesta que estamos preparando para la ocasión. Yo la visito todos los jueves, y la tarde que pasamos juntos, que en otros tiempos era una pesada carga para mí, ahora resulta muy divertida. Hace unas semanas le di algunas buenas noticias de la familia y se puso a dar palmaditas y a cantar. Hablamos de muchas cosas y últimamente he aprovechado su sabiduría, característica que ha recuperado junto con la alegría de vivir.

La depresión suele ser la precursora de un daño mental severo. Parece predecir, en cierto modo, senilidad y enfermedad de Alzheimer, patologías que pueden coexistir con la depresión, o bien causarla.⁵⁵ El Alzheimer parece reducir el nivel de serotonina mucho más que el propio envejecimiento. Existen escasísimas posibilidades de alterar la confusión y el deterioro cognitivo que son la esencia de la senilidad o del Alzheimer, pero sí se puede aliviar el agudo dolor físico que

suele acompañar a estos trastornos. Se han llevado a cabo algunos experimentos para evaluar si los menores niveles de serotonina podrían ser responsables de la senilidad, pero parece más probable que la demencia dañe diversas zonas cerebrales, incluidas las responsables de sintetizar la serotonina. En otras palabras, la senilidad y los bajos niveles de esta son consecuencias distintas de una causa única.⁵⁶ Parece que los ISRS no tienen demasiada influencia en las capacidades motoras ni en las habilidades intelectuales perjudicadas por la senilidad,⁵⁷ pero un mejor estado de ánimo suele permitir a las personas mayores optimizar el uso de las capacidades con las que aún cuentan, de modo que en términos prácticos debe producirse algún grado de recuperación en el aspecto cognitivo. Los pacientes que padecen Alzheimer y otros ancianos deprimidos también parecen responder a medicamentos atípicos como la trazodona, que habitualmente no forman parte de los tratamientos de primera línea contra la depresión. También pueden responder a las benzodiazepinas, aunque estas suelen sedarlos demasiado.⁵⁸ El mejor efecto, por supuesto, lo produce la TEC. El hecho de que estos enfermos actúen de forma incoherente no tiene por qué condenarlos a la desdicha, de modo que no hay que renunciar al tratamiento y buscar el mejor de ellos. Entre los pacientes que muestran impulsividad sexual debido al Alzheimer —situación no poco común—, las terapias hormonales pueden resultar útiles,⁵⁹ pero a mí me parece bastante inhumano, a menos que los sentimientos sexuales causen desdicha a quienes los experimentan. Es necesario destacar que los pacientes que sufren de demencia no suelen responder a la psicoterapia.

La depresión a menudo es consecuencia de una apoplejía. Durante el primer año posterior a una hemorragia o a una isquemia cerebrales existe el doble de posibilidades de desarrollar una depresión.⁶⁰ Esto puede ser resultado del daño fisiológico recibido por algunas áreas del cerebro, y algunas investigaciones han sugerido que las lesiones del lóbulo frontal izquierdo tienen más posibilidades de desestabilizar las emociones.⁶¹ Después de una recuperación inicial, muchas personas mayores que han sufrido apoplejía tienen accesos de llanto muy intensos ante situaciones tanto negativas como positivas. Un paciente, por ejemplo, rompía a llorar entre veinticinco y cien veces al día, y cada acceso le duraba entre uno y diez minutos, lo cual lo dejaba tan exhausto que apenas podía hacer algo más. El tratamiento con ISRS enseguida logró controlar estos accesos, que sin embargo se reanudaron cuando abandonó la medicación, de modo que ahora la toma de forma permanente. Otro hombre que había tenido que abandonar su trabajo durante diez años debido a una depresión derivada de una apoplejía solía sufrir también accesos de llanto; el tratamiento con ISRS lo ayudó a recuperarse y a desarrollar una vida normal, y a los sesenta años volvió a trabajar.⁶² No cabe duda de que las lesiones por apoplejía en zonas concretas del cerebro tienen consecuencias

devastadoras en el plano afectivo, pero parece que en muchos casos estas consecuencias pueden controlarse.

A diferencia de los efectos del género y la edad sobre la depresión, no parecen existir determinantes biológicos relacionados con el aspecto étnico. Sin embargo, las expectativas culturales hacen que cada uno manifieste de una manera determinada las enfermedades. En su notable libro *Mad Travelers* (Viajeros locos), Ian Hacking describe un síndrome (un viaje físico mientras la persona se halla inconsciente) que afectó a muchas personas a finales del siglo XIX y que desapareció al cabo de algunos años. Nadie tiene el problema de realizar viajes físicos sin saber que lo hace; en cambio, algunos períodos históricos y estratos sociales se han visto afectados por ciertos síntomas mentales. «Cuando hablo de “enfermedad mental transitoria” —explica Hacking— me refiero a una enfermedad que aparece en un momento y en un lugar, y que después desaparece. Puede ser selectiva en cuanto a la clase social y el género y tener preferencia por mujeres pobres u hombres ricos. No digo que vaya y venga en este o aquel paciente, pero este tipo de locura existe solo en determinadas épocas y en determinados lugares.»⁶³ Hacking expone la teoría propuesta por Edward Shorter, según la cual el mismo tipo de persona que en el siglo XVIII ha sufrido desmayos y llantos convulsivos, y que en el siglo XIX ha padecido parálisis histérica o contracturas, es probable que ahora sufra depresión, fatiga crónica o anorexia.

Las relaciones entre etnia, educación y clase social, incluso entre los norteamericanos deprimidos, están demasiado enmarañadas como para realizar una clasificación, no obstante lo cual es posible esbozar algunas generalidades. Juan López, de la Universidad de Michigan, es un individuo jovial, cálido e irreverente, que tiene un fantástico sentido del humor. «Soy un cubano casado con una portorriqueña y tenemos un ahijado mexicano —dice—, y viví un tiempo en España. De modo que en lo que se refiere a la cultura latina tengo una base bastante clara.» López ha trabajado mucho con la población de trabajadores inmigrantes hispanos en Michigan y con los sacerdotes, que son sus principales cuidadores, y ha asumido la tarea de atender sus necesidades psicológicas. «Lo maravilloso de Estados Unidos —comenta— es que pueden existir antecedentes culturales muy diferentes interactuando en la misma enfermedad.» López ha observado que los latinos tienen más probabilidades de somatizar que de detectar sus problemas psicológicos. «Uno ve a esas mujeres, con muchas de las cuales estoy relacionado, que vienen y dicen: “Oh, me duele la espalda, o me duele el estómago y tengo una molestia en las piernas”, etc. Lo que aún quiero saber, y no

logro averiguar, es si lo dicen solo para no reconocer sus problemas psicológicos, o si están sufriendo una depresión sin sentir los síntomas habituales. Si, como les ocurre a muchas de ellas, se sienten mejor escuchando a Walter Mercado, ese místico portorriqueño que es como un cruce de Jerry Falwell y Jeanne Dixon, entonces, ¿qué ha ocurrido biológicamente dentro de ellas?» Los índices de depresión entre las poblaciones latinas con más formación están tal vez relacionados de manera más estrecha con la depresión en la población general.

Un amigo dominicano que tiene poco más de cuarenta años sufrió una súbita y abrumadora crisis cuando acordó separarse con su segunda esposa. Ella se mudó y a él le resultó cada vez más difícil desempeñarse como encargado de un edificio. Se sentía agobiado por tareas sencillas; dejó de comer y dormía mal. Perdió el contacto con sus amigos e incluso con sus hijos. «No lo consideraba una depresión —me comentó tiempo después—. Pensaba que quizá me estaba muriendo y que debía de tener una enfermedad física. Supongo que sabía que estaba alterado, pero ignoraba qué tenía que ver eso con todo lo demás. Soy dominicano, y como tal muy afectuoso, pero supongo que también bastante macho, y tengo montones de sentimientos, pero no me resulta fácil expresarlos, y nunca me permitiría llorar.» Después de pasar dos meses sentado día y noche en el sótano del edificio en el que trabajaba —«no sé cómo conservé el empleo, pero por fortuna en ningún apartamento se produjeron averías graves»—, al final hizo un viaje a la República Dominicana, donde había vivido los diez primeros años de su vida y donde aún tenía muchos familiares. «Había empezado a beber. Me senté en el avión y me emborraché porque tenía miedo de todo, incluso de volver a casa. Empecé a llorar y no paré durante todo el vuelo, y al llegar al aeropuerto me quedé inmóvil, llorando, y así seguí cuando apareció mi tío, que había ido a buscarme. Eso fue horrible. Estaba avergonzado, trastornado y asustado. Pero al menos había salido de ese maldito sótano. Y unos días después, en la playa, conocí a esta mujer, esta amiga, esta bonita muchacha que pensaba que era verdaderamente encantador que yo hubiera llegado de Estados Unidos. Y en cierto modo me acostumbé a verme a través de sus ojos y empecé a sentirme mejor. Seguía bebiendo, pero dejé de llorar porque no podía hacerlo en presencia de ella, y tal vez eso me hizo bien. Ya sabes, para mí, como dominicano, la atención de las mujeres, sobre todo, es una verdadera necesidad. Sin eso, ¿quién soy?» Unos meses más tarde, él y su esposa volvieron a unirse, y aunque su sentimiento de tristeza no lo abandonó, su angustia se había evaporado. Cuando le mencioné los medicamentos sacudió la cabeza. «Ya sabes —me dijo—, no es propio de mí tomar píldoras para los sentimientos.»

Entre los afroamericanos la depresión llega con su especial conjunto de

dificultades. En su maravilloso y conmovedor libro titulado *Willow Weep for Me* (Sauce llora por mí), Meri Danquah describe el problema: «La depresión clínica sencillamente no existía dentro del reino de mis posibilidades ni, en realidad, en el reino de posibilidades de ninguna de las mujeres negras de mi mundo. La ilusión de fortaleza ha tenido y continúa teniendo un importante significado para mí como mujer negra. El único mito que he tenido que soportar durante toda mi vida es el de mi supuesto derecho a la fortaleza. Se da por sentado que las negras somos fuertes: cuidamos, alimentamos y curamos a los demás; cualquiera de las doce cualidades de la madre negra. Se da por sentado que en la estructura de nuestra vida existen dificultades afectivas; son inseparables del ámbito de ser negra y mujer». ⁶⁴ En general, Meri Danquah puede sentir muchas cosas menos depresión; es una mujer hermosa, con clase, y está rodeada de un aura de majestuosa autoridad. Sus historias de semanas y meses de vida perdidos son desgarradoras. Nunca olvida su negritud. «Estoy muy contenta —me dijo un día— de tener una hija y no un hijo. Detesto pensar en lo que en estos tiempos significa la vida para los hombres negros, y en cómo sería para un niño con una historia familiar de depresión. Detesto pensar que podría terminar con ese hijo adulto tras las rejas de una prisión. No hay muchos lugares para las mujeres negras que se deprimen, pero no hay ninguno para los hombres negros.»

No existe una historia típica de depresión entre los negros. La internalización del racismo —la duda sobre uno mismo basada en actitudes sociales dominantes— suele tener un papel importante. Muchas de las personas cuyas historias se incluyen en este libro son afroamericanas, pero he decidido no identificar a las personas por la raza salvo cuando parece particularmente importante para entender los detalles de su padecimiento.

Entre las muchas historias atípicas que he conocido, me interesé de manera especial por la de Dièry Prudent, un afroamericano de origen haitiano, cuyas experiencias de depresión parecen haber endurecido su espíritu y suavizado sus interacciones con otras personas, y que es profundamente consciente de la manera en que su condición de negro afecta a su vida afectiva. Es el menor de nueve hermanos y creció en la empobrecida zona de Bedford-Stuyvesant, en Brooklyn, y en Fort Lauderdale cuando sus padres se jubilaron allí. Su madre trabajaba a tiempo parcial como asistente sanitaria a domicilio, y su padre como carpintero. Ambos eran fervientes adventistas del séptimo día cuyos principios fundamentales eran la buena conducta y la rectitud, y Dièry tuvo que conciliar esto con la vida en las calles más difíciles del mundo. Se hizo fuerte física y mentalmente para sobrevivir a la tensión que existía entre las expectativas de su familia y los desafíos y batallas diarias que le imponía el mundo exterior. «Siempre tuve la sensación,

incluso de niño, de ser un intruso, de haber sido elegido para el castigo y la humillación. En el barrio de mi infancia no había muchos haitianos, y sin duda éramos los únicos adventistas del séptimo día en varios kilómetros a la redonda y una de las pocas familias que no vivían de la seguridad social. Se burlaban de mí porque era diferente, y los chicos de mi calle me llamaban “cabeza de coco”. Yo era el niño de piel más oscura de los alrededores y me distinguían por eso. En el seno de mi familia, entre la expectativa cultural de que los niños fueran incuestionablemente obedientes y la doctrina religiosa de “Honrarás a tu padre y a tu madre”, aprendí que no estaba bien enfadarse, o al menos dejar que se notara el enfado. Ya de pequeño aprendí a tener un rostro impassible y a ocultar muy bien mis sentimientos. En contraste, había una gran dosis de ira en las calles, y mucha violencia en nuestro barrio; y cuando fui molestado y atacado puse la otra mejilla, como nos había enseñado nuestra Iglesia, y se rieron de mí. Vivía dominado por el temor, y durante un tiempo tuve un defecto del habla.

»Entonces, cuando tenía unos doce años, me cansé de que me abofetearan, robaran y golpearan los muchachos más grandes, más duros y más espabilados, de modo que empecé a entrenarme y a practicar artes marciales. Era agradable soportar las pruebas más duras y agotadoras que podía inventar. Tuve que volverme físicamente duro, pero también estaba buscando una dureza afectiva. Mientras fui a la escuela tuve que abrirme paso peleando, y hube de soportar el racismo y la brutalidad policial —ya había empezado a leer las revistas de los Panteras Negras que tenía mi hermano— y tratar de no terminar drogado ni entre rejas. Era nueve años menor que mi hermano y sabía que terminaría asistiendo a varios funerales, empezando por el de mis padres, que ya eran mayores cuando yo nací. Me parecía que no era mucho lo que podía esperar. Mi temor se combinaba con una profunda impotencia; solía sentirme triste, aunque trataba de que no se notara. No había válvula de escape para la ira, así que me entrenaba, tomaba baños de agua muy caliente durante horas y leía constantemente para escapar de mis propios sentimientos. Cuando cumplí los dieciséis mi ira empezó a salir a la superficie. Cultivaba la mística de los kamikaze: “Puedes hacer lo que quieras conmigo, pero si me jodes te mataré”. Las peleas se convirtieron en una adicción, en una carga de adrenalina, y sentía que si aprendía a sufrir, nadie podría causarme daño. Estaba haciendo un gran esfuerzo por ocultar mi sentimiento de impotencia.»

Dièry sobrevivió al dolor físico y psicológico de su adolescencia y abandonó el gueto para asistir a la Universidad de Massachusetts, donde se especializó en literatura francesa. Durante una época que pasó en París conoció a la mujer que ahora es su esposa y decidió quedarse un año más. «Aunque aún era estudiante —

recuerda— llevaba una vida que parecía sofisticada. Trabajaba como modelo para campañas publicitarias y desfiles, me movía en el mundo del jazz y viajaba por Europa. Pero no estaba preparado para el ostensible racismo de la policía francesa.» Después de que lo pararan, registraran y detuvieran a lo largo de un año en una docena de redadas policiales, fue públicamente golpeado y arrestado por alteración del orden público cuando protestaba ante un incidente especialmente indignante protagonizado por la policía de París. La ira oculta de Dièry se manifestó en síntomas de depresión aguda. Siguió funcionando, pero sentía «un enorme peso sobre mí».

Dièry regresó a Estados Unidos para graduarse y en 1990 se mudó a Nueva York para abrirse camino, y consiguió una serie de trabajos como encargado de relaciones públicas en diversas empresas. Pero al cabo de cinco años «sentí que mis posibilidades profesionales eran muy limitadas. Sentía que muchas de las personas con las que me relacionaba tenían más éxito que yo; otros parecían avanzar más rápido y tener mejores perspectivas. Lo más importante era que sentía que me faltaba algo y que mi depresión se profundizaba.»

En 1995, Dièry fundó Prudent Fitness, su propia empresa de entrenamiento personal, que ha tenido mucho éxito. Ahora se dirige a sus clientes con la sensación del poder redentor del ejercicio, y algunos de esos clientes asisten a sus sesiones en la casa de piedra rojiza de Brooklyn en la que vive con su esposa y su hija. Su tratamiento es holístico en lo espiritual pero disciplinado en lo práctico. Su capacidad para soportar las dificultades es una inspiración para sus clientes. «Elijo comprometerme con la gente a un nivel muy profundo, y creo que mi habilidad especial como entrenador es que puedo tomar al cliente más recalcitrante y resistente y encontrar una manera de motivarlo. Esto requiere una gran dosis de empatía, sensibilidad, un estilo adaptable de comunicación. Este trabajo me permite usar lo mejor de mí mismo para ayudar a los demás, y eso me hace sentir muy bien. Últimamente conocí a una mujer que es asistente social y quiere combinar el entrenamiento físico con el trabajo social para dar más poder a lo individual. Creo que es una idea fantástica. Ya sabes, este trabajo consiste en tener control sobre lo que se puede controlar: el propio cuerpo.»

Dièry sufre las dificultades del mundo más pobre del que proviene y las del mundo más rico en el que vive. Su gracia, que ofrece de la manera más natural, es algo ganado con esfuerzo, y puede conservar muy bien su gravedad porque se observa a sí mismo con ojo crítico en un mundo que está constantemente observándolo de la misma manera. Dièry ha pasado momentos difíciles dando a conocer su depresión a todos los miembros de su familia, y no está seguro de que

todos se hallen en condiciones de comprender la enfermedad desde su punto de vista, pese a que su padre y otros familiares han mostrado algunos síntomas del trastorno. A veces le ha resultado difícil mantener la imagen del hermano menor feliz, y no siempre lo ha logrado. Por fortuna, una de sus hermanas, doctora en psicología clínica que ejerce en una consulta privada en Boston, lo ayudó a encontrar una salida cuando él acudió en busca de tratamiento por primera vez. Su esposa le brindó su apoyo incondicional desde el comienzo, si bien al principio le resultó difícil reconciliar la masculinidad y la seguridad de su esposo con lo que sabía acerca de la depresión.

Desde la primera terapia que realizó en París, Dièry ha seguido acudiendo a psicoterapia y durante gran parte del tiempo ha tomado medicación antidepresiva. Su tratamiento más reciente ha consistido en una terapia de cinco años con una mujer que «me ha dado una especie de validación. Llegué a darme cuenta de la gran dificultad que tenía para elaborar la ira. Sentía temor de enfadarme con alguien por miedo a estallar y destruir a esa persona. Ahora me he liberado de ese temor. Gracias a la terapia he desarrollado un conjunto de nuevas habilidades, y me siento más equilibrado, más consciente de mí mismo. Me resulta más fácil identificar mis sentimientos en lugar de reaccionar ante ellos». Primero su feliz matrimonio y luego el nacimiento de su hija lo han ablandado. «La vulnerabilidad es uno de los aspectos más poderosos que posee mi hija. Es su herramienta más importante, la que ha cambiado mi manera de sentir con relación a la vulnerabilidad y la fragilidad.» No obstante, la depresión vuelve, y la fragilidad aflora a la superficie, de modo que la medicación debe ser modificada. «De pronto, un día ocurren unas cuantas cosas malas y me siento perdido en mi propia vida. Si no tuviera el amor de mi esposa y el de mi hija, que me ayudan a sobrellevarlo, habría renunciado hace mucho tiempo. Gracias a la terapia estoy aprendiendo a entender qué es lo que dispara mi depresión. Con el cuidado y el apoyo correctos estoy empezando a definir la enfermedad en lugar de dejar que ella me defina a mí.»

Dièry es objeto de constantes muestras de racismo, al que contribuye su complexión física intimidante y, aunque parezca extraño, su aspecto atractivo. En las tiendas he visto a los vendedores apartarse de él avergonzados. He estado con él en las esquinas de Nueva York, tratando durante quince minutos de parar un taxi sin conseguirlo; cuando por fin fui yo quien hizo señas, dispusimos de uno en diez segundos. En una ocasión la policía lo arrestó a tres manzanas de su casa de Brooklyn con el pretexto de que respondía a la descripción del sospechoso de un crimen; lo retuvieron varias horas en una celda, encadenado a una viga. Su comportamiento y sus documentos no tuvieron importancia para las autoridades

que lo encarcelaron. Las constantes humillaciones del racismo y el formulismo no lo ayudaron a sobrellevar la depresión. La suspicacia con la que es observado en las calles y las presunciones de culpabilidad resultan agotadoras. Cualquiera puede sentirse muy aislado si es prejuzgado de forma constante por tanta gente.

Cuando Dièry se siente bien, no se molesta por estos continuos ataques a su orgullo personal y les presta relativamente poca atención, pero «hacen que las cosas parezcan mucho más difíciles —me dijo una vez—. La depresión en sí misma es daltónica. Creo que cuando uno está deprimido podría ser castaño, azul, blanco o rojo. Cuando estoy deprimido veo a mi alrededor gente feliz de todos los colores, formas y tamaños, y pienso: Dios, soy la única persona del planeta que está deprimida. Ellos tienen algo por lo que seguir adelante y yo no.

»Pero entonces el tema de la raza vuelve a entrar en juego. Uno siente que el mundo está esperando para tumbarlo. Yo soy un negro grande y fuerte y nadie va a perder el tiempo sintiendo pena por mí. ¿Qué ocurriría si de repente alguien se echara a llorar en el metro?

»Creo que cualquiera podría preguntarle qué le ocurre. Si yo me echara a llorar en el metro, todo el mundo daría por sentado que estoy drogado. Cuando alguien reacciona ante mí de una forma que no tiene nada que ver con lo que soy o con lo que parezco, me impresiona. Siempre me impresiona la discrepancia entre la percepción que tengo de mí mismo y la manera en que me percibe el mundo, entre mi visión interior de mí mismo y las circunstancias externas de mi vida. Cuando estoy triste es como una bofetada. He pasado horas delante del espejo, diciéndome: “Eres un tipo de aspecto decente, estás limpio, te vistes correctamente, eres educado y amable. ¿Por qué la gente no te ama? ¿Por qué están siempre tratando de golpearte y joderte? ¿Y de tumbarte y humillarte? ¿Por qué?”. Sencillamente no lograba entenderlo. Entonces existen ciertas dificultades externas a las que me enfrento en mi condición de negro, que son diferentes a las que se enfrentan otras personas. Detesto admitir el hecho de que la raza sea un factor influyente en mi caso, no se trata de los síntomas sino de las circunstancias. ¡Me resulta difícil ser yo mismo, aunque no fuera negro! Pero en realidad vale la pena. Cuando me siento bien estoy de verdad contento de ser yo, y ya sabes, también es difícil para ti ser tú, que no eres negro. Pero el problema de la raza siempre está presente, siempre me está fastidiando, siempre causándome una ira permanente, y formando una capa de hielo en mi interior. Me hunde por completo.»

Dièry y yo nos conocimos por mediación de su esposa, que es una antigua compañera mía de la escuela. Hemos sido amigos durante más de diez años y, en

parte debido a nuestra experiencia mutua con la depresión, nos hemos unido mucho. Soy bastante torpe para hacer ejercicio por mi cuenta, y durante un tiempo Dièry también fue mi entrenador, relación que crea una intimidad en muchos sentidos tan grande como la que tengo con mi psiquiatra. Además de estructurar un programa de ejercicios, él me levanta el ánimo y me mantiene en movimiento. Como prueba constantemente mis límites, sabe cuáles son esos límites. Sabe cuándo tiene sentido llevarme a mi extremo físico y cuándo es necesario retroceder en el aspecto afectivo. Él es una de las primeras personas a las que llamo cuando empiezo a hundirme, en parte porque sé que intensificar mi programa de ejercicios tendrá un efecto positivo en mi estado de ánimo, y en parte porque él posee una dulzura especial; en parte porque él sabe de qué estoy hablando, y en parte porque la introspección le ha dado a él la capacidad de la auténtica comprensión. Debo confiar en Dièry, y lo hago. Es el único que, en mis peores momentos, entró en mi casa y me ayudó a tomar una ducha y a vestirme. Está entre los héroes de mi propia historia de depresión. Y es auténticamente generoso, alguien que elige su trabajo porque cree que puede hacer que otras personas se sientan bien, alguien que puede sentirse gratificado por su propia amabilidad. Ha convertido la agresividad de su propia tortura en una disciplina productiva. Esta es una cualidad realmente rara en un mundo lleno de gente que se sienten víctimas del sufrimiento de los demás.

El abanico de prejuicios que cada país tiene con respecto a la depresión es inclasificable. Muchas personas del este asiático, por ejemplo, evitan el tema hasta el extremo de una negación abyecta. En este sentido, un reciente artículo sobre la depresión publicado en una revista de Singapur describía la amplia gama de medicamentos y terminaba diciendo de forma tajante: «Busque la ayuda de un profesional si la necesita, pero mientras tanto, levante ese ánimo».⁶⁵

Anna Halberstadt, una psicóloga neoyorquina que trabaja de manera exclusiva con inmigrantes rusos decepcionados por Estados Unidos, me dijo: «Uno tiene que ser capaz de oír en un contexto ruso lo que esta gente está diciendo. Si un ruso nacido en la Unión Soviética viniera a mi consulta y no se quejara de algo, lo haría hospitalizar. Si se quejara de todo, sabría que está bien. Solo si mostrara signos de paranoia extrema o de dolor insoportable pensaría que tal vez se está deprimiendo. Es nuestra norma cultural. “¿Cómo está?”, “No muy bien”, es la respuesta habitual en los rusos. Es parte de lo que los diferencia con respecto a Estados Unidos, esta afirmación que parece de verdad: “Muy bien, gracias, ¿y usted?”, Y sinceramente a mí también me resulta difícil, incluso ahora, oír a alguna

gente que dice: “Muy bien, gracias”. ¿Quién está muy bien?».

En Polonia, la década de los setenta fue una época de pocos placeres y libertad limitada. En 1980 el movimiento Solidaridad empezó a avanzar y surgieron nuevas esperanzas y un clima de euforia. Era posible hablar con audacia; la gente que durante mucho tiempo había sufrido la pesada carga de su sistema de gobierno empezó a sentir el placer de la expresión individual, y nacieron medios de comunicación que reflejaban este nuevo estado de ánimo. Pero en 1981 se impuso en Polonia la ley marcial y se llevó a cabo un gran número de arrestos, y la mayoría de los activistas cumplieron sentencias de unos seis meses. «Estar encarcelados era algo que todos aceptaban —recuerda Agata Bielik-Robson, que en esa época salía con uno de los principales activistas y es una filósofa política muy respetada—. Lo que no podían soportar era la pérdida de la esperanza.» La esfera pública en la que se habían expresado sencillamente dejó de existir. «Ese fue el comienzo de una especie de depresión política, una época en la que estos hombres dejaron de creer en la comunicación de cualquier clase: si no podían decir nada en un contexto público, tampoco lo dirían en un contexto privado.» Los mismos hombres que habían estado organizando concentraciones y escribiendo manifiestos, ahora perdían su trabajo o renunciaban a él, y se quedaban en casa mirando la televisión durante horas y bebiendo. Se volvieron «taciturnos, monosilábicos, desconectados, poco comunicativos, cerrados». Su realidad no era muy diferente de la de cinco años antes, salvo que ahora caía sobre ella la sombra de 1980, y lo que en otros tiempos había sido una realidad aceptada, se convertía en una derrota.

«En ese momento el único ámbito en el que había alguna posibilidad de éxito era el doméstico», recuerda Bielik-Robson. Las mujeres que habían participado en Solidaridad, muchas de las cuales habían abandonado la vida del hogar para dedicarse al activismo, se retiraron a su papel tradicional y ayudaron a sus hombres enfermos a superar las dificultades. «De este modo encontramos un propósito y una actividad propia. Obtuvimos una gran satisfacción con nuestro rol, que había demostrado ser esencial. El comienzo de la década de los ochenta fue una etapa en la que las mujeres estaban menos deprimidas que en cualquier otro momento de la historia polaca reciente, y los hombres más deprimidos que nunca.»

Entre los grupos que tienen más probabilidades de padecer depresión, la población gay alcanza niveles en extremo elevados. En un estudio reciente, los investigadores observaron a dos hermanos gemelos de mediana edad, uno de los

cuales era gay y el otro era heterosexual.⁶⁶ Entre los heterosexuales, alrededor del 4 por ciento habían intentado suicidarse, mientras que entre los gays, lo habían intentado el 15 por ciento. En otro estudio, de una muestra de población elegida al azar de casi cuatro mil hombres entre los diecisiete y los treinta y nueve años, el 3,5 por ciento de heterosexuales habían intentado suicidarse, mientras que entre los que tenían pareja del mismo sexo lo habían hecho casi el 20 por ciento.⁶⁷ En otro estudio de distribución aleatoria sobre una muestra de unos diez mil hombres y mujeres, los que habían tenido relaciones sexuales con miembros de su mismo sexo durante el año anterior presentaban un índice significativamente elevado de depresión y trastornos de pánico. Un estudio longitudinal de veintiún años llevado a cabo en Nueva Zelanda con unas mil doscientas personas reveló que los que se identificaban como gays, lesbianas o bisexuales tenían un riesgo mayor de depresión grave, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de conducta, dependencia de la nicotina, ideaciones e intentos de suicidio.⁶⁸ Un estudio holandés realizado con seis mil personas mostró que hombres y mujeres homosexuales tenían probabilidades de presentar índices de depresión grave considerablemente más elevados que los heterosexuales.⁶⁹ Un estudio de cuarenta mil jóvenes realizado en Minnesota indicó que los hombres homosexuales tenían siete veces más probabilidades que los heterosexuales de tener ideaciones suicidas.⁷⁰ Otro estudio realizado a unos tres mil quinientos estudiantes mostró que los hombres homosexuales tenían casi siete veces más probabilidades que los heterosexuales de materializar un intento de suicidio.⁷¹ Otro trabajo reveló que en una muestra de unos mil quinientos estudiantes, las personas gays y lesbianas multiplicaban por más de siete las probabilidades que los estudiantes heterosexuales de realizar cuatro o más intentos de suicidio.⁷² Un estudio llevado a cabo en San Diego descubrió que del 10 por ciento de los suicidios de hombres, un 10 por ciento los habían cometido hombres gays.⁷³ Entre los gays, las posibilidades de presentar depresión son mucho más elevadas.⁷⁴

Se han propuesto muchas explicaciones a esto, algunas más convincentes que otras. Varios científicos han dado como argumento un vínculo genético entre homosexualidad y depresión (propuesta que no solo considero perturbadora sino insostenible). Otros han sugerido que las personas que esperan que su sexualidad les impida tener hijos pueden enfrentarse a la mortalidad antes que la mayoría de los heterosexuales. Han circulado una serie de teorías más, pero la explicación más obvia para los elevados índices de depresión entre la población gay es la homofobia. Entre las personas gays la probabilidad de haber sufrido el rechazo de la propia familia es más alta que entre la población general, al igual que la probabilidad de que hayan sufrido problemas de adaptación social. Debido a ello es más probable que hayan abandonado la escuela. Además, muestran un índice

más elevado de enfermedades de transmisión sexual, tienen menos probabilidades de lograr parejas estables en su vida adulta y de contar con cuidadores comprometidos en su vejez. En primer lugar están más expuestos a ser infectados con el VIH; e incluso los que no lo están, cuando se deprimen tienen más probabilidades de practicar el sexo inseguro y contraer el virus, lo que a su vez agudiza la depresión. También es alta, sobre todo, la probabilidad de que hayan llevado una vida a escondidas y, en consecuencia, de que hayan experimentado una intensa segregación.⁷⁵

A principios de 2001 viajé a Utrecht para conocer a Theo Sandfort, que ha hecho un trabajo innovador sobre la depresión entre los gays. No es extraño que Sandfort haya descubierto que el porcentaje de depresión es más elevado entre los homosexuales encubiertos que entre los no encubiertos, y entre los que se encuentran solos que entre los que mantienen una relación estable y prolongada. Yo diría que ser homosexual no encubierto y tener pareja son dos factores que disipan la terrible soledad que aflige a gran parte de la población gay. En líneas generales, Sandfort descubrió que el grado de dificultad que las personas gays experimentan en su vida diaria es realmente profundo de numerosas y sutiles maneras que a veces pasan inadvertidas incluso para aquellos a quienes afectan. Por ejemplo, los gays tienen menos posibilidades de compartir información sobre su vida privada con otras personas de su lugar de trabajo aun cuando puedan hablar sin tapujos con esos compañeros. «Y esto ocurre en los Países Bajos —dice Sandfort—, donde estamos más abiertos que en cualquier otro lugar del mundo a la homosexualidad. Sentimos que hay mucha aceptación de esta, pero el mundo sigue siendo heterosexual, y la tensión de ser gay en un mundo así es considerable. Ahora bien, hay muchas personas gays que llevan una buena vida; de hecho, hay algunas que gracias a su buen manejo de las complejidades de ser gay, han desarrollado una fortaleza psicológica sorprendente, mucho mayor que la de sus pares heterosexuales. Pero el espectro de la salud mental es más amplio en la comunidad gay que en ninguna otra, y abarca desde esta enorme fortaleza hasta una terrible incapacidad.» Sandfort sabe de qué habla, pues él mismo pasó una época muy dura cuando se declaró homosexual y sus padres lo hostigaron gravemente. A los veinte años sufrió una depresión y se debilitó, y pasó siete meses ingresado en un hospital psiquiátrico. Esto hizo que sus padres cambiaran de actitud, le permitió a él crear una intimidad renovada con ellos y plantearse una nueva clase de salud mental, de la que ha disfrutado desde entonces. «Desde que me derrumbé y volví a levantarme —comenta— sé cómo estoy hecho, y en consecuencia, sé algo de cómo están hechos otros hombres gays.»

Mientras que otros investigadores como Sandfort han dirigido estudios

amplios y bien estructurados para reunir datos y correlaciones, el significado de estas cifras estadísticas ha tenido una exposición relativamente escasa. En dos trabajos destacados, «La homofobia internalizada y la reacción terapéutica negativa» y «La homofobia interna y el amor propio valorado según el sexo en el psicoanálisis de pacientes gays», Richard C. Friedman y Jennifer Downey escriben en un tono conmovedor acerca de los orígenes y los mecanismos de la homofobia internalizada. En el centro de su argumentación se encuentra la noción de traumas tempranos estrechamente vinculados con el punto de vista freudiano clásico de que las primeras experiencias nos forman para el resto de la vida. Friedman y Downey, sin embargo, no ponen de relieve la primera infancia sino la infancia tardía, que establecen como el punto de origen para la incorporación de las actitudes homofóbicas. Un estudio reciente de socialización llevado a cabo entre hombres gays indica que los niños que serán adultos homosexuales suelen ser educados en contextos heterosexistas y homofóbicos, y a una edad temprana comienzan a internalizar la visión negativa de la homosexualidad expresada por sus pares o por sus progenitores. «En esta situación —escriben Friedman y Downey—, el curso del desarrollo del paciente comenzaba en una primera infancia llena de odio por sí mismo, que estaba condensado en los relatos homofóbicos internalizados, construidos durante la infancia tardía.» Con frecuencia la homofobia internalizada origina en la primera infancia maltrato y negligencia. «Antes de que se vuelvan sexualmente activos con otros —escriben Friedman y Downey—, muchos niños que se convertirán en gays son catalogados de “mariquitas” o “maricones”. Otros niños les han fastidiado, amenazado con la violencia física, aislado e incluso agredido.» En efecto, un estudio de 1998 descubrió que una tendencia homosexual estaba estadísticamente relacionada con el hecho de que les robaran o dañaran deliberadamente sus pertenencias en la escuela.⁷⁶ «Estas interacciones traumáticas pueden dar como resultado un sentimiento de ineptitud masculina. Del ostracismo o de la elusión angustiada puede derivarse el aislamiento de los pares masculinos.» Estas experiencias dolorosas pueden generar un «odio global y tenaz hacia uno mismo» de difícil cura. Este problema de homofobia internalizada es similar en muchos sentidos al racismo internalizado y a toda clase de prejuicios adquiridos. Siempre me han llamado la atención los altísimos porcentajes de suicidio entre los judíos de Berlín adolescentes y veinteañeros,⁷⁷ lo que sugiere que la gente que se enfrenta al prejuicio es probable que dude de sí misma, subestimaré su vida y al final sentirá desesperación ante el odio. Pero hay esperanzas. «Creemos —prosiguen Friedman y Downey— que muchos hombres y mujeres homosexuales realmente dejan atrás las consecuencias de su infancia, y la integración en la subcultura gay es un instrumento para facilitar este acertado camino. Las relaciones que prestan apoyo suelen ejercer un efecto terapéutico en los supervivientes del trauma, pues

fomentan la seguridad y el amor propio, y refuerzan la noción de identidad. Los procesos complejos implicados en la consolidación positiva de la identidad son promovidos en el contexto de las interacciones interpersonales caritativas con otros gais.»

Sin embargo, a pesar de los efectos maravillosos y curativos de la comunidad gay, los problemas profundos persisten, y la parte más interesante del trabajo de Friedman y Downey se ocupa de pacientes que parecen similares en su «conducta manifiesta a aquellos que parecen haber dejado atrás las peores consecuencias del trauma», pero que en realidad están seriamente comprometidos por un duradero odio hacia ellos mismos. A menudo estas personas expresarán prejuicios hacia aquellos cuya homosexualidad les parece de alguna manera ostentosa, incluidos, por ejemplo, los hombres maricas o afeminados, en quienes ponen el desprecio que sienten por sus propios sentimientos o falta de masculinidad. Pueden creer, de modo consciente o inconsciente, que en verdad no son valorados en aspectos no vinculados con su vida erótica (por ejemplo, en el lugar de trabajo) porque creen que quienes los consideran gais piensan que son inferiores. «Una visión negativa de la personalidad como inadecuadamente masculina funciona como una fantasía inconsciente organizadora», añaden Friedman y Downey. Esta fantasía es «un elemento en un relato interno complejo cuyo tema principal es: “Soy un hombre indigno, inadecuado y poco masculino”». Las personas aquejadas por estas actitudes pueden atribuir todos los problemas de su vida a su sexualidad. «La valoración negativa de uno mismo puede llegar a atribuirse a deseos homosexuales; así, aunque puede tener su raíz en fenómenos muy diferentes, el paciente puede creer de manera consciente que se detesta por ser homosexual.»

Siempre he pensado que el lenguaje del orgullo gay ha dominado al *establishment* del mundo gay porque de hecho es lo opuesto a lo que experimentan un gran número de homosexuales. La vergüenza gay es endémica. «La culpabilidad y la vergüenza de ser gay conduce al odio hacia uno mismo y al comportamiento autodestructivo», manifiestan Friedman y Downey. Este odio hacia uno mismo es en parte «consecuencia de la parcial identificación defensiva con los agresores, que se agrega a la anterior autoaceptación». Pocas personas que se encuentran en la etapa del despertar sexual elegirán ser gais, y la mayoría de quienes lo son elaboran durante un tiempo fantasías de conversión. Estas se hacen más difíciles debido al movimiento del orgullo gay que considera vergonzosa la vergüenza gay. Si tú eres gay y te sientes mal por ello, los que enarbolan la bandera del orgullo gay se burlarán de ti por tu vergüenza; los homófobos se mofarán de ti por ser gay, y tú te sentirás desolado por completo. En efecto, todos

asimilamos a nuestros torturadores. A menudo reprimimos los recuerdos de lo dolorosa que la homofobia externa fue para nosotros cuando la experimentamos por primera vez. Después de una terapia prolongada, los pacientes gays con frecuencia descubrirán creencias profundas como: «Mi padre —o mi madre— siempre me odió porque yo era homosexual». Lamentablemente, es posible que tengan razón. Un estudio de *The New Yorker* preguntó a una amplia variedad de personas: «¿Qué preferiría para su hijo o su hija? ¿Que fuera heterosexual, que no tuviera hijos, y que no se casara o en cierto modo estuviera casado pero fuera desdichado, o que fuera homosexual, tuviera una relación feliz y estable y tuviera hijos?».78 Más de un tercio de los encuestados escogieron la segunda opción: heterosexual, que no tuviera hijos, etc. En realidad muchos padres ven la homosexualidad como un castigo que cae sobre ellos por sus propias transgresiones. No se trata de la identidad de sus hijos, sino de su propia identidad.

Yo pasé una época muy difícil en relación con mi sexualidad y me enfrenté a dificultades que resultan familiares para muchos hombres gays. Por lo que recuerdo, no hubo problemas hasta que cumplí siete años, pero en el segundo año de la escuela empezaron las torturas. Yo era torpe y poco atlético; usaba gafas; no estaba interesado en los deportes; estaba siempre enfrascado en los libros y me resultaba más fácil trabar amistad con las niñas. Sentía afición por la ópera, cosa poco habitual a esa edad, y estaba fascinado por todo lo que era elegante. Muchos de mis compañeros me evitaban. El verano que salí de acampada tenía diez años y se burlaron de mí, me atormentaron y me llamaron «maricón», palabra que me desconcertó porque nunca había formulado ni sentido deseos sexuales de ninguna clase. En la época en que estaba en séptimo año el problema se amplió. En la escuela, el ojo vigilante de los profesores liberales ofrecía cierta protección, y yo era sencillamente raro y antipático: demasiado académico, demasiado descoordinado, demasiado artístico. En el autobús de la escuela, en cambio, reinaba la brutalidad. Recuerdo que me quedaba rígido en el asiento, junto a una niña ciega de la que me había hecho amigo, mientras todos los niños del autobús me gritaban insultos, pateando el suelo al ritmo de sus improperios. Yo no solo era objeto de escarnio sino también de un profundo odio que me confundía y me dolía. Esta época espantosa no duró demasiado, y cuando llegué a noveno año todo se tranquilizó, y durante el último curso dejé de resultar antipático, tanto en la escuela como en el autobús. Pero había aprendido demasiado acerca de la aversión y del miedo, y nunca más me liberaría de ellos.

En el seno de mi familia supe desde el principio que la homosexualidad no iba a ser bien tolerada. Cuando cursaba el cuarto año me llevaron a ver a un

psiquiatra, y años más tarde mi madre me dijo que ella le había preguntado si yo era gay. Evidentemente, él respondió que no. En mi opinión, el interés de este episodio radica en que incluso antes de que yo alcanzara la pubertad, mi madre estaba verdaderamente preocupada por mi posible identificación sexual. Estoy seguro de que si el ignorante terapeuta hubiera evaluado mi sexualidad con mayor precisión, habría recibido de inmediato una comisión para resolver el problema. Nunca hablé a mi familia de los insultos en el campamento y en la escuela, pero tiempo después alguien contó a su madre lo que ocurría todos los días en el autobús escolar, y esa madre se lo contó a la mía, que quiso saber por qué yo no le había explicado nada. ¿Cómo iba a hacerlo? Cuando empecé a sentir un deseo sexual intenso, lo mantuve en secreto. Cuando un muchacho encantador y atractivo se me insinuó durante una excursión con amigos del club, pensé que intentaba fastidiarme y que revelaría la espantosa verdad al mundo entero, de modo que para mi eterna tristeza, lo rechacé. En cambio, decidí perder mi virginidad en un desagradable local público, con un extraño del que ni siquiera supe su nombre. En aquel momento me odié, y durante los años siguientes me sentí consumido por mi horrible secreto y me desdoblé en la persona indefensa que hacía cosas espantosas en los lavabos públicos y el estudiante brillante que tenía montones de amigos y lo pasaba muy bien en la facultad.

Cuando me comprometí en mi primera relación seria, a los veinticuatro años, había incorporado montones de experiencias desdichadas a mi identidad sexual. Esa relación, que ahora parece haber sido no solo sorprendentemente afectuosa sino también en extremo normal, marcó mi salida de la desdicha, y durante los dos años que viví con ese amigo sentí que la luz había llegado a la zona oscura de mi vida. Después creí que mi sexualidad era en cierto modo responsable del sufrimiento que mi madre soportó durante su enfermedad final, pues ella odiaba lo que yo era, y ese odio supuso un veneno que fue impregnando mi alma y corrompió mis placeres románticos. No puedo separar su homofobia de la mía, pero sé que ambas me costaron caro. ¿Es sorprendente, entonces, que cuando empecé a tener sentimientos suicidas decidiera exponerme al VIH? Solo era una forma de convertir la tragedia interna de mis deseos en una realidad física. He supuesto que mi primera crisis estaba vinculada a la publicación de una novela que aludía a la enfermedad y muerte de mi madre; pero también era un libro con un contenido gay explícito, y sin duda eso también estaba involucrado en la crisis. Quizá, en realidad, esa era la angustia dominante: el obligarme a mí mismo a hacer público lo que durante tanto tiempo había guardado en silencio.

Ahora puedo reconocer los elementos de la homofobia internalizada, estoy menos sujeto a ellos que en el pasado, y he tenido relaciones significativamente

más prolongadas, una de las cuales continuó durante muchos años. De todas maneras, el camino desde el conocimiento hasta la libertad es largo y arduo, y yo hago un gran esfuerzo diario por avanzar. Sé que me he embarcado en muchas actividades mencionadas en este libro en parte como sobrecompensación de sentimientos homofóbicos derivados de mi carencia de masculinidad. Practico paracaidismo, tengo un arma, participé en Outward Bound... Todo lo cual ayuda a compensar el tiempo que dedico a mi ropa, a la así llamada búsqueda femenina del arte, y al abrazo erótico y emocional de los hombres. Me gustaría pensar que ahora soy libre, pero aunque tengo muchas emociones positivas asociadas con mi sexualidad, creo que nunca me libraré por completo de la abnegación. A menudo me he descrito a mí mismo como bisexual, y he tenido tres relaciones prolongadas con mujeres, relaciones que me han causado un gran deleite emocional y físico; pero si las cosas hubiesen sucedido al revés y yo hubiera sentido un gran interés sexual por las mujeres y un interés menor por los hombres, sin duda no habría intentado el experimento de la identidad sexual alternativa. Creo que con toda probabilidad, en gran parte, me habría implicado en relaciones sexuales con mujeres para poder probar aún más mi propia masculinidad. Aunque este esfuerzo me ha deparado algunas grandes alegrías, a veces ha tenido proporciones devastadoras. Incluso con los hombres, en ocasiones he intentado demostrar una dominación que no necesariamente sentía, intentando rescatar mi masculinidad incluso en el contexto gay, porque en realidad incluso la sociedad gay liberada desprecia —en una actitud homofóbica— a los hombres blandos. ¿Y si yo no hubiera dedicado tanto tiempo y energía a huir de lo que consideraba mis cualidades no masculinas? ¿Quizá habría sido capaz de evitar mis experiencias de depresión? ¿Me habría mantenido íntegro, en lugar de fragmentarme? Creo que tal vez, como mínimo, habría vivido años de felicidad que he perdido para siempre.

Para examinar más a fondo la cuestión de la diferencia cultural en la definición de depresión, estudié la vida de los inuit⁷⁹ (esquimales) de Groenlandia, en parte porque la depresión es importante en esa cultura, y en parte porque las actitudes de esta ante la depresión son en particular diferentes. La depresión afecta al 80 por ciento de esa población. ¿Cómo es posible organizar una sociedad en la que la depresión desempeña un papel tan significativo? Como posesión de Dinamarca, en la actualidad Groenlandia está integrando la vida de una sociedad anciana en la realidad del mundo moderno, y las sociedades de transición —comunidades africanas tribales que se están incorporando a naciones más grandes, culturas nómadas que están siendo urbanizadas, cultivos de subsistencia que quedan incorporados a desarrollos agrícolas en gran escala— casi siempre

registran niveles elevados de depresión. Incluso en el contexto tradicional, sin embargo, la depresión siempre ha sido frecuente entre los inuit, al igual que el porcentaje de suicidios. En algunas zonas, alrededor del 0,35 por ciento anual de la población total comete suicidio.⁸⁰ Alguien podría decir que esta es la forma en que Dios indica a la gente que no debería vivir en un lugar tan difícil, y sin embargo los inuit no han emigrado al sur para abandonar su existencia rodeada de hielo, sino que se han adaptado a fin de soportar las dificultades de la vida en el Círculo Polar Ártico. Antes de viajar allí yo había supuesto que el principal problema en Groenlandia era el trastorno afectivo estacional (TAE), favorecido por tres meses de ausencia total de sol. Había pensado que a finales del otoño todo el mundo se hundía y volvía a mejorar en febrero, pero no es así. El mes en que se producen más suicidios en Groenlandia es mayo, y aunque los extranjeros que viajan a la zona norte del país sufren terribles depresiones durante los prolongados períodos de oscuridad, a lo largo de los años los inuit se han adaptado a los cambios de luz estacionales y en general son capaces de conservar un estado de ánimo adecuado durante la etapa de oscuridad. A todo el mundo le agrada la primavera, y para algunos la oscuridad es deprimente, pero en realidad el TAE no es el problema central de los groenlandeses. «Cuanto más rica, suave y deliciosa se vuelve la naturaleza —ha escrito el ensayista A. Alvarez— más profundo parece ese invierno interno, y más ancho e intolerable es el abismo que separa el mundo interior del exterior.»⁸¹ En Groenlandia, donde el cambio primaveral es dos veces más dramático que en una zona más templada, estos son los meses más crueles.

La vida es difícil en Groenlandia, razón por la cual el gobierno danés ha establecido increíbles servicios de apoyo social y existen programas de salud y educación universales y gratuitos, e incluso beneficios para los desempleados. Los hospitales son impecables, y la cárcel que se encuentra en la capital se parece más a un hotel de lujo que una institución penitenciaria. Pero el clima y las fuerzas de la naturaleza son rigurosos en extremo. Un inuit que conocí, un hombre que había viajado a Europa, me dijo: «Nunca creamos grandes obras de arte ni construimos grandes edificios, como hicieron otras civilizaciones, pero sobrevivimos durante miles de años». Me sorprendí al darme cuenta de que posiblemente este era el logro más grande. Los cazadores y pescadores capturan lo suficiente para alimentarse y dar de comer a sus perros, y venden la piel de las focas que utilizan para pagar los gastos mínimos de su vida y para reparar los trineos y los botes. La gente que vive al estilo antiguo, en poblados o aldeas, es muy afectuosa; son grandes narradores de historias, sobre todo de las que hablan de la caza y de situaciones en las que la vida está en peligro. Son personas tolerantes, tienen un maravilloso sentido del humor y se ríen con frecuencia. Debido al clima que soportan, padecen un alto porcentaje de traumas físicos y psicológicos:

congelamiento, inanición, heridas, pérdidas. Hace cuarenta años estas personas aún vivían en iglús, pero ahora cuentan con casas prefabricadas al estilo danés, con dos o tres habitaciones. Todos los años, el sol no sale durante tres meses. Durante este período de oscuridad, los cazadores vestidos con pantalones de piel de oso y chaquetas de piel de foca deben correr junto a sus trineos para no congelarse.

Las familias inuit son numerosas. Durante meses enteros, familias de quizá doce personas se quedan encerradas del todo en sus casas, por lo general en una misma habitación. Sencillamente, el frío y la oscuridad son demasiado extremos para que alguien desee salir, salvo el padre, que va a cazar o a pescar una o dos veces al mes para complementar las reservas de pescado seco acumuladas durante el verano. No existen árboles en Groenlandia, de modo que en el interior de las casas no arde el fuego, y tradicionalmente solo había una lámpara de grasa de foca dentro del iglú, donde, como me comentó un groenlandés, «todos nos quedábamos sentados durante meses enteros, observando cómo se derretían las paredes». En esas circunstancias de intimidad forzada no hay lugar para la queja ni para hablar de problemas, ni tampoco para la ira y las acusaciones. Para los inuit la queja es un tabú, de modo que son callados y reflexivos y casi nunca hablan de ellos mismos, sino que narran historias a quienes les agrada reír, o comentan las condiciones del exterior o de la caza. La depresión, y de forma simultánea, la histeria y la paranoia, es el precio de la intensa vida comunitaria de los inuit.

Los rasgos distintivos de la depresión entre los groenlandeses no son el resultado directo de la temperatura y la luz, sino del tabú de hablar de sí mismos. La extrema intimidad física de esta sociedad exige una reserva afectiva. No se trata de falta de amabilidad ni de frialdad, sino sencillamente de otro estilo de vida. Poul Bisgaard, un hombre amable y corpulento con aire de desconcertada paciencia, es el primer groenlandés nativo que llegó a ser psiquiatra. «Por supuesto, si alguien de la familia está deprimido, nosotros vemos los síntomas — dice—, pero no nos inmiscuimos. Sería una afrenta al orgullo de una persona decirle que parece deprimida, pues el hombre deprimido se considera despreciable y piensa que, si no vale nada, no hay motivo para molestar a los demás. Quienes lo rodean no se atreven a interferir.» Kirsten Peilman, psicóloga danesa que ha vivido en Groenlandia durante más de diez años, afirma: «No existen reglas que incluyan el entrometerse con los demás. Nadie le dice a nadie cómo debe comportarse. Sencillamente se tolera lo que la gente muestra y se les deja que se toleren ellos mismos».

Yo viajé en la época de luz. Nada podía prepararme para la belleza de Groenlandia en junio, cuando el sol permanece en lo alto durante toda la noche.

Tomamos una pequeña lancha motora de un pescador desde la población de Ilulissat, donde viven unas cinco mil personas —y en la que había aterrizado con una avioneta—, en dirección al sur, hacia Illiminaq, uno de los poblados que había seleccionado con ayuda del jefe de salud pública de Groenlandia. Habitan el poblado unos ochenta y cinco cazadores y pescadores. No hay caminos para llegar a Illiminaq ni existen calles dentro de la población. En invierno sus habitantes se desplazan en trineos, y en verano solo se pueden utilizar las barcas, mientras que durante la primavera y el otoño, la gente suele permanecer en sus casas. En la época del año en que yo realicé mi visita, fantásticos icebergs, algunos tan grandes como edificios de oficinas, se deslizan a lo largo de la costa y se agrupan cerca del fiordo Kangerlussuaq. Cruzamos la entrada de este navegando entre las formas suaves y oblongas de hielos más antiguos que habían quedado boca abajo, y terrones desprendidos del glaciar, grandes como edificios de apartamentos, ondulados por el paso de los años y extrañamente azules. Nuestra barca se veía muy humilde frente a semejante majestuosidad natural, y mientras avanzábamos, empujábamos a un costado trozos de hielo, algunos de ellos del tamaño de una nevera. Otros parecían fuentes de comida flotantes y se amontonaban en el agua de manera tal que si uno observaba el horizonte lejano podía pensar que estaba navegando entre láminas intactas de hielo. La luz era tan clara que no existía profundidad de campo, de modo que era imposible distinguir lo que estaba cerca de lo que estaba lejos. Nos encontrábamos cerca de la costa, pero yo no lograba diferenciar la tierra del agua, y la mayor parte del tiempo avanzábamos entre apretados desfiladeros de hielo. El agua estaba tan fría que cuando un trozo de hielo rompía el borde de un iceberg y caía, la superficie se hundía como si fuera una natilla y volvía a alisarse solo unos segundos después. De vez en cuando veíamos u oíamos a una foca marcada que se dejaba caer en el agua helada. Por lo demás, estábamos solos con la luz y el hielo.

Resulta difícil imaginar un lugar más aislado que Illiminaq, que se levanta en un pequeño puerto natural y está compuesto por unas treinta viviendas, una escuela, una minúscula iglesia y una tienda que recibe provisiones aproximadamente una vez por semana. Cada casa cuenta con un equipo de perros, que superan en número a los humanos que habitan el lugar. Las construcciones están pintadas con los colores claros y brillantes que los lugareños adoran —azul turquesa, amarillo intenso, rosa pálido—, pero apenas destacan entre las enormes rocas que se alzan detrás de ellas, o del blanco mar que se extiende delante. La población, sin embargo, cuenta con una línea telefónica, y el gobierno danés sufraga los helicópteros que van en busca de los habitantes con problemas de salud, siempre que el tiempo permita hacerlo. Nadie tiene agua corriente ni lavabos con descarga, pero hay un generador, y gracias a ello algunas viviendas y

la escuela tienen electricidad, y algunas otras disponen de televisor. Cada una de las casas posee una vista increíblemente bella del entorno, y a medianoche, cuando el sol estaba en lo alto y los lugareños dormían, yo caminaba entre las construcciones silenciosas y los perros inmóviles como si me hallara inmerso en un sueño.

Una semana antes de mi llegada habían colocado un aviso en la puerta de la tienda en el cual solicitaban voluntarios para hablar conmigo de su estado de ánimo. Mi intérprete —una vivaz y educada activista inuit que había contratado en Illiminaq— había estado de acuerdo, a pesar de sus recelos, en tratar de ayudarme a convencer a la reservada gente del lugar de que hablara de sus sentimientos. Fueron a vernos, con cierta timidez, el día después de nuestra llegada. Sí, tenían algunas historias que contar. Sí, habían decidido hacerlo. Sí, era más fácil explicar esas cosas a un desconocido. Sí, yo debía conversar con las tres mujeres sabias, las que habían empezado todo este asunto de hablar sobre las emociones. Según mi experiencia, los inuit son personas amables que desean ayudar, aunque esa ayuda suponga una locuacidad en cierto modo ajena a su manera de ser. Debido a las sugerencias que habían llegado antes que yo, a los pescadores que me habían llevado en su barca y a mi intérprete, me había convertido en parte de su comunidad y al tiempo disfrutaba de la cortesía que merece un invitado.

«No formule preguntas directas —fue el consejo del médico danés encargado del distrito que incluía Illiminaq—. Si les pregunta cómo se sienten, no podrán decirle nada.» Sin embargo, los lugareños sabían qué era lo que yo deseaba saber. En general, solo daban respuestas escuetas, y las preguntas tenían que ser lo más concretas posible, pero incluso si se mostraban incapaces de verbalizar las emociones, estas se hallaban presentes a un nivel conceptual. El trauma forma parte de la vida de los groenlandeses, y la angustia que sigue a este trauma no era poco común, como tampoco lo era la caída en los sentimientos sombríos y en la duda sobre la propia identidad. Los viejos pescadores de los muelles me contaron historias de trineos hundidos (un equipo de perros bien entrenados lo sacan a uno a la superficie si el hielo no sigue rompiéndose, si uno no se ahoga antes, si las riendas no se rompen) y de trayectos de varios kilómetros con temperaturas bajo cero y con la ropa húmeda; hablaron de lo que significa cazar cuando el hielo se mueve y el estruendo hace que un hombre no logre oír lo que dice otro, y uno siente que se eleva mientras un trozo de hielo cambia de posición, y no sabe si muy pronto ese trozo se dará la vuelta y uno se sumergirá en el mar. Y hablaron de cómo, después de esas experiencias, había resultado difícil seguir adelante y extraer del hielo y la oscuridad el alimento del día siguiente.

Fuimos a ver a las tres ancianas; cada una de ellas había sufrido de forma terrible. Amalia Joelson, la comadrona, era lo más parecido a un médico que había en la población. Un año había parido un niño muerto, al año siguiente dio a luz a un niño que murió esa misma noche. Su esposo, loco de pena, la acusaba de haber matado al bebé, y ella no podía soportar la idea de ayudar a nacer a los niños de sus vecinas cuando no podía tener los propios.

Karen Johansen, esposa de un pescador, había abandonado su pueblo natal para ir a vivir a Illiminaq. Poco después de su llegada, y en un corto período de tiempo, habían muerto su madre, luego su abuelo y finalmente su hermana mayor. Después la esposa de su hermano se había quedado embarazada y esperaba gemelos, uno de los cuales nació muerto y el otro falleció a los tres meses de síndrome de muerte súbita. A su hermano solo le quedaba una niña de seis años, pero la pequeña se ahogó, y él acabó ahorcándose.

Amelia Lange era ministra de la iglesia. Se había casado joven con un cazador alto, y le había dado ocho hijos en rápida sucesión. Después él había sufrido un accidente mientras cazaba: una bala rebotó en una roca y le partió el brazo derecho entre el codo y la muñeca. El hueso nunca cicatrizó, y el punto de la fractura se doblaba como una articulación adicional cuando alguien le daba la mano. Al final perdió la posibilidad de utilizar el brazo, y unos años más tarde, cuando se encontraba fuera de su casa durante una tormenta, fue arrastrado por un fuerte viento; debido a su incapacidad, no pudo evitar una caída: se rompió el cuello y desde entonces está tetrapléjico. Su esposa había tenido que cuidarlo, criar a los hijos y cazar para conseguir alimento. «Yo trabajaba fuera y lloraba todo el tiempo mientras lo hacía», recordó. Cuando le pregunté si alguien se había acercado al verla llorar mientras trabajaba, me respondió: «Mientras pudiera hacer mi trabajo, ellos no se entrometían». Su esposo pensaba que era una carga tan pesada para ella que dejó de comer con la intención de morir de hambre, pero ella se dio cuenta de lo que él se proponía hacer, y entonces rompió su silencio y le suplicó que siguiera viviendo.

«Sí, es verdad —afirmó Karen Johansen—. Los groenlandeses somos demasiado cerrados para tener intimidad entre nosotros. Y aquí todos soportamos muchas cargas, y nadie quiere agregar su carga a la carga de los demás.» Los exploradores daneses de principios y mediados del siglo XX descubrieron entre los inuit tres enfermedades mentales importantes, descritas por los propios inuit como una etapa de locura. Estas enfermedades han desaparecido casi por completo, salvo en los lugares más remotos. La «histeria polar» fue descrita por una persona que la había padecido como «un aumento de la savia, de sangre joven alimentada

por la sangre de las morsas, las focas y las ballenas, y la tristeza se apodera de uno. Al principio uno se siente nervioso; es como estar enfermo de la vida». Hoy en día existe una versión modificada de este estado en lo que podríamos denominar depresión con ansiedad o estado mixto; está estrechamente relacionada con la idea malaya de «actuar como un enajenado». El «síndrome del vagabundo de las montañas» afectaba a los que volvían la espalda a la comunidad y se marchaban; en otros tiempos no se les permitía regresar y tenían que arrojárselas en la más absoluta soledad hasta el día de su muerte. La «angustia del kayak» es la forma más común de paranoia y consiste en la idea de que la barca está llena de agua y de que uno se hundirá y ahogará.⁸² Aunque estos términos se usan sobre todo en un sentido histórico, aún evocan algunos de los conflictos propios de la vida de los inuit. Según René Birger Christiansen, director de la salud pública de Groenlandia, en los últimos tiempos hubo una serie de quejas de personas que creían tener agua debajo de la piel. El explorador francés Jean Malmgren escribió en la década de los cincuenta: «Existe a menudo una dramática contradicción entre el temperamento básicamente individualista del esquimal y su creencia consciente de que la soledad es sinónimo de desdicha. Abandonado por sus compañeros, es vencido por la depresión que siempre está acechándolo. ¿Acaso la vida comunitaria es demasiado difícil de soportar? Una red de obligaciones vincula a una persona con otra y convierte al esquimal en un prisionero voluntario».⁸³

Cada una de las ancianas de Illiminaq había soportado su dolor en silencio durante mucho tiempo. Karen Johansen me comentó: «Al principio intenté contarles a las otras mujeres cómo me sentía, pero no me hicieron caso. No querían hablar de cosas malas y no sabían cómo mantener semejante conversación, pues nunca habían oído a nadie explicar sus problemas. Hasta que mi hermano murió, yo estaba orgullosa de no ser una nube en el cielo para nadie. Pero después de la conmoción que me causó su suicidio tuve que hablar. A la gente no le gustaba esto. Para nosotros es descortés decirle a alguien, incluso a un amigo: “Lamento los problemas que tienes”». Describe a su esposo como un «hombre de silencio» con el que acordó una manera de llorar mientras él la escuchaba, sin que ninguno de los dos tuviera que usar palabras que para él eran tan ajenas.

Estas tres mujeres se sintieron mutuamente atraídas por sus dificultades, y al cabo de muchos años hablaron entre ellas de la profundidad de su angustia, de su soledad, de los sentimientos que albergaban en su interior. Amalia Joelson había asistido al hospital en Ilulissat para formarse como comadrona, y allí se había enterado de la existencia de la psicoterapia. Encontraba consuelo conversando con estas otras dos mujeres, y les propuso una idea, nueva para aquella sociedad. Un domingo en la iglesia, Amelia Lange anunció que ellas habían formado un grupo y

que todo el que quisiera hablar de sus problemas estaba invitado a ir a verlas, de manera individual o en grupo. Propuso que utilizaran para ello el consultorio que Amalia Joelson tenía en su casa, y prometió que esas reuniones tendrían carácter estrictamente confidencial. Y añadió: «Ninguno de nosotros tiene por qué estar solo».

Al año siguiente, todas las mujeres de la población —una por una y sin saber cuántas más habían aceptado el ofrecimiento— fueron a verlas. Mujeres que nunca habían contado a su esposo ni a sus hijos lo que sentía su corazón, iban a llorar al consultorio de la comadrona. Así comenzó esa nueva tradición de franqueza en la que participaron también algunos hombres, aunque la idea de estos acerca de la dureza al principio los mantuvo alejados.

Pasé muchas horas en la casa de cada una de estas tres mujeres. Amelia Lange decía que el ver cómo la gente quedaba «liberada» después de hablar con ella le había permitido comprender muchas cosas. Karen Johansen me invitó a visitar a su familia y me sirvió un cuenco de sopa de ballena recién hecha que, según ella, a menudo era la mejor respuesta a los problemas, y me dijo que había encontrado la verdadera cura para la tristeza, que consistía en prestar atención a la tristeza de los demás. «No hago esto solo por la gente que viene a hablar conmigo —dijo—, sino también por mí.» En su hogar y con las personas íntimas, la gente de Illiminaq no habla de sí misma, pero acuden a las tres ancianas y de ellas obtienen fortaleza. «Sé que he evitado muchos suicidios —me dijo Karen Johansen—. Me alegro de haber podido hablar con ellos a tiempo.» El tema de la confidencialidad fue de suma importancia, pues en un poblado pequeño como este existen muchas jerarquías, y estas no pueden alterarse sin crear problemas mucho más serios que el que se intentaba solucionar. «Afuera veo a gente que me ha contado sus problemas, y nunca los menciono ni pregunto de una manera distinta por la salud de alguien —explica Amalia Joelson—. Pero sí pregunto amablemente: “¿Cómo estás?”, y si esa persona se echa a llorar, la llevo conmigo a mi casa.»

La idea de las psicoterapias se suele discutir en Occidente como si la hubieran creado los psicoanalistas. La depresión es una enfermedad de la soledad, y cualquiera que la haya sufrido de modo intenso sabe que impone un aislamiento pavoroso, incluso para aquellas personas que están rodeadas de amor, pues en este caso se trata del aislamiento provocado por la multitud. Las tres ancianas de Illiminaq habían descubierto los maravillosos beneficios de desahogarse y de ayudar a otros a hacer lo mismo. Las diferentes culturas expresan dolor de distintas maneras, y miembros de diferentes culturas experimentan distintos tipos de sufrimiento, pero las características de la soledad son infinitamente

generalizables a todos.

Las tres ancianas me preguntaron sobre mi depresión, y sentado en la casa de ellas, comiendo bacalao seco envuelto en grasa de foca, sentí que comprendían mi experiencia a partir de la suya. Cuando abandonamos el poblado, mi intérprete me dijo que había sido la experiencia más agotadora de su vida, aunque lo expresó con encendido orgullo. «Los inuit somos fuertes —explicó—. Si no resolviéramos nuestros problemas, moriríamos. Por eso hemos hallado la forma de resolver también este problema, el de la depresión.»

Sara Lynge, una groenlandesa que ha creado una línea telefónica directa para suicidas en una ciudad grande, aseguraba: «Primero la gente tiene que darse cuenta de lo fácil que es hablar con alguien, y después percatarse de lo bueno que es hacerlo. No lo saben, y quienes lo hemos descubierto debemos hacer todo lo posible para divulgarlo».

Enfrentado a mundos en los que la adversidad es la norma, uno ve los límites que cambian entre el preciso reconocimiento de la dificultad de la vida y el estado de depresión. La vida de los inuit es difícil, no moralmente degradante como en los campos de concentración, ni vacía de afectos como en las grandes ciudades, sino implacable, ardua y sin las comodidades materiales cotidianas de las cuales la mayoría de los occidentales disfrutaban como algo normal. Hasta hace bastante poco tiempo los inuit ni siquiera podían permitirse el lujo de hablar de sus problemas, y debían reprimir sus emociones negativas para no arrastrar a la sociedad entera. Las familias que visité en Illiminaq solucionaron sus tribulaciones mediante un pacto de silencio. Fue un sistema efectivo que acompañó a mucha gente a lo largo de muchos gélidos e interminables inviernos.

Según nuestra creencia occidental moderna, los problemas se resuelven mejor cuando ven la luz, y el relato de lo que ha ocurrido en Illiminaq confirma esta teoría. Pero en este caso concreto no hay que obviar las limitaciones, pues recordemos que ninguna de las personas deprimidas del poblado habló de sus problemas con los sujetos de dichos problemas, y que tampoco expresó sus dificultades de forma regular, ni siquiera delante de las tres ancianas. Suele decirse que la depresión es un trastorno que padece una clase social que dispone de demasiado tiempo libre en una sociedad desarrollada, pero en realidad es un estado que algunas clases tienen el privilegio de poder expresar y tratar. Para los inuit, la depresión es algo tan insignificante en su escala de prioridades y un aspecto tan evidente de la vida de todos, que sencillamente la omiten, salvo en los casos graves de enfermedad somática. Entre su silencio y nuestra verbalizada

conciencia existen múltiples maneras de referirse al sufrimiento psíquico y de conocerlo. El contexto, la raza, el género, la tradición, la nacionalidad intervienen en la determinación de lo que se debe decir y callar, lo cual en cierta medida establece qué se puede aliviar, agudizar y soportar, y a qué se debe renunciar.

La depresión —su severidad, sus síntomas y las maneras de salir de ella— está determinada por quiénes somos, dónde nacimos, qué creemos y cómo vivimos, es decir, fuerzas externas a nuestra bioquímica individual.

Adicción

La depresión y el abuso de determinadas sustancias forman un círculo vicioso, pues las personas deprimidas abusan de ciertas sustancias en un intento por liberarse de su depresión, y quienes lo hacen trastornan sus vidas hasta un punto en que el daño que experimentan por ello los deprime. ¿Quiénes tienen una «predisposición genética» al alcoholismo se convierten en alcohólicos y después se deprimen como consecuencia del consumo de alcohol, o, por el contrario, quienes están genéticamente predispuestos a la depresión utilizan la bebida como forma de automedicación? La respuesta es afirmativa en ambos casos. La reducción del nivel de serotonina parece tener un papel significativo en la aparición del alcoholismo, de modo que un incremento de la depresión podría causar un aumento del alcoholismo, y de hecho existe una relación inversa entre los niveles de serotonina en el sistema nervioso y el consumo de alcohol. La automedicación con sustancias ilícitas suele ser contraproducente; así, mientras los medicamentos antidepresivos lícitos comienzan provocando efectos secundarios y terminan generando efectos deseables, el abuso de determinadas sustancias suele operar de manera inversa. La decisión de tomar Prozac en lugar de cocaína es una versión de la estrategia de la gratificación diferida, y la decisión de tomar cocaína en lugar de antidepresivos se basa en un deseo de gratificación inmediata.

Todas las sustancias que generan adicción —la nicotina, el alcohol, la marihuana, la cocaína, la heroína, y aproximadamente otras veinte conocidas en la actualidad—¹ producen efectos importantes en los sistemas dopaminérgicos. Algunas personas poseen una predisposición genética al uso de estas sustancias, que actúan sobre el cerebro en tres fases.² La primera de ellas tiene lugar en el cerebro anterior y afecta a la cognición; a su vez, esto excita conexiones nerviosas que conducen a las regiones más primitivas del cerebro —aquellas que tenemos en común con los reptiles— y estas, finalmente, envían mensajes a diversas áreas cerebrales, que suelen relacionarse con los sistemas que utilizan la dopamina. La cocaína, por ejemplo, parece bloquear la asimilación de este neurotransmisor, de modo que hay más dopamina libre en el cerebro.³ La morfina, en cambio, provoca la liberación de dopamina.⁴ También hay otros neurotransmisores involucrados: el alcohol afecta a la serotonina,⁵ y al parecer, varias otras sustancias aumentan los niveles de encefalina.⁶ El cerebro, sin embargo, se autorregula y tiende a mantener niveles constantes de estimulación, de manera que si se lo inunda de dopamina,

desarrollará una resistencia tal que se necesitará cada vez más dopamina para realizar su actividad. Así, o bien incrementa la cantidad de receptores de dopaminérgicos, o bien disminuye la sensibilidad de los receptores específicos existentes.⁷ Esta es la razón por la que los adictos necesitan cantidades cada vez mayores de la sustancia de la que abusan, y es también la razón por la que las personas en proceso de recuperación y que ya no reciben el estímulo de la liberación excesiva de dopamina, suelen sentirse decaídas, entristecidas y deprimidas: sus niveles naturales de dopamina son, para el grado de adaptación de sus cerebros, extremadamente bajos. Cuando el cerebro se reajusta, aparecen los síntomas de abstinencia.⁸

Cualquier persona que consuma la cantidad suficiente de alguna de esas sustancias durante el tiempo necesario se convertirá en adicto a ella. Una tercera parte de las personas que alguna vez han fumado un cigarrillo siguen fumando y desarrollan adicción a la nicotina; alrededor de una cuarta parte de aquellos que prueban la heroína se vuelven dependientes a la droga, y lo mismo ocurre con alrededor de una sexta parte de quienes prueban el alcohol.⁹ La velocidad a la que estas sustancias atraviesan la barrera hematoencefálica e intoxican al que las consume está determinada a menudo por la forma en que se ingiere la sustancia.¹⁰ Si se inyecta, el efecto es más rápido, un poco menos si se inhala, mientras que el efecto más lento es el que produce el consumo oral. Por supuesto, la velocidad también varía según las sustancias y determina si estas son o no rápidamente reconfortantes. «La cuestión de quién prueba una sustancia una vez es bastante aleatoria —dice David McDowell, director del Servicio de Tratamiento e Investigación de Sustancias de la Universidad de Columbia—. Tiene que ver con el contexto que rodea a la persona. Sin embargo, el seguimiento no es en absoluto aleatorio, y si bien algunas personas que prueban una sustancia siguen con su vida normal y nunca más piensan en ella, otras se vuelven adictas casi de inmediato.» Tanto en el caso de los que abusan de sustancias como en el de los depresivos, existe una predisposición genética que interactúa con la experiencia externa; las personas que nacen con una propensión a convertirse en consumidores abusivos de sustancias, una vez que han abusado de una sustancia determinada durante cierto tiempo, se convierten en adictos. Las personas deprimidas que tienden al alcoholismo suelen comenzar a beber de forma crónica y abundante unos cinco años después del primer episodio depresivo mayor; los que tienden al consumo de cocaína comienzan a abusar de ella de manera crónica, en promedio, unos siete años después del primer episodio.¹¹ Hasta ahora no existe ningún test que revele quién utiliza qué tipo de sustancias y con qué niveles de riesgo, aunque se están llevando a cabo diversos intentos de elaboración de ese tipo de pruebas, en especial sobre la base de la medición de los niveles de ciertas enzimas en el

torrente sanguíneo. Todavía no es posible discernir si una transformación fisiológica vuelve a las personas deprimidas más vulnerables al abuso de determinadas sustancias, o si el aumento de la vulnerabilidad es fundamentalmente psicológico.

La mayoría de los deprimidos que abusan de sustancias sufren dos enfermedades concurrentes y vinculadas entre sí, que se estimulan mutuamente y cada una de ellas requiere su propio tratamiento, enfermedades que además interactúan en el sistema dopaminérgico. La popular idea de que es necesario que una persona abandone la sustancia de la que abusa antes de ocuparse de su depresión es absurda, pues se estaría obligando a quien padece un gran sufrimiento a sucumbir a este antes de tratarlo. Por otra parte, la idea de que se puede ignorar la adicción y tratar la depresión como una enfermedad central, ayudando de este modo a una persona a sentirse tan bien que no habrá de necesitar nunca más la sustancia adictiva, pasa por alto la realidad de la dependencia física. «Si algo hemos aprendido en el campo de las adicciones —dice Herbert Kleber, que durante años fue el zar suplente en la lucha contra las drogas en Estados Unidos y ahora dirige el Centro de Adicciones y Abuso de Sustancias de la Universidad de Columbia—, es que una vez que uno se ha vuelto adicto (no importa cómo haya llegado a ello) sufre una enfermedad que adquiere vida propia. Si se trata a un alcohólico deprimido con un antidepresivo, el resultado es un alcohólico no deprimido.» Eliminar la motivación original del abuso de sustancias no libera a quien ha desarrollado un patrón adictivo.

A los teóricos les entusiasma la idea de distinguir entre el estado de ánimo y la dependencia. Algunos rasgos elementales (una historia familiar de depresión, por ejemplo) pueden servir para identificar una depresión primaria, y una historia familiar de abuso de sustancias puede indicar un problema primario con esas sustancias. Más allá de esto, los términos comienzan a perder precisión. El alcoholismo causa síntomas de depresión. La filosofía terapéutica dominante en la actualidad sostiene que el abuso de sustancias debe tratarse primero, y que solo alrededor de un mes después de que la persona está «limpia» o «sobria», se debe evaluar su cuadro afectivo. Si la persona se está sintiendo bien, es probable que la causa de la depresión haya sido la adicción, de modo que, al desaparecer esta, aquella se disipará. Todo esto está bien en principio, pero de hecho, el trastorno causado por la abstinencia es enorme. Es probable que alguien que se siente muy bien un mes después de haber dejado su adicción, sienta una sensación de orgullo por su capacidad de control y esté experimentando ajustes en los niveles de todo tipo de hormonas, neurotransmisores, péptidos, enzimas, etc. Esta persona no necesariamente se ha liberado ni de su alcoholismo ni de su depresión. Alguien

puede estar deprimido al cabo de un mes de haber dejado su adicción por razones relacionadas con otros aspectos de su vida que no reflejan ni el estado afectivo que lo condujo al abuso de sustancias ni el estado afectivo subyacente que ahora ha quedado al descubierto. La noción de que alguien puede retornar a un estado de pureza y la idea de que las sustancias enmascaran la verdadera identidad de un adicto, son por completo absurdas. Además, los trastornos del estado de ánimo relacionados con la abstinencia pueden hacer su primera aparición solo después de haber transcurrido uno o dos meses de sobriedad. Hacen falta muchos meses para que el organismo alcance una recuperación óptima cuando el abuso de sustancias ha sido prolongado; algunas alteraciones cerebrales «parecen ser permanentes», según Kleber, y otras perduran por lo menos uno o dos años. La tomografía por emisión de positrones muestra los efectos de diversas sustancias en el cerebro, y la limitada recuperación que se produce incluso hasta después de transcurridos tres meses.¹² Hay lesiones que son persistentes, y las personas que abusan de sustancias de forma crónica suelen sufrir un daño permanente en su memoria.¹³

Si es sádico comenzar el tratamiento haciendo que las personas deprimidas que abusan de alguna sustancia dejen de consumirla, ¿tiene sentido comenzar por darles medicación? El uso de antidepresivos en alcohólicos deprimidos les procura un cierto alivio de su deseo de beber si la depresión es un motivo primario de su alcoholismo. El método de comenzar por el alivio de la depresión es más generoso que el que propone eliminar el consumo de la sustancia para descubrir si una persona sufre o no una «depresión real». El tratamiento antidepresivo sin duda es útil a la hora de reducir el abuso de sustancias, y estudios recientes han revelado que si se administra a los alcohólicos ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina), aumentan las probabilidades de que puedan dejar el alcohol.¹⁴ Está claro que el paciente deprimido puede mejorar de forma significativa con una terapia psicodinámica, o simplemente con atención, y la rigurosa atención que se les presta a las personas que participan en los distintos estudios puede tener un efecto benéfico en el plano del uso de sustancias, más allá del protocolo de investigación. Los alcohólicos deprimidos tienden a padecer un aislamiento terrible, y el solo hecho de interrumpir este aislamiento suele aliviar algunos de los síntomas depresivos.

«Hay un cierto intento discriminativo en el hecho de adoptar una actitud técnica con respecto a cuál de las enfermedades es primaria y cuál secundaria, una tendencia a repartir culpas entre la falta de moderación en el uso de sustancias y la enfermedad mental — dice Elinor McCance-Katz, de la facultad de medicina Albert Einstein—. Como especialista en el tratamiento de personas con problemas de adicción y con trastornos psíquicos, no obstante, quiero obtener respuestas que me

sirvan para predecir cómo evolucionarán mis pacientes en el futuro, pues me resultará útil para decidir cómo trabajo con ellos y los educo, y también para saber qué medicación utilizaré y durante cuánto tiempo. Pero lo fundamental es que si sufren los dos trastornos, el tratamiento debe abarcar a ambos.» A veces ocurre que ciertos pacientes que se automedican utilizan sustancias para controlar la depresión con ansiedad que si no son vigiladas pueden dar lugar a deseos o actos suicidas. Si se logra que una persona deje el alcohol sin hacer planes destinados a controlar mejor la depresión, se corre el serio riesgo de crear un suicida. «Cuando la depresión no se diagnostica debido a la falta de abstinencia —dice David McDowell de Columbia—, el mantenimiento de la abstinencia puede depender del tratamiento de la depresión.» Dicho de otro modo, si uno está deprimido, puede no estar en condiciones de enfrentar el estrés de la desintoxicación.

Ocurre que se manipulan las correlaciones para tratar de construir un sistema de diagnóstico en un campo en el que conocer el origen de la enfermedad es solo un aspecto mínimo de lo que se debe saber para tratarla. Un estudio reciente, por ejemplo, investigó los patrones de sueño y determinó que una disminución de la latencia de la fase de sueño REM (tiempo que transcurre desde que la persona se duerme hasta el primer episodio REM [movimiento rápido de los ojos]) indicaba que la depresión era la enfermedad primaria, mientras que una latencia más prolongada del sueño REM indicaba que lo era el alcoholismo.¹⁵ Algunos clínicos afirman que es más probable que el alcoholismo precoz, y no el tardío, sea consecuencia de la depresión.¹⁶ Algunos test miden los metabolitos de serotonina, o los niveles de cortisol y otras hormonas, y esperan demostrar a través de estas medidas la presencia de una depresión «real», pero como muchas depresiones reales no se manifiestan con estos metabolitos, la utilidad de dichas pruebas es limitada. Se dispone de una increíble variedad de datos estadísticos, pero parece que alrededor de un tercio de todos los que abusan de sustancias sufren de algún tipo de trastorno depresivo; y es evidente que un elevado número de depresivos abusan de diversas sustancias.¹⁷ El abuso de sustancias suele comenzar al principio de la adolescencia, en una etapa en la que aquellos que tienen predisposición a la depresión pueden no haber desarrollado aún el trastorno.¹⁸ El abuso puede comenzar como una defensa contra una tendencia depresiva en desarrollo, y en ocasiones la depresión conduce a alguien que ha usado alguna sustancia adictiva a convertirse en adicto. «La probabilidad de desarrollar una verdadera dependencia es más alta en las personas que toman algo porque están angustiadas, o porque están deprimidas», dice Kleber. Las personas que se han recuperado del abuso de sustancias poseen una mayor propensión a las recaídas cuando están deprimidas que en otras circunstancias.¹⁹

R. E. Meyer ha propuesto cinco posibles relaciones entre el abuso de sustancias y la depresión: la depresión puede ser la causa del abuso de sustancias; la depresión puede ser el resultado del abuso; la depresión puede alterar o exacerbar el abuso de sustancias; la depresión puede coexistir con el abuso de sustancias sin afectarlo; la depresión y el abuso de sustancias pueden ser dos síntomas de un mismo problema.²⁰

Lo que resulta en extremo confuso es que el uso de sustancias, la interrupción de su uso y la depresión poseen síntomas que se superponen. Las sustancias depresivas como el alcohol y la heroína alivian la ansiedad y agravan la depresión; las estimulantes, como la cocaína, alivian la depresión y agravan la ansiedad. Los pacientes con depresión que abusan de estimulantes pueden desarrollar comportamientos semejantes a los de la esquizofrenia, aunque este comportamiento remite tanto con la interrupción del uso de sustancias como con un tratamiento exitoso de la depresión.²¹ Dicho de otro modo, los síntomas que produce la combinación de las dos enfermedades son peores que la suma de los síntomas de cada una de ellas. En los casos de diagnósticos duales, la seriedad del alcoholismo suele ser mayor que la media, al igual que la sintomatología depresiva. Por suerte, las personas con diagnósticos duales tienen una mayor propensión a buscar ayuda que las que sufren solo una de las enfermedades, aunque también son más propensas a las recaídas.²² Aunque el abuso de sustancias y la depresión pueden ser problemas independientes, es indudable que cada uno de ellos tiene consecuencias psicológicas que pueden exacerbar gravemente al otro. Algunas sustancias (la cocaína, los sedantes, los hipnóticos y los ansiolíticos) cuyo uso no causa depresión, afectan al cerebro de tal manera que sí la causan una vez que dejan de utilizarse; algunas sustancias (las anfetaminas, los opiáceos, los alucinógenos) provocan depresión como parte de sus efectos tóxicos inmediatos.²³ Otras (la cocaína, el éxtasis) primero provocan excitación y luego un bajón compensatorio. La cuestión no está clara. Todas estas sustancias, y el alcohol en particular, agudizan la tendencia al suicidio²⁴ y enturbian la mente lo suficiente como para desbaratar el cumplimiento de los regímenes prescritos, lo cual puede sumir en un verdadero caos a quienes están bajo un tratamiento antidepresivo continuo.

La depresión desaparece más o menos de manera permanente en algunas personas una vez que se han desintoxicado, y el tratamiento apropiado para estas personas es la abstinencia.²⁵ En otras, el interés por las drogas y el alcohol simplemente desaparece cuando logran mantener la depresión bajo control, y el tratamiento apropiado para estas personas es la medicación antidepresiva y la terapia. La mayoría de los que abusan de sustancias, como la mayoría de los

depresivos, necesitan una intervención psicosociológica, pero no siempre es así. Lamentablemente, los clínicos todavía no comprenden de forma clara cuántos de los fármacos antidepresivos pueden interactuar con sustancias adictivas. El alcohol acelera la absorción de los medicamentos, y esta rápida absorción incrementa de forma significativa los efectos secundarios.²⁶ Los antidepresivos tricíclicos, una forma antigua de tratamiento, combinados con la cocaína, pueden provocar un estrés cardíaco relevante. Cuando se prescriben antidepresivos a un paciente que ha abusado de sustancias y luego las ha abandonado, es importante tener presente que esa persona podría volver a consumir la sustancia en cuestión, y por lo tanto se debe tener mucho cuidado de no prescribir medicamentos que, combinados con la sustancia, podrían provocar un daño significativo. En algunos casos la terapia psicodinámica puede ser la forma más segura de comenzar a tratar la depresión cuando el paciente abusa de una determinada sustancia.

En los últimos veinte años el término «adicción» se ha vuelto impreciso, de modo que ahora uno puede ser adicto al trabajo, a tomar el sol o a los masajes. Así, hay quienes son adictos a la comida; otros al dinero, tanto a ganarlo como a gastarlo, etc. A una muchacha anoréxica que conocí le habían diagnosticado adicción a los pepinos, una enfermedad acerca de la cual —uno no puede evitar pensarlo— el doctor Freud habría tenido mucho que decir. Howard Shaffer, director de la división de adicciones de la facultad de medicina de Harvard, ha estudiado la ludopatía, y cree que los caminos que conducen a la adicción están en el cerebro, y que el objeto específico de la compulsión no es relevante. Para él la adicción a determinadas conductas no difiere de manera significativa de la adicción a sustancias. Es la necesidad irrefrenable de repetir algo perjudicial lo que impulsa a la dependencia, antes que la reacción fisiológica a aquello que se repite. «A nadie se le ocurriría hablar de dados adictivos», afirma.²⁷

Sin embargo, Bertha Madras, del Departamento de Psiquiatría de Harvard, dice que las sustancias de las que se abusa con mayor frecuencia se abren paso por caminos que existen en el cerebro, gracias a su semejanza con sustancias que llegan naturalmente hasta allí. «La estructura química de las drogas parece asemejarse a la estructura química de los propios neurotransmisores —explica—. Yo los llamo “los grandes impostores cerebrales”, que utilizan los mismos sistemas de comunicación que los mensajeros naturales del cerebro. Pero los complejos sistemas de comunicación y control cerebrales están constituidos para recibir los mensajes naturales en lugar de los artificiales, y como resultado de ello el cerebro se adapta, y compensa, las señales anormales generadas por la droga. Es en este

punto donde comienza el proceso adictivo, pues la adaptación cerebral es central para la adicción. En el caso de las drogas que producen síntomas físicos o psicológicos de abstinencia, hay una compulsión a restituir al cerebro al estado en que se encontraba cuando estaba inundado de drogas.» Por más que no haya dados adictivos, la adicción física implica la activación de caminos por los que esta puede abrirse camino hasta el cerebro, muchos de los cuales conducen a alteraciones fisiológicas que, a su vez, pueden generar depresión.

Las personas con historias familiares de alcoholismo tienden a poseer niveles más bajos de endorfina —morfina endógena responsable de muchas de nuestras sensaciones placenteras— que las personas genéticamente no propensas al alcoholismo. El alcohol aumenta ligeramente el nivel de endorfina de aquellas personas cuya dotación genética no las hace propensas al alcoholismo, y lo incrementa de manera drástica en las que sí poseen dicha dotación.²⁸ Los especialistas dedican muchísimo tiempo a formular exóticas hipótesis que den cuenta de la adicción a sustancias. La mayoría de las personas que abusan de sustancias lo hacen porque les procura un cierto bienestar. Los expertos afirman que hay fuertes motivaciones para evitar las drogas, pero también las hay para consumirlas. Aquellos que aseguran no comprender por qué alguien se convierte en adicto a las drogas suelen ser personas que no las han probado o que, genéticamente, son bastante invulnerables a ellas.

«Las personas son jueces muy pobres de su propia susceptibilidad —dice Herbert Kleber, de Columbia—. Nadie quiere ser un adicto. El problema que se suscita durante el tratamiento es que la meta del terapeuta (la abstinencia), y la meta del paciente (el control), no coinciden. Lo único que desea el adicto al *crack* es poder dar una pipada de vez en cuando, y uno de los problemas es que alguna vez pudieron hacerlo. Todo adicto vivió una luna de miel con la droga durante la cual pudo controlar su uso. Para un alcohólico ese período puede haber durado cinco o diez años; para el adicto al *crack* puede no haber durado más de seis meses.» El deseo de repetir algo porque es placentero no es exactamente lo mismo que sentir la necesidad de repetir algo porque su carencia es intolerable. A menudo, lo que determina la necesidad es una circunstancia externa como la depresión; por lo tanto, es muy probable que un individuo deprimido se convierta mucho más rápido en adicto que una persona no deprimida. Si uno está deprimido, la capacidad de obtener alguna gratificación de las cosas comunes de la vida se halla disminuida. Los que abusan de determinadas sustancias pueden ser clasificados como precontemplativos —lo que significa que ni siquiera piensan en dejar la droga que consumen—, o contemplativos, externa o internamente motivados. La mayoría suelen pasar por estas cuatro etapas antes de poder liberarse de su

dependencia.

La literatura médica afirma que la adicción es producto de problemas con «a) los afectos, b) la autoestima, c) las relaciones con los otros, y d) el cuidado de sí mismos».²⁹ Yo plantearía que lo extraordinario, en realidad, es cuántos de nosotros nos arreglamos para evitar la adicción. Lo que nos motiva, en parte, es la certeza de cuán perjudicial y desagradable puede ser la adicción, el temor de perder nuestras relaciones y el placer de controlarnos a nosotros mismos. Sin embargo, lo que de verdad establece una gran diferencia son los efectos físicos secundarios del abuso de sustancias. Si no existiera la resaca, habría muchos más alcohólicos y adictos a la cocaína. Las drogas gratifican y castigan, y el nivel de consumo que marca los límites en los cuales las gratificaciones son mayores que los castigos, y viceversa, es borroso. Los efectos depresivos de un trago ayudan a quien lo bebe a relajarse y manejar situaciones sociales sin sufrir una angustia paralizante, y este tipo de uso está socialmente admitido en la mayoría de las sociedades no musulmanas. Los efectos estimulantes del consumo ocasional de cocaína guardan con la depresión la misma relación que el alcohol con la angustia, aunque la ilegalidad de la cocaína refleja el malestar social que provoca. Las sustancias que más comúnmente causan adicción son, sin duda, la cafeína y la nicotina. Un médico especialista en adicciones me contó que en una ocasión, mientras estaba de visita en casa de unos amigos en el extranjero, experimentó una resaca paralizante y una sensación terrible de depresión durante dos días enteros, hasta que se dio cuenta de que sus amigos solo bebían té de hierbas, y que su problema no era una deshidratación producida por el alcohol, sino síntomas de abstinencia del café. Bebió algunas tazas de café negro y poco más tarde estaba otra vez en pie. «Nunca había pensado en ello, pero el café no era simplemente un gusto adquirido: era una adicción, y si no la tomaba en serio iba a sufrir abstinencia.» Socialmente no objetamos las adicciones que no nos incapacitan, sí objetamos el uso de ciertas sustancias adictivas aun cuando este uso sea ocasional y en esencia no adictivo. Los debates acerca de la legalización de la marihuana y la ilegalización del tabaco muestran los distintos puntos de vista que tenemos acerca de este tema.

Los genes no son el destino. Irlanda tiene una tasa extremadamente alta tanto de alcohólicos como de abstemios. Israel registra una tasa muy baja de alcoholismo, pero casi no hay abstemios.³⁰ En una sociedad cuyos miembros son propensos al alcoholismo también puede existir una tendencia a ejercer un fuerte autocontrol con respecto a las sustancias. «El alcoholismo —dice Kleber— no es una enfermedad del codo. No son espasmos musculares los que hacen que uno se lleve la copa a la boca. Un alcohólico tiene opciones. La capacidad de elegir entre esas opciones, sin embargo, se ve influida por muchas variables, una de las cuales

puede ser un trastorno del estado de ánimo.» Si uno consume drogas lo hace de forma deliberada; se pone en juego la voluntad. Y sin embargo, ¿elegimos en realidad? Si uno sabe que existe un alivio disponible para un dolor inmediato, ¿qué sentido tiene rechazarlo? T. S. Eliot escribió en «Gerontion»: «Después de ese saber, ¿qué perdón?».³¹ Cuando la negra noche se apodera del alma, ¿es mejor no saber para qué puede servirnos la cocaína?

Parte de lo más horrible de la depresión, y sobre todo de la angustia y el pánico, es que no se pone en juego la voluntad: los sentimientos «ocurren» sin que haya en absoluto ninguna razón que los explique. Un escritor ha dicho que el abuso de sustancias consiste en sustituir «un dolor cómodo y comprensible» por «un dolor incómodo e incomprensible», eliminando así «el sufrimiento incontrolable que el individuo en cuestión no comprende» para obtener «una euforia inducida por la droga que sí comprende».³² En Nepal, cuando un elefante tiene clavada una astilla o una espina en una pata, su jinete le aplica guindilla en un ojo, pues el dolor que le provoca la guindilla es tan intenso que el elefante deja de atender al dolor que siente en la pata, de modo que es posible quitarle la espina sin morir aplastado (además, en muy poco tiempo, la guindilla se diluye).³³ Para muchos depresivos, el alcohol, la cocaína o la heroína equivalen a la guindilla, ese efecto intolerable cuyo horror los distrae de la aún más intolerable depresión.

La cafeína, la nicotina y el alcohol son las sustancias adictivas legales fundamentales, y se han incorporado en distinta medida a las normas de nuestra sociedad mediante «advertencias a los consumidores». A la cafeína, en general, se la ignora. La nicotina, aunque sea objeto de un ostensible hostigamiento, no intoxica y por lo tanto resulta relativamente poco preocupante para la vida cotidiana, y son más bien los efectos del alquitrán que acompaña la incorporación de la nicotina al organismo los que preocupan a los dirigentes del movimiento antitabaco. El hecho de que los efectos colaterales negativos del hábito de fumar se presenten a largo plazo facilita el uso abusivo de la nicotina: si uno sufriera terribles resacas cada vez que fuma, fumaría muchos menos cigarrillos. Como los efectos perjudiciales —principalmente el enfisema y el cáncer pulmonares— son el resultado final de haber fumado durante muchos años, es más fácil ignorarlos o negarlos. La alta tasa de fumadores entre las personas que sufren depresión no parece reflejar ningún atributo particular de la nicotina, sino más bien la generalizada tendencia a la autodestrucción que caracteriza a estos seres para los que el futuro no es nada prometedor. La disminución de la oxigenación de la sangre que forma parte del acto de fumar también puede ejercer un efecto

deprimente.³⁴ Al parecer, fumar disminuye el nivel de serotonina, aunque es posible que, en realidad, los bajos niveles de este neurotransmisor sean la causa de que una persona se sienta atraída por la nicotina y adquiera el hábito de fumar.³⁵

De las sustancias de abuso significativamente perjudiciales, la más común es el alcohol, que puede cumplir una excelente función si lo que se quiere es sofocar el dolor. Si bien beber durante la depresión no es inusual, algunas personas beben menos cuando están deprimidas, a menudo porque saben que el alcohol es un depresivo y que beber en exceso durante la depresión puede exacerbarla seriamente. Mi experiencia es que el alcohol no es particularmente tentador cuando existe una depresión pura, pero que en cambio sí lo es cuando se experimenta angustia. El problema es que el mismo alcohol que mitiga la angustia tiende a agudizar la depresión, de modo que uno pasa de sentirse tenso y asustado a sentirse desolado e inútil, lo cual sin duda no es una mejoría. Yo he recurrido a la bebida en esas circunstancias y he sobrevivido para contarlo; mi verdad es que el alcohol no ayuda en lo más mínimo.

En distintos momentos de mi vida me adapté a diversas normas respecto al consumo de alcohol, y creo que la definición de lo que constituye una adicción en gran medida está determinada socialmente. Crecí en una familia en la que se servía vino durante la cena, y yo tomaba un par de sorbos de mi propio vaso desde que tuve más o menos seis años. Cuando comencé la universidad, descubrí que era un bebedor bastante bueno: podía manejar bien el licor. Por otra parte, en mi facultad había una tendencia a desalentar el consumo de bebidas alcohólicas, y se pensaba que los que bebían mucho eran gente que «tenía problemas». Yo me adapté a las pautas imperantes. En la Universidad de Londres en la que después estudié, la bebida hacía furor, y a quienes la evitaban se los consideraba «estirados» y «aburridos». No me gusta considerarme una oveja más del rebaño, pero lo cierto es que me adapté a la perfección a este nuevo ambiente. Pocos meses después de haber comenzado a escribir mi trabajo de graduación en Inglaterra, fui iniciado en una sociedad cuyos miembros se reunían para cenar, y, como parte de un ritual bastante estúpido, me obligaron a beber dos litros de ginebra. Para mí fue un verdadero logro, pues me permitió superar el temor a emborracharme que había sentido hasta entonces. En esa etapa de mi vida no sufría depresión en sentido estricto, pero me angustiaba con facilidad y caía con frecuencia en paroxismos de agitación nerviosa. Unos meses después fui a una cena y me tocó sentarme al lado de una muchacha de la que estaba enamorado. Creyendo que el alcohol me ayudaría a vencer la intensa timidez que ella me inspiraba, vacié con gusto unas

dos botellas y media de vino mientras comíamos. Aparentemente también a ella la invadía la timidez, y bebió casi tanto como yo. Como resultado de ello nos despertamos al amanecer sobre una pila de abrigos, sin avergonzarnos de lo que habíamos hecho. Si uno estaba dispuesto a pagar con dolores de cabeza y podía realizar de todos modos las lecturas necesarias para escribir su siguiente ensayo, se consideraba casi oportuno que uno bebiera todas las noches hasta quedar inconsciente. Pero ni a mí ni a mis amigos se nos ocurrió nunca que me hallara en peligro de convertirme en alcohólico.

A los veinticinco años comencé a trabajar en mi primer libro, que estaba dedicado a los artistas soviéticos de vanguardia. Mi contacto con la bebida en Inglaterra había sido esporádico e intenso, pero en Rusia fue constante, no obstante lo cual no me resultó depresivo. El grupo con el que conviví en Rusia tenía una impronta de regocijo alcohólico, y puesto que el agua de Moscú casi no se puede beber, recuerdo haber dicho que el verdadero milagro habría sido que alguien convirtiera mi vino en agua, y no al revés. Pasé el verano de 1989 en un sitio ocupado ilegalmente por un grupo de artistas, en los suburbios de Moscú, y calculo que bebía un litro de vodka al día. Al cabo de un mes no tenía noción de cuánto estaba bebiendo; me había acostumbrado a salir a trompicones de la cama al mediodía para encontrarme con un grupo de amigos fumando, hirviendo agua para preparar té en un pequeño calentador eléctrico y bebiendo vodka en vasos sin lavar. A mí el té me resultaba repugnante —me parecía que no era más que agua caliente con barro—, así que bebía mi vodka de la mañana para comenzar el día, que se iba haciendo más acogedor gracias al constante consumo de alcohol. Esta costumbre de beber de manera continua nunca hizo que me sintiera un borracho y, retrospectivamente, puedo decir que fue muy útil para mí. Yo había crecido en un ambiente bastante protector en Estados Unidos, y la combinación de aquella vida comunitaria con el persistente hecho de beber dieron más fuerza a mis sentimientos de camaradería con mis amigos rusos. Por supuesto, algunos miembros del grupo bebían demasiado incluso para los criterios corrientes de la sociedad en la que vivíamos. Uno de ellos bebía a más no poder y deambulaba de un lado a otro en un estado de total aturdimiento hasta que por la noche se desmayaba, y lo más importante era asegurarse de que no cayera en tu habitación y, sobre todo, que su destino final no fuese tu cama. Recuerdo haber intentado levantar con otros seis compañeros el enorme fardo en el que se había convertido este personaje inconsciente para depositarlo en el suelo; y en una ocasión lo arrastramos tres pisos escaleras abajo sin que se despertara en ningún momento. Si me hubiera atenido a mis normas norteamericanas en lo tocante a la bebida, no solo habría sido descortés en estos círculos, sino una suerte de rareza. Algo tal vez más significativo es que la bebida liberaba a mis amigos de Moscú de su dieta

social de aburrimiento y terror. Llevábamos unas vidas marginales en una sociedad opresiva en un momento confuso de la historia, y para expresarnos de manera libre y danzar y reír de la forma en que lo hacíamos, y para alcanzar una cierta y extrema intimidad, debíamos seguir bebiendo. «En Suecia —me dijo uno de mis amigos rusos después de una visita a aquel país— la gente bebe para evitar la intimidad. En Rusia bebemos porque nos amamos con locura los unos a los otros.»³⁶

El hábito de beber no es un asunto sencillo, pues posee motivaciones y efectos diferentes según las personas y los lugares. Se cree que en los países escandinavos el aumento de los impuestos a las bebidas alcohólicas tiene como meta reducir la tasa de suicidios.³⁷ He leído muchos estudios que dicen que ser alcohólico es deprimente, pero no creo que todos los alcohólicos sean depresivos. La relación entre el alcohol y la depresión es una cuestión de temperamento y de contexto, dos aspectos sin duda muy variables. Yo bebo mucho más cuando estoy acongojado —en medio de situaciones sociales angustiantes o cuando me invade la ansiedad propia de la depresión— y ha resultado perturbador descubrir que soy dependiente del alcohol durante mis peores momentos. Mi tolerancia sube y baja y mi respuesta es incoherente; he bebido alcohol y he notado que la excitación aumentaba, pero también he bebido una pequeña cantidad y he sentido inclinaciones suicidas, abrumado, frágil y asustado. Sé que no debería beber cuando me estoy deprimiendo, y de hecho si me quedo en casa no bebo, pero en situaciones sociales es difícil negarse, y más difícil aún no apartarse de esa línea que separa lo que no es más que alivio de la preocupación de lo que nos incita al desánimo. Yo, a menudo, fracaso en el intento.

Beber en exceso, por supuesto, produce dolor de cabeza e inspira sentimientos de inutilidad o incompetencia, además de indigestión. El alcoholismo grave, prolongado en el tiempo, puede producir daños cognitivos o incluso psicosis, y también enfermedades físicas severas como la cirrosis. Los alcohólicos suelen morir más jóvenes que las personas que no beben, y la abstinencia en alcohólicos crónicos puede inducir *delirium tremens*, que puede ser letal.³⁸ En la actualidad, el 90 por ciento de los norteamericanos han consumido alcohol en algún momento de su vida.³⁹ En Estados Unidos, alrededor del 10 por ciento de los hombres y el 5 por ciento de las mujeres desarrollan adicción fisiológica al alcohol, lo que significa que experimentarán taquicardia, *delirium tremens* y nerviosismo si intentan dejar de beber. Todavía carecemos de una comprensión cabal del mecanismo fisiológico del alcohol en el cerebro; lo mismo pasa con los fundamentos fisiológicos de su consumo, aunque al parecer la serotonina afecta a la capacidad de resistir la tentación de beber. En altas dosis, el alcohol parece

ejercer un efecto perjudicial sobre los neurotransmisores, posiblemente mediante ciertos receptores GABA, que son también la diana a la que apunta el Valium.⁴⁰ Beber de forma crónica afecta seriamente a la memoria, e incluso podría provocar un daño permanente en la capacidad de ordenar las nuevas experiencias e incorporarlas a una serie coherente de recuerdos. Esto significa que uno pierde la configuración esencial de su propia historia; uno recuerda su vida de forma fragmentaria y episódica en lugar de reconstruirla conforme a una secuencia narrativa coherente.

Hay muchos métodos para tratar el alcoholismo sin depresión, pero cuando los dos cuadros se presentan juntos, las terapias psicodinámicas parecen ser las más eficaces.⁴¹ Alcohólicos Anónimos y otros programas basados en el método de los doce pasos ofrecen un contexto de contención en el que los participantes pueden compartir sus experiencias, tanto las del alcoholismo como las de la depresión. Otras terapias de grupo, e incluso algunos ingresos breves, también son sumamente productivos para tratar el alcoholismo y la depresión como si ambos trastornos tuvieran una causa común, aunque muchos piensan que esto funciona con independencia de que exista una causa común o no. En la Universidad de Columbia hay médicos que utilizan una terapia cognitivo-conductual individual destinada a prevenir las recaídas. El programa está estandarizado y cualquier médico clínico puede aplicarla de manera uniforme. «Se parece mucho a una forma de terapia “del aquí y el ahora” —explica David McDowell—. El comienzo del tratamiento típico dura una o dos semanas, durante las que se trabaja con los deseos de la persona, y luego continúa intentando discernir cuáles son los desencadenantes individuales que podrían dar lugar a una recaída, y de encontrar fórmulas para manejarlos.»⁴²

Últimamente se ha tratado el alcoholismo con Antabuse, un medicamento que altera el metabolismo del alcohol y disminuye la tolerancia a este. Es una suerte de amplificador de la autodisciplina. Las personas que se despiertan y sienten que están decididas a todo pero al mediodía descubren que su voluntad se ha debilitado, suelen tomar Antabuse para obligarse a cumplir con su decisión de no beber. Quienes están pasando por un proceso de desintoxicación suelen tener una actitud en extremo ambivalente, y el Antabuse las ayuda a privilegiar el deseo de libertad sobre el que las empuja al consumo de una sustancia adictiva.⁴³ Un médico que trabaja con personas que abusan de sustancias y tienen una elevada posición social —en su mayoría médicos y abogados— los obliga a escribir y firmar una carta de renuncia a su licencia dirigida a la institución que los habilita profesionalmente. Él retiene dicha carta, y si ellos reinciden, la envía a sus destinatarios. Muchos de quienes trabajan con pacientes adictos han estado

prescribiendo medicamentos que bloquean los efectos de las sustancias adictivas, anulando de esta forma la motivación para el consumo. El Naltrexone, por ejemplo, es un narcótico antagonista que bloquea los efectos de la heroína; también evita que el alcohol ejerza influencia sobre las endorfinas, eliminando así los motivos más comunes del hábito de beber. Si uno está tomando Naltrexone, no obtendrá placer alguno de las sustancias de las que abusa. El medicamento ha ayudado a mucha gente a romper sus pautas de adicción porque socava la motivación que induce el deseo.⁴⁴

La referencia escrita más antigua a la marihuana es un texto chino sobre hierbas medicinales que data del siglo XV antes de Cristo, pero la planta no se popularizó en Occidente hasta que el ejército de Napoleón la trajo de Egipto.⁴⁵ Como el alcohol, la marihuana altera el sueño REM. El cerebro tiene un receptor específico que reacciona a por lo menos una de las muchas sustancias químicas contenidas en el humo de la marihuana, que conecta con el circuito de las gratificaciones placenteras del cerebro. La marihuana es amotivacional, y en esto simula los síntomas de la depresión. La abstinencia es desagradable pero no dolorosa, como sucede con la heroína; potencialmente, no supone una amenaza para la vida, como con el alcohol; ni a largo plazo, como con la cocaína; de modo que a menudo se dice que es una droga no adictiva. La marihuana hace que sus consumidores actúen con más lentitud y puede usarse para combatir la ansiedad; de hecho, puede ser útil en la depresión con ansiedad. Los efectos de la droga no son puros, pues como no se obtiene en un circuito legal es difícil controlar las cantidades y las proporciones que se consumen; y además la hoja seca, ahumada o procesada mediante pirólisis, contiene alrededor de cuatrocientos compuestos identificables, la mayoría de cuyos efectos se desconocen. Si una persona no adicta fuma marihuana de manera ocasional para mitigar los efectos de una depresión con ansiedad está recurriendo a un autotratamiento que no deja de ser razonable. Aunque en la actualidad existe una amplia investigación acerca de las posibles aplicaciones médicas de la marihuana, hasta ahora los estudios realizados no se han ocupado de averiguar si puede ser útil o no en las enfermedades psiquiátricas. El uso habitual de marihuana se vuelve amotivacional y «produce cambios neurocognitivos concretos que bien podrían llegar a ser fisiológicamente permanentes si la persona está todo el tiempo bajo los efectos de la droga», dice McDowell. Por supuesto, la marihuana también posee toda la toxicidad de los cigarrillos, y causa un daño significativo a los pulmones.⁴⁶

• • •

Las drogas duras son aquellas que provocan una alta morbilidad: la cafeína es estimulante, como el *crack*, pero se clasifica al *crack* como droga dura porque es mucho más adictivo y posee un efecto más inmediato sobre el cerebro. La probabilidad de que las drogas duras induzcan depresión es más elevada, en parte porque son ilegales y comprarlas puede complicar mucho la vida, en parte porque son costosas, en parte porque suelen ser impuras, en parte porque la gente que abusa de ellas suele abusar también del alcohol, y en parte por la forma en que actúan sobre el sistema nervioso central. Entre los familiares de las personas que abusan de los estimulantes existen altas tasas de depresión, lo cual parecería indicar que una predisposición genética a la depresión puede preceder al consumo de cocaína y de otros estimulantes.⁴⁷ Solo el 15 por ciento de las personas que la prueban se vuelven adictas a ella, pero para quienes existe predisposición, la cocaína es la droga más adictiva de todas.⁴⁸ Algunas ratas de laboratorio eligen sin vacilación alguna los estimulantes del tipo de la cocaína, antes que la comida o el sexo, y si se les facilita un acceso ilimitado a estos estimulantes, los consumen hasta que mueren de agotamiento.⁴⁹

La cocaína es un estimulante caro que provoca una caída brusca que suele alcanzar su punto más bajo aproximadamente entre cuarenta y ocho y setenta y dos horas después del momento de mayor excitación.⁵⁰ «Es una droga sucia, que afecta a todo —dice David McDowell—. Y reduce de manera constante y hasta el agotamiento el nivel de neurotransmisores almacenados en el cerebro, de modo que alienta la caída en picado.» Esta caída se caracteriza por intensas sensaciones de excitación, depresión y fatiga. Parecería que la dopamina que se libera de forma repentina cuando uno está experimentando el punto más alto de los efectos de la cocaína o las anfetaminas agota la disponibilidad de este neurotransmisor, cuya consecuencia inmediata es una reducción del nivel de dopamina en el cerebro. Herbert Kleber, de Columbia, explica: «Si la caída fuera lo suficientemente mala, nadie consumiría cocaína; y si fuera lo suficientemente leve, no tendría ninguna importancia que la gente la consumiera. Es el tipo específico de caída que produce la cocaína la que refuerza todo lo negativo y sume a la persona en la desesperación». Cuanto mayor es la adicción, menos placer proporciona y más intenso es el dolor que sigue al placer. Parece que la cocaína y las anfetaminas dañan muchos de los sistemas de neurotransmisión, no solo el de la dopamina sino también el de la noradrenalina y el de la serotonina.⁵¹ Algunas personas, no obstante, después de haber abandonado el hábito, pueden experimentar un intenso deseo de drogarse durante décadas.⁵²

El consumo continuado de cocaína agudiza la sintomatología depresiva. Un tratamiento de diez semanas con antidepresivos suele permitir a quien desee dejar

la cocaína superar las prolongadas secuelas de la caída provocadas por la falta de droga, pero según la magnitud de los cuadros subyacentes y el daño neurológico, es posible que sea necesario un tratamiento permanente de la depresión.⁵³ El consumo habitual de cocaína o anfetaminas puede provocar un daño permanente en los sistemas dopaminérgicos del cerebro, haciendo que el umbral fisiológico esté permanentemente deprimido.⁵⁴ La cocaína es una de las varias drogas de las que se podría decir que incrementan la depresión a largo plazo. Al parecer, lo que produce es una alteración del funcionamiento de los mecanismos cerebrales que desencadenan la angustia porque altera el nivel del factor de liberación de la corticotropina.⁵⁵ Si el cerebro posee la plasticidad suficiente para recuperarse de esos cambios, o cuándo llega a tenerla, es algo que no está claro, y algunos cerebros parecen disponer de una mayor capacidad de compensación que otros. Un cerebro tratado con antidepresivos, que puede hundirse en una depresión severa, es un órgano que se encuentra en un delicado equilibrio, y sus áreas relacionadas con la adicción y con las drogas que la producen también intervienen en la regulación de los estados de ánimo y se vinculan con los trastornos afectivos. El hecho de agotar las reservas de dopamina y alterar el factor de liberación de la corticotropina en un cerebro de esas características es una invitación al desastre. Si usted tiene algún tipo de propensión a la depresión —sea cual fuere— no consuma cocaína: por muy bien que pueda sentirse al principio, después se sentirá horriblemente mal, mucho peor incluso que lo que supone que está dispuesto a soportar.

Yo había probado la cocaína cuando estudiaba en la facultad, y no le había encontrado ningún encanto. Volví a probarla diez años después y la experiencia fue completamente diferente, tal vez por la edad, tal vez porque mi cerebro era más vulnerable cuando padecía las secuelas de la depresión, quizá a causa de los antidepresivos que tomo. Me procura una especie de maravillosa energía, una euforia sexual y una sensación de poseer el poder de un superhéroe realmente fantásticas. Llego hasta el punto de no poder articular una frase coherente y de que no me importe si jamás vuelvo a articularla, y percibo que todo puede solucionarse de forma fácil y sencilla. En el momento cumbre de exaltación, la cocaína difumina la memoria hasta tal extremo que el pasado ya no puede atormentar al futuro. La felicidad química que procura una buena dosis de cocaína hace que uno se sienta ajeno del todo a las circunstancias. Recuerdo haber sentido la nariz entumecida, y haber pensado que si pudiera congelar la vida en ese segundo lo habría hecho, y hubiera permanecido así para siempre. Casi nunca recorro a la cocaína, pero la idea de que nunca desearé consumirla es ridícula, pues me enamoraba de la cocaína en aquellos primeros minutos de excitación. El fantasma de un cerebro descompensado y de la devastadora resaca son los únicos aspectos que me mantienen alejado de la exaltación que la cocaína procura.

Los opiáceos, otro tipo de sustancias de las que se abusa, son muy peligrosos, en parte por la forma en que se consumen, ya que son depresivos, lo que significa que no sirven para mitigar la depresión. Por otro lado, no conducen al mismo tipo de caída desesperante que la cocaína. Entre una cuarta parte y la mitad de los que consumen opiáceos en exceso son depresivos.⁵⁶ Los opiáceos, entre ellos el opio, la heroína y medicamentos como el Demerol, son para la mente lo mismo que la posición fetal lo es para el cuerpo. Los opiáceos suprimen la noción de tiempo, de manera que uno no puede recordar de dónde provienen sus pensamientos ni es capaz de discriminar si son recientes o antiguos, ni puede relacionarlos entre sí. El mundo se cierra alrededor, de modo que los ojos solo pueden observar los objetos uno a uno y la mente solo puede albergar un pensamiento al mismo tiempo, y a uno no le importa en lo más mínimo lo que hace o deja de hacer porque el presente se ha vuelto borroso y fragmentario y se percibe de modo muy semejante a los recuerdos. El éxtasis opiáceo se prolonga durante horas. Es una experiencia perfecta de desaparición del deseo. Yo nunca he consumido heroína, pero he fumado opio, y solo bajo los efectos de este he sentido que en realidad no deseo nada, ya sea rascarme la cabeza, comer, dormir, levantarme, acostarme, hacer planes, ser mayor o recordar a los amigos. Es una droga que anula la intimidad, pues elimina el impulso sexual y aparta a la persona de los demás, de manera que uno solo permanece acostado con los ojos entrecerrados y la mirada perdida en algún punto lejano. El opio provoca una feliz apatía, una ociosidad que las personas activas no pueden experimentar de ninguna otra manera. También acarrea una suerte de ausencia de la memoria inmediata (¿Le dije algo a esa persona? ¿Sé quién es aquel?) que, cuando es breve, forma parte del estado de exaltación, y si se prolonga demasiado, podría ser un indicio de Alzheimer. Al escribir esto puedo recordar cómo el opio liberó entonces mi cerebro convirtiéndome en un hombre globo que surcaba serenamente el espacio. Se ha clasificado a los opiáceos como depresivos, pero su efecto no es el de una simple supresión lisa y llana de la capacidad de sentir, sino una suerte de alegría que emerge de la certeza de que esa capacidad de sentir ha quedado suprimida. El consumo de opiáceos puede ayudar a darle esquinazo a la depresión con ansiedad. Lo que se experimenta durante el éxtasis opiáceo es algo semejante a una versión intrauterina de la vida, en la que no hacer nada en absoluto es más que suficiente.

Entre quienes han abandonado el consumo de heroína y otros opiáceos y se mantienen libres de la droga o toman metadona existe una alta tasa de depresión.⁵⁷ Los neurólogos afirman que ello se debe al daño orgánico que ha sufrido el cerebro, y los psicólogos opinan que se debe a que esas personas ya padecían

depresión antes y que fue esta la que las condujo a la adicción. Sea como fuere, el pronóstico del estado de ánimo de una persona que se ha entregado a un consumo excesivo y prolongado de opiáceos no es bueno, pues el período de abstinencia es particularmente espantoso, el deseo de volver a drogarse es fuerte y la depresión debilita la voluntad, lo que hace que sea mucho más difícil abstenerse. Por otra parte, la heroína no es tan adictiva como sugiere la retórica de la «guerra a las drogas». Durante la guerra de Vietnam, la mayoría de los soldados de infantería consumían heroína, y existía el temor de que cuando estos regresaran a Estados Unidos tuvieran que librar una terrible batalla contra la droga. De hecho, los estudios que se han realizado sobre el tema indican que la mayoría de los veteranos de la guerra de Vietnam han consumido heroína por lo menos una vez después de su regreso, pero solo una pequeña proporción sufren una adicción permanente.⁵⁸

Los alucinógenos y las «drogas de diseño» (éxtasis, ketamina) constituyen otra clase de sustancias adictivas. Tal vez mi favorita —y también menos favorita— de todas las drogas sea el éxtasis, que he consumido solo cuatro veces. En una de ellas salvé una relación que estaba naufragando pues expresé todo lo que sentía. Gracias a ello la relación se prolongó un año más, y me pregunto si con una dosis de éxtasis cada seis meses no habría logrado que aquella culminara en un feliz matrimonio. Yo soy algo así como un idealista apasionado si se dan las mejores circunstancias, y cuando tomo éxtasis llego a la conclusión de que puedo salvar al mundo y me siento emocionado por la perspectiva de hacerlo. Manifiesto a todos los que tengo cerca mi amor por ellos y veo con claridad la solución a todos mis problemas. Lamentablemente, cuando vuelvo a la normalidad, las soluciones imaginadas suelen ser bastante impracticables. No resolvería todos mis problemas si me casara con una mujer de la familia real inglesa —ni los de ellos—, y tampoco habría una forma expeditiva de lograr ese objetivo. No sería una buena idea poner a este libro el título *Poemas desde el lado oscuro de la vida* o *El pequeño libro de oro de la depresión*. No tengo la formación necesaria para convertirme en instructor profesional de esquí en Argentina, ni en ninguna otra parte. Pero aunque se trate de un sentimiento ilusorio, la sensación de lucidez es deliciosa. El éxtasis también me produce una increíble resaca de tres días, durante los cuales tengo dolor de mandíbula y la boca seca, y siento que en mi cabeza se desarrolla algo así como la Revolución francesa. El alcohol y las otras drogas no me provocan resacas importantes, pero el malestar que experimenté después del éxtasis fue suficiente para disuadirme de consumirlo con regularidad.

Leer la farmacología clínica del éxtasis me revuelve el estómago. La idea de que alguna vez permití que esta sustancia entrara en mi organismo me horroriza. En las dosis que se emplean con fines recreativos —entre cien y ciento cincuenta miligramos—, el éxtasis daña los axones que utilizan serotonina —el axón constituye aquella parte de la neurona que pone en contacto las neuronas entre sí— en los monos y otros mamíferos, y hay pruebas concluyentes de que también lo hace en los seres humanos. En esencia, lo que la droga produce es una hiperliberación de serotonina y dopamina por parte de las células que almacenan dichos neurotransmisores, a las que daña, e impide la síntesis posterior en el caso de la serotonina. Los consumidores habituales de éxtasis tienen un nivel de serotonina más bajo que el de otras personas, que en ocasiones es hasta un 35 por ciento más bajo. Algunos investigadores han mencionado una cierta cantidad de episodios en los que una sola dosis de éxtasis ha desencadenado una enfermedad psiquiátrica permanente, en ocasiones inmediatamente y en otras, años después. Las personas que sufren depresión no pueden permitirse un descenso en su nivel de serotonina y, por lo tanto, deberían hacer lo posible para evitar esta droga. «Si se consume en grandes cantidades durante mucho tiempo, puede destruir la capacidad de sentir felicidad, y a largo plazo puede producir los mismos efectos perjudiciales que la cocaína a corto plazo», dice David McDowell, de Columbia, acerca del éxtasis. «A los jóvenes de primer año de la facultad les encanta, a los de segundo les gusta, a los de tercero les preocupa, y los de cuarto le temen. El alcohol puede convertirse en el mejor amigo de alguien, pero el éxtasis no. Mi verdadero temor es que un montón de personas que han consumido una gran cantidad de éxtasis en las dos últimas décadas pensarán que se encuentran bien, y luego, cuando lleguen a los cincuenta caerán en picado. A los pacientes que consumen la droga les digo: “Dentro de veinte años, ¿quiere tomar tres medicamentos o diez?”.»⁵⁹

Las benzodiazepinas —Valium, Xanax, Klonopin— y sus primos Ambien y Sonata son tal vez las drogas más confusas de todas, pues son al mismo tiempo adictivas y útiles para tratar enfermedades psiquiátricas. Son muy eficaces contra la ansiedad, pero debido a que existe una gran tolerabilidad cruzada entre ellas y los barbitúricos o el alcohol, normalmente no deberían prescribirse a personas propensas a abusar de esas sustancias. Las benzodiazepinas son un recurso de corto plazo válido para abordar un problema que necesita una solución no solo inmediata sino también a largo plazo. La idea es utilizar otros medicamentos que permitan reducir el uso de las benzodiazepinas, y luego recurrir a estas solo con fines de regulación, es decir, para que ayuden en aquellos días en que es

particularmente necesario. Tomar benzodiazepinas a diario durante largo tiempo es imprudente y peligroso. Las benzodiazepinas que muy a menudo se venden en la calle tienen un efecto fugaz, y se las llama «droga de la cita con violación», porque inducen un miasma temporal durante el cual la persona pierde el dominio de sí misma y no atina a defenderse. De todos modos, en general, los que abusan de las benzodiazepinas son personas a quienes les han sido prescritas. Antes de tomar una benzodiazepina hay que pensarlo siempre dos veces, y si uno descubre que necesita dosis cada vez más elevadas, debe averiguar por qué. Enmascarar los síntomas recurriendo a las benzodiazepinas es como tomar antiácidos para combatir un cáncer de estómago.⁶⁰

Aunque experimenté síntomas mínimos de abstinencia de las benzodiazepinas una docena de veces, soy un decidido partidario de estas porque creo que el Xanax me salvó la vida cuando redujo mi ansiedad en el peor momento, y junto con el Valium me ayudó a conciliar el sueño cuando pasé por períodos de excitación. Lo importante es utilizarlas solo para su finalidad específica, que es aliviar la ansiedad, lo cual consiguen de manera y a niveles bastante coherentes. Es cuando estoy muy ansioso cuando más las necesito; si experimento una ansiedad moderada, las necesito menos. Sea como fuere, soy consciente de los peligros que entrañan estos fármacos. He realizado pocas incursiones en el ámbito del abuso de sustancias, pero nunca había sido adicto a nada hasta que me prescribieron Xanax. Dejé de tomar medicamentos de un día para otro al final de mi primera batalla contra la depresión, lo cual no fue una buena estrategia, ya que los síntomas de abstinencia del Xanax —que había estado tomando durante varios meses por indicación médica a razón de una media de dos miligramos diarios— fueron horribles. Durante por lo menos las tres semanas posteriores al momento en que abandoné el Xanax no pude dormir como es debido, y me sentí angustiado y extrañamente inestable. También tuve todo el tiempo la sensación de haber bebido la noche anterior varios litros de coñac barato. Me dolían los ojos y tenía el estómago revuelto, y por la noche, cuando no estaba profundamente dormido, sufría implacables y aterradoras pesadillas que me despertaban a medias, después de lo cual pasaba largo rato sentado en la cama con taquicardia.

Dejé de tomar Zyprexa —el medicamento que me salvó de mi pequeña crisis pocas semanas después de que terminara el borrador de este libro— y pasé por otro período de aguda abstinencia. Logré soportarlo porque gracias al Zyprexa había engordado nueve kilos en ocho meses, pero mientras estaba en proceso de abandonar este medicamento me sentí muy mal. Mi sistema dopaminérgico estaba alterado, me sentía angustiado, ensimismado y abrumado, y notaba un nudo en la

boca del estómago. De no haber abrigado esperanzas de mejorar, habría contemplado la posibilidad del suicidio. La horrible sensación de estrangulamiento estomacal era peor de lo que estaba en condiciones de recordar, y me pasaba el día masajeándome el vientre y preguntándome por qué era tan inútil. Me preguntaba si podría seguir tomando Zyprexa y de todos modos controlar mi peso haciendo mil flexiones al día, pero sabía que cuando lo tomaba no había tenido la voluntad suficiente para hacer siquiera cien. Dejar el Zyprexa agotó todas mis energías: la crispación que me producía era semejante a la que se siente cuando uno está escuchando una melodía agradable que, de pronto, si uno sube con brusquedad el volumen de su estéreo, se vuelve insoportablemente irritante y ensordecedora. Era algo infernal. Soporté esto durante tres largas semanas, y aunque no sufrí una crisis, al final de la tercera semana me sentía tan hundido que perdí interés en lograr que mi cuerpo regularizara su nivel de dopamina. Decidí que prefería ser gordo y útil que esbelto e inútil, no obstante lo cual me obligué a dejar los dulces, que siempre me encantaron, y a realizar noventa minutos de gimnasia todas las mañanas. Me establecí en un peso que no me agradaba, y poco a poco reduje la dosis a la mitad, y pronto bajé cinco kilos. Para que pudiera seguir recuperando energías mientras no abandonaba de forma definitiva el Zyprexa, mi psicofarmacólogo me indicó que tomara también Dexedrine. ¿Otra píldora más? ¡Diablos! Solo lo hago cuando me siento al límite de mis fuerzas.

Ya no tomo Xanax regularmente, pero ¿acaso soy adicto al módico cóctel de antidepresivos —Effexor, Wellbutrin, BuSpar y Zyprexa— que me permitieron escribir este libro? ¿Dependo de ellos? La versión más extrema de esta pregunta es la que plantea si todos los medicamentos que he estado tomando seguirán siendo legales. En un principio la heroína fue desarrollada por el laboratorio Bayer⁶¹ —el mismo que inventó la aspirina— para combatir la tos, y el éxtasis fue patentado por farmacólogos en Alemania antes de la Primera Guerra Mundial. Ciertas drogas pasan del mundo de la medicina al mundo de la adicción y viceversa. En la actualidad tendemos a aprobar cualquier medicamento que no dañe en lo esencial el funcionamiento del organismo. Pienso en el efecto que ejerció el Zyprexa en mi combate más reciente contra la depresión. ¿Cómo actúa el Zyprexa en mi cerebro? Si dejarlo me produjo esos intensos síntomas de ansiedad propios de la abstinencia, ¿significa que sufría dependencia de este medicamento? ¿Cómo reaccionaría si alguien me dijera que, a consecuencia de algún reciente descubrimiento, el Zyprexa había sido incluido en las filas del enemigo en la guerra contra las drogas?

Michael Pollan ha sostenido en el *New York Times Magazine* que en realidad no existe un fundamento en verdad coherente que justifique la declaración de

legalidad o ilegalidad de una sustancia cualquiera, y agrega: «Los medios de comunicación están plagados de diáfanos anuncios farmacéuticos que prometen no solo alivio del dolor sino también placer, e incluso satisfacción; al mismo tiempo, Madison Avenue pone similar empeño en demonizar otras sustancias enarbolando la divisa de un país sin drogas. Cuanto más dinero gastamos en nuestro culto a las drogas buenas (veinte mil millones de dólares en medicamentos psicotrópicos prescritos por los médicos el año pasado), más gastamos en combatir las malas (diecisiete mil millones de dólares en el mismo período). Odiamos las drogas. Amamos las drogas. ¿O será que odiamos el hecho de que amamos las drogas?». ⁶²

En principio, el consumo de sustancias ilícitas y adictivas excluye toda posible actividad del sujeto, mientras que los fármacos antidepresivos lo ayudan a funcionar mejor que si no los tomara, y no producen perjuicios a largo plazo. Un punto de vista opuesto es el que plantea William Potter, ex responsable de la división psicofarmacológica del Instituto Nacional de Salud Mental. Según Potter: «Hemos llegado a la conclusión de que las drogas que nos impiden experimentar reacciones afectivas apropiadas no son aceptables. Esa es la razón por la que la cocaína es ilegal. Hay demasiados problemas cuando uno ya no puede detectar las señales de advertencia y las amenazas. Uno paga un precio por los excesos. No estoy expresando un juicio de orden moral, me limito a hacer una observación». «Nadie siente intensos deseos de consumir Zoloft —afirma Steven Hyman—. Nadie mataría para conseguir una píldora de Zoloft.» Estos medicamentos tampoco producen euforia, ni una relajación extrema. Uno jamás diría que un diabético es adicto a la insulina. ¿Tal vez el énfasis que nuestra sociedad pone en la gratificación diferida es tan intenso que preferimos aquellas drogas que nos hacen sentir mal, por sus efectos secundarios, y después bien, por sus efectos sobre el estado de ánimo, a las drogas que primero nos hacen sentir bien —exaltados— y después mal —con resaca—? Aun así, los esteroides anabólicos antidepresivos de última generación, ¿son útiles para el cerebro? El psiquiatra Peter Kramer, en su famoso libro *Escuchando al Prozac*, se preguntaba si las personas que toman estos medicamentos gozan de una ventaja injusta que las induce a presionar a los demás a consumirla. ¿Estarán reproduciendo el efecto de la modernización, que no ha consistido en procurar a la gente tiempo libre sino más bien en incrementar las expectativas y acelerar el ritmo de vida? ¿Estamos a punto de crear una raza de superhombres?

Es cierto que resulta difícil abandonar la medicación antidepresiva. Yo he intentado dejar el Zyprexa tres veces en dos años, sin lograrlo. Conseguir que alguien deje un medicamento del grupo de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina puede ser muy difícil, y si bien estos no son tóxicos y hacen que uno se sienta mejor, poseen numerosos efectos secundarios

perjudiciales, sobre todo a nivel individual. Siento cierta preocupación por mi salud mental en general y tomo muchas precauciones a fin de equilibrar los procesos químicos de mi cerebro, pues me aterroriza la posibilidad de precipitarme en las profundidades del abismo, riesgo al que no deseo exponerme. Ahora, las drogas recreativas me inspiran demasiada desconfianza, y en consecuencia no obtengo de ellas demasiado placer, pero en las excepcionales ocasiones en que las he consumido y he alcanzado algún grado de exaltación, he tenido que contrastar esa sensación embriagadora con el efecto de los medicamentos de los cuales ahora dependo. Me pregunto si la reconstrucción permanente de mi personalidad en búsqueda de un mayor nivel de bienestar no es en cierta forma semejante a esa embriagadora exaltación. En realidad escribo bastante bien durante mis estados alterados: he logrado algún fragmento de buena prosa después de una noche dedicada a beber, y he concebido algunas ideas mientras volaba bajo los efectos de la cocaína. Desde luego no me gustaría permanecer todo el tiempo en alguno de estos estados, pero me pregunto hasta dónde sería capaz de reconstruir mi personalidad si ello fuera posible. Sin duda la haría subir algunos peldaños por encima del nivel en que se encuentra ahora. Me gustaría tener la energía ilimitada, la rápida precisión y la evidente fortaleza de, digamos, Wayne Gretzky. Si descubriera una droga que me procurara todas esas ventajas, ¿sería necesariamente una droga ilícita? Se ha dado mucha importancia al hecho de que los medicamentos antidepresivos no procuran un alivio inmediato, mientras que las sustancias de las que se abusa, en general, nos ofrecen el bienestar deseado en un santiamén. ¿Es simplemente la rapidez del efecto lo que tanto nos perturba, ese fenómeno misterioso y fascinante que, sin embargo, podemos ver a simple vista? Si alguien inventara un polvo que no estropeará los neurotransmisores y no provocara una caída estrepitosa, y en cambio me permitiera actuar como Wayne Gretzky con solo inhalarlo cada cinco horas, ¿tendría que ser necesariamente una sustancia ilegal?

En mi fuero interno sé que ya no soy independiente. Los medicamentos son caros, pero al menos se obtienen sin dificultad. No me molesta la idea de depender de ellos, ni que esa dependencia sea prima hermana de la adicción. Mientras me den buenos resultados, me complace tomarlos. Llevo siempre píldoras en los bolsillos, para el caso de que por algún motivo no pueda dormir en mi casa. Cuando viajo en avión llevo conmigo frascos de todos mis medicamentos, porque siempre he pensado que si me secuestraran y me mantuvieran prisionero trataría de mantenerlos ocultos y a salvo de los secuestradores. Janet Benshoof recuerda que en una ocasión la encarcelaron, en Guam, y ella llamó por teléfono a su psiquiatra desde la prisión. «Estaba frenética por la posibilidad de padecer depresión en la cárcel, por no hablar de abstinencia, y él intentó por todos los

medios que el sistema de seguridad aceptara entregarme antidepresivos. Era una situación histórica. Yo también estaba histórica.»

Tomo alrededor de doce píldoras al día para asegurarme de no sufrir un bajón demasiado estrepitoso. Con franqueza, si pudiera lograr el mismo efecto con dos copas (conozco gente que puede), esa alternativa me resultaría perfectamente satisfactoria, siempre que no significara una tercera, una cuarta o una octava copa, algo que suele ocurrir cuando uno combate la depresión. La dependencia del alcohol puede ser socialmente aceptable aunque altere el sueño REM. A mí me fascinó alguien que conocí y que a las seis en punto gritaba con fuerza mientras se servía su whisky: «Cada fibra de mi ser clama por un poco de alcohol». Había organizado su vida para adaptarla a sus juergas nocturnas, y creo que era una vida feliz, aunque el día que visitó una casa mormona en la que no había alcohol por ninguna parte le costó mucho pasar la noche. Prescribirle Prozac a ese hombre sería una estupidez, y en el caso de otras sustancias la ley suele crear problemas en lugar de controlarlos, o, en palabras de Keith Richards: «Yo no tengo un problema con las drogas, tengo un problema con la policía». ⁶³ He conocido personas que controlaban y disciplinaban de verdad su consumo de marihuana, e incluso de cocaína, de tal modo que les permitía mejorar su estado mental y anímico. El libro de Ann Marlowe, *How to Stop Time: Heroin from A to Z* (Cómo detener el tiempo: la heroína de la A a la Z) describe de modo convincente una forma razonable y controlada de manipular el estado de ánimo mediante la heroína. Ella la consumió de forma periódica durante muchos años sin llegar a convertirse nunca en una adicta.

El gran problema de la automedicación, que es incluso mucho peor que elegir sustancias inadecuadas, es la mala información. «Yo trato con gente que abusa seriamente de la cocaína —dice David McDowell, de Columbia—; gente que consume ciento cincuenta dólares de cocaína diarios, durante por lo menos veintidós días al mes. Y no les gusta la idea de someterse a un tratamiento farmacológico. Piensan que no es natural, ¡algo muy distinto de lo que les consigue Billy, su proveedor! No hay regulación alguna que controle estas sustancias, que por cierto no son de fiar.»

Muchas de las personas citadas en este libro han tenido serios problemas con el abuso de sustancias, y muchas de ellas han culpado de su depresión a esas sustancias. Tina Sonogo ha planteado con una sinceridad poco común la interacción entre estos dos tipos de problemas. Tina es una mujer

extraordinariamente vital que posee un gran sentido del humor y una enorme fuerza interior. A lo largo de tres años y a través de cincuenta cartas y docenas de correos electrónicos estableció conmigo una relación basada en su propia experiencia. Se impuso la tarea de «confiar sin limitación alguna mis peores estados de ánimo al papel», según dijo ella misma, y el resultado fue un notable conjunto de documentos acerca de los altibajos de su humor. Sus luchas contra sus impulsos autodestructivos, y contra la adicción y la depresión, están tan inextricablemente entrelazados que es casi imposible discernir dónde acaba una y dónde comienza la otra.

Tina Sonogo es azafata en una línea aérea que realiza vuelos chárter para misiones militares norteamericanas, cruceros y viajes turísticos en grupo. Dice de sí misma que su trabajo es «complacer a la gente», que se ha pasado la vida tratando de ser lo suficientemente amable como para que todos la quieran. «Soy divertida —dice—, atractiva, bonita y sexy; en fin, todo lo que se espera de una azafata. Establezco vínculos afectivos verdaderamente intensos con mis pasajeros durante ocho horas hasta que, de un momento a otro, ya no los vuelvo a ver.» Tiene alrededor de cuarenta y cinco años y su estilo bullicioso encubre una lucha de toda la vida contra la depresión y el alcoholismo. Su mente es rápida, pero «la inteligencia no se valoraba en mi familia; nunca nadie se tomó el trabajo de pensar en ella»; y como es disléxica, no pasó de la escuela secundaria. Su abuela, marroquí, era una criada de la que se esperaba que fuera sexualmente complaciente con su amo; su abuelo, también nativo de Marruecos, era un fabricante de muebles que cultivaba hachís para la exportación. Hija de padres inmigrantes de primera generación, Tina creció en un enclave marroquí en California, y en su casa se hablaba una mezcla de francés, español y árabe. La enfermedad mental no existía en ese mundo. «Yo hacía preguntas que, en mi casa, estaban por completo fuera de lugar. De modo que aprendí a actuar, y gracias al personaje que construí nadie veía a la mujer triste y asqueada de sí misma que había en mí. Estaba como dividida en dos, y la depresión surgió cuando ambas mitades chocaron entre sí.» El padre de Tina era un hombre melancólico, tal vez depresivo, al que había que proteger de todo lo que pudiera perturbarlo; su madre «necesita cariño y ternura pero no los prodiga. Hace años me dijo: “Cariño, no puedo ser más sensible solo para entenderte a ti”». Lo mismo ocurría con su hermana. «Un día, hace años, estábamos viendo la tele y le pregunté: “¿Quién es ese personaje?”, y ella me contó todo lo que le había pasado a ese personaje en los últimos veinte años de su vida. Pero ni siquiera sabe con quién estoy saliendo ahora. Crecí pensando que no servía para nada.» Después de que su padre muriera, la madre volvió a casarse. Tina adora a su padrastro, y asegura que si hoy goza de una salud relativamente buena se lo debe en gran parte a él.

Tina sufrió su primera crisis importante a los diecinueve años, mientras viajaba por Israel y planeaba escribir un libro acerca de los kibutz. Su hermana había acudido a rescatarla y la llevó de regreso a casa. Pocos años después, decidió irse a vivir a Roma para estar junto al hombre que amaba, y cuando llegó «la relación se volvió metálica, el sexo estaba más allá de lo imposible, y yo no tenía nada que decir». Se había hundido en una nueva depresión, y como muchos de los depresivos que abusan de sustancias, ella sufría una aguda desvalorización de sí misma y se sentía atraída por gente ligada al crimen y a personas que la trataban con violencia. Al cabo de unos años del episodio romano se casó con un danés y se marchó a vivir a Copenhague. Aquello duró menos de dos años, y después del asesinato de la amante de su esposo, ella y él fueron interrogados exhaustivamente por la policía. Aunque quedaron en libertad, el matrimonio naufragó; él la abandonó y ella sufrió otra crisis. En esa época trabajaba en aviones que trasladaban soldados a Irak para la campaña Tormenta del Desierto. Durante una escala, en Roma, sintió de pronto que no podía seguir. «Todavía recuerdo el momento. Pedí una ensalada de pollo y sentí que tenía gusto a tiza. Supe que estaba deprimida. Y comencé a hundirme rápidamente. Ese fue el momento en que en realidad comencé a beber. Hice todo lo que pude por precipitar el amargo fin. Bebía hasta quedar inconsciente, y cuando despertaba seguía bebiendo hasta que perdía otra vez el conocimiento, y así todo el tiempo, sin darme tregua. Siempre dejaba notas de tipo suicida: “Si no me despierto, llamen a mi madre”. Estaba usando el alcohol para matarme. Era la droga más simple que conocía; era barata; era accesible. Y es respetable.»

Fue internada en un hospital psiquiátrico, en Carolina del Sur, que era «como un área de contención, donde se suponía que trataban de componerte, y a la gente con depresión no se le brindaba la más mínima atención, porque no hacíamos ruido como los otros locos. Yo me sentía como un pollo mojado, me parecía que el cielo se me caía encima. ¡Oh, la angustia! En la depresión, la angustia es esa sensación de que uno tiene un terrible secreto que todo el mundo descubrirá y que uno ni siquiera sabe cuál es». Le prescribieron antidepresivos y algunos otros medicamentos, y ella los mezcló con alcohol en un intento de sobreponerse a la angustia. La consecuencia fue que sufrió dos serias convulsiones epilépticas y terminó ingresada en otro hospital, donde permaneció tres días inconsciente.

Para Tina la depresión no era sinónimo de parálisis, sino de dolor. «Me sentía como una esponja empapada de pasión, pesada e hinchada. Y no soportaba mi dolor en silencio. Podía pasarme toda la noche despierta escribiéndole cartas a Dios en la oscuridad. No había nacido para ser feliz, alegre, libre. Si mi cuerpo consiguiera lo que ansiaba, yo estaría deprimida todo el tiempo. Cuando era niña

mi madre solía decirme: “Cambia esa cara y sonríe, o vete a tu habitación”. Pero yo no ponía esa cara de amargura adrede. Así es como soy.» A Tina Sonego el contacto con otras personas suele resultarle extremadamente doloroso. «Para mí las citas eran lo más insoportable de este mundo. Solía vomitar en el cuarto de baño. Me casé para liberarme del pánico, porque me destroza preguntarme de forma continua por qué nadie me invita a salir.» Tina Sonego pronto volvió a casarse; su segundo marido era un malayo que vivía en Estados Unidos y que decidió regresar a su país por un problema con la justicia. Fueron a vivir a la casa de la madre de él, en la que se cumplían todos los rituales de la tradición islámica. Las restricciones la abrumaban. «Mi crisis se precipitó estando allí, y volé de regreso a casa sintiendo más nostalgia que la que había experimentado en veinte años.»

De vuelta en Estados Unidos siguió bebiendo, pues era la única manera de controlar la angustia que la paralizaba. Realizaba breves tratamientos periódicos y ambulatorios de recuperación. En la actualidad ya ha pasado por cuatro largos tratamientos de rehabilitación. Su seguro sanitario no cubría los tratamientos contra la adicción, pero consiguió que gracias al diagnóstico de salud mental le pagaran todos los gastos. «¿El tratamiento de rehabilitación? Es la última parada antes de Lourdes», dice.

Tina Sonego fue a su primera reunión de Alcohólicos Anónimos hace más o menos diez años, y el programa se ha convertido en su salvavidas. Ella lo describe como el único lugar en el que ha podido ser honesta con los demás. El programa no la ha liberado de la depresión, pero le ha procurado una metodología diferente para afrontarla. «Sin alcohol en el cuerpo para ayudarte a borrarlas, las emociones negativas afloran como petardos. Pero, gracias a Dios, yo era por lo menos una borracha, y tenía algo sobre lo que trabajar. Una vez fui a una reunión de Emociones Anónimas, y me sentí muy mal pensando que toda esa gente no tenía nada contra lo cual combatir, nada que pudieran recomponer. Los borrachos son gente muy latosa. No hay nada como un borracho que te dice: “Bueno, ¿te tomaste una copa para asumir esto?”. Yo puedo hablar con ellos acerca de la depresión tal como la experimento. Es como obtener una licenciatura universitaria, y además tienes el derecho de hablar acerca de algunas cosas sin sentirte rara. Y eso es lo que todos los borrachos queremos en realidad: encontrar a alguien a quien poder contarle nuestra historia, alguien que sepamos que nos escuchará.»

Cuando comenzó a estar sobria, Tina Sonego cayó en la desesperación. «Fue la peor depresión que sufrí en mi vida. Me encerré en mi apartamento, y como no podía tomar decisiones, me pasé un mes entero comiendo bocadillos de pavo y

salami. La depresión es una búsqueda de desvalorización de uno mismo, y uno siempre puede desvalorizarse tanto como desee. Cuando uno está deprimido pasa el tiempo intentando demostrar que no vale nada. Este tema lo discutimos en Alcohólicos Anónimos: ¿quiénes son nuestros jueces? Y me di cuenta de que si un juez no me daba la respuesta que yo necesitaba, enseguida encontraba otro. Incluso ahora, que comienzo a sentirme mejor, oigo a mi hermana diciéndome: “Oh, estás tratando de ser más de lo que eres”.

»He pasado por un quinto, un sexto, un séptimo episodio y es como si pudiera decir: “¡Aquí llega! ¡Yo sé muy bien lo que ocurre!”. Me recuerda esos momentos en que uno está absorto mirando una película y de pronto comienzan a aparecer los créditos en la pantalla y uno debe retomar el curso de su vida cotidiana. Eso es lo que se siente; como si la película hubiera terminado. Todavía sigo sin poder hacer nada al respecto, pero lo cierto es que uno llega a un punto en el que se da cuenta de que aquello no durará toda la vida, ese punto en el que uno finalmente está en condiciones de esperar.»

Tina ha asistido a las reuniones de Alcohólicos Anónimos durante los últimos cinco años. «Es como un campamento de verano para el cerebro —dice—. Estoy cansada de tratar de averiguar por qué. ¿Por qué tuve una crisis, y por qué me hice alcohólica? Sería interesante saberlo, pero para qué desperdiciar el tiempo, si de todos modos saberlo no me hará sentir mejor. La sobriedad es como una pirámide; cada vez que subimos un escalón sentimos que estamos llegando a algún sitio, y sin embargo siempre hay un peldaño más. Cuando miramos hacia abajo no alcanzamos a ver los peldaños que ya hemos subido y eso nos desespera, pero si miramos hacia arriba veremos el dedo de Dios atravesando el cielo, y entonces sabremos que vamos por el buen camino.»

Tina Sonego describe el momento en que sintió que el hábito de beber y lo peor de la depresión habían desaparecido. «Estaba en Japón, en una tienda, y en medio del salón vi unas hermosas flores. Me detuve frente a ellas y las toqué, y dije: “Tengo una relación con vosotras. No significa que deba durar para siempre; no significa que deba llevaros conmigo. Se trata simplemente de que tengo una relación con vosotras en este preciso momento”. Recuerdo esas flores hasta el día de hoy. Recuerdo esa fugaz alegría del momento.» Pocos años después «tuve una epifanía en el aeropuerto de Frankfurt. Di un paseo, bebí café, fumé, y me pregunté qué demonios me ocurría, porque sentía algo diferente, sin saber qué era. Y en ese momento lo supe: al final tenía una voz; todavía no sabía qué hacer con ella, pero sabía que tenía una voz».

Es una voz ganada con un enorme esfuerzo, pero clara y potente. Tina Sonego es capaz de ser asombrosamente rítmica; es una consumada bailarina de claqué y suele subir a la terraza de los hoteles en los que pernocta a practicar su danza y respirar el aire de la noche.

«Echo de menos los años de sed. ¡Dios! Echo de menos los años de sed. Echo de menos a los terapeutas que eran capaces de cualquier cosa para intentar curarme. Y echo de menos la intensidad de las emociones, incluso de las negativas. Nunca sentiré emociones tan intensas a menos que vuelva a sufrir otra estrepitosa caída. Después de la depresión, de la gran D, la vida siempre será para mí un experimento. Pero he obtenido frutos de la depresión, aunque cuando estaba enferma habría abofeteado a cualquiera que me hubiera dicho algo así. Tengo un sueño: reunir a un puñado de supervivientes que hayan sufrido depresión severa y adicción y pasar con ellos toda una noche bailando y riéndonos de la gran D. Así es como imagino el cielo.»

En mi caso, cuento con una personalidad poco adictiva. Sufro la abstinencia de ciertas sustancias, pero nunca he sentido compulsión a consumir nada en particular. Un trago no me hace desear necesariamente otro. Un bienestar que reconozco peligroso no se me impone hasta el punto de buscar otro momento de bienestar. Nunca había comprendido muy bien la adicción hasta que empecé a tomar Zyprexa. Pero no fue la adicción a este medicamento lo que estableció la diferencia, sino el hecho de haber perdido el control de mi apetito. Ahora puedo comer una comida normal, y después todavía estar hambriento, y que el hambre llegue al extremo de impulsarme a salir de casa en medio de la noche para conseguir algo de comer. Ahí estoy, con mi hambre desatada y pensando en lo fea que es una barriga; y recuerdo las horas de ejercicio que no lograron quemar más que unas pocas calorías. Después pienso que si no como voy a morir, y termino por ceder y me atiborro de comida, y entonces odio haberlo hecho. No me obligo a devolver porque no quiero terminar acostumbrándome a hacerlo, y además poseo un estómago de hierro y casi nada me hace vomitar. El Zyprexa me convirtió en un adicto a la comida, y llegó un momento en que había engordado doce kilos. Si uno pudiera encontrar algo que hiciera por la libido lo que el Zyprexa hace con el apetito, pulularían los donjuanes. He aprendido lo que significa tener un impulso irrefrenable y compulsivo a un consumo autodestructivo. Dentro de las fluctuaciones normales de mis estados de ánimo, el estar bien me procura autodisciplina y puedo rechazar el chocolate con churros, pero estar deprimido me quita esa fuerza, pues la depresión facilita la adicción. Resistirse a lo que se desea

requiere emplear mucha energía y voluntad, y cuando uno se halla deprimido, es demasiado difícil decir no, ya sea a la comida, al alcohol o a las drogas. En realidad es simple. La depresión nos debilita. La debilidad es el camino que nos lleva de manera inexorable a la adicción. ¿Por qué uno debería decir no cuando ese «no» solo conduce a más padecimientos intolerables?

Suicidio

Muchos depresivos nunca llegan a convertirse en suicidas, y son muchas las personas no deprimidas que se suicidan. Estas dos cuestiones no son los términos de una única y lúcida ecuación en la que una daría lugar a la otra, sino entidades autónomas que a menudo coexisten, y cada una de las cuales influye a la otra. Los impulsos suicidas son uno de los nueve síntomas de un episodio depresivo catalogados en el DSM-IV, pero hay muchas personas deprimidas que no se muestran más inclinadas a poner fin a su vida que alguien que sufre una artritis atroz: la capacidad de los seres humanos para soportar el dolor es decididamente asombrosa. Solo si se considera que el deseo de suicidarse es condición suficiente para un diagnóstico de depresión, puede decirse que los suicidas siempre se hallan bajo los efectos de esta.

El deseo de suicidarse se ha tratado como un síntoma de la depresión a pesar de que, en realidad, puede ser un problema que coexiste con la depresión. En la actualidad ya no tratamos al alcoholismo como un efecto secundario de la depresión, sino como un problema que se presenta junto con esta. Los impulsos suicidas son, por lo menos, tan independientes de las depresiones, con las que a menudo coinciden, como el abuso de sustancias.¹ George Howe Colt, autor de *The Enigma of Suicide* (El enigma del suicidio), dice: «Muchos clínicos creen que si tienen éxito [en el tratamiento contra la depresión], han tratado al paciente suicida como si la propensión al suicidio fuera simplemente un desagradable efecto colateral de la enfermedad subyacente. Sin embargo, algunos pacientes suicidas no sufren ninguna enfermedad subyacente diagnosticable, y suelen existir los que se suicidan poco después de superar una depresión, o incluso mucho después de que la depresión ha desaparecido».² Un clínico que trata a alguien que está deprimido y tiene impulsos suicidas se concentra, por lo general, en la cura de la depresión. Desde luego, curar la depresión puede ayudar a prevenir el suicidio, pero las cosas no ocurren necesariamente así. En Estados Unidos casi la mitad de las personas que se suicidan han estado bajo atención psiquiátrica, y sin embargo la mayoría de esos casos constituyen toda una sorpresa.³ En algo nos estamos equivocando. Uno no debería dar por supuesto que los impulsos suicidas pueden ser equiparados de forma indiscriminada con síntomas como el trastorno del sueño; tampoco se debería dejar de tratar los impulsos suicidas simplemente porque la depresión con la que han sido asociados parezca haber desaparecido. Los impulsos suicidas son

un problema asociado que requiere un tratamiento propio. ¿Por qué no se los clasifica como un diagnóstico independiente, relacionado y superpuesto con la depresión, pero en esencial diferente de ella?

Los intentos de definir la depresión que aparece acompañada por impulsos suicidas han resultado en particular infructuosos. No existe una correlación significativa entre la severidad de la depresión y la probabilidad de suicidio: algunas personas se suicidan en un momento en que están sufriendo trastornos leves, mientras otras, que están pasando por situaciones desesperadas, siguen siendo fieles a la vida. En las zonas urbanas más económicamente deprimidas hay quienes han perdido a todos sus hijos por culpa de la violencia de las bandas, otros están físicamente discapacitados, o a punto de morir de hambre, hay personas que incluso nunca han conocido el amor, y sin embargo se aferran a la vida con uñas y dientes. Por otro lado, muchos tienen por delante un futuro a todas luces brillante y en cambio se suicidan. El suicidio no es la culminación de una vida difícil; emerge de algún lugar que está más allá de la mente y de la conciencia. Al recordar mi breve período de coqueteo con el suicidio, aquella lógica que me parecía tan razonable entonces ahora me resulta tan ajena como la bacteria que me provocó neumonía años atrás. Aquel episodio fue como si un poderoso germen se hubiese apoderado de mi cuerpo. Una fuerza extraña y desconocida me había secuestrado.

Hay diferencias sutiles pero importantes entre desear estar muerto, querer morir y desear matarse. Casi todos, alguna que otra vez, hemos querido estar muertos, hundirnos en la nada, y suprimir así de forma definitiva la pena que nos embarga. En la depresión, muchos quieren morir para salir de una vez de la situación en que se encuentran atrapados y liberarse de la aflicción de la que son tan conscientes. Para desear matarse, sin embargo, hace falta un nivel adicional de pasión y cierta capacidad de ejercer la violencia sobre uno mismo. El suicidio no es producto de la pasividad, sino de la acción. Requiere mucha energía y fuerza de voluntad, además de la convicción de que el mal momento presente no acabará nunca y, como mínimo, una pizca de impulsividad.

Hay cuatro clases de suicidas. El primer grupo lo forman aquellos que se suicidan sin pensar en lo que hacen; estos individuos, para quienes el hecho de quitarse la vida es tan funesto e inevitable como respirar, son los más impulsivos y propensos a suicidarse motivados por algún acontecimiento externo concreto. Los suyos suelen ser suicidios intempestivos, y lo que hacen, como ha escrito el ensayista A. Alvarez en su brillante meditación acerca del suicidio, *The Savage God* (El dios salvaje), es «un intento de exorcizar» un dolor que la vida solo puede

atemperar de manera muy lenta. El segundo grupo es el de quienes acarician la idea del supuesto alivio que procuraría la muerte y se suicidan por venganza, como si el acto no fuera irreversible. Acerca de este grupo, Alvarez escribe: «Aquí nos encontramos con la dificultad que entraña el suicidio: es un acto ambicioso que solo puede llevarse a cabo cuando uno ha traspuesto los límites de la ambición».⁴ Estos individuos no huyen de la vida, sino que más bien van en busca de la muerte, y lo que persiguen no es el fin de la existencia sino la presencia de la destrucción. El tercer grupo lo constituyen quienes fundamentan su decisión de suicidarse en una lógica incorrecta según la cual la muerte parece ser la única forma de librarse de problemas que resultan intolerables. Estas personas estudian las distintas formas de hacerlo, planean su suicidio, escriben cartas de despedida y organizan los aspectos prácticos de su acto como quien planea un día en el campo. Suelen creer no solo que la muerte habrá de mejorar su situación, sino que les quitará un peso de encima a las personas que las aman (en realidad, por lo general es al revés). El último grupo es el de los que se suicidan apelando a una lógica razonable. Estas personas, ya sea debido a una enfermedad física, a una inestabilidad psicológica o a un cambio de circunstancias, no desean experimentar todo aquello que la vida tiene de doloroso y creen que la recompensa que podrían recibir en términos de placer es insuficiente para compensar el dolor que las aflige. Más allá de que sus predicciones sean exactas o no, lo cierto es que ya no tienen ilusiones, y no hay medicación antidepresiva ni tratamiento que pueda modificar su opinión.

¿Ser o no ser? No hay otro tema acerca del que se haya escrito tanto y se haya dicho tan poco. Hamlet propone que la decisión tal vez se encuentre en esa «región ignota de cuyos dominios ningún viajero retorna».⁵ Y sin embargo, los hombres que no temen lo desconocido, que se aventuran jubilosamente a explorar territorios de la experiencia que desconocen, no cambian de manera tan jubilosa este mundo de adversidades por un estado del que no es posible saber nada, del que hay mucho que temer y que solo ofrece ambiguas esperanzas. De hecho, «la conciencia hace de todos nosotros unos cobardes, y así el primer color de la resolución se debilita con la pálida máscara de la razón». Esta es la verdadera cuestión del ser y el no ser: aquí la conciencia es escrupulosidad, es resistirse a la aniquilación no solo por cobardía sino también por algún deseo subyacente de existir, de ejercer el control, de actuar como se debe actuar. Además, la mente que se reconoce a sí misma no puede negarse a sí misma pues la autodestrucción se opone de forma manifiesta a la vida introspectiva. La «pálida máscara de la razón» es aquello que en nuestro fuero interno nos impide suicidarnos; los que se matan tal vez sientan no solo desesperación sino también una pérdida momentánea de la conciencia de sí. Aun cuando la elección sea simplemente entre el ser y la nada —si

uno cree que no existe nada en absoluto más allá de la muerte y que el espíritu humano no es más que un sistema químico temporal—, el ser no puede concebir el no ser; puede concebir la ausencia de experiencia pero no la ausencia en sí misma. Si pienso, soy.

Mi propio punto de vista cuando me siento bien es que, más allá de la muerte, puede haber gloria, paz, horror o nada, y en la medida en que no lo sabemos deberíamos limitar nuestras apuestas y sacar el mejor provecho del mundo que habitamos. «Hay un solo problema filosófico verdaderamente importante: el suicidio», escribió Albert Camus.⁶ Son muchos los franceses que dedicaron su vida a este problema a mediados del siglo XX, recogiendo en nombre del existencialismo preguntas para cuya respuesta habría bastado con recurrir a la religión.

Schopenhauer desmenuza la cuestión. «El suicidio puede considerarse un experimento —escribe—; una pregunta que el hombre plantea a la naturaleza, tratando de obligarla a responder. La pregunta es esta: ¿qué cambio producirá la muerte en la existencia del hombre y en su comprensión de la naturaleza de las cosas? Es un experimento ridículo, pues entraña la destrucción de la propia conciencia que plantea la pregunta y espera la respuesta.»⁷ Es imposible saber cuáles son las consecuencias del suicidio hasta que uno lo ha materializado. Viajar al otro lado de la muerte con un billete de vuelta es una idea atractiva. Yo a menudo he deseado suicidarme y seguir muerto durante un mes. Pero uno retrocede ante la evidencia de lo definitivo de la muerte, ante lo irreversible del suicidio. La conciencia nos hace humanos, y parece haber un consenso generalizado acerca del hecho de que es improbable que la conciencia tal como la conocemos exista más allá de la muerte; más aún, a esas alturas la curiosidad que querríamos satisfacer ya no existirá. En aquellas ocasiones en que he deseado no estar vivo y me he preguntado cómo sería estar muerto, también he debido admitir que estarlo anularía mi pregunta. Es ese espíritu de interrogación el que nos mantiene vivos: yo podría renunciar a todos los aspectos externos de mi vida, pero no a la curiosidad.

Aunque es el instinto en su forma más brutal el que desempeña el papel principal, es sumamente difícil encontrar el fundamento racional de la vida en una sociedad secular. «Que la vida vale la pena ser vivida es el más necesario de los supuestos —escribió George Santayana—, y si no se lo asume, es la más imposible de las conclusiones.»⁸ Debemos tener en cuenta las muchas aflicciones que nos abruman, pero quizá la más seria sea la mortalidad. La muerte es un acontecimiento alarmante, y el hecho de que sea inevitable resulta tan desalentador

que algunas personas sienten que bien podrían adelantarla. La idea de una nada definitiva parece negar el valor de lo que es y transcurre. De hecho, la vida niega el suicidio encubriendo la mayor parte del tiempo la realidad de la propia mortalidad. Si la muerte no es orgullosa es porque, en general, se hace caso omiso de ella.

Yo no creo que uno deba estar loco para matarse, aunque pienso que muchas personas que sí lo están se matan, y que muchas otras se matan por insensatez. Es obvio que el análisis de la personalidad suicida solo puede emprenderse de forma retrospectiva, o bien después de un intento de suicidio fallido. El propio Freud afirmó que «no contamos con medios adecuados para estudiar» el problema del suicidio.⁹ Uno debe apreciar el respeto con que se refiere a este tema; si el psicoanálisis es la profesión imposible, el suicidio es el tema imposible. ¿Es una locura querer morir? La pregunta, en última instancia, es más religiosa que médica, pues depende no solo de lo que se encuentra en la lejanía de la muerte sino también de hasta qué punto valoramos la vida. Camus sugería que lo que es realmente una locura es el punto hasta el que llegamos la mayoría de los seres humanos en el empeño por posponer unas pocas décadas la muerte, que sabemos inevitable.¹⁰ ¿La vida no es más que una absurda postergación de la muerte? Creo que la mayoría de los seres humanos, mirándolo bien, experimentan más dolor que placer a lo largo de su vida, pero también es cierto que tenemos hambre de placer y deseamos disfrutar de la alegría acumulativa que el placer nos procura. Irónicamente, la mayoría de las religiones que postulan una vida eterna prohíben el suicidio, y esa prohibición impide al creyente arrojarse al vacío para unirse al coro de ángeles, aunque las religiones pueden celebrar la inmolación de aquellos que mueren por la causa, como ocurre con los martirios entre los cristianos o con las guerras santas entre los musulmanes.

Muchos han sido los hombres que, amantes de la vida, han encomiado la disposición al suicidio; desde Plinio, que dijo: «De todas las miserias de nuestra vida terrenal, la posibilidad de urdir la propia muerte es el mejor regalo que Dios ha hecho al hombre»;¹¹ pasando por John Donne, quien en el año 1621 escribió en *Biathanatos*: «Cada vez que me asalta una aflicción, pienso que las llaves de mi prisión están en mis propias manos, y ningún otro remedio se presenta tan pronto ante mi espíritu como mi espada»;¹² hasta Albert Camus en el siglo XX. «Muchas veces ocurre que un hombre —declaró Schopenhauer—, tan pronto como los terrores de la vida llegan al punto en que pesan más que los terrores de la muerte, pone fin a su vida.»¹³ Durante la depresión, llegué a experimentar un terror a la vida que me resultaba profundamente abrumador, y en esa época me habitué de forma peligrosa al temor de morir. No obstante, creía que mi terror era temporal, lo

cual lo mitigaba lo suficiente como para hacérmelo soportable. En mi opinión, el suicidio racional no puede ser una operación expresada en tiempo presente; pienso más bien que debe depender de una valoración rigurosa de largo plazo. Creo de manera ferviente en el suicidio racional, que es una reacción ante la futilidad más que ante la desesperanza. El problema es que, por lo general, resulta difícil discernir qué suicidios son racionales, y creo que es mejor salvar demasiadas vidas que permitir que demasiadas personas mueran. El suicidio es una solución permanente y estupenda a un problema que a menudo es temporal. El derecho al suicidio es una libertad civil fundamental, de modo que no se debería obligar a nadie a vivir contra su voluntad. Por otra parte, los impulsos suicidas suelen ser temporales, y vastas legiones de seres humanos se congratulan de haber sido salvados tras sus intentos de suicidio o de haber sido disuadidos de incurrir en ellos. Por mi parte, si alguna vez intento suicidarme, me gustaría que alguien me salvase, a menos que hubiese llegado a un punto en el que tuviese la certeza de que las alegrías ya no podrán compensar los pesares o el dolor.

Thomas Szasz, un destacado crítico del *establishment* de la salud mental que se ha pronunciado a favor de limitar el poder de los psiquiatras, dice: «El suicidio es un derecho humano fundamental. Esto no significa que sea deseable. Solo significa que, si una persona ha decidido suicidarse, la sociedad no tiene el derecho moral de impedirselo por la fuerza». Szasz cree que al intervenir de esa manera se despoja al suicida de la legitimidad de su identidad y sus acciones. «El resultado es una infantilización y deshumanización significativas de la persona que ha decidido suicidarse.»¹⁴ En el curso de una investigación llevada a cabo en Harvard se entregó a un grupo de médicos una cantidad de historias clínicas de suicidas y se les pidió que realizaran sus diagnósticos a partir de ellas. Mientras que los médicos diagnosticaron que había enfermedad mental solo en el 22 por ciento de los casos si no se les revelaba que los pacientes se habían suicidado, esa cifra se elevó al 90 por ciento de los casos en los que el suicidio se incluía en el perfil del paciente.¹⁵ Queda claro que el suicidio da lugar a un diagnóstico homogéneo, y es probable que inspire una cierta infantilización, o al menos una actitud paternalista. El enfoque de Szasz tiene algún fundamento en la realidad, pero adoptarlo como criterio para tomar decisiones clínicas puede ser sumamente peligroso. El psicólogo Edwin Shneidman, que fue el iniciador del movimiento para la prevención del suicidio, representa el otro extremo. Para él quitarse la vida es un acto demencial. «En todo suicida se puede encontrar al menos una pizca de locura, en el sentido de que en el suicidio se produce una cierta desconexión entre el pensamiento y los sentimientos —escribe—. Esto da como resultado una incapacidad para distinguir las emociones o para discernir en ellas matices de significado más sutiles, y para comunicárselos a los otros. Es una “escisión”

anormal entre lo que pensamos y lo que sentimos. En ella reside la ilusión de control; en ella reside la locura.»¹⁶ Esta visión tautológica es la que fundamenta la legitimidad de despojar a los individuos de su derecho a suicidarse. «El suicidio no es un “derecho” —ha escrito Shneidman, oponiéndose de manera enérgica a Szasz—, del mismo modo que no lo es el eructo. Si el individuo se siente obligado a perpetrarlo, lo hará.»¹⁷ Vale la pena señalar que, por lo menos algunas veces, uno puede controlar sus eructos, y que hace todo lo posible por no eructar en público, por respeto a los demás.

El suicidio es asombrosamente común, y se lo encubre y evita aún más que la depresión. Se trata, de hecho, de una vasta crisis en el dominio de la salud pública, y nos hace sentir tan incómodos que preferimos ignorarla. En Estados Unidos se produce de promedio un suicidio cada diecisiete minutos.¹⁸ El suicidio ocupa el tercer lugar entre las causas de muerte de los norteamericanos menores de veintiún años y el segundo puesto entre los estudiantes universitarios. En 1995, por ejemplo, murieron más jóvenes por suicidio que de sida, cáncer, ictus, neumonía, gripe, defectos congénitos y enfermedad cardíaca sumados. Entre 1987 y 1996 murieron más hombres menores de treinta y cinco años por suicidio que de sida.¹⁹ Casi medio millón de norteamericanos son hospitalizados cada año por intentos de suicidio. Según la OMS, el 2 por ciento de las muertes ocurridas en el mundo en 1998 fueron suicidios, más que las muertes ocasionadas por la guerra, y bastante más que las que se debieron a homicidios.²⁰ Y la tasa de suicidio aumenta a un ritmo sostenido. Un estudio realizado recientemente en Suecia revela que la probabilidad de que los hombres jóvenes que habitan en la zona en que se llevó a cabo la investigación se suiciden ha aumentado en un 260 por ciento desde la década de 1950. La mitad de los que sufren depresión maníaca realizan un intento de suicidio, lo mismo que uno de cada cinco de los que padecen depresión mayor.²¹ Es altamente probable que alguien que atraviesa un primer episodio depresivo intente suicidarse;²² una persona que ha pasado por algunos períodos cíclicos, en general ha aprendido a adaptarse a esa alternancia. La reiteración de los intentos es el factor más importante a la hora de predecir el suicidio: alrededor de un tercio de las personas que se matan lo han intentado antes. El 1 por ciento de los que intentan suicidarse lo hacen antes de que se cumpla un año del intento. El 10 por ciento se matan antes de diez años. Hay aproximadamente dieciséis intentos por cada suicidio consumado.²³

He leído, en un mismo artículo, que las personas que sufren depresión son quinientas veces más propensas a suicidarse que las que no están deprimidas, y la cifra por la que la tasa de suicidio de los pacientes deprimidos supera en una proporción de veinticinco a uno a la de la sociedad en su conjunto. En algún otro

trabajo he leído que la depresión duplica la probabilidad de suicidio.²⁴ ¿Quién lo sabe? Esos índices dependen en gran medida de cómo se defina a ese escurridizo demonio que es la depresión. Por lo que parecen ser razones de salud pública, el Instituto Nacional de Salud Mental afirmó durante mucho tiempo, con grandilocuencia pero con un escaso sentido científico, que «casi todos aquellos que se matan padecen algún trastorno mental o de abuso de sustancias»; no hace mucho redujo el «casi todos» a un «90 por ciento».²⁵ Esta afirmación ayuda a las personas que no tuvieron éxito en su intento de suicidarse, y a aquellas que están afligidas por el suicidio de alguna persona próxima, a deshacerse de parte de la culpa que podría embargarlas. Por más consolador que esto sea, y por muy útil que resulte para atraer la atención hacia el alto nivel de asociación entre suicidio y enfermedad, constituye una total exageración, que no ha corroborado ninguno de los profesionales dedicados a tratar pacientes suicidas que yo he conocido. Las estadísticas acerca del suicidio son aún más caóticas que las que se refieren a la depresión. La mayoría de los suicidios ocurren los días lunes; la hora preferida suele ser entre las diez de la mañana y el mediodía, y la estación predilecta, la primavera.²⁶ Entre las mujeres, la tasa de suicidios es alta durante la primera y la última semana del ciclo menstrual (un fenómeno para el que podrían esgrimirse razones hormonales), y es baja durante el embarazo y el primer año posterior al parto (un fenómeno que tiene un sentido evolutivo obvio, pero para el que hasta ahora no contamos con una explicación química convincente).²⁷ Una de las escuelas de investigadores del suicidio adora las estadísticas comparativas, y recurre a ellas como si la correlación implicara causalidad. Algunas de estas correlaciones lindan con el absurdo: uno puede calcular el peso corporal promedio de aquellos que se suicidan, o la longitud promedio de su cabello, pero eso ¿qué probaría, exactamente? ¿Y para qué serviría?

Émile Durkheim, el gran sociólogo del siglo XIX, expulsó el suicidio del reino de la moralidad y lo situó en el dominio racional de las ciencias sociales.²⁸ Los suicidios pueden clasificarse, y Durkheim afirmó que hay cuatro tipos significativos. El suicidio egoísta es el que perpetran las personas que no logran integrarse en la sociedad a la que pertenecen, en quienes la apatía y la indiferencia que padecen las llevan a cortar permanentemente su relación con el mundo. El suicidio altruista es el que cometen quienes se hallan excesivamente integrados en su sociedad. Esta categoría incluiría, por ejemplo, la devoción que siente Patrick Henry por la idea «¡Dadme la libertad, o dadme la muerte!». Los que perpetran este tipo de suicidio son personas enérgicas, apasionadas y resueltas. El suicidio anómico, por su parte, es consecuencia de la irritación y el disgusto.

«En las sociedades modernas —escribe Durkheim—, la existencia social ya

no está gobernada por la costumbre y la tradición, y los individuos se encuentran cada vez más inmersos en circunstancias de competencia entre ellos. Así, comienzan a pedirle más a la vida, no más de una cosa determinada, sino simplemente más de lo que tienen en general, y desarrollan una mayor propensión a padecer la desproporción entre sus aspiraciones y lo que realmente logran; la insatisfacción que de ello resulta contribuye a acrecentar los impulsos suicidas.» Como escribió en una ocasión Charles Bukowski, «le pedimos a la vida más de lo que puede dar»,²⁹ y la inevitable decepción subsiguiente puede ser motivo suficiente para poner fin a nuestra vida. O, como escribió Tocqueville a propósito del idealismo norteamericano, «las imperfectas alegrías de ese mundo nunca lograrán satisfacer al corazón humano».³⁰ Por último, el suicidio fatalista es el que cometen las personas que viven irremediabilmente sumidas en la desdicha; según la taxonomía de Durkheim el suicidio de un esclavo, por ejemplo, sería un suicidio fatalista.

Las categorías creadas por Durkheim ya no se emplean en el campo de la clínica, pero han influido de modo perdurable en el pensamiento moderno acerca del suicidio. En oposición a las creencias de su época, Durkheim planteaba que aunque el suicidio es un acto individual, sus raíces son sociales. Todo suicidio es resultado de una psicopatología, pero la apariencia relativamente coherente de la propensión psicopatológica al suicidio parece estar ligada a constructos sociales. El contexto en el que se produce el acto es diferente en cada sociedad, pero en todas las sociedades hay un porcentaje de la población que se quita la vida. Los valores y las costumbres de una sociedad determinan cuáles son las causas que dan lugar al acto. En realidad, las personas que creen que están actuando motivadas por un trauma individual a menudo están manifestando simplemente una tendencia arraigada en su sociedad, que empuja a algunos de sus miembros a la muerte.

Aunque los estudios acerca del suicidio están plagados de estadísticas sin sentido, existen algunas tendencias que pueden resultarnos útiles para comprender el tema. Las personas que pertenecen a familias en las que ha habido un suicidio son mucho más propensas a matarse que el resto de la población.³¹ Esto se debe en parte simplemente a que los suicidios en la familia vuelven concebible lo inconcebible. También se debe a que el dolor de vivir con el peso de que alguien que uno ama se ha matado puede ser casi insoportable. Una mujer cuyo hijo se había ahorcado me dijo: «Me siento como si una puerta que se hubiera cerrado de forma violenta estuviera apretándome los dedos y me hubiera quedado detenida para siempre en medio de mis propios gritos de dolor». También se debe a que existirían familias propensas al suicidio por causas presumiblemente genéticas. Algunas investigaciones a propósito de la adopción demuestran que los parientes

biológicos de una persona suicida son a menudo más propensos al suicidio que los parientes adoptivos de esa persona. Los gemelos idénticos tienden a compartir la propensión al suicidio, incluso en aquellos casos en que han sido separados al nacer y no se conocen; en cambio, los gemelos no idénticos no comparten esa tendencia.³² Puede no ser una ventaja comparativa el tener «genes suicidas» individuales, pero la combinación de genes que da lugar a la depresión, la violencia, la impulsividad y la agresividad puede proporcionar un mapa genético útil, tanto para predecir de alguna manera la conducta suicida como para comprender ciertas situaciones específicas.

El suicidio alimenta al suicidio también en los grupos comunitarios. El contagio del suicidio es incontrovertible. Si una persona se suicida, es probable que un grupo de amigos o de pares lo imiten, lo cual suele ocurrir sobre todo entre los adolescentes.³³ Hay lugares que se convierten en escenarios privilegiados para suicidarse y quedan señalados por la maldición de quienes los han elegido para matarse: el Golden Gate en San Francisco, el monte Mihara en Japón, ciertos tramos de vías férreas, el Empire State. En los últimos tiempos hubo epidemias de suicidios en Plano, Texas; en Leominster, Massachusetts; en Bucks County, Pennsylvania; en Fairfax County, Virginia, y en otras comunidades varias de Estados Unidos en apariencia «normales». Los relatos cuyo tema es el suicidio también inspiran conductas suicidas. A comienzos del siglo XIX, tras la publicación de la novela de Goethe, *Las desventuras del joven Werther*, se produjo en toda Europa una ola de suicidios calcados del perpetrado por el protagonista de la historia.³⁴ Cada vez que la historia de un suicidio importante irrumpe en los medios de comunicación, la tasa de suicidios aumenta. En el período inmediatamente posterior al de Marilyn Monroe, por ejemplo, la tasa en Estados Unidos aumentó un 12 por ciento.³⁵ Si uno está hambriento y pasa por delante de un restaurante, es muy probable que decida entrar. Si uno tiene inclinaciones suicidas y lee acerca de un suicidio, es probable que dé el paso final. Al parecer, si se redujera la información acerca del suicidio, la tasa de estos disminuiría. De momento, las pruebas disponibles sugieren que incluso los programas de prevención del suicidio mejor intencionados suelen familiarizar a la población vulnerable con la ideación suicida; al parecer, es posible que contribuyan de hecho a aumentar la tasa de suicidios.³⁶ De todos modos, son programas útiles en la medida en que ayudan a tomar conciencia de que el suicidio a menudo es resultado de una enfermedad mental y de que la enfermedad mental es tratable.

En oposición al mito popular, aquellos que hablan del suicidio son los más propensos a quitarse la vida. Los que intentan suicidarse tienden a intentarlo de nuevo; de hecho, el intento es el mejor índice para predecir un posible suicidio.³⁷

Sin embargo, nadie parece sacar demasiado provecho de este dato. El estudio de María Oquendo sobre los tratamientos, que data de 1999, señala que aunque «los clínicos pueden utilizar una historia de intentos de suicidio como una señal indicativa de una propensión a cometer nuevos intentos en el futuro, a los pacientes que tenían esa clase de historia no se les ofreció un tratamiento más intensivo que a los otros. No queda claro si se ha considerado que esos pacientes de alto riesgo en cuanto al suicidio asociado con una depresión mayor debido a su historia de actos suicidas no corrían un verdadero riesgo, o si no han estado recibiendo el tratamiento somático adecuado a pesar del reconocimiento, por parte del médico, de su vulnerabilidad se ha acentuado».³⁸

Aunque hay en juego argumentos existenciales aplastantes, la realidad del suicidio no es hermosa, pura y filosófica, sino caótica, atroz y física. He oído decir que el que sufre una depresión severa es una suerte de «muerto viviente». Ser un muerto viviente no es nada agradable, pero a diferencia de lo que ocurre con los que están realmente muertos, en ese estado todavía queda un margen para la recuperación. Su irrevocabilidad convierte al suicidio en un problema por completo diferente de los demás problemas que se analizan en este libro, y la capacidad que puedan tener los antidepresivos para combatir la propensión al suicidio debe evaluarse cuanto más pronto mejor, de modo que sea posible desplegar el arsenal de medicamentos más adecuados. A los investigadores de la industria farmacéutica les resulta difícil observar e identificar la propensión al suicidio, sobre todo en la medida en que el momento culminante del sacrificio en sí no suele presentarse durante el período de doce semanas que duran los estudios de control más prolongados. No se ha realizado ninguna observación, por ejemplo, para determinar si entre las propiedades de los ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina), el tipo de medicamentos antidepresivos más popular en el mundo, está o no la de prevenir el suicidio. Entre otros fármacos, uno que ha sido sometido a pruebas y controles rigurosos es el litio: la tasa de suicidios entre los pacientes bipolares que interrumpen el tratamiento con litio aumenta dieciséis veces.³⁹ Algunos de los medicamentos que alivian la depresión pueden aumentar la motivación por el suicidio porque incrementan la motivación en general; los fármacos pueden poner en marcha mecanismos de autodestrucción al mismo tiempo que mitigan el embotamiento de la depresión. Es importante distinguir entre esta facilitación y una verdadera causalidad. Yo no creo que haya gente que se suicide como consecuencia directa de la medicación a menos que durante cierto tiempo hayan tenido una fuerte propensión al suicidio. No obstante, antes de prescribirle a un paciente antidepresivos activadores se debería mantener con él

entrevistas particularmente minuciosas. La terapia electroconvulsiva puede calmar de inmediato los impulsos suicidas delirantes o incontrolables. Un estudio muestra que la tasa de suicidios era nueve veces más alta entre los pacientes que sufrían enfermedades graves y tomaban medicación que entre los que sufrían enfermedades similares y habían sido tratados mediante la terapia electroconvulsiva.⁴⁰

Más o menos en la misma época que Durkheim, Freud planteó que el suicidio es a menudo un impulso asesino dirigido a otra persona que termina orientándose contra uno mismo.⁴¹ El psicólogo Edwin Shneidman ha dicho, más recientemente, que el suicidio «es un asesinato de ciento ochenta grados».⁴² Freud afirmaba que existe un «instinto de muerte» que se contrapone en todo momento al instinto de vida. Es evidente que esa fascinación por la muerte existe, y es ella, sin duda, la responsable de los suicidios. «Los dos instintos básicos actúan oponiéndose el uno al otro, o bien combinándose —escribió Freud—. Así, el acto de comer implica la destrucción del objeto con la intención de incorporarlo al propio organismo, y el acto sexual es un acto de agresión cuyo propósito es llegar a la más íntima unión. La acción concurrente y mutuamente contraria de los dos instintos básicos da lugar a la enorme variedad de fenómenos característicos de la vida.»⁴³ El suicidio, desde este punto de vista, es la contrapartida necesaria del deseo de vivir. Karl Menninger, que ha escrito de manera abundante acerca del suicidio, observó que este acto requiere la coincidencia «del deseo de matar, del deseo de ser asesinado, y del deseo de morir».⁴⁴

G. K. Chesterton expresó una idea similar:

El hombre que mata a un hombre, mata a un hombre.

El hombre que se mata, mata a todos los hombres.

*Por lo que a él se refiere, borra el mundo de un plumazo.*⁴⁵

Cuando enfrentamos situaciones de estrés crónico para las que no estamos bien preparados, dependemos de los neurotransmisores y los utilizamos en exceso. No es posible mantener el ímpetu de los neurotransmisores que inducimos ante una situación repentina de estrés cuando el episodio se prolonga. Por esta razón, las personas que experimentan estrés crónico agotan sus transmisores.⁴⁶ La depresión con impulsos suicidas parece tener algunas características

neurobiológicas distintivas que pueden dar lugar a conductas suicidas o simplemente reflejar una tendencia al suicidio. Los intentos de suicidio suelen estar provocados por algún estrés externo, que a menudo viene acompañado por el consumo de alcohol, por una enfermedad médica grave y por acontecimientos vitales negativos. Hasta qué punto alguien es propenso al suicidio es algo que está determinado por la personalidad, por la dotación genética, por la infancia y la educación, por el alcoholismo o el abuso de sustancias, por una enfermedad crónica, y por el nivel de colesterol.⁴⁷ La mayor parte de la información de que disponemos acerca del cerebro de los suicidas proviene de estudios *post mortem*. Los suicidas poseen un bajo nivel de serotonina en algunos puntos claves del cerebro, una de cuyas evidencias es la cantidad excesiva de receptores de serotonina que poseen, lo que tal vez refleje los intentos del cerebro por compensar los bajos niveles de este neurotransmisor. El nivel de serotonina parece ser especialmente bajo en las áreas asociadas con la inhibición, y esta deficiencia, al parecer, proporciona una gran libertad para actuar de manera impulsiva en el plano afectivo.⁴⁸ Las personas que con facilidad dan rienda suelta a su agresividad suelen tener un nivel bajo de serotonina en la misma área. Los asesinos y pirómanos impulsivos tienen niveles más bajos de serotonina que la mayoría de la gente, incluso más bajos que los de los asesinos y otros criminales no impulsivos.⁴⁹ Los experimentos con animales muestran que los primates que registran bajos niveles de serotonina son más propensos que los otros a involucrarse en situaciones de riesgo y a ser agresivos.⁵⁰ El estrés puede dar lugar a una lixiviación de neurotransmisores y también a una producción excesiva de las enzimas que los destruyen. Los cerebros de suicidas analizados *post mortem* muestran niveles reducidos de noradrenalina, resultados que no obstante son menos congruentes que los relativos a la serotonina.⁵¹ Las enzimas que acaban con la noradrenalina parecen estar presentes en una cantidad excesiva, y las sustancias químicas necesarias para que la adrenalina funcione están presentes en cantidades reducidas. Lo que todo esto significa en términos de funcionalidad es que las personas que tienen bajos niveles de neurotransmisores esenciales en áreas claves corren serios riesgos de suicidarse.⁵² Este es el resultado inequívoco al que llegó John Mann, un destacado investigador del tema del suicidio que trabaja actualmente en la Universidad de Columbia. Mann ha utilizado tres mediciones diferentes para estimar los niveles de serotonina en los pacientes suicidas. Marie Åsberg, del hospital Karolinska, en Suecia, ha extrapolado las implicaciones clínicas de ese material. En un estudio pionero en el tema, mantuvo en observación a un grupo de pacientes que habían materializado intentos de suicidio y cuyos niveles de serotonina parecían ser bajos; antes de que transcurriera un año, el 22 por ciento de ellos se habían dado muerte.⁵³ El trabajo posterior ha confirmado que solo el 15 por ciento de los depresivos se matan, frente al 22 por ciento de los

depresivos que presentan un bajo nivel de serotonina.

Dado que el estrés agota la serotonina y la escasez de esta aumenta la agresividad, y puesto que una agresividad incrementada conduce al suicidio, no es en absoluto sorprendente que la depresión con estrés sea la que con mayor facilidad termine en suicidio. El estrés provoca agresividad porque esta suele ser el mejor medio de afrontar las amenazas inmediatas reales o imaginarias presentes en la situación estresante. La agresividad, sin embargo, no es específica, y aunque es útil para defenderse de un atacante, puede volverse contra uno mismo. Todo parece indicar que la agresividad es un instinto básico, en tanto que la depresión y la propensión al suicidio son impulsos cognitivos más sofisticados que se desarrollan más tarde. En términos evolutivos, el rasgo deseable en lo concerniente al aprendizaje de las conductas destinadas a protegerse a sí mismo está vinculado de manera inextricable con el rasgo indeseable del aprendizaje relacionado con la conducta autodestructiva. La predisposición a suicidarse es un peso que acompaña a la conciencia que nos distingue de los otros animales.

La dotación genética puede determinar bajos niveles de serotonina, y en la actualidad el gen que fija los niveles de la enzima de la triptófano hidroxilasa está claramente asociado con altas tasas de suicidio.⁵⁴ No solo los genes de la enfermedad mental, sino también los de la impulsividad, la agresividad y la violencia pueden inducir un máximo riesgo. Los experimentos en los que se estudió a monos criados sin su madre mostraron que la crianza en esas condiciones reduce los niveles de serotonina en determinadas áreas.⁵⁵ Lo más probable es que el abuso temprano de sustancias disminuya de modo permanente estos niveles y, en consecuencia, aumente la probabilidad de que se produzca un suicidio, con independencia del problema de la depresión cognitiva causada por ese abuso.⁵⁶ El abuso de sustancias puede reducir aún más los niveles de serotonina, y lo mismo ocurre con el colesterol bajo. Los daños neurológicos que provocan en el feto el alcohol o el consumo de cocaína pueden predisponer a los niños a trastornos del estado de ánimo que conducen al suicidio;⁵⁷ la falta de cuidados maternos puede afectar a la estabilidad de la primera etapa del desarrollo, y la dieta puede producir efectos adversos en el cerebro. Los niveles de serotonina de los hombres son más bajos que los de las mujeres.⁵⁸ Así, un hombre estresado y con una predisposición genética a un bajo nivel de serotonina que no ha sido bien atendido en su infancia, abusa de sustancias y tiene bajo el colesterol encajaría a la perfección en el perfil del probable suicida. Los medicamentos que aumentan los niveles de serotonina representarían, para un individuo de este tipo, un buen agente preventivo del suicidio. Las exploraciones de tejido cerebral destinadas a detectar los niveles de actividad serotoninérgica en áreas significativas del cerebro —una tecnología que

todavía no existe pero podría desarrollarse en cualquier momento— serían útiles para estimar la probabilidad de suicidio de una persona. Con el tiempo, la mejora de las técnicas que permiten obtener imágenes cerebrales pueden permitirnos estudiar el cerebro de las personas deprimidas y evaluar quiénes son propensas al suicidio. Existe un largo camino por delante. «Si los científicos minimizaran la complejidad de las interacciones químicas que se producen en el cerebro o en las sinapsis —escribe Kay Jamison en su magistral libro sobre el suicidio— estarían cometiendo un error en verdad perjudicial, un equivalente en el siglo XX de los puntos de vista más primitivos según los cuales las causas de una mente desquiciada deben buscarse en algún hechizo satánico o en un exceso de vapores.»⁵⁹

Existen pruebas de que es posible acotar la tasa de suicidios mediante factores externos: allí donde las armas de fuego y los barbitúricos no se consiguen con facilidad, las tasas de suicidio son considerablemente menores.⁶⁰ La tecnología moderna ha hecho que el suicidio sea más fácil y menos doloroso que en el pasado, y esto es en extremo peligroso. Cuando Inglaterra sustituyó el servicio de gas de coque por el gas natural, menos tóxico, la tasa de suicidios se redujo en un tercio, y los suicidios relacionados con el gas cayeron de 2.368 a 11.⁶¹ Si la propensión al suicidio puede expresarse de forma impulsiva, la limitación de la disponibilidad inmediata de los medios para matarse contribuiría a que el impulso se diluyera antes de convertirse en acto. Estados Unidos es el único país del mundo en el que el medio principal que se utiliza para suicidarse son las armas de fuego. Todos los años son más los norteamericanos que se matan con armas de fuego que los que son asesinados por este sistema. En los diez estados que tienen las leyes menos severas en materia de control de la tenencia de armas de fuego, la tasa de suicidios duplica la de los estados que cuentan con leyes más severas al respecto. En el año 1910, en un congreso de la Sociedad Psicoanalítica de Viena, David Oppenheim dijo: «Una pistola cargada suscita inevitablemente la idea del suicidio en la mente de quien la posee».⁶² En el año 1997, alrededor de dieciocho mil norteamericanos se mataron con armas de fuego,⁶³ en una clara demostración de lo acertado de esa afirmación. La técnica puede variar según el lugar, la edad y la situación. En China, gran cantidad de mujeres se suicidan ingiriendo fertilizantes y pesticidas tóxicos, porque allí esas sustancias se pueden obtener con facilidad. En el Punjab, en la India, más de la mitad de quienes se suicidan lo hacen arrojándose al paso de algún tren.⁶⁴

Con frecuencia, el suicidio es la manifestación del final depresivo de un espectro de estados de ánimo maníaco-depresivos, y esa es la razón que se suele esgrimir para explicar la alta tasa de suicidios entre las personas que tienen mucho

éxito. También ocurre que las personas de éxito tienden a proponerse metas demasiado exigentes y suelen decepcionarse incluso cuando obtienen sus mejores logros. El examen de conciencia y la meditación pueden conducir al suicidio, algo que ocurre con frecuencia entre los artistas y otras personas creativas. Pero la tasa también es alta entre los hombres de negocios exitosos. Parecería pues que algunas de las características que favorecen el éxito también están presentes en la propensión al suicidio. Entre los hombres de ciencia, los compositores y los hombres de negocios de primer nivel, la probabilidad de que cometan suicidio es cinco veces mayor que entre la población general. Entre los escritores, en especial los poetas, la tasa de suicidios es aún más alta.⁶⁵

Aproximadamente un tercio de los suicidios consumados y una cuarta parte de los intentos los protagonizan alcohólicos.⁶⁶ Si se lo compara con una persona sobria, es mucho más probable que alguien que intenta suicidarse estando ebrio o bajo los efectos de alguna otra droga tenga éxito en su cometido. El 15 por ciento de los alcohólicos severos se quitan la vida.

Karl Menninger ha caracterizado al alcoholismo como «una forma de autodestrucción empleada para apartarse de una autodestrucción mayor».⁶⁷ Según otros, el alcoholismo es la autodestructividad que facilita la autodestrucción.

La detección temprana es engañosa. Cuando estaba profundamente deprimido consulté a un psiquiatra con quien tenía esperanzas de comenzar una terapia; me dijo que me aceptaría como paciente si le prometía que no me suicidaría mientras realizara el tratamiento con él. Esto, pensé, era como si un especialista en enfermedades infecciosas aceptara tratar una tuberculosis siempre que su paciente no volviera a toser. No creo que fuera simplemente una muestra de ingenuidad. Mientras viajaba en avión de regreso a casa después de haber asistido a una conferencia sobre imágenes de la actividad cerebral, entablé conversación con alguien que vio que yo estaba leyendo un libro acerca de la depresión. «Me interesa lo que usted está leyendo —dijo—. Yo he sufrido depresión.» Cerré el libro y escuché su historia psiquiátrica. Había estado hospitalizado dos veces por depresión grave y había tomado medicación durante un tiempo, pero hacía más de un año que había empezado a sentirse bien y la había interrumpido. También había abandonado la terapia después de resolver los problemas que lo habían afligido en el pasado. Había sido arrestado dos veces por tenencia de cocaína, motivo por el cual fue condenado a pasar un tiempo en prisión. No tenía demasiado contacto con sus padres, y su novia ignoraba que él

había sufrido depresión. En ese momento eran alrededor de las diez y media de la mañana; el hombre le pidió a la azafata un whisky con hielo.

«¿Suele contar a los extraños sus asuntos personales?»

En el tono más amable que pude le pregunté: «Bueno, a veces sí — admitió—. En ocasiones me resulta más fácil hablar con extraños que con las personas que conozco, ¿sabe? Juzgan menos. Pero no con cualquier extraño, yo capto bastante bien cómo es la gente y enseguida sé con quién puedo hablar y con quién no. Apenas lo vi, me di cuenta de que con usted podía hablar».

Impulsividad. Temeridad.

Entonces le pregunté: «¿Le han puesto multas por exceso de velocidad?».

«Vaya —dijo él—. ¿Es usted vidente o algo así? Me ponen esa clase de multas continuamente; de hecho, me han retirado el carnet de conducir durante un año.»

Si hubiera estado en una conferencia sobre cardiología y después se hubiera sentado a mi lado un hombre que pesara ciento cuarenta kilos, estuviera fumando como una chimenea y comiendo una barrita de chocolate, y se quejara de un dolor en el pecho que se extendía por su brazo izquierdo, habría creído conveniente advertirle que corría un serio peligro. Decirle a alguien que corre el riesgo de suicidarse es mucho más difícil. Me limité a insinuar el tema; así, le aconsejé a mi nuevo amigo que volviera a tomar su medicación, y le dije que le convendría mantenerse en contacto con un psiquiatra para el caso de que alguna vez tuviera una recaída. Por una cuestión de tacto me atreví a decirle: «Tal vez ahora usted se sienta bien, pero se está encaminando hacia el suicidio, y debe tomar medidas preventivas cuanto antes».

Los experimentos sobre suicidio en los que se utilizan animales son imperfectos en la medida en que, presumiblemente, los animales no son conscientes de que son mortales y son incapaces de quitarse la vida. Uno no puede desear lo que no comprende: el suicidio es un precio que los seres humanos pagan por su conciencia de sí mismos, y no existe bajo ninguna forma comparable entre las otras especies. Sin embargo, hay ejemplares de otras especies que pueden agredirse a sí mismos de forma deliberada, y suelen hacerlo a menudo si se los somete a demasiadas vicisitudes. Cuando se mantiene a las ratas amontonadas en

condiciones de hacinamiento se comen su propia cola.⁶⁸ Los monos rhesus criados sin madre comienzan a agredirse entre ellos más o menos a los cinco meses, conducta que mantienen a lo largo de toda su vida, aunque se los incluya en un grupo social. Al parecer, en estos monos los niveles de serotonina de áreas cruciales del cerebro están por debajo de lo normal.⁶⁹ Lo biológico se correlaciona una vez más con lo sociológico. Me resultó fascinante la historia del suicidio de un pulpo al que habían entrenado para actuar en un circo y se había acostumbrado a desplegar sus habilidades a cambio de alimento. El circo cerró y el pulpo quedó abandonado en una piscina en la que nadie prestaba atención a lo que podía hacer. Poco a poco fue perdiendo el color (el pulpo manifiesta sus estados de ánimo a través de cambios de colores) y al cabo, cuando realizó su actuación por última vez y no se lo recompensó con alimento, se hirió con tanta violencia que murió.⁷⁰

Investigaciones recientes realizadas con sujetos humanos han revelado una estrecha relación entre el suicidio y la muerte de alguno de los padres. Un estudio sugiere que las tres cuartas partes de los suicidios consumados son protagonizados por personas que en la infancia han resultado traumatizadas por la muerte de alguien muy próximo, en la mayoría de los casos uno de los padres.⁷¹ La imposibilidad de procesar esta pérdida a una edad tan temprana da lugar a la imposibilidad de procesar las pérdidas en general. Los jóvenes que pierden a alguno de sus padres suelen asimilar un sentimiento de culpa que los lleva a desvalorizar su amor propio. También es posible que se tambalee su sentido de la permanencia del objeto: si el padre del que uno tanto depende puede desaparecer de un día para otro, ¿hay algo en lo que uno pueda confiar? Puede que las estadísticas exageren, pero no cabe duda de que cuantas más pérdidas experimenta una persona, más probabilidades existen de que se destruya a sí misma si los otros aspectos no se modifican.

El suicidio hace estragos entre los jóvenes. En Estados Unidos cada año se matan alrededor de cinco mil personas de entre dieciocho y veinticuatro años, y al menos ochenta mil intentan suicidarse. Uno de cada seis mil norteamericanos de entre veinte y veinticuatro años se mata, y cada vez son más frecuentes los suicidios de gente aún más joven. El suicidio es la tercera causa de muerte entre los norteamericanos de quince a veinticuatro años. No existe un consenso acerca de la razón de la escalada de las cifras de suicidio en este grupo.⁷² George Howe Colt ha señalado: «Para dar cuenta de esta “epidemia” de suicidios juveniles se han propuesto multitud de explicaciones: la disolución de la fibra moral de Norteamérica, la crisis de la familia nuclear, la presión escolar, la presión de los pares, la presión o la permisividad de los padres, el abuso sexual en la infancia, las drogas, el alcohol, la reducción del nivel de azúcar en la sangre, la televisión, el

canal de música MTV, la música popular (el rock, el punk o el heavy metal, según la década), la promiscuidad, la falta de asistencia a la iglesia, el aumento de la violencia, el racismo, la guerra de Vietnam, la amenaza de una guerra nuclear, los medios masivos de comunicación, el desarraigo, la riqueza cada vez mayor, el desempleo, el capitalismo, el exceso de libertad, el aburrimiento, el narcisismo, Watergate, la desilusión por lo que el gobierno hace o deja de hacer, la falta de héroes, las películas acerca del suicidio, el exceso de información acerca del suicidio, la escasa información acerca del suicidio». ⁷³ Los adolescentes que tienen expectativas de lograr un alto rendimiento académico pueden llegar a matarse si no consiguen estar a la altura de sus expectativas o de las de sus padres: el suicidio es más común entre los adolescentes exitosos que entre sus pares menos ambiciosos. ⁷⁴ Las perturbaciones hormonales de la pubertad y de los años subsiguientes también desempeñan un papel importante como disparadores del suicidio entre los adolescentes.

Con frecuencia los adolescentes que se suicidan han sido protegidos de la visión de la muerte como algo funesto, y muchos parecen creer que la muerte no es un cese definitivo de la conciencia. ⁷⁵ En una escuela en la que hubo una epidemia de suicidios, un estudiante que intentó suicidarse había dicho que le resultaba extraño que él estuviera vivo y su amigo muerto. En una pequeña ciudad de Groenlandia en la que estuve en 1999 se había producido una curiosa secuencia de muertes: un estudiante se había matado, y a su suicidio le siguieron otros doce. Uno de esos doce había dicho, un día antes de quitarse la vida, que echaba de menos a su amigo ausente, y que le parecía que el suicidio era un modo de acceder al lugar al que se había trasladado su amigo. Los más jóvenes también tienden a pensar que un intento de suicidio no necesariamente conduce a la muerte. Son personas que recurren al intento de suicidio como una manera de castigar a los demás. Cuando era niño mi madre solía decirme, caricaturizando mis actitudes: «Comeré gusanos y moriré, y tú te lamentarás por haberte portado mal conmigo». Esos actos, más allá de la intención manipuladora que entrañan, representan más que nada una enérgica petición de auxilio. Los jóvenes que han tratado de suicidarse y sobreviven, merecen nuestra más amable atención; sus problemas son sin duda graves, y aun cuando no sepamos por qué, debemos aceptar que lo son.

Aunque el aumento de los suicidios adolescentes es dramático, la tasa más elevada de suicidios se verifica entre los hombres mayores de sesenta y cinco años; el subgrupo que incluye a los hombres blancos mayores de ochenta y cinco años tiene una tasa de suicidios de uno cada dos mil. ⁷⁶ Lamentablemente, tiende a pensarse que los suicidios de los ancianos son menos dignos de compasión que los de los jóvenes, pero la desesperación que lleva al extremo de matarse es siempre

devastadora. El hecho de que cada día que pasa nos hallemos más cerca de la muerte es evidente, pero la posibilidad de que cada día que pasa hace más aceptable la autodestrucción es una variación extravagante sobre el tema. Tendemos a suponer que el suicidio de las personas mayores es racional, pero en realidad suele ser la consecuencia de trastornos mentales no tratados. Por añadidura, en general los ancianos tienen una comprensión perspicaz de la muerte, y mientras los adolescentes recurren al suicidio como una forma de liberarse de la vida en busca de una experiencia diferente, los ancianos tienden a concebir la muerte como un estado definitivo. Además, saben lo que están haciendo, y de hecho, los intentos de suicidio fallidos son mucho menos frecuentes en esta población que entre los jóvenes. Los ancianos recurren a métodos particularmente letales para suicidarse y se muestran mucho menos proclives a comunicar con anterioridad lo que van a hacer.⁷⁷ La tasa más elevada de suicidios se da entre los hombres divorciados o viudos, que en raras ocasiones buscan ayuda profesional para enfrentar la depresión y suelen considerar que sus sentimientos negativos son el simple reflejo del empobrecimiento de su vida.⁷⁸

Además del suicidio explícito, muchas personas mayores desarrollan conductas suicidas crónicas: deciden no alimentarse, no cuidar de sí mismas y dejarse morir aun cuando su organismo sigue funcionando bien. Después del retiro se resignan a la disminución de su ritmo de actividad, y en muchos casos abandonan sus actividades recreativas debido a la pobreza o a un descenso en su posición social. También se aíslan. En los casos en que desarrollan formas particularmente exacerbadas de depresión —problemas motores, hipocondría y paranoia— sufren un considerable deterioro físico. Al menos la mitad de las personas mayores deprimidas tienen problemas orgánicos en parte ilusorios y, en el período previo al suicidio, suelen creer que estos trastornos los incapacitan más y son más irremediables de lo que en realidad son.⁷⁹

Un número importante de suicidios no quedan registrados como tales, en parte porque algunos suicidas disfrazan su acción y en parte porque los deudos no quieren aceptar la realidad del acto en sí. Grecia tiene una de las tasas de suicidios reconocidos más bajas del mundo, lo cual no solo deriva del clima soleado y la cultura sosegada del país, sino también del hecho de que la Iglesia ortodoxa griega prohíbe que a los suicidas se les dé sepultura en tierra sagrada, una razón específica para no denunciar un suicidio en Grecia. En aquellas sociedades en las que el nivel de reprobación es más alto, el número de suicidios que se denuncian es menor. Por otra parte, son muchos los suicidios que podríamos llamar

«inconscientes»: casos como los de personas que viven de forma arriesgada y mueren a causa de ello, quizá porque su propensión al suicidio es moderada y quizá por simple audacia. El matiz diferenciador entre la autodestrucción y el suicidio, al menos para la Iglesia griega, puede ser borroso. Las personas que propician su propia decadencia sin que ello les procure una obvia recompensa son protosuicidas. Algunas religiones distinguen entre suicidio activo y pasivo; por ejemplo, dejar de alimentarse en la fase final de una enfermedad terminal puede ser no censurable, mientras que ingerir una sobredosis de píldoras es un pecado. Sea como fuere, en todo el mundo la cantidad de suicidios es mucho mayor que lo que cualquiera podría imaginar.⁸⁰

Las formas que eligen los suicidas para quitarse la vida son asombrosamente variadas. Kay Jamison cataloga algunas técnicas exóticas en *Night Falls Fast* (Pronto cae la noche), entre ellas beber agua hirviendo, introducirse un palo de escoba en la garganta, clavarse agujas de zurcir en el vientre, engullir cuero y hierro, arrojarse a un volcán, meterse rabadillas de pavo en la garganta, tragar dinamita, brasas ardientes, ropa interior o de cama, estrangularse con la propia cabellera, usar taladros eléctricos para agujerearse el cráneo, caminar por la nieve sin abrigarse, poner el cuello en un torno de banco, decapitarse, inyectarse manteca de maní o mayonesa en el torrente sanguíneo, estrellar un bombardero contra una montaña, colocarse sobre la piel arañas venenosas de las llamadas «viudas negras», ahogarse en una cuba de vinagre, asfixiarse en una nevera, beber ácido, tragar petardos, aplicarse sanguijuelas en todo el cuerpo y estrangularse con un rosario. En Estados Unidos los métodos más comunes son los obvios: armas de fuego, drogas, ahorcarse y saltar al vacío.⁸¹

En mi caso, no soy proclive a exagerar las fantasías de suicidio. Pienso a menudo en el suicidio, y en los peores momentos de la depresión la idea no se aparta de mi mente; pero permanece allí, envuelta en la misma irrealidad que caracteriza la imagen que los niños tienen de la vejez. Sé cuándo las cosas están empeorando porque comienzo a elaborar formas diversas y en cierta medida más violentas de suicidio. En mis fantasías dejo de pensar en las píldoras acumuladas en mi botiquín, e incluso en el revólver que guardo en la caja de seguridad, e imagino cómo podría usar las hojas de afeitar para cortarme las venas, o si no será más práctico recurrir a un cuchillo de cocina, e incluso he llegado a comprobar la resistencia de una viga solo para saber si soportaría el peso de mi cuerpo colgado de una cuerda. He intentado situar el acto en el tiempo: cuándo podría estar solo en casa, a qué hora podría consumarlo. Cuando conduzco sumido en ese estado de

ánimo pienso con intensidad en acantilados, pero después se me aparecen los airbags y la posibilidad de herir a otras personas, lo cual me provoca una gran turbación. Acompañan a estas cavilaciones imágenes muy reales que pueden ser en extremo dolorosas, pero que no traspasan los límites de mi imaginación. En alguna ocasión he adoptado una que otra conducta temeraria que podría considerarse parasuicida, y a menudo he deseado morir; de hecho, en mis peores momentos he coqueteado con la idea, del mismo modo que en mis mejores momentos coqueteé con la idea de aprender a tocar el piano, pero nunca perdí el control sobre ella ni intenté siquiera convertirla en realidad. Quería abandonar esta vida, pero me faltaba el impulso necesario para despojar a mi ser de su existencia.

Si mis depresiones hubieran sido peores, o más prolongadas, puedo suponer que habría llegado a ser un suicida de forma más activa, pero no creo que me hubiera quitado la vida sin antes tener pruebas irrefutables de que mi situación era irreversible. Aunque alivia el sufrimiento del presente, en muchos casos el suicida se mata para evitar sufrimientos futuros. Nací dotado de un fuerte optimismo por parte de mi familia paterna, y por razones que bien podrían ser puramente bioquímicas, mis sentimientos negativos, aunque a veces me resultaban intolerables, nunca me han parecido inmutables. Lo que puedo recordar es la curiosa sensación de ausencia de futuro que me invadía en los peores momentos de la depresión: por ejemplo, me sentía extrañamente sereno durante el despegue de una avioneta porque de verdad que no me importaba si el aparato se estrellaba y yo moría en el accidente, o si levantaba el vuelo y al final aterrizaba sin contratiempos en el lugar al que me dirigía. Cuando esos sentimientos negativos se presentaban corría riesgos estúpidos; estaba dispuesto a envenenarme, pero no a tratar de conseguir o preparar el veneno. Una de las personas que entrevisté, que ha sobrevivido a varios intentos de suicidio, me dijo que si yo ni siquiera me había cortado las venas, nunca había estado realmente deprimido. Decidí no competir en ese terreno, pero lo cierto es que he conocido gente que ha padecido enormes sufrimientos y nunca intentó quitarse la vida.

Durante la primavera de 1997 practiqué paracaidismo por primera vez en mi vida, en Arizona. Suele considerarse que el paracaidismo es una actividad parasuicida, y si de hecho yo hubiera muerto mientras lo hacía, supongo que mis amigos y mi familia habrían imaginado que ese desenlace tenía alguna relación con mis estados de ánimo. Sin embargo —y creo que así suele ocurrir con las acciones parasuicidas— no lo sentía como un impulso suicida sino como una experiencia vital; lo hice porque me sentía muy bien por el hecho de poder hacerlo. Al mismo tiempo, como había contemplado la idea del suicidio, había derribado ciertas barreras existentes entre mi yo y mi tendencia a la autodestrucción. No deseaba

morir tras saltar de un avión, pero mi temor a que ocurriera no era el mismo que el que solía sentir antes de la depresión, de modo que no experimenté la necesidad de evitarlo. He practicado paracaidismo varias veces desde entonces, y el placer que me ha procurado mi audacia después de haber vivido durante tanto tiempo sumido en un miedo irracional, es incalculable. Cada vez que estoy junto a la portezuela del avión siento una ráfaga de temor real que, como la pena verdadera, me resulta precioso por su simplicidad y autenticidad. En ese momento comprendo en qué consisten esas emociones; luego viene la caída libre, el espectáculo de la naturaleza virgen, el abrumador sentimiento de pequeñez, la belleza y la velocidad; y al final, el glorioso descubrimiento de que, después de todo, el paracaídas está allí. Cuando este se abre, la corriente ascendente del viento invierte de súbito la caída, y entonces asciendo alejándome de la tierra, como si de pronto un ángel hubiera venido a rescatarme para llevarme hasta el sol. Después, cuando vuelvo a caer, todo es más lento y me encuentro en un mundo silencioso de múltiples dimensiones. Es maravilloso sentir que el destino en el que uno ha confiado ha respondido a esa confianza. ¡Qué alegría he sentido al descubrir que el mundo puede soportar mis experimentos más temerarios, al sentir que, aun cuando esté cayendo, el mundo me sujeta con firmeza!

La primera vez que comprendí con claridad qué era el suicidio tenía más o menos nueve años. El padre de un compañero de clase de mi hermano se había quitado la vida, una noticia que se comentó en casa. El hombre en cuestión se había plantado frente a su familia, había hecho alguna observación poco común y luego había saltado por la ventana abierta del apartamento, sin dejar a su esposa y sus hijos otra alternativa que buscar con la mirada el cuerpo sin vida varios pisos más abajo. «Algunas personas tienen problemas que no pueden solucionar y llegan a un punto en el que ya no pueden soportar la vida —me explicó mi madre—. Hay que ser fuerte para afrontar la vida. Hay que luchar para sobrevivir.» De alguna manera no logré entender el horror de lo que había ocurrido; aquello tenía un tinte exótico y fascinante, casi pornográfico.

Cuando estaba en segundo año de la escuela secundaria, uno de mis profesores favoritos se suicidó disparándose en la cabeza; lo encontraron en su coche, con una Biblia abierta a su lado. La policía cerró la Biblia sin prestar atención a la página en que estaba abierta. Recuerdo haber comentado esta circunstancia con mi familia durante la cena. Todavía no había perdido a nadie realmente cercano, de modo que el hecho de que su muerte fuese un suicidio no me resultó tan significativo como ahora; era la primera vez que me enfrentaba a la realidad de la muerte. Comentamos que nadie sabría nunca cuál era la página en la que estaba abierta la Biblia, y la incipiente pasión literaria latente en mí sufrió más

por aquel confuso fin de una vida que por la pérdida de la persona.

Cursaba mi primer año de universidad cuando la ex novia del ex novio de mi ex novia se arrojó al vacío desde un edificio de la facultad. Yo no la conocía, pero sabía que ella formaba parte de una cadena de rechazos, y me sentí culpable por la muerte de esta desconocida.

Unos años después de la época de facultad, un conocido mío se quitó la vida. Bebió una botella de vodka y se cortó las venas, y decididamente molesto porque la sangre manaba demasiado lenta, subió a la terraza del edificio en el que vivía —esto sucedió en Nueva York— y se arrojó al vacío. Esta vez me sentí profundamente impactado. Era un hombre apuesto, inteligente y afable, alguien de quien yo alguna vez había estado celoso. En aquella época yo escribía para el periódico local. Él solía comprar su ejemplar muy temprano, en un puesto que estaba abierto toda la noche, y cada vez que yo publicaba algo era el primero en llamarme para felicitarme. No éramos amigos íntimos, pero siempre recordaré esas llamadas y el tono de admiración algo desproporcionado con que me expresaba sus elogios. Reflexionaba con cierta tristeza acerca de su carrera —no estaba seguro de haber elegido bien— y, según decía, se daba cuenta de que yo sí sabía lo que hacía. Ese fue el único rasgo de melancolía que observé en él; por lo demás, sigo recordándolo como una persona alegre. En las fiestas se divertía, y de hecho las que él organizaba eran muy buenas. Y conocía gente interesante. ¿Por qué una persona así habría de cortarse las venas y arrojarse al vacío? Su psiquiatra, que lo había atendido el día anterior, no pudo aclarar la razón. ¿Había un porqué que admitiera una respuesta? Cuando sucedió yo todavía pensaba que el suicidio tenía una cierta lógica, por más imperfecta que fuese.

Pero el suicidio no es lógico. «¿Por qué siempre se quiere llegar a una “razón”?», escribió Laura Anderson, que ha luchado contra una aguda depresión. Raramente la razón que se esgrime está a la altura del acontecimiento; queda en manos de los analistas y de los buenos amigos la búsqueda de pistas, causas y categorías. He aprendido esto de los catálogos de suicidio que leí, cuyos listados son tan extensos y dolorosos como los que aparecen en el monumento a la memoria de los veteranos de Vietnam (y durante la guerra de Vietnam fueron más los jóvenes que se suicidaron que los que murieron en combate). Todos sufrieron algún trauma severo poco tiempo antes de quitarse la vida: un marido injurió a su mujer, alguien fue abandonado por una amante, alguno se autolesionó de forma seria, otro padeció el dolor de ver cómo el amor de su vida sucumbía a una enfermedad, alguno quebró económicamente, otro destrozó su coche en un accidente. Hubo alguien que un día se despertó y descubrió que tan solo no

deseaba permanecer despierto. Algún otro odiaba las noches de los viernes. Si se mataron lo hicieron porque tenían propensión al suicidio, y no porque este fuera el resultado lógico de algún razonamiento. Mientras el *establishment* médico insiste en que siempre hay una relación entre la enfermedad mental y el suicidio, los medios de comunicación sensacionalistas suelen sugerir que esta relación no existe. Encontrar causas que expliquen el suicidio nos hace sentir seguros, lo cual es una versión más extrema de la lógica según la cual la depresión aguda es consecuencia de aquello que la desencadena, sea lo que fuere. Esto es poco claro. ¿Cuán propensa al suicidio debe ser una persona para que intente suicidarse, cuán propensa debe ser para que se suicide, y en qué momento la primera intención se convierte en la siguiente? Por cierto, el suicidio puede ser, tal como lo define la Organización Mundial de la Salud, «un acto suicida con un desenlace fatal»,⁸² pero ¿cuáles son los motivos conscientes e inconscientes que subyacen a ese desenlace? Las acciones de alto riesgo —ya sea exponerse adrede al VIH, provocar a alguien hasta despertar su furia homicida o quedarse al aire libre durante una nevada— suelen ser actos parasuicidas. Los intentos de suicidio pueden variar desde la actitud consciente, bien definida, profundamente deliberada y orientada de forma clara a su objetivo, hasta la acción autodestructiva más leve. «La ambivalencia — escribe Kay Jamison— satura el acto suicida.»⁸³ A. Alvarez escribe: «Las excusas para justificar el suicidio son en su mayoría incidentales. En el mejor de los casos alivian la culpa de los que siguen vivos, tranquilizan a los bienpensantes, y alientan a los sociólogos a perseverar en su interminable búsqueda de teorías y clasificaciones convincentes. Son como uno de esos triviales incidentes fronterizos que desencadenan una guerra feroz. Los verdaderos motivos que impulsan a un hombre a quitarse la vida están en otra parte; pertenecen al mundo interno, que es sinuoso, contradictorio, laberíntico y en general inaccesible.»⁸⁴ «Los periódicos suelen hablar de “aflicciones personales” o “enfermedades incurables” —escribió Camus—. Estas explicaciones son plausibles. Pero quién sabe si acaso ese mismo día un amigo del hombre desesperado lo trató con indiferencia. Ese es el culpable, porque esa actitud es suficiente para precipitar todos los rencores y todo el fastidio que hasta ese momento se hallaban en suspenso.»⁸⁵ Y la teórica y crítica Julia Kristeva describe cuán profundamente aleatorios son los tiempos: «Una traición, una enfermedad fatal, un accidente o una incapacidad que de forma abrupta me retiran de lo que a mí me parecía la condición normal de una persona normal, o que golpean a un ser amado y producen el mismo efecto radical, o incluso... ¿Qué más podría mencionar? La cantidad de desgracias que nos abruma día tras día es infinita».⁸⁶

En 1952, Edwin Shneidman inauguró en Los Ángeles el primer centro de prevención del suicidio y trató de elaborar estructuras útiles, más que teóricas,

para reflexionar acerca del suicidio. Planteó que el suicidio es el resultado de un amor frustrado, de la pérdida del control sobre uno mismo, de una imagen deteriorada de uno mismo, de la aflicción y de la rabia. «Es casi como si el drama del suicida se estuviera escribiendo solo, como si la obra tuviera un hálito propio, ajeno al de los protagonistas. Algo que debería tranquilizarnos es la comprensión de que, en la medida en que las personas, de modo consciente o inconsciente, pueden simular con éxito, ningún programa de prevención del suicidio puede ser eficaz al cien por cien.»⁸⁷ Kay Jamison se refiere a esta simulación cuando lamenta que «la intimidad de la mente es una barrera infranqueable».⁸⁸

Hace unos años, otro de mis discípulos de la universidad se suicidó. Siempre había sido alguien muy especial, y en cierta forma su muerte fue más fácil de explicar. Yo había recibido un mensaje suyo unas semanas antes de que muriera y me había propuesto llamarlo e invitarlo a almorzar. Me enteré un día, durante una salida con amigos comunes. «¿Alguien ha hablado con fulano últimamente?», pregunté cuando un comentario me hizo pensar en él. «¿No te enteraste? — respondió uno de mis amigos—. Se ahorcó hace un mes.» Por alguna razón, para mí esa es la peor imagen de un suicidio. Podría imaginar a mi amigo con las venas cortadas, o su cuerpo destrozado después de haberse arrojado al vacío, pero la visión de este amigo balanceándose como un péndulo nunca pude asumirla. Sé que mi llamada telefónica y mi invitación a almorzar no lo habrían salvado de sí mismo, pero el suicidio inspira culpa en derredor, y no puedo quitarme de la cabeza la idea de que si me hubiera encontrado con él me habría dado una pista, y que yo habría hecho algo con ella.

También el hijo de un socio de mi padre se mató al cabo de un tiempo, y luego el hijo de un amigo de mi padre. Poco después otras dos personas que yo conocía se quitaron la vida, y también amigos de mis amigos; y desde que comencé a escribir este libro muchas personas próximas han perdido a sus hermanos, hijos, amantes, padres. Es posible comprender los caminos que han conducido a alguien al suicidio, pero lo que esa persona puede haber pensado en ese momento, o el impulso necesario para dar el último paso, son aspectos incomprensibles y aterradores, y tan extraños que uno tiene la sensación de que nunca conoció en realidad a la persona que decidió morir.

Mientras escribía este libro me enteré de muchos suicidios, en parte debido a los mundos con los que me vinculé, y en parte porque muchas personas acudían a mí debido a que investigaba el tema y suponían que yo poseía algún conocimiento o alguna certeza de los que en realidad carecía. Una amiga de diecinueve años, Chrissie Schmidt, me llamó desesperada cuando uno de sus

compañeros de clase en Andover, de diecisiete años, se colgó en el hueco de la escalera que estaba detrás del pabellón donde se encontraba su dormitorio. El muchacho en cuestión había sido elegido presidente de su clase, después de lo cual lo habían sorprendido bebiendo y lo habían destituido de su cargo. Había pronunciado un discurso de renuncia que fue ovacionado por quienes lo escucharon, y después se había quitado la vida. Chrissie apenas lo había conocido, pero le había parecido que él se movía en un mundo fascinante, el de la popularidad del que ella algunas veces se había sentido excluida. «Después de más o menos quince minutos de incredulidad —me escribió Chrissie en un correo electrónico—, me deshice en lágrimas. Creo que sentía muchas cosas al mismo tiempo: una tristeza inexpresable por aquella vida segada voluntariamente en la flor de la edad; ira porque la escuela, un lugar asfixiado por su propia mediocridad, le había dado una excesiva importancia a la cuestión de la bebida y había tratado al muchacho con demasiado rigor; y tal vez, por encima de todo, miedo de que yo, en algún momento, pudiera sentirme capaz de colgarme también. ¿Por qué no supe de este muchacho cuando estuve allí? ¿Por qué sentía que era la única que estaba enfadada y me encontraba horriblemente mal, cuando el chico más popular de la facultad podría haber experimentado tantas cosas semejantes a las que yo sentía? ¿Por qué diablos nadie se dio cuenta de que él cargaba con semejante peso? Mientras cursaba el segundo año, tendida muchas veces en la cama de mi dormitorio de la facultad, sentí una tristeza y una frustración desesperantes por el mundo que me rodeaba y la vida que llevaba ... pero aquí estoy. Sé que no habría dado ese paso irreversible. De veras lo sé. Pero llegué a pensar en serio que ese paso estaba al menos en el reino de lo posible. ¿Qué es (valentía, patología, soledad) lo que puede empujar a alguien a ese punto fatal y sin retorno en el que la vida es algo que deseamos perder?» Al día siguiente, Chrissie agregó: «Su muerte agita y pone de relieve todas estas preguntas sin respuesta; y el hecho de que yo deba planteármelas y la certeza de que nunca encontraré respuestas me resulta insoportablemente triste en este momento». Esa es en esencia la catástrofe del suicidio para aquellos que sobreviven: no solo la pérdida de una persona, sino la pérdida de la oportunidad de persuadirla para que actúe de otro modo; la pérdida de la oportunidad de comunicarse. No hay nadie con quien uno desee comunicarse tanto como con una persona que se ha suicidado. «Si al menos hubiéramos sabido» es la disculpa típica de los padres de un suicida, que se devanan los sesos tratando de imaginar en qué ha fallado su amor para que semejante hecho haya podido ocurrir y sorprenderlos, y pensando qué podrían haber dicho para evitarlo.

Pero no hay nada que decir, nada que pueda mitigar la soledad de quien se destruye a sí mismo. Kay Jamison cuenta la dolorosa historia de su propio intento de suicidio, que ocurrió en una época en que su pensamiento estaba tan trastornado como su estado de ánimo: «El amor de los demás, que era mucho, no era suficiente. Las ventajas de contar con una familia cariñosa y un trabajo fabuloso no bastaban para sobreponerme al dolor y la desesperanza que sentía; ni siquiera un amor romántico o apasionado, por muy intenso que fuese, habría servido de algo. Nada vivo y cálido podía atravesar mi caparazón. Sabía que mi vida era un caos y creía, sin que quedara un resquicio para la duda, que mi familia, mis amigos y mis pacientes lo pasarían mejor sin mí. De todos modos ya no quedaba mucho de mí, y pensaba que mi muerte liberaría las energías desperdiciadas y los esfuerzos bienintencionados que estaban siendo malgastados en un empeño inútil». ⁸⁹ No es raro creer que uno es una carga para los demás. Un hombre que se suicidó escribió en su última carta: «Lo he pensado muy bien, y he decidido que muerto lastimaría menos a mis amigos y parientes que estando vivo».

Un gran sufrimiento no me induce a recurrir al suicidio, pero en ocasiones, durante una depresión un hecho nimio logra abrumarme y me invade un sentimiento de ridiculez. Por ejemplo, pienso que hay muchos platos sucios en la cocina y que yo carezco de la energía suficiente para lavarlos; tal vez lo mejor sea matarme. Otras veces pienso que podría saltar cuando el tren se acerca, pero demoro en decidirme y este ya ha entrado en la estación. Cuando estos pensamientos afloran es como si estuviera soñando despierto, y aunque veo lo absurdos que son, sé que están allí. Cuando me hallo sumido en estos pensamientos no deseo morir ni se me ocurre nada violento, pero el suicidio parece simplificar las cosas. Si me mato no tendría que reparar el techo, ni cortar el césped, ni darme otra ducha. ¡Oh! ¡Qué placer! ¡Qué hermoso sería no tener que volver a peinarme! Las conversaciones que he mantenido con personas que muestran una severa propensión al suicidio me han llevado a creer que esta sensación está más cerca de aquella que con más frecuencia conduce a un intento de suicidio que la sensación de absoluta desesperación que experimenté durante la más negra depresión. No es exactamente una sensación de melancolía, aunque puede aparecer en un contexto de falta de alegría, sino la percepción súbita de tener una salida. También conozco la sensación de querer eliminar la depresión y comprendo la imposibilidad de hacerlo sin asesinar al ser del que ella se ha apoderado. La poeta Edna St. Vincent Millay escribió:

¿Y debo yo entonces, Dolor, vivir contigo

toda la vida? ¿Compartir contigo mi fuego, mi cama,

compartir — ¡oh!, jeso es lo peor de todo! — la misma cabeza?

¿Y, cuando me alimento, alimentarte también a ti?⁹⁰

Alimentar el propio sufrimiento puede llegar a ser demasiado difícil de sobrellevar, y esa desgana del desamparo, esa imposibilidad de liberarnos, puede conducir al punto en el que matar el dolor nos importa más que salvarnos.

Mientras trabajaba en la preparación de este libro hablé con una gran cantidad de personas que habían sobrevivido al suicidio, pero hubo una que me asustó más que ninguna otra. Fue alguien a quien conocí en un hospital al día siguiente de que intentara quitarse la vida. Se trataba de un hombre de éxito, atractivo y felizmente casado que vivía en un hermoso barrio residencial de una ciudad costera norteamericana y trabajaba como chef en un popular restaurante. Había sufrido depresión de forma periódica, pero había abandonado la medicación unos dos meses antes al creer que se sentiría bien. No le había comentado a nadie que dejaría de tomarla, pero con buen criterio había reducido la dosis a lo largo de varias semanas antes de suspender el tratamiento por completo. Durante unos días se había sentido bien, aunque luego comenzó a desarrollar una serie de pensamientos repetitivos explícitamente suicidas independientes de otros síntomas depresivos. Siguió acudiendo al trabajo, pero su mente se deslizaba de manera sistemática hacia la idea de autodestrucción. Basándose en lo que él creía que era una buena razón, con el tiempo había decidido que al mundo le iría mejor sin él. Ató algunos de los cabos sueltos que había en su vida y se ocupó de poner todo en orden para que las cosas siguieran funcionando después de que se hubiera ido, y luego, una tarde, cuando hubo decidido que había llegado el momento, se tragó el contenido de dos frascos de Tylenol. Antes de terminar llamó a su esposa al trabajo para despedirse, absolutamente seguro de que ella comprendería la lógica de su decisión y no se opondría a ella. Al principio su mujer vaciló, pues pensó que podía tratarse de una broma, pero pronto se dio cuenta de que su marido hablaba en serio. Sin que ella lo supiera, mientras hablaban por teléfono él seguía tomando un puñado de píldoras tras otro. Finalmente se enfadó con su esposa por oponerse a su plan, le dijo adiós y cortó, y a continuación se tomó el resto de las píldoras.

Antes de que pasara media hora llegó la policía, de modo que el hombre, consciente de que sus planes serían desbaratados, salió a hablar con los agentes y les explicó que su esposa estaba un poco chiflada, que hacía esa clase de cosas para importunarlos y que no había ningún motivo para que ellos estuvieran allí. Sabía que si podía mantenerlos alejados una hora más el Tylenol terminaría por dañar su hígado de forma irreparable (se había ocupado de investigarlo), y si no conseguía

que se marcharan, esperaba al menos poder distraerlos. Los invitó a entrar, les ofreció té y puso el agua a hervir. Estaba tan tranquilo y se mostró tan convincente que los policías le creyeron, no obstante lo cual le dijeron que lo que los había llevado allí era un posible intento de suicidio y que lamentablemente debían obligarlo a que los acompañara a la sala de urgencias. Allí le hicieron un lavado de estómago sin demora.

Cuando hablé con él me relató el episodio de la misma forma como yo suelo contar mis sueños, es decir, como acontecimientos en los que yo he desempeñado al parecer un papel confusamente activo cuyo significado no puedo discernir. Se estaba recuperando del lavado de estómago y no podía dejar de temblar, pero hablaba con mucha coherencia. «No sé por qué deseaba morir —me dijo—, pero puedo asegurarle que ayer ese desenlace me parecía perfectamente lógico.» Analizamos los detalles. «Decidí que el mundo sería un lugar mejor si yo no estaba en él —aseguró—. Lo medité una y otra vez y comprendí que liberaría a mi esposa, que sería mejor para el restaurante y que para mí constituía un alivio. Eso es lo más extraño, que parecía una idea obviamente buena, razonable.»

Se sentía muy aliviado de que lo hubieran salvado de esa buena idea. No diría que ese día en el hospital se le viera feliz, más bien aterrorizado por su contacto con la muerte, como lo estaría el superviviente de un accidente aéreo. Su esposa había estado a su lado casi todo el día. Él dijo que la amaba, y que sabía que ella lo amaba. Era un hombre que disfrutaba de su trabajo. Tal vez una fuerza inconsciente lo llevó hasta el teléfono cuando ya estaba dispuesto a matarse para llamar a su esposa en lugar de escribirle una carta. Si esa fuerza existió, nunca lo sabrá porque no había logrado registrarla de forma consciente. Pregunté a su médico cuánto tiempo seguiría hospitalizado, y me respondió que lo más conveniente sería que se quedara hasta comprender un poco mejor su lógica imperfecta y estabilizar los niveles de su medicación. «Parece estar lo suficientemente saludable como para darle el alta hoy —dijo el médico—, pero es probable que antes de ayer tuviera un aspecto lo suficientemente saludable como para no estar aquí.»

Pregunté al paciente si creía posible un nuevo intento de suicidio. Fue como si le hubiera pedido que predijera el futuro de otra persona. Movié la cabeza y me miró con una expresión desvaída y perpleja. «¿Cómo puedo saberlo?», me preguntó a su vez.

Su perplejidad, su fracaso afectivo, son lugares comunes de la mente suicida. Joel P. Smith, un hombre de Wisconsin que ha sobrevivido a múltiples

intentos de suicidio, me escribió: «Estoy solo. Una proporción muy grande de las personas deprimidas que conozco están más o menos solas, porque han perdido sus trabajos y han agotado a sus familiares y amigos. Comienzo a sentir impulsos suicidas. Mi guardián más seguro (es decir, yo mismo) no ha abandonado su puesto, pero, y eso es mucho más peligroso, se ha convertido en abogado y agente de la destrucción».

Comprendí el suicidio de mi madre y sus razones el día que ocurrió, cuando yo tenía veintisiete años.⁹¹ Estaba en la última etapa de un cáncer terminal. De hecho, junto con mi padre y mi hermano ayudé a mi madre a matarse, y al hacerlo experimenté una gran intimidad con ella. Todos creíamos en lo que ella hacía. Por desgracia, muchos de los que creen en las decisiones racionales —entre ellos Derek Humphry, autor de *Final Exit*, y Jack Kevorkian— parecen pensar que racional significa «sencillo». No fue fácil llegar a esta decisión racional, sino un proceso lento, singular, enmarañado, cuyos meandros fueron tan complicados a nivel individual como esas experiencias amorosas que conducen al matrimonio. El suicidio de mi madre es el cataclismo de mi vida, aunque la admiro por haberlo decidido y creo que hizo bien. Me altera tanto que me avergüenza pensar en ello y hablar de los detalles. El simple hecho es ahora un acontecimiento de mi vida y estoy dispuesto a compartirlo de buena gana con cualquiera que me lo pida. La realidad de lo que ocurrió, sin embargo, está enterrada en mí como la hoja de un cuchillo y siento cómo se revuelve en mis entrañas y me lastima cada vez que me muevo.

Los activistas hacen una distinción extremadamente minuciosa entre el suicidio «racional» y todas las otras clases de suicidio. En realidad un suicidio es un suicidio, y en alguna medida es algo extremo, triste y perjudicial para todos aquellos que se ven afectados por él. Podemos imaginar una línea en uno de cuyos extremos se encuentran los suicidios del peor tipo y en el otro los de mejor tipo; la diferencia entre unos y otros es más de grado que cualitativa. El suicidio racional ha sido siempre una idea popular y espantosa. El narrador de la novela de Dostoievski *Los endemoniados* pregunta si hay personas que se quitan la vida aduciendo alguna razón. «Montones —responde Kirilov—. Pero son más los que lo hacen por prejuicio. Muchos más. Todos.»⁹² Cuando hablamos de un suicidio racional y lo distinguimos de otro, irracional, estamos poniendo de manifiesto nuestros prejuicios o los de nuestra sociedad. Alguien que se mata porque no soporta su artritis nos parecería un suicida; alguien que se suicida porque no puede soportar la perspectiva de una muerte dolorosa e indecorosa a causa de un

cáncer, tal vez nos parezca bastante racional. Un tribunal británico autorizó hace poco a un hospital a alimentar por la fuerza a una diabética anoréxica e inyectarle insulina contra su voluntad. La mujer era sumamente astuta y se las había arreglado para sustituir la insulina que se suponía que se estaba inyectando por una mezcla de agua y leche, y pronto cayó en un estado cercano al coma. «Bueno, ¿estamos frente a una anorexia? —preguntó el terapeuta que la estaba tratando—. ¿O se trata de una conducta suicida? ¿O es parasuicida? Creo que es obvio que se trata de un acto depresivo y airado.»⁹³ ¿Qué decir de las personas que sufren enfermedades calamitosas pero que no corren peligro de morir de inmediato? ¿Es razonable matarse porque uno padece la enfermedad de Alzheimer o la enfermedad de Lou Gehrig? ¿Existe un estado mental terminal en el curso del cual alguien que ha recibido innumerables tratamientos y sigue padeciendo pueda cometer un suicidio racional aun cuando no se encuentre enfermo? Lo que es racional para una persona es irracional para otra, y todo suicidio es una catástrofe.

En un hospital de Pennsylvania conocí a un muchacho que estaba a punto de cumplir veinte años y cuyo deseo de morir me siento particularmente inclinado a reverenciar. Había nacido en Corea y había sido abandonado en la primera infancia. Cuando lo encontraron, medio muerto de hambre, lo llevaron a un orfanato en Seúl, y cuando tenía seis años lo adoptó una pareja de norteamericanos alcohólicos que lo sometió a constantes malos tratos. A los doce años el estado se hizo cargo de él y lo envió a vivir al hospital donde lo conocí. Sufre una parálisis cerebral que lo ha dejado lisiado de cintura para abajo, y hablar le cuesta mucho y le resulta doloroso. Durante los cinco años en que ha vivido de forma continuada en el hospital ha recibido todos los medicamentos y tratamientos conocidos, entre ellos un amplio espectro de terapias antidepresivas, incluso la electroconvulsiva, pero él sigue amargado y angustiado. Ha consumado innumerables intentos de suicidio desde el final de la infancia, pero como está ingresado en una unidad de cuidados especiales siempre lo han podido salvar; y como solo puede trasladarse en silla de ruedas y está confinado en un pabellón cerrado, le resulta muy difícil asegurarse el aislamiento necesario para que sus intentos tengan alguna posibilidad de éxito. Desesperado, hizo ayuno en un intento de morir de hambre, pero cuando entró en estado de inconsciencia lo alimentaron por vía intravenosa.

Aunque hablar le supone una tarea agotadora debido a su discapacidad física, es perfectamente capaz de mantener una conversación racional. «Lamento estar vivo —me dijo—. No quería estar aquí de esta forma. No deseo estar en este mundo. No he vivido. No hay nada que me agrada o me proporcione alegría. Mi vida transcurre siempre igual; me llevan al pabellón número nueve y después me traen de regreso aquí, al pabellón número uno, que no es en absoluto mejor que el

número nueve. Me duelen las piernas; me duele todo el cuerpo. Intento no hablar con las personas de aquí, aunque de todos modos ellas hablan solas. He tomado mucha medicación para la depresión, y no creo que la medicina pueda hacer nada por mí. Puedo levantar objetos pesados con los brazos y utilizo el ordenador, lo cual mantiene mi mente ocupada y me distrae de los problemas, pero no es suficiente. Esto nunca cambiará y nunca podré dejar de sentir que quiero morir. Me hace sentir bien cortarme las venas, pues me agrada ver mi propia sangre. Después me duermo, y cuando despierto me digo a mí mismo: “Maldición, desperté”.» Muchas personas con parálisis cerebral llevan vidas plenas y satisfactorias; sin embargo, este joven está tan devastado en el aspecto psicológico y muestra una hostilidad tan violenta que es probable que no encuentre amor, y si alguien se lo ofreciera quizá no esté en condiciones de apreciarlo. Este muchacho me conmueve, y también conmueve a algunas de las personas que cuidan de él, pero hasta el día de hoy no ha aparecido ningún héroe dispuesto a entregar su vida a ayudarlo. No existen en este mundo tantas personas altruistas como las que se necesitarían para dedicarse a todos los que, como este chico, luchan constantemente contra su propia vida en todo el planeta. Su vida es un compendio del dolor físico, del dolor mental, de la incapacidad física y la opacidad mental. A mí su depresión y su deseo de morir me parecen irremediables, y me alegro de no cargar con la responsabilidad de hacerlo despertar cada vez que se corta las venas, y de no ser quien le inserta la cánula para alimentarlo cuando ha dejado de comer.

En otro hospital conocí a un hombre de ochenta y cinco años que gozaba de buena salud y que junto con su esposa habían tomado una dosis mortal de barbitúricos cuando supieron que ella había comenzado a sufrir un cáncer de hígado. Habían estado casados sesenta y un años y tenían un pacto suicida. Ella falleció y a él lo salvaron. «Me encargaron que curara a este hombre de su depresión —me contó un joven psiquiatra—. Le di algunas píldoras y lo sometí a terapia para que no se sintiera deprimido porque está viejo, enfermo, sufre constantemente, su esposa ha muerto y su suicidio fracasó. Han pasado seis meses y sigue en el mismo estado, y podría vivir diez años más. Yo trato la depresión, pero lo que él tiene no es esa clase de depresión.»

El poema «Tithonus», de Tennyson, cuenta la historia de un padecimiento similar a una edad avanzada. Tithonus era el amante de Eos, el alba, quien pidió a Zeus que le concediera la vida eterna a su amante. Zeus le concedió ese deseo, pero ella había olvidado pedir que le diera también la juventud eterna. Imposibilitado para matarse, Tithonus vive eternamente y sigue envejeciendo. Ansía morir, y le dice a su antigua amante:

*Fríamente tus sonrosadas sombras me bañan, frías
son todas tus luces, y fríos están mis pies arrugados
cuando pisan tus luminosos umbrales, cuando el vapor
se levanta desde esos sombríos campos que rodean los hogares
de los hombres felices que tienen el poder de morir,
y las carretas llenas de hierba de los muertos, más felices que los vivos.⁹⁴*

El cuento de Petronio sobre Sibila, que también estaba condenada a la inmortalidad sin juventud eterna, fue utilizado por T. S. Eliot en el desesperanzado epígrafe a su poema "La tierra baldía": «Cuando se le preguntaba "Sibila, ¿qué quieres?", ella respondía "Quiero morir"». ⁹⁵ Hasta Emily Dickinson, que vivía recluida en Nueva Inglaterra, llegó a una conclusión similar acerca del descenso hacia la nada:

*El corazón pide placer, primero,
y luego, que no haya dolor,
y luego, aquellas pequeñas cosas
que calman el sufrimiento,
y luego, ir a dormir,
y luego, si la voluntad
de su inquisidor lo dispusiera,
el privilegio de morir.⁹⁶*

En nuestra familia la discusión acerca de la eutanasia comenzó mucho antes de que mi madre desarrollara su cáncer de ovarios. Todos firmamos testamentos a principios de los años ochenta y hablamos —en un plano puramente abstracto— acerca de lo incivilizado que era que a los norteamericanos no se nos permitiera recurrir a la opción de la eutanasia como en Holanda. «Yo aborrezco el dolor —dijo mi madre como de pasada—. Si llego al punto en que lo único que siento es dolor,

espero que uno de vosotros me pegue un tiro.» Sin poder contener la risa, le dijimos que contara con ello. Todos odiábamos el dolor y pensábamos que una muerte tranquila era el mejor modo de morir: durmiendo, en casa, y cuando uno ya es muy mayor. Joven y optimista, di por sentado que todos nosotros moriríamos de ese modo, en algún momento de un remoto futuro.

En agosto de 1989 diagnosticaron el cáncer de mi madre, y durante la primera semana que pasó en el hospital ella nos anunció que estaba decidida a quitarse la vida. Todos intentamos no dejarnos impresionar por esta declaración, y ella no volvió a mencionar el tema. En ese momento no hablaba de un plan definido para terminar con sus síntomas —casi no los tenía— sino que más bien expresaba una sensación vejatoria por la abyección que le esperaba y un profundo temor por la posibilidad de perder el control de su vida, de modo que hablaba del suicidio como podría hacerlo alguien que ha sufrido un desengaño amoroso, como una alternativa rápida y fácil al doloroso y lento proceso de recuperación. Era como si quisiera vengarse del desaire que le había hecho la naturaleza; si su vida no podía seguir siendo tan grata como hasta ese momento, ya no deseaba seguir viviendo.

El tema quedó relegado mientras se sometió a las insoportables y humillantes sesiones de quimioterapia. Cuando diez meses después le realizaron una intervención quirúrgica exploratoria para evaluar la eficacia de la quimioterapia, descubrimos que el tratamiento no había sido tan eficaz como esperábamos, de modo que le prescribieron una segunda serie de sesiones. Después de la cirugía mi madre mantuvo durante bastante tiempo una actitud de resistencia a expresar sus sentimientos, actitud cuyas raíces se hallaban en la rabia que la había invadido. Cuando por fin volvió a hablar emergió su ira, y esta vez, cuando dijo que se mataría, sus palabras sonaron a verdadera amenaza y nos recriminó nuestras objeciones. Cuando todavía estaba en el hospital, decía: «Ya estoy muerta. ¿Qué queda de mí que sea digno de vuestro amor?». O bien nos recriminaba: «Si me amarais, me ayudaríais a acabar con este sufrimiento». La escasa fe que había depositado en la quimioterapia se había desvanecido, y puso una condición para aceptar otra serie del agresivo tratamiento: lo haría si alguien le conseguía «aquellas píldoras», con las que podría ponerle fin en el momento que ella decidiera.

Uno tiende a contemporizar con los que están muy enfermos. La ira y la desesperación de mi madre después de su operación no nos dejaron otra opción que consentirla en todo. En ese momento yo estaba viviendo en Londres, de donde regresaba a casa para verla en semanas alternas; mi hermano estudiaba en la

facultad de derecho de New Haven y pasaba días enteros viajando en tren; y mi padre descuidaba su trabajo por quedarse en casa. Estábamos todos aferrados a mi madre, que siempre había sido el centro de nuestra pequeña familia, y oscilábamos entre el tono superficial pero significativo que nos había caracterizado y una aterradora solemnidad. No obstante, una vez que ella se relajó hasta recuperar su modo de ser habitual, la idea del suicidio, aunque había ganado terreno, volvió a quedar una vez más en un segundo plano. El segundo ciclo de quimioterapia parecía dar buenos resultados, y mi padre había descubierto que existían una media docena más de tratamientos posibles. De vez en cuando mi madre hacía sus sombrías observaciones sobre el suicidio, pero nosotros seguíamos diciéndole que pasaría mucho tiempo antes de que semejante paso fuera necesario.

A las cuatro de la tarde de un ventoso día de septiembre de 1990 telefoneé a mi padre para conocer los resultados de unos estudios que deberían estar disponibles para esa fecha. Por su respuesta supe de inmediato lo que había sucedido. Me dijo que por el momento seguiríamos con esta terapia mientras analizábamos otras opciones. Yo no tuve dudas acerca de qué otras opciones estaría analizando mi madre, de modo que no debería haberme sorprendido cuando un día de octubre, mientras almorzábamos, me dijo que los detalles técnicos estaban resueltos y que ya tenía las píldoras. En la primera etapa de su enfermedad, y debido a los efectos secundarios del tratamiento, mi madre se veía muy desmejorada cuando no estaba maquillada; los estragos eran tan obvios que solo mi padre pudo arreglárselas para no advertirlos. Antes mi madre había sido una mujer hermosa, y el deterioro físico que le provocaba la quimioterapia le resultaba en extremo doloroso: se le había caído el pelo, su piel había experimentado una reacción alérgica que le impedía maquillarse, había adelgazado, tenía unas profundas ojeras y una persistente languidez. Sin embargo, durante aquel mes de octubre había adquirido una especie de belleza etérea, pálida y al mismo tiempo luminosa, completamente nueva y diferente de aquella apariencia de norteamericana típica de los años cincuenta que había tenido cuando yo era niño. El momento en que mi madre consiguió las píldoras fue también el momento en que aceptó —quizá prematuramente, quizá no— que se estaba muriendo, y gracias a esta aceptación adquirió de pronto un esplendor físico y espiritual que —al menos eso fue lo que a mí me pareció— hacía olvidar su deterioro. Cuando rememoro aquel almuerzo recuerdo, entre otras cosas, lo hermosa que había vuelto a verse mi madre.

Mientras comíamos le dije que, en mi opinión, le quedaba mucho por vivir, y ella me respondió que siempre había creído que se debían planear las cosas con mucho cuidado, y ahora que tenía las píldoras se sentía más tranquila y podía

disfrutar de lo que tenía por delante sin preocuparse por el final. La eutanasia es una cuestión de plazos perentorios, así que le pregunté a mi madre cuál sería su límite. «Mientras haya una posibilidad de que me ponga bien, por muy remota que sea —dijo—, seguiré con el tratamiento. Si dicen que me están manteniendo con vida pero que no hay ninguna posibilidad de recuperación, entonces pondré el punto final. Cuando llegue ese momento, todos nos daremos cuenta. No te inquietes. No tomaré las píldoras antes de eso. Entretanto, me propongo disfrutar de todo el tiempo que me quede.»

Una vez que hubo conseguido esas píldoras, mi madre sintió que todo lo que le había resultado intolerable se volvía soportable gracias a la certeza de que cuando se volviera de verdad intolerable ella podría ponerle fin. Debo decir que los ocho meses siguientes, aunque condujeron de manera inexorable a su muerte, fueron los más felices de su enfermedad, aunque fuese oscuramente; y a pesar del sufrimiento —o tal vez a causa de él—, se contaron entre los más felices de nuestra vida. Cuando todos conseguimos definir el futuro, pudimos vivir de manera plena el presente, algo de lo que ninguno de nosotros había podido disfrutar hasta entonces. Debo aclarar que los vómitos, el malestar, la pérdida del pelo y las bridas eran incesantes; que su boca era una enorme llaga que parecía no poder curarse nunca; que tendría que haber juntado fuerzas durante varios días para poder ir de paseo una tarde; que no podía comer casi nada; que tenía alergias de todo tipo; que temblaba tanto que muchas veces no podía usar el cuchillo y el tenedor. Sin embargo, el intolerable proceso quimioterapéutico de pronto pareció haber perdido toda importancia, porque estos síntomas fueron permanentes hasta que ella decidió que no podía continuar. Y así fue como perdió el control sobre la enfermedad.

Mi madre era una mujer adorable, y yo no he conocido nunca a nadie que se entregara al amor como lo hizo ella durante esos meses. En *Breviario de podredumbre*, E. M. Cioran escribe: «El consuelo por un posible suicidio proyecta a un espacio infinito este reino en el que sufrimos. ... ¿Qué mayor riqueza que el suicidio que cada uno de nosotros lleva dentro de sí?».⁹⁷

Tiempo después leí la carta que Virginia Woolf escribió antes de suicidarse y me sentí particularmente conmovido, porque era muy similar en su espíritu a los términos de la partida de mi madre. Woolf escribió a su marido:

Querido:

Quiero decirte que me has dado la más completa felicidad. Nadie podría

haber hecho más de lo que tú has hecho. Por favor, créeme.

Pero sé que nunca superaré esto, y estoy arruinando tu vida. Es esta locura. Nada de lo que digan podría disuadirme. Trabajarás y estarás mucho mejor sin mí. Ya ves, ni siquiera esto puedo ya escribir, lo que demuestra que estoy en lo cierto. Lo único que deseo decir es que hasta que esta enfermedad apareció, fuimos perfectamente felices, y todo debido a ti. Nadie podría haber sido tan bueno como tú lo has sido, desde el primer día hasta ahora. Todos lo saben.

V.

*Destruye todos mis papeles.*⁹⁸

Es una carta amable, por extraño que parezca, justamente porque es desapasionada y muy clara cuando se refiere a la enfermedad. Hay personas que se suicidan porque todavía no han encontrado una enfermedad, o tal vez porque todavía no la han buscado. Otros se matan porque su enfermedad es auténticamente refractaria. Si yo en realidad hubiera creído cuando estaba enfermo que mi situación era irremediable, me habría matado. Incluso si hubiera creído que la mía era una enfermedad cíclica —Virginia Woolf sabía que la suya lo era—, me habría matado si hubiera sentido que los ciclos me empujaban a una desesperación cada vez mayor. Woolf sabía que el dolor que sentía se aliviaría, pero no quería soportarlo y esperar a que pasara. Estaba harta de esperar, y era hora de partir. Escribió:

¡Oh! Está comenzando —el horror— físicamente, como una ola de dolor que me inflama el corazón y me sacude. ¡Soy desdichada, desdichada! Caigo. Dios, ojalá estuviera muerta. Un descanso. Pero ¿por qué estoy sintiendo esto? Puedo ver el flujo de la ola. Lo veo. Fracaso. Sí, sí, detecto eso. Fracaso, fracaso. (La ola fluye.) La ola rompe. ¡Ojalá estuviera muerta! Me quedan unos pocos años de vida, espero. Ya no puedo enfrentar este horror (la ola me está cubriendo).

Esto continúa; varias veces, y el horror es diverso. Luego, durante la crisis, el dolor deja de ser intenso y se torna más bien impreciso. Dormito. Me despierto sobresaltada. ¡Otra vez la ola! El dolor irracional: la sensación de fracaso; por lo general, algo que sucede.

Finalmente digo, mirándolo todo lo más desapasionadamente que puedo: a ver si te sobrepones. Basta. Razona. Hago un censo de las personas felices y las desdichadas. Me preparo para empujar, para arrojar, para derribar. Comienzo a

caminar ciegamente hacia delante. Siento que los obstáculos caen. Me digo que no importa. Nada importa. Me pongo rígida y derecha, y me vuelvo a dormir, y me despierto a medias y siento que la ola reaparece y veo que la luz palidece, y me pregunto cómo esta vez el desayuno y la luz del día podrán vencerla. ¿Todo el mundo pasa por esto? ¿Por qué soy tan poco dueña de mí misma? No es algo digno de encomio ni de amor. Es la causa del enorme cansancio y el dolor que arrasan mi vida.⁹⁹

Escribí a mi hermano durante mi tercer ataque de depresión, antes de saber cuán rápido me recuperaría: «No puedo pasar año sí y año no de esta manera. Entretanto, hago lo posible por resistir. Había comprado un revólver que andaba dando vueltas por la casa y se lo di a un amigo porque no quería acabar usándolo en un momento de impulsividad. ¿No es ridículo? ¿Tener miedo de terminar recurriendo a tu propio revólver? ¿Tener que ponerlo en algún otro sitio y pedirle a alguien que no te lo devuelva?». El suicidio en realidad es más una respuesta a la angustia que una solución a la depresión: no es el acto de una mente inútil sino de una mente torturada. Los síntomas físicos de la angustia son tan agudos que parecen exigir una reacción física: no simplemente el suicidio mental que nos procuran el silencio y el sueño, sino el físico que consiste en quitarse la vida.

Mi madre había tenido en cuenta todos los detalles, y mi padre, acostumbrado a planificar todo de manera cuidadosa, los repasó como si un ensayo general pudiera aliviar por adelantado parte del dolor de lo que ocurriría. Planeamos la forma en que mi hermano y yo llegaríamos a la casa, y estudiamos cómo haría mi madre para tomar el antiemético, y cuál sería la mejor hora del día para emprender este ejercicio. Analizamos todos y cada uno de los detalles, incluso cómo sería el funeral, que acordamos celebrar dos días después del fallecimiento. Lo planeamos todos juntos de una manera muy semejante a como en otras ocasiones habíamos planificado fiestas, vacaciones familiares o Navidades. Descubrimos en ello, como en tantas otras cosas, un protocolo que requería decidir y comunicar muchas cosas. Mi madre se entregó serenamente a aclararnos sus sentimientos, y en el curso de unos pocos meses intentó resolver todas las diferencias que había en la familia. Nos dijo cuánto nos amaba a todos, y nos hizo ver la forma y la estructura de su amor. Disipó antiguas ambivalencias y limó todas las asperezas. Dedicó un día a cada una de sus amigas —y eran muchas— para despedirse, y aunque solo algunas sabían cuál era su verdadero plan, ella se aseguró de que cada una supiera cuán importante era el lugar que ocupaban en sus afectos. Rió a menudo en ese período, y su sentido del humor, cálido y envolvente,

abarcó incluso a los médicos que durante meses la habían estado envenenando y a las enfermeras que fueron testigos de su gradual deterioro. Una tarde me pidió que la acompañara a comprar un bolso para mi tía abuela, que cumplía noventa años, y aunque aquella salida la dejó mortalmente agotada durante tres días, también fue reconfortante para los dos. Leía todo lo que yo escribía con una mezcla de perspicacia y generosidad que no he encontrado en ninguna otra persona, una actitud nueva en ella, más tolerante que la que había mostrado antes. Repartió sus pertenencias más pequeñas entre algunas personas y decidió quiénes serían los destinatarios de los objetos más importantes, que se repartirían más adelante. Se ocupó de que todos nuestros muebles fueran tapizados de nuevo, a fin de dejar la casa razonablemente ordenada, y eligió un diseño para su lápida.

Poco a poco pareció instalarse entre nosotros la certeza de que sus planes de suicidio se harían realidad. Al cabo de un tiempo nos diría que había contemplado la posibilidad de hacerlo todo ella sola, pero que había pensado que así, para nosotros, la conmoción sería mayor que si después pudiéramos recordar que habíamos compartido esta experiencia con ella. En cuanto a nosotros, deseábamos estar con ella. Mi madre había vivido para los demás, y a nosotros nos parecía odioso que muriera sola. Era importante que en los últimos meses que mi madre pasaría en este mundo, todos nos sintiéramos muy conectados y que ninguno de nosotros se quedara con la sensación de que había secretos que guardar y planes que ocultar. Nuestra conspiración nos unió estrechamente, como nunca antes.

Si usted nunca ha intentado quitarse la vida, ni ayudado a alguien a hacerlo, ni siquiera puede imaginar lo difícil que es. Si la muerte fuese algo pasivo que les ocurre a aquellos que no pueden resistirse a ella, y si la vida fuese algo activo que se perpetúa solo en virtud de un compromiso diario, el gran problema mundial sería la escasez y no el exceso de población. Son muchas las personas que soportan en silencio una vida desgraciada y no se suicidan porque no cuentan con los recursos para hacerlo.

Mi madre decidió matarse el 19 de junio de 1991, a los cincuenta y ocho años, porque si hubiera esperado más habría estado demasiado débil para quitarse la vida, y el suicidio requiere fuerza y una especie de intimidad que no existe en los hospitales. Esa tarde mi madre fue a consultar a un gastroenterólogo, quien le dijo que sus intestinos estaban bloqueados por enormes tumores y que si no la operaban de inmediato ya no podría digerir los alimentos. Ella respondió que lo llamaría para fijar la fecha de la operación. Después volvió a la sala de espera,

donde la aguardaba mi padre, y regresaron a casa, desde donde mi madre nos llamó a mi hermano y a mí. «Malas noticias», anunció con serenidad. Yo sabía lo que eso significaba, pero no me atrevía a decirlo. «Creo que llegó el momento — dijo ella—. Será mejor que vengas.» Fue muy parecido a como lo habíamos planeado.

Atravesé la ciudad y en el camino recogí a mi hermano, que estaba en su oficina. Llovía a cántaros y avanzábamos muy lentamente. Con voz muy tranquila —recurrió al tono que siempre había empleado para las cosas que tenía planeadas, como si nos estuviera invitando a cenar en su casa—, mi madre había logrado que todo pareciera sencillo, y cuando llegamos al apartamento la encontramos lúcida y distendida. Se había puesto un camisón estampado con rosas y, encima, un largo albornoz. «Se supone que debes tratar de comer algo liviano —dijo mi padre—. Eso ayuda a bajar las píldoras.» Así que nos fuimos a la cocina y mi madre preparó té y sirvió unos panecillos. Unas noches antes, durante la cena, mi madre y mi hermano habían jugado con una espoleta de pollo: habían tirado cada uno para su lado y había ganado mi madre. «¿Cuál fue tu deseo esa noche?», le preguntó mi hermano, y ella sonrió. «Mi deseo fue que esto terminara del modo más rápido e indoloro posible —dijo ella—. Y mi deseo se cumplió.» En ese momento mi hermano puso en la mesa una lata de galletas y mi madre, con ese tono de cariñosa ironía que la caracterizaba, le dijo: «David. Por última vez, ¿quieres poner las galletas en un plato?». Luego me recordó que recogiera algunas flores secas con las que ella había hecho un arreglo para el vestíbulo de nuestra casa de campo. Estas cuestiones de forma se habían convertido en algo familiar. Yo creo que hay un cierto dramatismo natural en la muerte que se debe a causas naturales: hay síntomas y dolencias repentinos o, en ausencia de estos, la conmoción y la sorpresa que provoca algo que se interrumpe. Lo curioso en esta experiencia era que no había nada repentino ni imprevisto. Lo dramático estaba en la ausencia de drama, en lo asfixiante que resultaba que nadie se saliera de su papel.

Ya en su dormitorio mi madre se disculpó una vez más por habernos involucrado. «Pero al menos vosotros tres deberíais manteneros juntos después», agregó. A mi madre siempre le había gustado la abundancia en todo, y en ese momento tenía una cantidad de Seconal que era el doble de la que necesitaba. Se sentó en la cama y desparramó cuarenta píldoras sobre el edredón. «Estoy muy cansada de tomar píldoras —dijo con ironía—. Esta es una de las cosas que no voy a echar de menos.» Y comenzó a ingerirlas con la delicadeza de un experto, como si los miles de píldoras que había tenido que tomar durante los dos años en los que había estado enferma de cáncer le hubieran servido de ensayo para aquel momento.

Del mismo modo, después yo aprendí a tomar mis puñados de antidepresivos. «Creo que con esto será suficiente», dijo cuando hubo terminado. Trató de beber un vaso de vodka, pero dijo que le provocaba náuseas. «Seguramente para vosotros esto es mejor que verme aullando en una cama de hospital.» Y por supuesto era mejor, excepto por el hecho de que esa imagen había sido hasta entonces solo una fantasía, y ahora se había convertido en realidad. En estos casos la realidad es decididamente peor que cualquier otra cosa.

Después pasaron unos cuarenta y cinco minutos durante los cuales dijo las últimas cosas que tenía que decir, y nosotros dijimos las últimas cosas que teníamos que decir. Poco a poco su voz fue desfalleciendo, pero a mí me quedó claro que lo que expresaba también había sido pensado de antemano. Fue entonces cuando se desencadenó el drama de su muerte, porque cuanto más difícil le resultaba hablar más claro era lo que decía, y a mí me pareció que estaba diciendo mucho más que lo que se había propuesto decir. «Vosotros fuisteis los niños más encantadores del mundo —dijo mirándonos—. Hasta que nacisteis, nunca se me había ocurrido que pudiera sentir algo como lo que sentí entonces. De pronto, ahí estabais. Toda mi vida había leído libros acerca de las madres que decían con valentía que serían capaces de morir por sus hijos, y así era exactamente como yo me sentía. Habría dado mi vida por vosotros. No podía soportar la idea de que fuerais desdichados. Cada vez que os pasaba algo yo lo sentía como si me estuviera pasando a mí. Quería envolveros con mi amor, protegeros de todas las cosas terribles de este mundo. Quería que mi amor hiciera de este mundo un lugar que os resultara feliz, alegre y seguro.» David y yo estábamos sentados en la cama de mis padres; mi madre estaba acostada en el mismo lugar de siempre. Me acarició la mano, y luego le acarició la mano a David. «Quiero que sintáis que mi amor está siempre presente y que seguirá protegiéndoos después de que yo me haya ido. Mi mayor esperanza es que el amor que os he dado no os abandone nunca.»

Su voz era firme, como si el tiempo no apremiara. Se volvió hacia mi padre. «Habría dado de buena gana décadas de mi vida por ser la que primero partiera —dijo—. No puedo imaginar qué habría sido de mí si hubieras muerto antes que yo, Howard. Tú eres mi vida. Durante treinta años has sido mi vida.» Nos miró a mi hermano y a mí. «Y entonces naciste tú, Andrew. Y después tú, David. Dos personas más, y ya eran tres las que me amaban. Y yo os amaba a todos. Estaba tan abrumada, tan agobiada por todo lo que me estaba pasando...» Me miró —yo estaba llorando, ella no— y adoptó un tono de amable reprimenda. «No creas que me estás rindiendo un gran homenaje si dejas que mi muerte se convierta en el gran acontecimiento de tu vida —me advirtió—. El mejor homenaje que puedes

rendirme como madre es seguir adelante y vivir una vida plena y satisfactoria. Disfruta de lo que tienes.»

A continuación su voz adquirió un matiz letárgico y soñoliento. «Hoy estoy triste. Estoy triste porque me estoy yendo. Pero a pesar de la muerte que me ha tocado, no cambiaría mi vida por ninguna otra. He amado plenamente y he sido amada plenamente, y me han pasado tantas cosas buenas...» Cerró los ojos — creímos que por última vez—, luego volvió a abrirlos, nos dedicó una mirada a cada uno, y sus ojos por fin se posaron en mi padre. «He buscado muchas cosas en esta vida —dijo, y su hablar se hizo lento y pesado como el sonido de un disco que gira a una velocidad inadecuada—. Muchas cosas. Y todo el tiempo, el paraíso estaba en esta habitación, con vosotros tres.» Mi hermano había estado dándole un masaje en los hombros. «Gracias por el masaje, David», dijo ella, y luego cerró los ojos para siempre. «¡Carolyn!», exclamó mi padre. Pero ella no volvió a moverse. He asistido a otra muerte —la de alguien que recibió varios disparos—, y recuerdo haber pensado que esa muerte no le pertenecía a la persona que murió sino al revólver y a la circunstancia. La muerte de mi madre sí era suya.

El filósofo norteamericano contemporáneo Ronald Dworkin ha escrito: «La muerte es imponente, no solo porque es el comienzo de la nada, sino porque es el final de todo, y el modo en que pensamos acerca del morir —el énfasis que ponemos en morir con “dignidad” — muestra cuán importante es que la vida concluya de la forma apropiada, que la muerte sea acorde con la forma en que hemos vivido».¹⁰⁰ Si me fuera permitido decir una sola cosa acerca de la muerte de mi madre diría que fue coherente con la forma en que había vivido. Lo que no habría podido prever es hasta qué punto me impulsaría hacia el suicidio. En su «Réquiem», Rilke escribió: «En el amor lo único que debemos ejercitar es esto: dejar al otro en libertad. Porque la sujeción se produce rápidamente, no necesitamos aprenderla».¹⁰¹ Si yo hubiera podido asimilar esa lección, tal vez no habría caído en la depresión, porque fue esta muerte extraordinaria la que precipitó mi primer episodio. No sé cuál era mi nivel de vulnerabilidad, o si habría sufrido o no una crisis si no hubiera pasado por una experiencia tan desoladora. Mi apego a mi madre era tan grande, y nuestro sentido de familia era tan impermeable, que quizá yo estuve siempre programado para que me fuera imposible tolerar las pérdidas.

El suicidio asistido es un modo legítimo de morir; en el mejor de los casos rebosa dignidad, pero sigue siendo un suicidio, y el suicidio es, en general, el hecho más triste del mundo. En la medida en que uno colabora, se trata de una especie de asesinato, y no es fácil cargar con este en la conciencia. A la larga termina por aflorar, y no siempre de la manera más edificante. No he leído nada

acerca de la eutanasia, escrito por aquellos que la defienden, que no fuese a nivel profundo una apología: escribir o decir que uno está comprometido con la eutanasia es inevitablemente un alegato pidiendo absolución. Después de la muerte de mi madre fui yo quien se encargó de la limpieza del apartamento de mis padres, de ordenar la ropa de mi madre, sus papeles personales y todo lo demás. El cuarto de baño estaba repleto de vestigios de una enfermedad terminal, entre ellos, instrumentos para el cuidado de las pelucas, ungüentos y lociones para las alergias, y frascos, frascos y más frascos de píldoras. En el fondo del botiquín, detrás de las vitaminas, de los analgésicos, de los medicamentos para el estómago y de otros que tomaba para restablecer el equilibrio de ciertas hormonas, detrás de las diversas combinaciones de píldoras para dormir que había tomado cuando la enfermedad y el miedo conspiraban para mantenerla despierta, detrás de todo aquello encontré, como un último regalo salido de la caja de Pandora, lo que había quedado del Seconal. Me dediqué a echar en el cubo de basura un frasco tras otro, pero cuando llegué a esas píldoras me detuve. A mí también la enfermedad y la desesperación me asustaban, así que me metí el frasco en el bolsillo y lo escondí después en el rincón más apartado de mi propio botiquín. Recordé el día de octubre en que mi madre me había dicho: «Tengo las píldoras. Cuando llegue el momento, podré hacerlo».

Diez días después de que hube terminado de ordenar el cuarto de baño de mi madre, mi padre me llamó furioso. «¿Qué pasó con el Seconal que había quedado?», preguntó, y yo le dije que había tirado a la basura todas las píldoras rotuladas con el nombre de mi madre que había en la casa. Le comenté que me parecía que él estaba deprimido, y que me preocupaba la idea de que tuviera fácil acceso al medicamento. «No tenías derecho a tirar esas píldoras —dijo con la voz quebrada. Después de una larga pausa, agregó—: Pensaba guardarlas para mí, por si algún día yo también enfermo. Así me habría evitado la molestia de tener que conseguirlas.» Creo que para nosotros era como si mi madre siguiera viviendo en esas píldoras rojas, como si el que poseyera el veneno con el que ella había muerto tuviera también algún extraño acceso a su vida. Era como si el plan de tomar las píldoras que habían quedado nos permitiera de alguna manera volver a vincularnos con mi madre, como si pudiéramos estar más cerca de ella muriendo de la misma forma. En ese momento comprendí en qué consisten las epidemias de suicidios. Nuestro consuelo ante la pérdida de mi madre era tratar de imitarla.

Solo algunos años más tarde pudimos cambiar la fórmula e imaginar algo mejor para nosotros. Para mi padre, el hecho de que yo me recuperara de la

depresión fue un triunfo de su amor, su inteligencia y su voluntad: había intentado salvar a un miembro de la familia y había fracasado, pero había logrado salvar a otro. Habíamos participado en un suicidio y habíamos evitado otro. Yo no me siento particularmente inclinado a suicidarme mientras a mí o a aquellos que me rodean nos parezca que mi situación, psicológica o la que fuere, puede mejorar. Pero tengo muy claras las condiciones en las que me suicidaría si las cosas fueran demasiado lejos. Me siento aliviado e incluso orgulloso de no haber sucumbido a la tentación de terminar con mi vida cuando estaba en lo peor de la depresión, y me propongo enfrentar otra vez la adversidad si es necesario. Psicológicamente no tendré que buscar una justificación si decido matarme, porque en mi mente y en mi corazón estoy más predispuesto a esto que a soportar las inesperadas tribulaciones cotidianas que nos deparan las mañanas y las tardes. Entretanto, he recuperado mi revólver y he averiguado cómo conseguir más Seconal. Después de haber sido testigo de la paz que mi madre encontró en su final, puedo entender por qué cuando el sufrimiento parece extremo y la recuperación imposible, la lógica de la eutanasia resulta indiscutible. No es edificante en términos políticos equiparar el suicidio motivado por una enfermedad psiquiátrica con el suicidio motivado por una enfermedad física, pero pienso que hay semejanzas sorprendentes. Habría sido espantoso que el día después de su muerte el periódico hubiera anunciado que se acababa de descubrir un nuevo tratamiento para curar el cáncer de ovarios. Si lo que uno sufre es solo propensión al suicidio o depresión, quitarse la vida antes de haber echado mano de todos los recursos es trágico. Pero cuando uno ha llegado a un punto de ruptura psíquica y sabe —y los demás están de acuerdo con uno— que su vida es demasiado atroz, el suicidio se convierte en un derecho. De modo que (y ese es un momento sumamente frágil y difícil) los allegados se ven ante la obligación de aceptar la voluntad de los que desean poner fin a su vida, y que además lo hacen.

La cuestión de la relación entre el suicidio y el control sobre uno mismo no se ha estudiado lo suficientemente bien. La necesidad de ese control fue la que motivó la muerte de mi madre, y esa motivación existe en muchas personas que se quitan la vida en circunstancias muy diferentes. Alvarez escribe: «El suicidio, después de todo, es el resultado de una elección. Por muy impulsivo que sea el acto y por confusos que sean los motivos, en el momento en que un hombre decide finalmente quitarse la vida, alcanza una cierta claridad temporal. El suicidio puede ser una declaración de quiebra que juzga una vida dictaminando que ha sido una larga historia de fracasos. Creo que hay toda una clase de suicidas que no se quitan la vida para morir sino para liberarse de la confusión, para aclarar su pensamiento. Recurren de forma deliberada al suicidio para crear una nueva realidad sin trabas o para romper los moldes de obsesión y necesidad que han impuesto

involuntariamente a su vida».¹⁰²

Nadezhda Mandelstam, la esposa del gran poeta ruso Osip Mandelstam, escribió en una ocasión: «En la guerra, en los campos y durante los períodos de terror, las personas piensan mucho menos en la muerte —ni que decir en el suicidio— que cuando están viviendo una existencia normal. Siempre que en algún lugar de la tierra se presentan el terror mortal y la presión de problemas profundamente insolubles a una escala en particular intensa, las cuestiones generales acerca de la naturaleza del ser quedan relegadas a un segundo plano. ¿Cómo podríamos admirar las fuerzas de la naturaleza y las leyes eternas de la existencia cuando existe un terror de orden mundano que se hace sentir de modo tan tangible en la vida cotidiana? Tal vez sea mejor hablar en términos más concretos de la plenitud o la intensidad de la existencia, y en este sentido es posible que haya algo más profundamente satisfactorio en la actitud de aferrarnos de forma desesperada a la vida que lo que uno en general se esfuerza por conseguir».¹⁰³ Comenté esta idea a un amigo que había sobrevivido al sistema represor soviético, y él coincidió por completo con ella. «Nosotros nos oponíamos a los que querían arruinaros la vida —dijo—. Quitarnos la vida era una derrota. Casi todos estábamos decididos a no darles esa satisfacción a los opresores. Eran los más fuertes los que podían vivir, y la esencia de nuestra vida era la oposición, pues era lo que nos daba fuerzas. Los que querían quitarnos la vida eran nuestros enemigos, y el odio que sentíamos por ellos y la resistencia que les oponíamos nos mantenían vivos. Nuestro deseo de vivir se fortalecía ante el sufrimiento, y mientras estábamos allí no deseábamos morir, aunque antes hubiéramos sido un poco melancólicos. Después que salíamos era otra cosa, y no era extraño que algunos de los supervivientes de los campos se suicidaran cuando regresaban a sus hogares. En esas circunstancias en las que ya no había nada a lo que oponerse nuestras razones para vivir debían surgir de nosotros mismos, de nuestra propia identidad, y en muchos casos nuestra identidad había quedado afectada.» Primo Levi, que no escribió acerca de los campos soviéticos sino acerca de los campos nazis, señaló: «Para la mayoría, la hora de la liberación no era ni alegre ni gozosa, porque se producía en un contexto de destrucción, muerte y sufrimiento. En el mismo momento en que sentían que estaban volviendo a ser hombres, es decir, responsables, de nuevo se instalaban en ellos las aflicciones de los hombres: el dolor de la familia dispersa o perdida, el sufrimiento universal, su propio agotamiento, que parecía definitivo e incurable, los problemas que entrañaba el tener que rehacer la vida en medio de los escombros, y muchas veces en soledad».¹⁰⁴

Como los monos y las ratas que se autolesionan cuando se hallan sometidos a situaciones de aislamiento, hacinamiento u otras circunstancias espantosas, los seres humanos también expresan su desesperación orgánicamente. Hay cosas que se le pueden hacer a una persona para inducirla al suicidio, y en los campos de concentración se llevan a cabo diariamente. Una vez que uno ha cruzado ese límite es difícil volver a sentirse bien, de modo que entre los que han sobrevivido a los campos la tasa de suicidios es alta y no faltan quienes se sorprenden de que alguien haya podido resistir en ellos y luego se haya quitado la vida. A mí no me parece sorprendente. Se han dado muchas explicaciones al suicidio de Primo Levi. Muchos han dicho que la culpa fue de su medicación, pues él había manifestado que se sentía esperanzado y lúcido en los últimos años de su vida. Yo pienso que su suicidio siempre estuvo incubándose en él, que nunca se había sentido feliz por haber sido salvado, y que nunca había existido para él nada comparable al horror del que había sido testigo. Tal vez las píldoras, o el clima, o alguna otra cosa despertaron en él el mismo impulso que llevaría a una rata a comerse la cola, pero pienso que el deseo esencial estuvo siempre allí después del horror que padeció en el campo. Esa clase de experiencias pueden vencer con facilidad a los principios de la genética y hacer esto con una persona.¹⁰⁵

Entre los oprimidos el homicidio es más común que el suicidio, mientras que entre los poderosos hay más suicidios que homicidios. Contra lo que supone la creencia popular, el suicidio no es el último recurso de una mente depresiva ni el último momento del deterioro mental. En realidad la probabilidad del suicidio es más alta entre las personas que acaban de salir de un ingreso hospitalario que entre las personas que están ingresadas, lo cual no se debe solo a la desaparición de las restricciones que entraña la hospitalización. El suicidio es la rebelión de la mente contra sí misma, una doble desilusión de una complejidad que la mente profundamente deprimida no logra comprender; es un acto voluntario destinado a liberarse de sí mismo. En la pasividad de la depresión es casi imposible imaginar el suicidio; se necesita la lucidez del reconocimiento de uno mismo para destruir al objeto de dicho reconocimiento. Por muy mal orientado que se halle, el impulso no deja de ser impulso. Aunque no hubiese ningún otro consuelo en un suicidio no evitado, sí hay al menos un pensamiento persistente, la idea de que fue un acto de valentía fuera de lugar, y de fuerza mal orientada, antes que un acto de profunda debilidad o cobardía.

Mi madre tomó Prozac —que acababa de aparecer— durante un mes en el curso de su lucha contra el cáncer. Decía que la dejaba demasiado aletargada y que le provocaba temblor, y si a eso se sumaban los efectos secundarios de la quimioterapia, la situación se le hacía intolerable. «Hoy caminaba por la calle —

contó un día—, y pensé: es probable que me esté muriendo. Y enseguida pensé: ¿qué debería servir en el almuerzo? ¿Cerezas o peras? Y sentí que no había una gran diferencia entre esos dos pensamientos.» Tenía una razón externa más que suficiente para estar deprimida, y creía fervientemente en la autenticidad. Como he dicho, creo que ella había sufrido de depresión leve durante años, y si yo poseo genes que me hacen propenso a la depresión, sospecho que provienen de ella. Mi madre creía en el orden y en todo lo que estuviese estructurado. No puedo recordar una sola ocasión —y durante mi psicoanálisis lo intenté seriamente— en que mi madre hubiese roto una promesa o llegado tarde a una cita. Ahora creo que ella sometía su vida a esta ley marcial no solo por respeto a los demás sino también porque le permitía controlar una cierta melancolía que anidó siempre en ella. Cuando era niño, mi mayor felicidad era hacer feliz a mi madre, lo que lograba no sin dificultad. Con el tiempo he llegado a pensar que siempre necesitó que la distrajeran de su tristeza. Aborrecía estar sola, y una vez me dijo que eso se debía al hecho de haber sido hija única. Creo que había un poso de soledad en ella, algo mucho más profundo que el haber sido hija única. El incomparable amor que sentía por su familia suavizó su soledad, no obstante lo cual la depresión seguía agazapada en ella. Y creo que esa es la razón por la que estaba tan bien preparada para el rigor que entrañaba el acto de quitarse la vida.

Yo no diría que el suicidio es siempre una tragedia para la persona que muere, sino más bien que sobreviene siempre de manera demasiado prematura y repentina para aquellos a quienes el suicida deja tras de sí. Aquellos que condenan el derecho a morir están cometiendo un error grave y perjudicial. Todos deseamos controlar más nuestras vidas, y pontificar sobre lo que los otros deberían hacer nos hace sentir seguros, lo cual no es una buena razón para prohibirle a nadie que ejerza la más elemental de sus libertades. Sin embargo, creo que aquellos que defienden el derecho de morir y distinguen de forma tajante unos suicidios de otros están mintiendo con el fin de alcanzar un objetivo político. Los límites que cada ser humano fija a sus propios tormentos dependen solo de él, pero por fortuna la mayoría de las personas se fijan límites que apuntan alto. Nietzsche dijo alguna vez que el pensamiento del suicidio mantiene vivos a muchos hombres durante las horas más oscuras de la noche,¹⁰⁶ y yo diría que cuanto más cabalmente acepta uno la idea del suicidio racional, más a salvo estará del suicidio irracional. El hecho de saber que si deo transcurrir este minuto siempre podría matarme al minuto siguiente, hace posible que atravesase este minuto sin sentirme profundamente abrumado. Los impulsos suicidas pueden ser un síntoma de depresión, pero también son un factor de alivio. El pensamiento del suicidio hace posible sobrellevar la depresión. Yo, por mi parte, espero seguir viviendo mientras pueda dar o recibir algo mejor que sufrimientos, pero no estoy dispuesto a

prometer que jamás me quitaré la vida. Nada me horroriza más que el pensamiento de que, en algún momento, pudiera verme privado de la capacidad de suicidarme.

Historia

La historia de la depresión en Occidente¹ está estrechamente ligada a la historia del pensamiento occidental, y podemos distinguir en ella cinco etapas fundamentales. La visión que se tenía de la depresión en el mundo antiguo es asombrosamente similar a la nuestra. Hipócrates afirmaba que la depresión era en esencia una enfermedad del cerebro que debía tratarse con medicamentos orales, y la primera cuestión que se planteaban los médicos que lo sucedieron estaba relacionada con la naturaleza humoral del cerebro y la posibilidad de encontrar la fórmula correcta para preparar dichos medicamentos. En la Edad Media se consideraba que la depresión era una manifestación de la desaprobación de Dios, un indicio de que quien la padecía había sido excluido del maravilloso conocimiento de la salvación divina. En esta época la enfermedad fue estigmatizada, y en el caso de los episodios extremos, quienes la padecían eran tratados como herejes. El Renacimiento idealizó la depresión y nos brindó el genio melancólico, nacido bajo el signo de Saturno, cuyo abatimiento era perspicacia y cuya fragilidad era el precio de la visión artística y la complejidad del alma. El período que se extiende entre los siglos XVII y XIX fue la era de la ciencia; en ella la investigación experimental intentó averiguar la composición y las funciones del cerebro y elaborar estrategias sociales e ideológicas destinadas a encauzar la mente que había perdido el control de sí misma. La modernidad comenzó a principios del siglo XX con Sigmund Freud y Karl Abraham, cuyas ideas psicoanalíticas acerca de la mente y la personalidad aportaron gran parte del vocabulario que hoy todavía se emplea para describir la depresión y sus fundamentos; y con la obra de Emil Kraepelin, quien propuso una moderna biología de la enfermedad mental como trastorno diferenciado de la mente normal o superpuesta a ella.

A los trastornos que durante mucho tiempo recibieron el nombre de «melancolía» se los identifica ahora con una palabra extrañamente causal, «depresión», que en lengua inglesa se empleó por primera vez para referirse al decaimiento del estado de ánimo en 1660, y que pasó a ser de uso común a mediados del siglo XIX.² En este libro empleo la palabra «depresión» para referirme a estados para los que utilizaríamos el término en la actualidad. Se suele considerar que la depresión es una enfermedad moderna, lo cual es un grave error. Como señaló en una ocasión Samuel Beckett, «la cantidad de lágrimas que hay en el mundo es siempre la misma».³ La forma que asume la depresión, y sus aspectos

característicos, han sufrido muchas variantes, y los tratamientos para curarla han oscilado entre lo ridículo y lo sublime, pero dormir en exceso, alimentarse mal, sentir impulsos suicidas, evitar el contacto social y experimentar una desesperación inexorable son realidades antiguas como los hombres de las cavernas, si no tan antiguas como las cavernas mismas. Desde que el hombre adquirió la capacidad de referirse a sí mismo, este estado del alma ha experimentado idas y venidas; los tratamientos para los males físicos se han alternado y combinado con los dedicados a las dolencias espirituales; las súplicas a los dioses externos han hecho eco a las súplicas a los demonios internos. Comprender la historia de la depresión es comprender el desarrollo del ser humano tal como lo conocemos hoy. Nuestra posmodernidad a medias alienada, rebosante de Prozac, centrada en lo cognitivo, es solo una etapa en la comprensión y el control actual del estado de ánimo y del carácter.

Los griegos, que fomentaron la idea de una mente sana en un cuerpo sano, compartían la idea moderna de que una mente enferma refleja un cuerpo enfermo, y de que toda enfermedad de la mente está vinculada de alguna manera con una disfunción corporal. Entre los griegos la práctica médica se basaba en la teoría de los humores, que concebía el carácter como una consecuencia de los cuatro fluidos corporales: la flema, la bilis amarilla, la sangre y la bilis negra. Empédocles describió la melancolía como la consecuencia de un exceso de bilis negra;⁴ e Hipócrates, asombrosamente moderno, había imaginado una cura física hacia finales del siglo V antes de Cristo, una época en la que la idea de enfermedad y la profesión médica misma estaban en ciernes. Hipócrates sostenía que la sede de los afectos, el pensamiento y la enfermedad mental es el cerebro: «Es el cerebro el que nos vuelve locos o nos sumerge en el delirio, el que nos hace abrigar temor o espantarnos tanto de noche como de día, el que nos hace dormir, cometer errores impensados, sentir una vaga ansiedad, distraernos y realizar actos contrarios a la costumbre. Estas cosas que sufrimos provienen todas del cerebro cuando este no está sano y se calienta, se enfría, se humedece o se seca en forma anormal». Hipócrates pensaba que en la melancolía se mezclan factores internos y ambientales, y que «un prolongado ajeteo del alma puede producir melancolía»; y distinguía las enfermedades que surgían como secuela de acontecimientos terribles de aquellas que carecen de una causa evidente. Clasificaba a ambas como versiones de una sola enfermedad, que se precipitaba cuando un exceso de bilis negra —fría y seca— alteraba el equilibrio ideal que debía mantener con los otros tres humores. Ese desequilibrio, decía Hipócrates, podía tener un origen uterino —uno podía haber nacido con una propensión a él— o podía ser inducido por un trauma. Las palabras griegas que significan bilis negra son *melaina chole*, y los síntomas de su influencia maligna, que Hipócrates asocia con el otoño, incluían «la tristeza, la

angustia, el abatimiento moral, la tendencia al suicidio», y «la aversión a la comida, el desaliento, los problemas para dormir, la irritabilidad y el desasosiego» acompañados por «un miedo prolongado». Para restaurar el equilibrio de los humores, Hipócrates proponía cambios en la dieta y la administración de mandrágora y eléboro, hierbas catárticas y eméticas que se suponía que ayudaban a eliminar el exceso de bilis amarilla y negra. También creía en las propiedades curativas de los consejos y la acción; y curó la melancolía del rey Perdicas II analizando su carácter y persuadiéndolo de que se casara con la mujer que amaba.⁵

Las teorías acerca de la temperatura, la ubicación y otras características de la bilis negra fueron volviéndose cada vez más complejas durante los siguientes quince siglos, lo que resulta bastante curioso, porque la famosa bilis negra no existe. La bilis amarilla, que se produce en la vesícula biliar, puede adquirir un tono marrón bastante oscuro, pero nunca llega a ser negra, y es improbable que lo que se llamaba *melaina chole* fuese simplemente bilis amarilla que hubiese cambiado de color. La bilis negra, hipotética o no, era repugnante; se decía que provocaba no solo depresión sino también epilepsia, hemorroides, dolor de estómago, disentería y erupciones en la piel. Algunos estudiosos han señalado que el empleo de la palabra *chole*, que significa bilis, estuvo asociado a menudo al de *cholos*, que significa cólera,⁶ y que la noción de bilis negra podría provenir de la idea de que la cólera es negra. Otros han planteado que la asociación de la oscuridad con la negatividad o el dolor es un mecanismo humano innato, que la depresión se ha representado como algo negro en distintas culturas, y que la noción de un estado de ánimo negro la expresó con claridad Homero cuando describió «la negra nube de aflicción» que envolvía al depresivo Belerofonte: «Pero pronto llegó el día / en que hasta Belerofonte fue odiado por los dioses. / Solo, vagabundeaba por la llanura aleana, / consumiéndose de dolor, fugitivo incesante, / de los caminos hollados por los hombres».⁷

En la antigua Atenas, la concepción médica de la depresión difería de modo considerable de la filosófica/religiosa. Hipócrates acusaba a los que practicaban la «medicina sagrada», que invocaban a los dioses para sus curas, de ser «estafadores y charlatanes», y decía que «todo lo que los filósofos han escrito sobre la ciencia natural es tan pertinente para la medicina como podría serlo la pintura».⁸ Sócrates y Platón no aceptaban las teorías orgánicas de Hipócrates⁹ y afirmaban que si bien los médicos podían tratar las enfermedades leves, los trastornos más profundos eran territorio de los filósofos; además propusieron una concepción de la personalidad que ha ejercido una enorme influencia en la psiquiatría moderna. La obra de Platón dio origen al modelo evolutivo, que plantea que lo que ocurra en la infancia de una persona puede determinar los rasgos de su carácter adulto. Platón

afirma que la familia tiene el poder de determinar, para bien o para mal, las actitudes políticas y sociales de los hombres a lo largo de toda su vida. Su modelo tripartito de la psiquis adulta, que distingue entre lo racional, lo libidinal y lo espiritual, es extrañamente semejante al de Freud. Hipócrates es de hecho el abuelo del Prozac, y Platón el abuelo de la terapia psicodinámica. En el transcurso de los dos mil quinientos años que nos separan de ellos se han elaborado innumerables variaciones en torno a ambos temas, y el genio y la locura se han alternado como si fueran piezas de un mismo mecanismo.

Los médicos pronto comenzaron a prescribir remedios por vía oral para curar la melancolía. En el mundo antiguo posterior a Hipócrates, Filotimo, por ejemplo, describió que muchos depresivos «sentían una suerte de vacío y de aridez en la cabeza, como si esta no existiera», y en consecuencia, apeló al recurso de ponerles un casco de plomo a fin de que tomaran plena conciencia de que tenían cabeza.¹⁰ Crisipo de Cnidus creía que el remedio ideal para curar la depresión era aumentar el consumo de coliflor y recomendaba evitar la albahaca que, según decía, podía inducir a la locura. Filistión y Plistónico, al revés que Crisipo, afirmaban que la albahaca era el mejor tratamiento para los pacientes que habían perdido su vitalidad. Filagrio creía que muchos de los síntomas de la depresión provenían de la emisión excesiva de semen durante las poluciones nocturnas, y prescribía una mezcla de jengibre, pimienta y miel en cataplasmas para controlarlas. Los que se oponían a Filagrio pensaban que la depresión era el resultado de la abstinencia de sexo, y aconsejaban a sus pacientes que volvieran al dormitorio.¹¹

Unos setenta años después de la muerte de Hipócrates, la escuela de Aristóteles comenzó a ejercer una poderosa influencia sobre el modo en que reflexionamos sobre el pensamiento. Aristóteles no aceptaba ni la teoría de Hipócrates, que abominaba del alma y de quienes filosofaban acerca de ella, ni la de Platón, que afirmaba que el médico era un simple artesano. Según Aristóteles, la personalidad era una unidad, y «un trastorno del cuerpo afecta al alma, las enfermedades del alma provienen del cuerpo, salvo aquellas que nacen en el alma. Las pasiones modifican el cuerpo». Su concepción de la naturaleza humana no descansa en la anatomía. Tras afirmar que «el cerebro es un residuo que carece de sensibilidad», Aristóteles planteaba que el corazón poseía un mecanismo regulador que controlaba el equilibrio de los cuatro humores, y que tanto el calor como el frío podían perturbar ese equilibrio.¹² A diferencia de Hipócrates, Aristóteles consideraba que la depresión no era del todo negativa, y tomó de Platón la noción de locura divina y la asoció con la melancolía. Aunque intentó encontrar formas de comprender y aliviar el malestar, también pensaba que el genio necesitaba una

cierta cantidad de bilis negra fría: «Todos aquellos que han alcanzado la excelencia en la filosofía, el arte y la política, entre ellos Sócrates y Platón, tenían una predisposición a la melancolía; de hecho, algunos de ellos incluso estaban enfermos de melancolía». Aristóteles escribió: «A menudo sentimos pesar sin poder atribuirlo a ninguna causa; todo el mundo experimenta esos sentimientos, aunque sea de forma muy leve, pero para aquellos que están enteramente poseídos por ellos, se convierten en una parte indisoluble de su naturaleza. Aquellos cuyo temperamento es levemente atrabiliario son personas comunes, pero los muy atrabiliarios son completamente diferentes de la mayoría. Porque si son del todo atrabiliarios, son muy depresivos, pero si poseen un temperamento mixto, son hombres de genio».¹³ Hércules fue el más famoso de los genios clásicos afectados por la bilis negra, que también afectó a Áyax («Los ojos relampagueantes del furioso Áyax, y su mente abrumada», como está escrito en *El saqueo de Troya*).¹⁴ Esta noción de la melancolía acompañada de inspiración fue rescatada por Séneca — quien dijo: «Nunca ha habido ningún gran talento que no haya tenido una pizca de locura»—,¹⁵ profundizó en ella, luego resurgió en el Renacimiento, y desde entonces no ha dejado de afirmarse.

Entre los siglos IV y I antes de Cristo, la medicina y la filosofía desarrollaron líneas de pensamiento convergentes y, en consecuencia, llegaron a coincidir en su definición de la psiquiatría. En este período se consideraba que la melancolía era de alguna manera un destino universal. Menandro, un poeta del siglo IV, escribió: «Soy un hombre, y esa es una razón suficiente para sentirme desdichado».¹⁶ Los escépticos creían que era importante estudiar el mundo visible, y por lo tanto prestaban atención a los síntomas sin teorizar acerca de los orígenes de esos síntomas o su significado profundo. Desinteresados de las grandes y complejas cuestiones de la naturaleza de la identidad física y cerebral que habían preocupado a Hipócrates y Aristóteles, trataron de identificar síntomas para definir la enfermedad.¹⁷

En el siglo III antes de Cristo, Erasítrato de Julia, que distinguió el cerebro del cerebelo, afirmó que la inteligencia residía en el cerebro y que la actividad motora tenía su asiento en el cerebelo;¹⁸ y Herófilo de Calcedonia determinó luego que «la capacidad motriz es transmitida a los nervios»¹⁹ por el cerebro, introduciendo la idea de que existe un órgano de control que supervisa un sistema nervioso. Menodoto de Nicomedia, que vivió en el siglo I, reunió todos los conocimientos previos y combinó las ideas de los empiristas que solo prestaban atención a los síntomas con las de los grandes filósofos y las de los primeros médicos. Recomendaba para la depresión los mismos eléboros que había descubierto Hipócrates y la misma técnica de autoanálisis que había concebido

Aristóteles, e introdujo también la gimnasia, los viajes, los masajes y el agua mineral como recursos para ayudar al depresivo. Un programa tan amplio como el que deseáramos aplicar hoy.

Rufo de Éfeso, contemporáneo de Menodoto, diferenció el delirio melancólico del resto de los demás cuadros, y afirmó que la melancolía era una anomalía distinta que se presentaba en personalidades que en otros aspectos eran saludables. Además catalogó los delirios de algunos de sus pacientes depresivos: Rufo trató a un hombre que creía que era un vaso de cerámica, a otro que imaginaba que su piel se había secado y su cuerpo se estaba despellejando, y a otro más que pensaba que no tenía cabeza. Rufo descubrió los síntomas físicos de lo que ahora conocemos como hipotiroidismo, un desequilibrio hormonal cuyos síntomas son similares a los de la depresión. Creía que las causas fundamentales de la melancolía eran las comidas copiosas, la falta de ejercicio, el exceso de vino tinto y un trabajo intelectual desmesurado, y señaló que un genio bien podría tener una especial propensión a sufrir de esta dolencia. Algunos melancólicos «lo son por naturaleza, en virtud de un temperamento congénito», mientras que otros «llegan a serlo». También habló de grados y tipos de melancolía: uno en el que la bilis negra infectaba la sangre, otro en el que infectaba solo la cabeza, y un tercero en el que provocaba «la hipocondría». Rufo descubrió que sus pacientes melancólicos también sufrían la concentración de fluidos sexuales no liberados que se pudrían e infectaban el cerebro.

Rufo proponía derrotar la enfermedad depresiva antes de que hubiese arraigado, y recomendaba las sangrías y una «purga con una mezcla de tomillo y aloe porque estas dos sustancias, ingeridas diariamente en una pequeña dosis, producen un movimiento moderado y suave de los intestinos». A este preparado se le podía agregar eléboro negro. También sugería caminar de forma regular, viajar, y lavarse antes de las comidas. Rufo creó también la fórmula de su «remedio sagrado», el Prozac de su tiempo, que siguió siendo muy popular hasta el Renacimiento, y en algunos casos se empleó incluso después. Se trataba de un compuesto líquido de coloquintida, pinillo, hierbabuena, casia, agárico, asa fétida, perejil, aristoloquia, pimienta blanca, canela, nardo, azafrán y mirra mezclados con miel, que se administraba en cuatro dosis en una copa de hidromiel y agua con sal. Otros médicos de la época proponían una enorme variedad de tratamientos: cadenas y castigos corporales, colocar cerca del melancólico un grifo de agua que goteara para inducirlo a dormir, acostarlo en una hamaca, alimentarlo con una dieta de alimentos húmedos y de colores claros como pescado, pollo, vino diluido y leche materna.²⁰

El período romano tardío fue una época en la que los conocimientos acerca de estas cuestiones progresaron de modo considerable. Durante el siglo II Areteo de Capadocia estudió la manía y la depresión como dolencias independientes y también el modo como se combinaban. Creía en un alma física que circulaba por todo el cuerpo y se manifestaba como calor en los hombres coléricos —cuyo rostro, por lo tanto, enrojecía—, y se retraía en el caso de los tímidos —cuyo rostro, por lo tanto, palidecía—. Planteó que entre los melancólicos el nivel de bilis negra «puede ser excitado por la consternación y la cólera inmoderada», y que los humores tenían una relación circular con las emociones, de modo que un enfriamiento de la energía vital del alma podía conducir a una depresión grave, mientras que la depresión servía para enfriar la bilis. Areteo fue el primero que trazó un cuadro convincente de lo que ahora llamamos depresión con ansiedad, un cuadro que la más reciente filosofía popular tiende a atribuir de manera equívoca a la vida postindustrial. Lo cierto es que es tan eterno y orgánico como la tristeza. Areteo escribió: «El melancólico se aísla, teme ser perseguido y encarcelado, se atormenta con ideas supersticiosas, todo le aterroriza, confunde sus fantasías con la realidad, cree sufrir de enfermedades que son imaginarias, maldice la vida y desea la muerte. Se despierta de repente y se siente agobiado por un enorme cansancio. En ciertos casos la depresión parece ser una suerte de semimanía: los pacientes están siempre obsesionados por la misma idea, y pueden estar deprimidos y excitados al mismo tiempo». Areteo señalaba que la depresión grave solía presentarse en personas que ya tenían una inclinación a la tristeza, en especial las que eran mayores, obesas, débiles o estaban solas; y sugería que «el doctor Amor» era el más eficaz para curar la enfermedad. El remedio oral que prefería era el consumo regular de zarzamora y puerros, aunque también recomendaba la práctica psicodinámica, que consistía en inducir al paciente a hablar de sus síntomas, y afirmaba que él podía ayudar a los pacientes a liberarse de sus temores describiéndolos.²¹

Claudio Galeno, nacido en el siglo II, médico personal de Marco Aurelio, probablemente el médico más importante de la antigüedad después de Hipócrates, intentó llegar a una síntesis neurológica y psicológica de la obra de todos sus predecesores. Describió los delirios melancólicos —uno de sus pacientes creía que Atlas se cansaría y dejaría caer el mundo, otro creía que era un caracol y que su concha era extremadamente frágil—, e identificó como substrato de ellas una mezcla de miedo y desaliento. Observó «temblores cardíacos en gente joven y saludable, y adolescentes debilitados y delgados a causa de la ansiedad y la depresión». Los pacientes de Galeno experimentaban «interrupciones del sueño, que en ellos es escaso y agitado, palpitaciones, vértigo ... tristeza, angustia, timidez, y la creencia de que los persiguen, o que están poseídos por el demonio, o que los

dioses los odian». Galeno coincidía con Rufo en que una deficiencia de la actividad sexual tenía consecuencias desastrosas. Trató a una de sus pacientes, cuyo cerebro, creía él, estaba perturbado por los perjudiciales vapores provenientes de sus putrefactos fluidos sexuales no liberados «mediante una estimulación manual de la vagina y el clítoris, lo que procuró a la paciente un enorme placer, y como expulsó gran cantidad de líquido, se curó». Galeno también tenía sus propios preparados, en muchos de los cuales empleaba ingredientes de las fórmulas de Rufo, aunque él recomendaba un antídoto hecho con lirio, mandrágora, flores de tilo, opio y rúcula, para el tratamiento combinado de la angustia y la depresión. Un dato interesante es que mientras Galeno formulaba su cordial, en otro continente los aztecas comenzaban a usar poderosas drogas alucinógenas para evitar la depresión entre los prisioneros, que ellos consideraban un mal presagio. Para que los dioses no se ofendieran, los cautivos que iban a ser sacrificados recibían un preparado especial que los tranquilizaba.²²

Galeno creía en un alma física, lo que nosotros llamaríamos psiquis, localizada en el cerebro, que era gobernada por una personalidad que dominaba al cuerpo del mismo modo que Dios al mundo. Combinando la idea de los cuatro humores con nociones acerca de la temperatura y la humedad, Galeno elaboró una tipología en la que se distinguían nueve temperamentos, y cada uno representa un tipo de alma. Uno de estos tipos estaba dominado por la melancolía concebida no como patología sino como parte de la personalidad: «Hay personas que son por naturaleza ansiosas, deprimidas, inclinadas a la angustia, y están siempre pensativas; es poco lo que puede hacer el médico por ellas». Galeno observó que la melancolía podía ser el resultado de una lesión cerebral, o que podía provenir de elementos externos que alteraban el funcionamiento de un cerebro sano. En el caso de un desequilibrio de los humores, la bilis negra podía llegar al cerebro y secarlo, y esto dañaba la identidad. «El humor invade y oscurece el asiento del alma, donde se encuentra la razón. Cuando son atacados por la bilis negra, que es la causante del miedo, los adultos comienzan a comportarse como niños temerosos de la oscuridad; su cerebro queda sumido en una noche continua, y el temor ya no los abandona. Por esta razón los melancólicos temen y desean la muerte al mismo tiempo. Evitan la luz y aman la oscuridad.» El alma podía, en efecto, quedar oscurecida. «La bilis negra envuelve la razón del mismo modo que el cristalino del ojo, si es límpido, permite una visión clara, pero si enferma y se opaca, la vuelve borrosa. De forma análoga, las cualidades de los espíritus animales pueden devenir pesadas y opacas.» Galeno prefería la psicobiología a la filosofía, de modo que criticaba de modo incisivo a aquellos que atribuían la melancolía a factores afectivos y abstractos, pero creía que dichos factores podían exacerbar la sintomatología de una mente ya perturbada por el desequilibrio de los humores.²³

La siguiente etapa de la historia de la depresión hunde sus raíces en la obra de los filósofos estoicos, según los cuales las causas de la enfermedad mental debían buscarse en agentes externos; este enfoque dominó los primeros tiempos de la Edad Media tras la caída de Roma.²⁴ El desarrollo del cristianismo fue en extremo desventajoso para los depresivos. Galeno fue la autoridad médica de la Edad Media, pero los tratamientos psicofarmacológicos que recomendaba se apartaban ostensiblemente del paradigma de la Iglesia. Forzados a una suerte de exilio filosófico, poco a poco sus tratamientos dejaron de aplicarse.

San Agustín había afirmado que lo que diferenciaba a los hombres de las bestias era el don de la razón, y que, por lo tanto, la pérdida de la razón convertía al hombre en bestia.²⁵ Si se adoptaba este punto de vista, era fácil concluir que la pérdida de la razón era una señal de la desaprobación de Dios, el castigo que Él infligía a un alma pecadora. La melancolía era una dolencia especialmente dañina, pues la desesperación del melancólico sugería que había perdido la alegría que nos procura la certeza del amor y la misericordia de Dios. Según esta concepción, la melancolía entrañaba un distanciamiento de todo lo que era sagrado. Más aún, la depresión profunda era a menudo una prueba de posesión; un tonto desdichado estaba poseído por el diablo, y si no era posible exorcizarlo, él mismo debería desaparecer. El clero pronto encontró justificación para esta idea en la Biblia. Judas se había suicidado, y el razonamiento llegaba a la conclusión de que debía de ser melancólico; por lo tanto, todos los melancólicos debían de sentir lo mismo que Judas. Se recurrió también al relato acerca de Nabucodonosor, en el Libro de Daniel (4:33),²⁶ a fin de demostrar que Dios se servía de la locura para castigar a los pecadores. En el siglo V, Casio escribe acerca del «sexto combate» contra «el cansancio y la congoja del corazón», y dice que «este es “el demonio del mediodía”²⁷ del que habla el salmo noventa», que «hace que el lugar en el que estamos nos disguste, y que nos induzca a la repugnancia, el desprecio y el desdén por los demás, y a la pereza». El fragmento en cuestión se encuentra en el Libro de los Salmos, y, traducido literalmente de la Vulgata, dice: «Su verdad te procurará un escudo: no temerás al terror de la noche, tampoco a la flecha disparada durante el día, a lo que se mueve en la oscuridad, a la invasión o al demonio del mediodía» (*ab incrusus, et daemónio meridiano*). Casio suponía que «el terror de la noche» se refiere al diablo, «la flecha disparada durante el día» al ataque de los enemigos humanos, «lo que se mueve en la oscuridad» a los diablos que nos acosan durante el sueño, «la invasión» a la posesión, y «el demonio del mediodía» a la melancolía, esa cosa que uno puede percibir con claridad en el momento más luminoso del día pero que, no obstante, hace que nuestra alma se aleje con determinación de Dios.

Otros pecados podrían devastar la noche, pero este es tan atrevido que es capaz de abarcar el día y la noche. ¿Qué se podría decir en defensa de un hombre que no está protegido por el escudo de la verdad de Dios? El castigo podría ser un modo de redimir a alguien que se encuentra en una situación tan desesperada: Casio insistía en que el hombre melancólico debía dedicarse a algún trabajo manual y sus hermanos en la fe debían apartarse de él y abandonarlo a su suerte. Evagrio empleó la misma frase, y dijo que el abatimiento del melancólico era un «demonio del mediodía» que atacaba y tentaba al asceta, de modo que lo incluyó en la lista de las ocho tentaciones principales a las que debemos resistirnos en este mundo. He utilizado la expresión *The Noonday Demon* (literalmente: «El demonio del mediodía») como título original de este libro porque describe con exactitud lo que se experimenta durante la depresión. La imagen ayuda a evocar el terrible sentimiento de invasión que sobrecoge al depresivo. Hay algo de desvergüenza en la depresión. La mayoría de los demonios —casi todas las formas de la angustia— buscan el amparo de la noche; percibir las con nitidez equivale a derrotarlas. En cambio, la depresión aparece en pleno día y el hecho de que sea posible reconocerla no la amilana. Uno puede conocer todas las causas y los motivos y sufrir tanto como si no supiera nada. No existe casi ningún otro estado mental del que se pueda decir lo mismo.²⁸

Durante la época de la Inquisición, en el siglo XIII, a algunos depresivos se los multó o encarceló por su pecado.²⁹ En este período, santo Tomás de Aquino, cuya teoría del cuerpo y el alma situaba a esta jerárquicamente por encima de aquel, llegó a la conclusión de que el alma no estaba expuesta a las enfermedades corporales.³⁰ Sin embargo, como se hallaba por debajo de lo divino, Dios o Satanás podían apoderarse de ella. En este contexto una enfermedad debía ser del cuerpo o del alma, y la melancolía quedó bajo la égida de la segunda. La Iglesia medieval definió nueve pecados capitales, que después quedarían reducidos a siete. Entre ellos se encontraba la acedia, traducida como «pereza» en el siglo XIII. La palabra al parecer se empleó casi tanto como el término «depresión» en la época moderna y describía síntomas que podrían resultarle familiares a cualquiera que haya conocido o padecido la depresión, y que antes no habían sido catalogados como vicios. El párroco de Chaucer la describe como algo que «despoja al pecador del deseo de todo lo bueno. La acedia es enemiga del hombre porque es hostil a todo lo que entrañe una actividad, y también es una gran enemiga del sustento del cuerpo, porque no prevé las necesidades temporales y llega incluso a desperdiciar, estropear y arruinar todos los bienes terrenales por negligencia. Hace que los hombres se asemejen a aquellos que ya sufren los padecimientos del infierno. Hace que un hombre sea fastidioso y malhumorado». El texto sigue, y se vuelve cada vez más desagradable y reprobatorio a medida que avanza. La acedia es un pecado

compuesto cuyos elementos el párroco enumera: «Es un estado de ánimo tan desvaído y delicado, como dice Salomón, que quien lo sufre no soporta la menor contrariedad o penitencia. La pereza hace que el hombre tema incluso comenzar cualquier tarea noble. La desesperación, la pérdida de la esperanza en la misericordia de Dios, surgen de un remordimiento irracional y a veces de un miedo excesivo, que hacen que el pecador imagine que ha pecado tanto que no le servirá de nada arrepentirse. Si persiste hasta el último aliento, la pereza se cuenta entre los pecados contra el Espíritu Santo. Luego viene la somnolencia perezosa, que da lugar al embotamiento y la indolencia del cuerpo y del alma. Finalmente se llega al pecado del “cansancio del mundo”, llamado tristeza, que produce la muerte del alma y el cuerpo. El hombre que incurre en este pecado se siente enfadado con su vida. Así es como la vida de ese hombre a menudo llega a su fin por causas naturales antes de que le haya llegado la hora».³¹

Los monjes tenían una especial propensión a la acedia; en ellos se manifestaba visiblemente como agotamiento, apatía, tristeza o abatimiento, aversión a la celda y la vida ascética, y añoranza de la familia y de la vida que llevaban antes. La acedia se distinguía de la tristeza (*tristia*), que representa la reconciliación con Dios y el arrepentimiento.³² Las fuentes medievales no aclaran cuál es el papel que desempeña la voluntad. ¿Era pecado dejarse dominar por la acedia? ¿O la acedia era un castigo que se infligía a aquellos que habían cometido algún otro pecado? Sus adversarios más encarnizados la equiparan al pecado original. Una monja, la elocuente Hildegard von Bingen, escribió: «En el momento en que Adán desobedeció la ley divina, en ese preciso instante, la melancolía coaguló su sangre».³³

El orden era más bien precario en la Edad Media, y por lo tanto el desorden mental resultaba en particular temible para la sensibilidad medieval. Una vez que se perdía la razón, todo el mecanismo humano podía desmoronarse, lo que a su vez daría lugar a la desintegración del orden social. El desatino era un pecado, y la enfermedad mental era un pecado mucho peor. El hombre necesita la razón para poder optar por la virtud; sin ella no es lo suficientemente dueño de sí mismo como para ser virtuoso. La psiquis, tal como la entendían los pensadores clásicos, no era independiente del cuerpo; el alma, tal como la entendían los cristianos en la Edad Media, apenas coincidía con el cuerpo.

El estigma que todavía soporta la depresión nació y se desarrolló en el marco de esta tradición. El alma, por ser un don divino, tendría que ser perfecta, de modo que deberíamos esforzarnos por mantener su perfección. Sus imperfecciones son la principal fuente de deshonra en la sociedad moderna. La deshonestidad, la

crueledad, la codicia, el egoísmo y la falta de juicio son defectos del alma, y por eso intentamos automáticamente evitarlos. Mientras se considere que forma parte de estas «dolencias del alma», la depresión seguirá pareciéndonos abominable. Hay muchos ejemplos de cómo esta concepción ilumina la depresión desde el peor de los ángulos. Es el caso del pintor del siglo XV Hugo Van der Goes, quien ingresó en un monasterio en la década de 1480 pero, debido a su enorme talento, siguió vinculado con el mundo exterior. Según cuenta la historia, una noche, de regreso de un viaje, fue «víctima de un extraño trastorno de la imaginación. Clamaba al cielo que estaba predestinado y condenado a la maldición eterna. Incluso había llegado a agredirse a sí mismo, porque sus fantasmagorías nublaban su alterada mente». Según sus cofrades, que intentaron tratarlo con una terapia basada en la música, «no mejoró; siguió hablando de un modo irracional y pensando que era hijo de la perdición». Los monjes no estaban seguros de si Hugo presentaba un frenesí artístico o si estaba poseído por un espíritu maligno, y decidieron que padecía las dos enfermedades, tal vez exacerbadas por el consumo de vino tinto. Hugo estaba aterrado por la magnitud de la obra que se había comprometido a pintar, y no podía imaginar el modo de cumplir con esos encargos. Con el tiempo, y con la ayuda de complejos rituales de arrepentimiento, llegó a recuperar momentáneamente la cordura, pero luego sufrió una recaída y murió de mala manera.³⁴

Si la Edad Media definió la depresión en términos morales, el Renacimiento lo hizo en términos estéticos.

Bebiendo de las fuentes de los filósofos clásicos, más que de los médicos clásicos, los pensadores del Renacimiento plantearon que la depresión indicaba profundidad. La filosofía humanista desafiaba cada vez con más fuerza a la doctrina cristiana, aunque en otros casos fortalecía esas creencias y dogmas. El dolor irracional que en la Edad Media había sido considerado un pecado y una maldición, era ahora una enfermedad —a la que se daba cada vez más el nombre de melancolía— y la cualidad que definía una personalidad —a la que también se daba cada vez más el nombre de melancólica—. Entre todos los escritores renacentistas que estudiaron la depresión —y fueron legión—, Marsilio Ficino fue el más grande filósofo del tema en ese período. Ficino creía que la melancolía, que estaba presente en todos los hombres, es la manifestación de nuestra añoranza de lo inmenso y lo eterno. Acerca de aquellos para quienes la melancolía es un estado condenable, escribió: «Es asombroso que siempre que estamos ociosos caemos en la aflicción como si fuéramos exiliados, aunque no conozcamos la causa de nuestra

aflicción o ni siquiera pensemos en ella ..., en medio de los juegos del placer a veces suspiramos, y cuando esos juegos han concluido, nos separamos y nos sentimos aún más apesadumbrados». La melancolía así descrita es algo que subyace al ajetreo de la vida cotidiana, una cualidad constante del alma. Ficino retoma la idea aristotélica de una tristeza cargada de locura divina, y agrega que el filósofo, el pensador profundo o el artista, tienen necesariamente un contacto más estrecho con su melancolía que el hombre común, que la profundidad misma de su experiencia de la melancolía refleja su éxito a la hora de elevar su mente por encima de las distracciones de la vida común y corriente. Para Ficino, la mente torturada es la más valiosa, pues es catapultada hacia la melancólica noción de la insuficiencia de su conocimiento de Dios. Este punto de vista se convierte en un credo sagrado cuando explica la naturaleza de la melancolía divina: «En la medida en que somos representantes de Dios en la tierra, nos perturba de modo constante la nostalgia de la patria celestial». La condición propia del conocimiento es la insatisfacción, y la consecuencia de la insatisfacción es la melancolía, la cual divorcia el alma del mundo y la encamina hacia la pureza. La mente «gana en perfección cuanto más se aleja del cuerpo, y en consecuencia, alcanza la mayor perfección en el momento en que emprende de forma definitiva el vuelo». La descripción de la divinidad de la melancolía que hace Ficino reconoce que se trata de un estado muy cercano a la muerte.

Con posterioridad Ficino propuso que la creación artística dependía de una musa que se presentaba en un momento de locura transitoria: la melancolía era un prerequisite de la inspiración. No obstante, Ficino reconocía que la depresión era una enfermedad terrible, y recomendaba tratamientos, entre ellos el ejercicio, cambios en la dieta y música. Él mismo era depresivo, y cuando se sentía mal no podía invocar todos estos argumentos atractivos a favor de la depresión. Cuando sus amigos iban a verlo, a menudo debían recordarle sus propios argumentos. La filosofía de Ficino, como gran parte del pensamiento posterior al Renacimiento sobre el tema de la melancolía, es autobiográfica. El sexto capítulo de su primer libro se titula «De cómo la bilis negra hace inteligentes a las personas», y en él nos dice que debemos abrirnos camino entre la flema no melancólica, por un lado, y la enfermedad melancólica más desesperada, por otro.³⁵

El Renacimiento intentó reconciliar su comprensión del pensamiento clásico con cierto «saber» aceptado proveniente de la Edad Media. Así, combinando la idea clásica de los temperamentos con la fascinación medieval por los horóscopos, Ficino describía a Saturno como el planeta ambivalente, aislado y poderoso que reinaba sobre la melancolía. Según el alquimista y cabalista Agripa, Saturno es «el autor de la contemplación misteriosa inaccesible al común de los mortales, el más

sobresaliente de los planetas, que primero hace volver el alma a su esencia, y luego la eleva desde las cuestiones menos importantes a las más eminentes y le concede la ciencia».³⁶ Estos puntos de vista se encuentran también en los escritos de Giorgio Vasari acerca de los grandes artistas de la época.³⁷

El Renacimiento inglés se apartó menos de la concepción medieval de la melancolía que el italiano, pero la influencia del sur comenzó a hacerse sentir a finales del siglo XV. Así, por ejemplo, los ingleses siguieron creyendo que la melancolía provenía de «las relaciones con ángeles malignos, o de la intromisión de ellos en la vida del enfermo»,³⁸ pero aceptaban que aquellos que sufrían esa influencia no eran responsables de ella. Para el pensador renacentista inglés, la sensación de pecado que experimenta el melancólico es un peligroso infortunio más que una señal de la ausencia del amor de Dios, y no debe confundirse con la verdadera sensación de pecado que experimenta el verdadero pecador. Por supuesto no siempre era fácil distinguir entre lo ilusorio y lo real. Un estudioso de «la constitución melancólica enloquecida por la pena», afirmaba que él había sentido que «un espíritu maligno penetró por su ano con un flato, y comenzó a trepar por su cuerpo hasta que se apoderó de la cabeza».³⁹ Aunque finalmente se curó de esta presencia del diablo, otros no tuvieron tanta suerte. George Gifford se preguntaba «qué clase de personas son las más adecuadas para que el diablo pueda convertirlas en instrumento para la brujería y los hechizos», y la respuesta que encontró fue que el diablo busca «personas impías que son ciegas, infieles, abrumadas por la más oscura ignorancia y hundidas en ella. Si hay en ellas una constitución física melancólica, lo que el diablo les dicta se imprime más profundamente en la mente».⁴⁰

La idea del norte acerca de la relación entre las brujas y la melancolía resulta inquietante si la comparamos con la idea del sur que relaciona el genio con la melancolía. El médico de la corte holandesa Jan Wier (cuyo *De praestigiis daemonum* fue catalogado por Freud como uno de los diez mejores libros de todos los tiempos) fue un gran defensor de las brujas, a las que consideraba víctimas de su propia melancolía. Su afirmación, según la cual estas desdichadas damas sufrían una enfermedad mental, salvó a un buen número de ellas de la ejecución. Para fundamentar su argumento, demostró que las víctimas de las brujas solían caer en el delirio, y mencionó la gran cantidad de hombres que en el norte de Europa acusaban a las brujas de robarles su pene. Wier insistía en que era muy común que quienes los examinaban reconocieran el órgano robado y notaran que estaba físicamente presente en el punto exacto en el que siempre se había encontrado, y

planteaba que los hombres eran abandonados por sus «agujas» en raras ocasiones. Si los hombres que eran «víctimas» de las brujas sufrían delirios, seguramente aquellos que suponían que esas mujeres eran brujas deliraban aún más.⁴¹ Esta idea fue recogida por el inglés Reginald Scot, quien, en su libro de 1584 acerca de la brujería, sugería que las brujas no eran más que ancianas tontas y deprimidas aguijoneadas por el diablo como por un mosquito, que de forma estúpida se culpaban a sí mismas de los problemas que se suscitaban en torno a ellas. En sus «mentes soñolientas el diablo había encontrado un buen refugio, de modo que no les costaba nada persuadirse de que eran ellas las que habían cometido cuanta maldad, desgracia, calamidad o muerte brutal se hubiesen producido». Esta visión de que lo que se había tenido por verdad religiosa no era sino un delirio y que afirmaba que la melancolía era una enfermedad mental, tuvo encarnizados adversarios que siguieron defendiendo la concepción medieval. Aunque fue muy leído en la Inglaterra isabelina, el rey Jacobo ordenó quemar todos los ejemplares del libro de Scot, como si los libros mismos fueran brujas.⁴²

Poco a poco, la idea de la enfermedad desplazó a la de posesión. En un caso francés de este período, los médicos percibieron en una bruja «cierto ruido sordo debajo de sus costillas, del lado izquierdo, que es característico de aquellos que padecen hastío de la vida»,⁴³ y este hallazgo dio lugar a una orden dirigida a los sacerdotes que emitió el sínodo de 1583, según la cual debían «indagar con diligencia cómo es la vida de los poseídos» antes de un exorcismo, «porque muy a menudo aquellos que son melancólicos, lunáticos y han sido embrujados por arte de magia ... necesitan más los remedios de los médicos que los de los sacerdotes exorcistas».⁴⁴ El racionalismo renacentista triunfaba sobre la superstición medieval.

Los franceses fueron los primeros en tratar de manera eficaz los síntomas que podían reflejar la enfermedad fundamental o la perturbación de la imaginación. Montaigne, que en cierto modo también era un melancólico, creía fervientemente en la filosofía como medicina, y creó un teatro de ilusiones antimelancólico. Cuenta, por ejemplo, el caso de una mujer que estaba aterrorizada porque creía que se había tragado una aguja; él la hizo vomitar, puso una aguja en el vómito, y la mujer se curó.⁴⁵

El *Discourse of Melancholike Diseases* (Disertación sobre la melancolía) de Andreas du Laurens se publicó en Inglaterra en 1599. Du Laurens afirmaba que la melancolía era «una alteración de la temperatura del cerebro, que lo volvía frío y seco», que podía proceder «no de una disposición del cuerpo», sino «del modo de vivir del paciente, y de aquellos estudios a los que es más adicto». Du Laurens dividía la mente en tres partes: razón, imaginación y memoria. Tras concluir que la

melancolía era una enfermedad de la imaginación, postulaba que la razón del melancólico permanecía intacta, lo que significaba que a los ojos de la Iglesia el melancólico no había sido despojado de su humanidad (su «alma racional e inmortal») y, por lo tanto, no cargaba con la maldición de Dios. Además, incorporó la idea de que la melancolía puede aparecer poco a poco, y distinguió «las constituciones melancólicas que se mantienen dentro de los límites de la salud» de aquellas que los excedían. Como la mayoría de los otros autores que escribieron sobre el tema, su libro está plagado de descripciones anecdóticas de casos individuales, entre ellos el de un sienés, un caballero que había decidido que prefería morir antes que volver a orinar, porque imaginaba que en la primera ocasión en que orinara su ciudad se inundaría. Al parecer el hombre estaba paralizado por una angustia depresiva, y por la certeza de su capacidad de destrucción, y estaba provocándose un serio daño en la vejiga. Finalmente, sus médicos encendieron un fuego en la casa vecina, convencieron al hombre de que la ciudad se estaba incendiando y de que solo él con su orina podría salvarla, y de ese modo lograron aliviar su curiosa angustia.

Tal vez Du Laurens sea más conocido por su compleja idea de que las personas ven hacia atrás, es decir, que los ojos dan una vuelta completa hacia dentro y miran el cerebro. No logra aclarar con qué maravilloso paisaje se encuentra el animado sujeto cuando se mira el cerebro, pero postula que, puesto que el cerebro del melancólico está bañado en bilis negra, sus ojos, cuando miran hacia atrás, no ven sino oscuridad. «Los espíritus y los vapores negros pasan continuamente por los nervios, las venas y las arterias, y desde el cerebro al ojo, lo que da lugar a que se vean muchas sombras y apariciones irreales que surcan el aire, después de lo cual, desde el ojo, las formas se transmiten a la imaginación.» Luego la molestia se acentúa aún más, estas negras visiones siguen relampagueando en el ojo incluso cuando está dirigiendo la mirada hacia el mundo exterior, y es por eso que el melancólico ve «muchos cuerpos volando, como hormigas, moscas y largos cabellos, del mismo modo que cuando uno está a punto de vomitar».⁴⁶

En esta época comenzó a ser un lugar común la noción de que era posible distinguir entre la pesadumbre corriente y la melancolía ponderando la proporción en que se presentan la sensación de pérdida y la aflicción, y evaluando en qué medida en algunas personas esta proporción se encuentra alterada, un principio que Freud desarrollaría tres siglos más tarde y que se sigue empleando hoy para el diagnóstico de la depresión. Un médico de comienzos del siglo XVII⁴⁷ escribió que uno de sus pacientes había llegado al punto de «no poder alegrarse con nada» después de la muerte de un ser querido; otro estaba «perturbado por la melancolía,

y no encontraba sentido a la vida después de la muerte de su madre, ocurrida tres meses antes. Gime, llora, deambula de un lado a otro sin rumbo fijo y no consigue concluir tarea alguna». Otro médico escribió que el malestar o la aflicción corrientes «dan lugar a la irrupción del peor enemigo de la naturaleza, a saber, la melancolía». La melancolía, entonces, se convierte en algo común y corriente y, al mismo tiempo, en algo anormal; esta definición dual no tardó en convertirse en la definición estándar de este cuadro. Hacia finales del siglo XVI y durante el XVII, la melancolía «común y corriente» se había convertido en una dolencia generalizada que podía ser tanto agradable como desagradable. Los argumentos de Ficino y de sus colegas en Inglaterra se difundían cada vez más en toda Europa. Levino Lemnio en Holanda, Huarte y Luis Mercado en España, Joannes Baptista Silvatico en Milán y Andreas du Laurens en Francia, afirmaron en sus escritos que la melancolía mejora al hombre y lo inspira más que los cuadros no melancólicos que se le parecen.⁴⁸ Las concepciones románticas aristotélicas acerca de la melancolía se impusieron en toda Europa, y la melancolía se puso de moda. En Italia, donde Ficino había identificado definitivamente la melancolía con el genio, la expectativa que animaba a todos aquellos que se creían geniales era ser melancólicos. Mientras los hombres brillantes tal vez sufrieran en verdad de melancolía, los que esperaban que se los considerara brillantes simulaban que la padecían. En Florencia se constituyó, en torno de Ficino, un grupo cosmopolita de intelectuales saturnistas. Los ingleses que viajaban a Italia y se vinculaban con este ambiente regresaban a su país alardeando de una sofisticación que se manifestaba en sus actitudes melancólicas, y como solo los ricos podían permitirse viajar, a los ojos de los ingleses la melancolía no tardó en convertirse en una enfermedad de la aristocracia. El malestar de los miembros de la clase alta —hombres de mirada sombría, siempre apesadumbrados, taciturnos, desaliñados, irritables, hoscos, austeros— da lugar, hacia finales del siglo XVI, a la creación de un prototipo social que la literatura de la época describió y caricaturizó, y que tuvo su personificación más brillante en «el melancólico Jacques» de *Como gustéis*.

Shakespeare, con su magistral enfoque de la melancolía, que es claramente el asunto excluyente de *Hamlet*, cambiaría para siempre la comprensión del tema. A través de su protagonista, el príncipe Hamlet, Shakespeare describió la melancolía con una perspicacia y una complejidad sin precedentes en la que se alternan la alegría y la tristeza, mostró como ningún otro autor que era esencial para la sabiduría y, en la misma medida, fundamento de la locura, y le atribuyó como rasgos principales la astucia y la tendencia a la autodestrucción. Antes de Shakespeare la melancolía había sido una entidad autónoma; después de Shakespeare, distinguirla del resto de la personalidad sería tan difícil como separar los rayos del color índigo del resto del espectro. Lo que un prisma dejaría ver por

un instante no puede alterar la realidad cotidiana del sol.

En la época en que *Hamlet* se representó por primera vez, la melancolía era casi un privilegio como enfermedad. En una obra de mediados del siglo XVII, un barbero malhumorado se queja de que siente melancolía y recibe una severa reprimenda.⁴⁹ «¿Melancolía? Vamos, hombre. ¿Es melancolía una palabra para estar en boca de un barbero? Deberías decir que te sientes pesado, triste o aturdido: ¡la melancolía es el penacho que adorna el sombrero del cortesano!» Según las notas de un médico de la época, el 40 por ciento de sus pacientes melancólicos tenían algún título nobiliario, a pesar de que el grueso de su trabajo consistía en atender a granjeros o a sus esposas. Dos tercios de los aristócratas que acudían a su consulta se quejaban de tener humores melancólicos; estos hombres y mujeres estaban bien informados, y no hablaban simplemente de oleadas de tristeza, sino que describían lo que les pasaba basándose en los conocimientos que circulaban entonces.⁵⁰ Uno de esos pacientes estaba «ansioso por conseguir algo para disolver los vapores que emanaban del bazo». Los brebajes basados en el eléboro todavía eran los preferidos. El médico que trató a este hombre le prescribió *hiera logadii*, lapislázuli, eléboro, trébol, polvo de regaliz, *diambra* y *pulvis sancti*, todo disuelto en vino blanco y borraja. También se consultaban cartas astrológicas para obtener información que el paciente no podía dar a fin de determinar el momento adecuado para el tratamiento, y se contemplaba la posibilidad de una sangría. Y, por supuesto, el consejo religioso solía considerarse una buena idea.

Del mismo modo que en los primeros tiempos del Prozac todo el mundo parecía estar deprimiéndose, luchando contra la depresión y hablando de esa lucha, a comienzos del siglo XVII el hombre no melancólico comenzó a prestar atención a la idea de la melancolía. Tanto en la década de 1630 como en la de 1990, el significado de la palabra asociada con la enfermedad (melancolía o depresión) comenzó a volverse confuso.

Cuando la acedia era un pecado, solo aquellos que estaban tan enfermos que no podían con su alma o que sufrían angustia delirante admitían su enfermedad. Ahora que la palabra melancolía se empleaba también para referirse a una gran profundidad, a la expresividad, la complejidad e incluso el genio, hubo quienes adoptaron las conductas típicas de un depresivo sin estar enfermos, y pronto descubrieron que, aunque la verdadera depresión podía ser dolorosa, la conducta depresiva podía ser agradable. Se estiraban en mullidos sofás durante horas a contemplar la luna, se hacían preguntas existenciales, decían tener miedo de cualquier cosa que pudiese parecer difícil, no respondían a las preguntas que les hacían, y, en suma, se comportaban imitando exactamente todo aquello que la

prohibición contra la acedia se había propuesto impedir. No obstante, esa actitud se ajustaba a la misma estructura básica de la enfermedad, a eso que ahora llamamos depresión. Esta supuesta melancolía era una dolencia digna de encomio que se analizaba de manera constante. Gracias a la comprensión y el respeto con que se los trataba, y a diversos avances médicos, en esta época los que sufrían de verdad de melancolía grave pudieron sobrellevarla mejor que en cualquier otra de las que se sucedieron después de la Roma de Galeno. El estado mental así idealizado fue algo que bien podríamos llamar melancolía blanca, algo más reluciente que sombrío.⁵¹ El poema de Milton «El penseroso»⁵² describe de modo exquisito esta idea dominante en el siglo XVII:

*Salve, Diosa, sabia y santa,
salve, Melancolía, la más divina,
cuyo piadoso rostro es demasiado brillante
para el humano sentido de la vista.*

Hasta que en una celebración del aislamiento monástico, la tristeza y la vejez, Milton revela su deseo:

*Descubre la apacible ermita,
el tosco hábito y la celda cubierta de musgo,
...
hasta que la antigua experiencia me permita alcanzar
algo así como una vena profética.
Procúrame estos placeres, Melancolía,
y yo querré vivir contigo.*

Al siglo XVII pertenece el más grande de los adalides de la causa melancólica. Robert Burton combinó un milenio de pensamiento con un rico bagaje de intuiciones personales dispersas en *Anatomía de la melancolía*, el libro al que dedicó toda su vida.⁵³ La obra sobre el tema más citada antes de que Freud publicara *Duelo y melancolía* es un volumen extraordinariamente erudito, sutil,

contradictorio y mal organizado, que sintetiza e intenta reconciliar las filosofías de Aristóteles y Ficino, el sentido dramático de Shakespeare, los enfoques médicos de Hipócrates y Galeno, los dogmas religiosos de la Iglesia medieval y la renacentista, y experiencias personales relacionadas con la enfermedad y la introspección. La capacidad de Burton para establecer vínculos significativos entre la filosofía y la medicina, y entre la ciencia y la metafísica, abrió el camino hacia una teoría unificada de la mente y la materia. Y sin embargo, su mérito no reside tanto en su empeño por reconciliar puntos de vista conflictivos como en la tolerancia que mostró frente a lo que había en ellos de contradictorio; Burton era muy capaz de ofrecer seis explicaciones discrepantes de un fenómeno sin sugerir siquiera que ese fenómeno podía obedecer a múltiples determinaciones, lo cual para el lector moderno resulta a veces extravagante. Pero ese mismo lector, si recorre textos del Instituto Nacional de Salud Mental de edición reciente, descubrirá que la complejidad de los cuadros depresivos reside precisamente en que suelen responder a múltiples determinaciones: que la depresión es el destino común al que conducen distintos senderos, y que, en cada individuo, un cierto conjunto de síntomas puede provenir de uno o de varios de esos senderos.

Burton propone una explicación física de la melancolía: «Nuestro cuerpo se asemeja a un reloj: si falta alguno de los engranajes, los otros ya no pueden trabajar y todo el artefacto sufre». Y admite que «así como los filósofos reconocen ocho variedades distintas de calor y de frío, en la melancolía podríamos distinguir ochenta y ocho, pues las partes son afectadas en diferentes magnitudes, o han llegado a hundirse, un poco más o un poco menos, en este abismo infernal». Más adelante agrega: «Ni el mismísimo Proteo podría adoptar tantas formas diferentes; sería más sencillo vestir a la luna que comprender el verdadero carácter de un melancólico, y sería más fácil notar el movimiento de un grano de sal en el aire que penetrar en el corazón de un melancólico». Burton hace una distinción general entre la «melancolía de la cabeza», que se localiza en el cerebro, la «melancolía de todo el cuerpo», y la que proviene «de los intestinos, el hígado, el bazo o las membranas», a la que llama «melancolía gaseosa». Luego divide y subdivide cada una de estas categorías, trazando así un mapa de la aflicción.

Burton distingue entre la melancolía y el estar simplemente «apesadumbrado, triste, afligido, aturdido, indispuerto, ensimismado, conmovido por algo o disgustado». Esos estados, afirma, son parte de lo que siente cualquier ser humano por el solo hecho de vivir, y no deberían considerarse como prueba de que se está enfermo. «El hombre nacido de mujer —dice citando el *Book of Common Prayer* (Devocionario)— es inconstante y vive acosado por las preocupaciones.» Esto no significa que todos seamos melancólicos. Por eso Burton comenta: «Estos

sufrimientos son parte de nuestra vida. Resulta de lo más absurdo y ridículo que un mortal se empeñe en conseguir la felicidad perpetua en esta vida. Nada hay más absurdo, y quien no sepa esto, y no esté preparado para soportarlo, no es apto para vivir en este mundo. Convéncete, pues, si no puedes sobrellevarlo, de que no hay otro modo de evitarlo que armarse de paciencia, oponerle resistencia, sufrir la aflicción, soportarla sin desmayar».

No se puede vivir en este mundo si no se está en condiciones de sobrellevar la desgracia, que a todos alguna vez nos llega; pero la desgracia no se deja controlar. Un simple acceso de tos resulta tolerable, pero si es «continua e inveterada, causa consunción pulmonar; lo mismo ocurre con las provocaciones de la melancolía». Así, Burton identifica el muy moderno principio que sostiene que no hay dos personas que tengan el mismo umbral de tolerancia a los traumas, y que es la interacción entre la magnitud del trauma y el umbral de tolerancia la que determina la enfermedad. «Porque aquello que para uno no es más que una picadura de pulga, a otro le resulta un tormento insufrible, y aquello a lo que uno gracias a su singular templanza y recta compostura puede felizmente sobreponerse, otro no tiene la menor capacidad para soportarlo, sino que ante la más mínima sensación de supuesto maltrato o daño, de aflicción, desgracia, pérdida, enfado, rumor, etc., sus pasiones se desatan de tal modo que alteran su constitución, y el individuo ya no puede digerir lo que come, no logra dormir, su espíritu se ensombrece, y siente un enorme peso en el corazón ... y la melancolía se apodera de él. Y como le ocurre al hombre que ha sido encarcelado por sus deudas, que una vez que está en la cárcel todos y cada uno de sus acreedores litigan contra él y quieren mantenerlo preso, si un malestar cualquier aflige al paciente, en un santiamén irrumpen todos los otros trastornos, y entonces, como si fuera un perro cojo o un ganso con las alas rotas, tropieza, cae y languidece, hasta que por fin se hunde en esa enfermedad que es la mismísima melancolía.» Burton analiza también la experiencia de la angustia, incorporándola correctamente a su descripción de la depresión: «Durante el día se sienten espantados hasta la parálisis por algún objeto terrible, y abrumados por sospechas, miedo, pena, malestares, preocupaciones, vergüenza, angustia, etc., y son como esos caballos salvajes que no pueden quedarse quietos ni una hora, ni un minuto siquiera».

Burton describe a los melancólicos como «desconfiados, envidiosos, maliciosos», «codiciosos», «quejicas, insatisfechos» y «proclives a vengarse». Pero también afirma que «no hay hombre más ingenioso que el melancólico, y [su constitución melancólica] lo transporta muchas veces a un éxtasis divino y una especie de entusiasmo ... que hace que estos hombres sean excelentes filósofos, poetas, profetas, etc.». Tuvo muy en cuenta a los censores de su tiempo, de modo

que se refirió a las cuestiones religiosas relacionadas con la enfermedad con discreción, pero también asevera que el excesivo entusiasmo religioso puede ser una señal de melancolía o puede engendrar una alocada desesperación; y afirma que las personas tristes que reciben mandatos de Dios y no se sienten aptas para cumplirlos probablemente estén experimentando delirios melancólicos. Y dice, por fin, que la melancolía es en realidad una enfermedad del cuerpo y del alma, aunque luego, como Du Laurens, evita sugerir que entrañe la pérdida de la razón (algo que despoja de su humanidad a aquellos que la sufren y los convierte, por lo tanto, en animales) diciendo que la enfermedad es un «fallo de la imaginación» más que de la razón.

Burton clasifica los tratamientos entonces en boga para la depresión. Estaban los ilegales «del diablo, los hechiceros, las brujas, etc., que recurren a hechizos, maleficios, encantamientos, imágenes, etc.», y los legales, que proceden «inmediatamente de Dios, como un *Jove principium*, o por medio de la naturaleza, que involucran a, y son puestos en obra por: a) el médico, b) el paciente, c) la medicina». Aunque enumera docenas de tipos de tratamientos, al cabo afirma que «el principal» consiste en tratar directamente «las pasiones y perturbaciones de la mente», y sugiere «abrirse» a los amigos y buscar «el júbilo, la música y la compañía de personas alegres». Y recomienda su propio catálogo de ingredientes para el tratamiento: caléndula, diente de león, fresno, sauce, tamarisco, rosas, violetas, manzanas dulces, vino, tabaco, jarabe de amapolas, matricaria, hipérico, que debían «mezclarse un viernes a la hora de Júpiter», y, además, usar un anillo hecho con la pata delantera de un asno.

Burton aborda también el difícil problema del suicidio. Si bien la melancolía estaba en boga a finales del siglo XVI, el suicidio estaba prohibido por la ley y por la Iglesia, una prohibición reforzada por sanciones económicas. En Inglaterra, en esta época, si un hombre se suicidaba, su familia era despojada de todos sus bienes muebles, entre ellos arados, rastrillos, mercancías y otros bienes materiales necesarios para la subsistencia. Un molinero de una pequeña ciudad inglesa se lamentaba en su lecho de muerte, después de haberse infligido una herida fatal: «El Rey confiscará mis propiedades. He dejado a mi esposa y a mis hijos en la miseria». Atento una vez más a los censores de su tiempo, Burton analiza con la mayor discreción las implicaciones religiosas del suicidio, pero como reconoce hasta qué punto es intolerable la angustia cuando es profunda, se pregunta «si no sería legítimo, en este caso de la melancolía, que un hombre ejerciera violencia sobre sí mismo». Más adelante escribe: «En estos días sórdidos, feos y desagradables en los que no encuentran consuelo ni remedio alguno para esta vida miserable, tratan de buscar alivio en la muerte ... deciden ser sus propios

carniceros, y se ejecutan». Esto es llamativo, porque hasta Burton la cuestión de la depresión nunca se había relacionado con el crimen contra Dios que entraña la autodestrucción; y de hecho la palabra «suicidio» parece haber sido acuñada poco después de la magna obra de Burton. El libro incluye historias acerca de aquellos que ponían fin a su vida por razones políticas o morales, y de aquellos que tomaban la decisión por imprudencia más que por estar enfermos. Luego se ocupa de los suicidios de personas que no son racionales, y de este modo vincula estas dos cuestiones que antes se consideraban condenables y convierte el suicidio en un tópico de discusión único.

Burton describe una interesante serie de delirios melancólicos: un hombre que pensaba que era un cangrejo, otros que creían «que son de vidrio, y por lo tanto no pueden soportar que nadie se les acerque; algunos dicen que son de corcho, o livianos como plumas, o pesados como el plomo; los hay que temen que su cabeza se separe del cuerpo, o que tienen un sapo en el vientre, etc. Otro no se atreve a cruzar un puente o a acercarse a un estanque, o a un peñasco o a una colina escarpada, o a dormir en una habitación en la que hay vigas transversales, por temor a caer en la tentación de colgarse, de ahogarse, o de caer al vacío». Estos delirios eran característicos de la melancolía en esa época, y en la literatura y en los textos de medicina abundan los ejemplos. El escritor holandés Caspar Barlaeus creyó, en una etapa de su vida, que era de vidrio, y en otro momento, que era de paja y que en cualquier momento podría prenderse fuego. Cervantes escribió una novela corta, *El licenciado Vidriera*, en la que contaba la historia de un hombre que creía que era de vidrio. Este tipo de falacia era tan común que algunos médicos de la época la llamaban simplemente «el delirio vítreo». Es un fenómeno que en esa época se encuentra en la literatura popular de todos los países occidentales. Varios holandeses estaban convencidos de que tenían nalgas de vidrio, y evitaban a toda costa sentarse, por temor a que se les rompieran; uno insistía en que solo podía viajar encerrado en una caja tapizada con paja. Casanova describió extensamente a un panadero que creía que era de manteca y estaba aterrado por la posibilidad de derretirse, y que insistía en estar siempre desnudo por completo y cubierto con hojas para mantener su cuerpo fresco.⁵⁴

Estos delirios daban lugar a sistemas de comportamiento melancólicos: hacían que las personas afectadas vivieran asustadas por nimiedades y rechazaran cualquier contacto corporal. Al parecer, los que padecían estos delirios habían sufrido invariablemente los síntomas habituales (tristeza injustificada, cansancio permanente, falta de apetito, etc.) que hoy asociamos con la depresión. Esta tendencia al delirio, que había existido en alguna medida en períodos anteriores (el papa Pío II cuenta que Carlos VI de Francia había creído ya en el siglo XIV que era

de vidrio, y se había hecho coser un arnés de hierro a la ropa para no romperse si se caía; también Rufo había registrado delirios semejantes en la antigüedad), y que alcanzó su punto más alto en el siglo XVII, no es desconocida en nuestros días. No hace mucho se ha registrado en Holanda el caso de una mujer deprimida que creía que sus brazos eran de vidrio y no quería vestirse por temor a que se rompieran, y sabemos que hay pacientes que padecen cuadros esquizoafectivos que suelen oír voces y tener alucinaciones; los obsesivos-compulsivos tienden a experimentar temores igualmente irracionales, como por ejemplo, terror a la falta de limpieza. Sin embargo, con el avance de la modernidad, el carácter delirante de la depresión se ha vuelto menos específico. Todos estos delirios del siglo XVII son, en realidad, una manifestación de paranoia, de temor a ser víctima de una conspiración, y de la sensación de incompetencia frente a las exigencias de la vida cotidiana, y esas sensaciones son por completo características de la depresión moderna.

Puedo recordar que cuando estuve deprimido no podía hacer cosas comunes y corrientes. «No puedo ir a un cine», le dije una vez a una persona que, para levantarme el ánimo, me había invitado a ver una película. «No puedo salir a la calle», me dije en otro momento. No podía dar una explicación específica para justificar estas actitudes, no suponía que me iba a derretir en el cine, o que el viento de la calle me convertiría en piedra, y sabía que no había ninguna razón que me impidiera salir; pero sabía que no podía hacerlo con la misma certeza de que no puedo saltar por encima de un rascacielos. Podía echarle la culpa a mi serotonina, y lo hice. Creo que no ha habido ningún argumento convincente que diga por qué en el siglo XVII los delirios de la depresión adoptaron una forma tan concreta, pero al parecer, hasta que comenzaron a surgir las explicaciones y los tratamientos científicos para la depresión, la gente inventaba dispositivos para explicar sus temores. En una sociedad más madura uno puede tener miedo a que le toquen, o a estar de pie o sentado, y no necesita dar a ese miedo una justificación concreta, como por ejemplo, decir que uno es de vidrio; y solo en un contexto sofisticado uno podría experimentar un miedo irracional al calor sin tener que vincularlo con un temor a derretirse. Estos delirios, que pueden parecer desconcertantes para los médicos de nuestro tiempo, se comprenden mejor si se los sitúa en su propio contexto.

El gran transformador de la medicina del siglo XVII, por lo menos desde el punto de vista filosófico, fue René Descartes. Aunque no estaba tan alejado de la tradición agustiniana, que postulaba una división entre el alma y el cuerpo, su modelo mecánico de la conciencia tenía ramificaciones específicas en el campo de

la medicina y, en especial, en lo tocante a los tratamientos para las enfermedades mentales.⁵⁵ Descartes ponía mucho énfasis en la influencia de la mente sobre el cuerpo y viceversa, y en *Las pasiones del alma* describía cómo el estado de la mente puede afectar inmediatamente al cuerpo, pero sus seguidores prefirieron trabajar con el supuesto de una escisión total de mente y cuerpo. Así, el pensamiento llegó a ser dominado por una biología cartesiana, y se trataba de una biología en gran parte errónea. La biología cartesiana provocó una considerable inversión del destino de los deprimidos. La interminable discusión acerca de qué es el cuerpo y qué es el alma —si la depresión es un «desequilibrio químico» o una «debilidad humana»— es un legado de Descartes. Hasta en estos últimos años no hemos comenzado a aclarar esta confusión. Pero ¿cómo alcanzó semejante influencia la biología cartesiana? Como dijo un psicólogo de la Universidad de Londres, «En mi experiencia, no hay cuerpo, no hay alma, no hay problema».

Thomas Willis, que trabajó para demostrar la susceptibilidad corporal de la mente, publicó a mediados del siglo XVII *Two Discourses Concerning the Soul of Brutes* (Dos disertaciones sobre el alma de las bestias), la primera teoría química coherente de la melancolía, que no dependía de las antiguas teorías de los humores, de la bilis negra, el bazo o el hígado. Willis creía que existía en la sangre una «llama internamente encendida» atizada por la «comida sulfurosa» y el «aire nitroso», y que el cerebro y los nervios hacían converger los espíritus resultantes para orientar las sensaciones y el movimiento. Para Willis el alma es un fenómeno físico, la «bruja sombría» del cuerpo visible que «depende del temperamento de la masa sanguínea». Willis pensaba que eran varias las circunstancias que podían aumentar la sal en la sangre y limitar así la llama, lo que reduciría la iluminación del cerebro y daría lugar a la oscuridad cerebral propia de la melancolía. Willis creía que este incremento de la salinidad de la sangre podía obedecer a toda clase de circunstancias externas, entre ellas el clima, el exceso de pensamiento y la falta de ejercicio. El cerebro del melancólico queda fijado en esas visiones de la oscuridad y las incorpora al carácter. «De ahí que cuando la llama vital es tan pequeña y languideciente que se estremece y tiembla con cada movimiento, no es de extrañar que la mente de la persona melancólica, siempre triste y temerosa, se halle debilitada y a medias derrumbada.» El efecto de un problema de esta naturaleza, si se vuelve persistente, sería una transformación orgánica del cerebro. La sangre melancólica puede «excavar nuevas porosidades en los cuerpos vecinos»; la «naturaleza acetosa de los espíritus» y las «fetideces melancólicas» alteran «la conformación misma del cerebro». Luego los espíritus «ya no respetan sus anteriores recorridos y modalidades de expansión, sino que ocupan con toda su densidad nuevos y desacostumbrados espacios». Aunque los orígenes de este principio son confusos, la ciencia moderna confirma la realidad a la que se refiere;

es muy cierto que una depresión persistente altera el cerebro, invadiendo «espacios desacostumbrados».⁵⁶

Hacia el final del siglo XVII y comienzos del XVIII, los avances en el ámbito de la ciencia fueron enormes. Las relaciones acerca de la melancolía experimentaron cambios significativos como consecuencia de las nuevas teorías sobre el cuerpo, que dieron lugar a una serie de nuevas teorías acerca de la biología de la mente y sus disfunciones. Nicholas Robinson propuso un modelo del cuerpo basado en la noción de fibra, y en 1729 planteó que la depresión la provocaba un fallo en la elasticidad de las fibras. En cuanto a lo que ahora llamaríamos psicoterapias, Robinson no se fiaba de ellas. «Uno puede tratar de aconsejar a un hombre para sacarlo de la más violenta fiebre —escribió—, y también esforzarse por enmendar cualquier alteración de sus facultades mediante la influencia que los sonidos pueden tener en él, aunque ese recurso nunca se aplica con la suficiente elocuencia.»⁵⁷ Aquí comienza a abandonarse de forma definitiva la idea del melancólico como un individuo cuya capacidad para explicar lo que le pasa podría contemplarse como parte de su cura.

En 1742, Hermann Boerhaave retomó esta idea y propuso el modelo llamado iatromecánico, según el cual todas las funciones del cuerpo podían explicarse mediante una teoría basada en los principios de la hidráulica; de ahí que considerara al cuerpo como «una máquina animada y viviente». Boerhaave planteaba que el cerebro es una glándula cuyos jugos nerviosos circulan por la sangre. La sangre está formada por muchas sustancias diferentes mezcladas, y cuando el equilibrio entre ellas se altera, sostenía, comienzan los problemas. La depresión aparece cuando los elementos aceitosos y grasos de la sangre se acumulan y la disponibilidad de los jugos nerviosos disminuye, dado lo cual la sangre deja de circular por los lugares por los que debe circular. Boerhaave afirmaba que esto a menudo se debía a que uno había consumido una cantidad excesiva de jugo nervioso en pensar (lo que era agotador); la solución consistía en pensar menos y actuar más, a fin de producir un mejor equilibrio entre los componentes de la sangre. Como Willis, Boerhaave comprendió algo: la disminución del flujo de sangre a ciertas áreas del cerebro puede causar depresión o delirio; y lo que suele desencadenar la depresión en los ancianos seniles es un fallo de la circulación de la sangre en el cerebro, en el que ciertas áreas se han espesado, como si se hubieran coagulado, y ya no pueden absorber los elementos nutritivos de la sangre.⁵⁸

Esta teoría propició una deshumanización de lo humano. En 1747, Julien Offray de La Mettrie, uno de los grandes defensores de la teoría de Boerhaave,

escandalizó a los piadosos con la publicación de su obra *El hombre máquina*, de modo que fue expulsado de la corte francesa y se marchó a Leiden, de donde también fue expulsado, y murió a los cuarenta y dos años en la remota Berlín. De La Mettrie sugería que el hombre no era más que un conjunto de sustancias químicas comprometidas en acciones mecánicas: la teoría de la ciencia pura tal como ha llegado hasta nosotros. De La Mettrie sostenía que la sustancia viviente era por naturaleza irritable, y que toda la acción derivaba de su irritación. «La irritabilidad es la fuente de todos nuestros sentimientos, de todos nuestros placeres, de toda nuestra pasión, y de todos nuestros pensamientos.» Este enfoque dependía de un concepto de la naturaleza humana que era, ante todo, metódico; los trastornos como la depresión equivalían a un desperfecto de la maravillosa máquina, a una desviación de su función más que a un elemento de ella.⁵⁹

De aquí a concebir la melancolía como un aspecto del problema general de la enfermedad mental hay un paso muy corto. Friedrich Hoffman fue el primero en sugerir de manera coherente y contundente lo que con el tiempo llegaría a ser la teoría genética. «La locura es una enfermedad hereditaria —escribió—, y a menudo se prolonga durante toda la vida; a veces experimenta prolongadas interrupciones, en el curso de las cuales el paciente parece estar en sus cabales; y reaparece por períodos, regularmente.» Hoffman propuso algunas curas bastante convencionales para la melancolía, y afirmó, no sin simpatía, que «para la locura de amor de las jóvenes, el mejor remedio es el matrimonio».⁶⁰

A lo largo del siglo XVIII las explicaciones científicas acerca del cuerpo y el alma se desarrollaron a un ritmo decididamente acelerado. Pero en la Edad de la Razón, aquellos que habían perdido la razón se encontraban en una situación social muy desventajosa, y mientras la ciencia avanzaba a grandes saltos, la posición social de los deprimidos retrocedía ostensiblemente. Spinoza había dicho a finales del siglo XVII, anticipando el triunfo de la razón, que «podemos controlar un afecto, y la mente es menos pasiva con respecto a él, cuanto más lo conocemos», y que «todo el mundo puede comprenderse a sí mismo y a sus aspectos de forma clara y distinta, y si lo logra queda menos sometido a ellos».⁶¹ Así, ahora el melancólico ya no sería una figura demoníaca sino alguien carente de moderación que rechaza la muy asequible autodisciplina de la salud mental. Si se excluye la época de la Inquisición, el siglo XVIII fue muy probablemente la peor de la historia para los que han padecido trastornos mentales importantes. Mientras Boerhaave y De La Mettrie teorizaban, a los enfermos mentales graves, una vez que sus parientes les ponían ese rótulo, los trataban en parte como si fueran especímenes de laboratorio, y en parte como si fueran animales salvajes recién traídos de la selva a los que había que domesticar. Obsesionado por los modales y las

costumbres, hostil con aquellos que no los respetaban y perturbado por la presencia de los extranjeros provenientes de los territorios coloniales, el siglo XVIII impuso severos castigos a aquellos cuyo comportamiento errático parecía amenazar las convenciones, más allá de su clase o su nacionalidad. Segregados de su medio social, se los instalaba en el mundo del todo lunático de Bedlam, en Inglaterra, o en el horroroso hospital de Bicêtre, en Francia, lugares que precipitarían en la demencia al espíritu más implacablemente racional. Aunque eran instituciones que habían existido desde hacía mucho tiempo —Bedlam se fundó en 1247 y hacia 1547 era un asilo para lunáticos pobres—, fue en el siglo XVIII cuando hicieron valer sus méritos.⁶² El concepto de «razón» implica una concordia natural entre los seres humanos y es una noción esencialmente conformista; la «razón» se define por consenso. La idea de incorporar al orden social todo lo que es extremo es antitética con esa definición de la razón. Según los criterios dominantes en la Era de la Razón, las formas extremas de la enfermedad mental son puntos no remotos de un continuo lógico; son puntos por completo ajenos a una coherencia definida. En el siglo XVIII los enfermos mentales eran seres excluidos, sin derechos ni posición social alguna. Los delirantes y los deprimidos estaban tan discriminados socialmente que William Blake se lamentaría de que «Los fantasmas no son reconocidos por la ley».⁶³

Entre los enfermos mentales, los deprimidos tenían una ventaja: eran relativamente dóciles y, por lo tanto, el maltrato que se les dispensaba era un poco menos brutal que el que padecían los maníacos y los esquizofrénicos. Así, la vida de los melancólicos durante la Era de la Razón y en el período de la Regencia estuvo marcada por la suciedad, la tortura y la miseria. La sociedad rechazaba la idea de que quienes padecían dolencias psicológicas graves pudieran sobreponerse a ellas; una vez que se había demostrado que uno estaba loco, se lo internaba en el manicomio y allí quedaba, pues se pensaba que estaba en las mismas condiciones de recuperar la razón que un rinoceronte cautivo.⁶⁴ El médico jefe de Bedlam, el doctor John Monro, decía que era imposible tratar la melancolía y que «la cura del trastorno no depende solo de la medicina sino también, y en la misma medida, de cómo se maneje a los pacientes».⁶⁵ Aquellos que padecían las formas más graves de melancolía eran sometidos con frecuencia a los tratamientos más horrorosos.⁶⁶ El propio Boerhaave había propuesto que se infligiera el mayor daño físico posible a los pacientes para distraerlos de sus padecimientos mentales. No era raro que a algunos depresivos prácticamente se los ahogara, y se inventaron aparatos mecánicos de una complejidad digna de una pintura de Hyeronimus Bosch (El Bosco) para obligar a los melancólicos alternativamente a desmayarse y a vomitar.

Aquellos que sufrían de una depresión un poco más leve, pero no obstante

grave, se veían forzados a llevar una vida casi clandestina por culpa de su enfermedad. James Boswell escribió de forma extensa a sus amigos acerca de sus experiencias en materia de depresión, y lo mismo hizo más tarde el poeta William Cowper. Sus textos nos ofrecen un conmovedor retrato de los atroces sufrimientos que entrañaba la depresión en este período. En 1763, Boswell escribió: «No esperes enterarte por esta carta de otra cosa que no sea el padecimiento de tu pobre amigo. He estado melancólico hasta el punto más catastrófico y desesperante imaginable. Me hundí por completo. Mi mente estaba atiborrada de las más negras ideas, y la razón me abandonó por completo. ¿Puedes creerlo? Corría de manera frenética por las calles, clamaba al cielo, rompía en llanto, y gemía lastimeramente desde lo más recóndito de mi corazón. ¡Oh, buen Dios! ¡Lo que he soportado! Oh, amigo mío, ¡cuánta lástima debí de inspirar! ¿Qué podía hacer? Nada me interesaba. Todo me parecía despreciable, todo era insípido». Tiempo después, ese mismo año, agregó en una carta a otro de sus amigos: «Una profunda melancolía se apoderó de mí. Me sentí viejo, desdichado y desolado. Las ideas más horribles que puedas imaginar me visitaron. Adopté una actitud especulativa; no había en mí más que oscuridad y pavor».

Boswell decidió que todos los días escribiría diez líneas dirigidas a sí mismo y descubrió que describiendo lo que le estaba sucediendo mientras le ocurría podía mantener en alguna medida la cordura, aunque lo que escribiera en esas líneas fuera elíptico. «Estabas espantosamente melancólico y concebiste el último y más horrible de los pensamientos. Volviste a casa y rezaste», y pocos días más tarde: «Ayer te sentiste muy mal después de la cena, y sobrecogido por las ideas más espantosas. Estabas dubitativo y confuso y decidiste irte a la cama, y apenas pudiste leer algo en griego ...». ⁶⁷

Boswell escribió una biografía de Samuel Johnson, quien también sufrió depresión grave, y la experiencia compartida de la depresión unió a estos dos hombres por un cierto tiempo. Johnson sostenía que el libro de Burton *Anatomía de la melancolía*, era el único que lo hacía levantarse «dos horas más temprano de lo que acostumbraba». Johnson fue siempre consciente de la condición mortal del ser humano y le aterraba perder el tiempo, aunque durante sus depresiones más negras permanecía inactivo durante largos períodos. «Siempre abrigo la esperanza —escribió— de resistir al perro negro y de poder echarlo de aquí con el tiempo, aunque no cuento con casi nadie entre quienes solían ayudarme. Cuando me levanto, mi desayuno es solitario, el perro negro espera, quiere compartirlo, y ladra desde la hora del desayuno hasta la de la cena.» Y como dijo de él Boswell parafraseando un verso de Dryden: «La melancolía, como el “gran ingenio”, puede ser casi un aliado de la locura; pero, en mi opinión, son claramente distintas». ⁶⁸

William Cowper poetizó su aflicción, que fue tal vez más desesperada que la de Boswell. En 1772, Cowper escribió a uno de sus primos: «Me esforzaré por no pagarte con la moneda de mis pesares y mi desaliento, aunque las vivaces cuerdas de mi lira parecen haberse roto». Al año siguiente sufrió un colapso grave que lo dejó profundamente incapacitado por un tiempo. En ese período escribió una serie de poemas horrorosos, entre ellos uno que termina diciendo: «Yo, alimentado con juicios, en una tumba de carne, estoy / enterrado sobre la tierra». A Cowper no le sirvió de mucho la escritura; diez líneas por día no eran suficientes para mitigar su desesperación. En 1780 le escribió a John Newman: «Me ha sido confiado el Terrible Secreto, pero no puedo comunicarlo, me es imposible. No hay hombros que puedan soportar el peso que yo cargo, a menos que estén apuntalados como los míos por un corazón sobrenaturalmente endurecido».⁶⁹ Edward Young, que escribió más o menos en esa misma época, habló de «el desconocido que llevas dentro», y describió la desolación de este mundo: «¡Tal es el mapa de la melancolía en la tierra! ¡Pero más / mucho más triste! ¡Esta tierra es un verdadero mapa del hombre!». ⁷⁰ Y Tobias Smollet escribió: «Estos últimos catorce años he tenido un hospital dentro de mí y he estudiado mi propio caso con la mayor y más dolorosa atención». ⁷¹

La suerte de las mujeres fue en particular adversa. La marquesa de Deffand escribió a una de sus amigas de Inglaterra: «No tienes la menor idea de lo que significa pensar y, sin embargo, no tener ocupación alguna. A eso agrégale un gusto que no se satisface con tanta facilidad, y un gran amor a la verdad, que me hacen pensar que sería mejor no haber nacido». En otra carta escribió, disgustada consigo misma: «Dime por qué, si detesto la vida, de todos modos temo la muerte». ⁷²

Los ascetas protestantes de finales del siglo XVIII atribuían la depresión a la decadencia de la sociedad y apuntaban a las altas tasas que la enfermedad alcanzaba en una aristocracia nostálgica de su pasado. Lo que alguna vez había sido un emblema de la sofisticación aristocrática, ahora era el símbolo de la decadencia moral y la debilidad, y la solución era erradicar la complacencia. Samuel Johnson declaró que las penurias evitan el esplín, y observó que «en Escocia, cuyos habitantes no son ni ricos ni rumbosos, la demencia, me han informado, es muy rara». ⁷³ John Brown sostuvo que «nuestra vida, afeminada y en absoluto viril, junto con nuestro clima isleño, han producido un notorio aumento del decaimiento de espíritu y los trastornos nerviosos». ⁷⁴ Edmund Burke arguyó que «la melancolía, el abatimiento, la desesperación y, a menudo, el asesinato de uno mismo, son la consecuencia de la visión tenebrosa de las cosas que tenemos en esta situación de disipación general. El mejor remedio para todos estos males es el

ejercicio, o el trabajo». El Cándido de Voltaire lucha incluso después de que sus problemas se han resuelto; al final, su amante, deprimida, pregunta: «Me gustaría saber qué es peor: ¿que te violen cien veces piratas negros, que te corten una nalga, estar sometido a un regimiento búlgaro, que te azoten y te cuelguen en un auto de fe, que te disequen, que te hagan remar en una galera (en una palabra, experimentar todos los sufrimientos por los que hemos pasado), o quedarnos aquí sin hacer nada?». ⁷⁵ El problema se resuelve cuando ella y Cándido deciden dedicarse a cuidar el huerto; trabajar la tierra tiene un efecto saludable sobre el estado de ánimo. Y sin embargo, la idea opuesta, según la cual una vida ociosa podía levantar el espíritu y el trabajo deprimirlo, también tenía sus partidarios; Horace Walpole le prescribió a uno de sus amigos trescientos sesenta y cinco días en Londres para liberarlo del peso de una enfermedad de la que ninguna estancia en el campo había podido aliviarlo. ⁷⁶

Hacia finales del siglo XVIII el espíritu del Romanticismo estaba comenzando a alentar, y la desilusión que había suscitado la aridez de la razón pura ya estaba instalada. Las mentes comenzaron a volcarse hacia lo sublime, conmovidas por su magnificencia. La depresión volvió otra vez por sus fueros, más y mejor amada que en cualquier otra época desde los tiempos de Marsilio Ficino. Thomas Gray capturó la predisposición de una era que una vez más consideraría la depresión como la fuente del conocimiento más que como una locura ajena a él. Su «Elegía escrita en el cementerio de una iglesia en el campo» se convirtió en un texto típico de la sabiduría que se podía alcanzar a través de una tristeza capaz de aproximarse a la verdad, y gracias a la cual uno aprende que «los senderos de la gloria no conducen sino a la tumba». Mirando los campos deportivos de Eton, vio:

A cada uno sus sufrimientos: todos son hombres

condenados por igual a gemir,

la compasión por el dolor del prójimo,

la indiferencia por el propio.

...

Nada más; allí donde la ignorancia es felicidad,

es locura ser sabio. ⁷⁷

S. T. Coleridge escribió en 1794 que su voluntad quedó paralizada por «¡La alegría del pesar! Un misterioso placer empolla con su sombría ala la tumultuosa mente». ⁷⁸ Immanuel Kant sostuvo que «el aislamiento melancólico del bullicio del mundo debido a un cansancio legítimo es noble», y que «la virtud genuinamente basada en principios tiene algo que parece armonizar en gran medida con la andadura melancólica de la mente». ⁷⁹ Esta fue la disposición de ánimo con que el siglo XIX había de saludar a la depresión.

Antes de abandonar el siglo XVIII vale la pena echar un vistazo a lo que ocurría en las colonias en América del Norte, donde la fuerza moral del protestantismo era aún más fuerte que en Europa. El problema de la melancolía había fastidiado de manera considerable a los colonos, y poco después de que hubieron llegado a Massachusetts se desarrolló una escuela de pensamiento local sobre el tema. Por supuesto, los colonos tendían a ser conservadores en comparación con sus hermanos de Europa, y como a menudo representaban puntos de vista religiosos extremos de distintas vertientes, tratándose de la depresión propiciaban las explicaciones religiosas. Al mismo tiempo debían afrontar muchos casos de depresión. La vida en las colonias era muy dura y la sociedad mantenía cierta rigidez en las cuestiones formales. Las tasas de mortalidad eran muy altas, y la sensación de aislamiento, particularmente intensa. La prescripción de Horace Walpole no estaba a su alcance. No había nada atractivo o divertido que pudiera alegrar los espíritus melancólicos. Además, el énfasis en la salvación y sus misterios podía llegar a enloquecer a la gente porque lo único que orientaba su vida era algo por definición incierto.

En estas sociedades se pensaba casi siempre que los melancólicos eran víctimas del diablo, fuese por su propia debilidad o porque no prestaban la atención suficiente al Dios que habría de redimirlos. ⁸⁰ Cotton Mather fue el primero que comentó extensamente estos problemas. Aunque en la primera etapa de su vida se inclinó hacia un juicio moral extremo, su posición se suavizó y cambió en alguna medida cuando su esposa Lydia enfermó de depresión, un cuadro «muy semejante a una verdadera posesión satánica». ⁸¹ Durante los años que sucedieron a ese episodio, Mather dedicó un tiempo y una atención considerables al problema de la melancolía, y comenzó a urdir una teoría en la que lo divino y lo biológico, lo natural y lo sobrenatural actuaban conforme a una compleja sincronía.

En 1724, Mather publicó *The Angel of Bethesda* (El ángel de Bethesda), el primer libro dedicado a la depresión que se escribió en Norteamérica, en el cual se

ocupó más de los tratamientos que de las causas diabólicas de la enfermedad. «No permitamos que los amigos de estos pobres melancólicos se cansen demasiado pronto de estas cosas que de por sí son agotadoras, pues ahora su incoherencia y locura deben ser tolerados con paciencia, nosotros que somos fuertes debemos soportar las enfermedades de los débiles; y con una generosidad paciente, prudente y viril debemos compadecernos de ellos, y alegrarlos como a niños, y no ofrecerles sino sonrisas y palabras amables. Y si ellos nos dicen cosas que son muy crueles (que se clavan como puñales), no debemos ofendernos ni pensar que provienen de estas personas; no son ellos los que hablan. Es su malestar, ellos siguen siendo lo que eran antes.» Los tratamientos que Mather sugería son una extraña mezcla que incluye el exorcismo, lo que podría ser biológicamente eficaz («El extracto de pimpinela de flores púrpura, como también las hojas de hipérico como específicos para la locura»), y lo más bien dudoso (la aplicación de «golondrinas vivas, cortadas en dos, y calentadas, que se colocan humeantes bajo el rostro afeitado» y «el jarabe de salmón, cuatro onzas, del que se debe tomar una cucharada dos veces al día disuelto en un excipiente adecuado»).⁸²

Henry Rose, que publicó sus trabajos en Filadelfia en 1794, atribuyó a las pasiones la capacidad de «aumentar o disminuir el poder de las funciones vitales y naturales». Sostuvo que como «exceden su orden y sus límites, las pasiones se tornan disolutas y deben evitarse; no solo porque perturban la tranquilidad de la mente sino porque dañan la naturaleza del cuerpo».⁸³ En la mejor tradición puritana, recomendaba apartarse de la pasión —el apaciguamiento de los sentimientos intensos y el eros— como el mejor recurso para protegerse de la tentación de asomarse al abismo. Esta noción puritana habría de dominar la imaginación popular norteamericana hasta mucho después de que hubiese desaparecido en otras partes. Aún a mediados del siglo XIX, Norteamérica alardeaba de sus movimientos de renacimiento religioso, que estaban estrechamente asociados a la enfermedad. Estados Unidos fue el escenario privilegiado de la «*anorexia nervosa* evangélica», en la que los fieles que se consideraban indignos de Dios decidían no comer, y a menudo no dormir, hasta que enfermaban o morían de hambre; a aquellos que adoptaban esta actitud sus contemporáneos los llamaban «perfeccionistas del hambre».⁸⁴

Si la Era de la Razón fue particularmente mala para la depresión, el período romántico, que se extendió desde finales del siglo XVIII hasta el florecimiento de la época victoriana, fue especialmente propicio. Ahora no se pensaba que la melancolía era una condición para la irrupción del genio, sino que era el genio

mismo. Las verdades del mundo no eran regocijantes; Dios se manifestaba en la naturaleza, pero había ciertas dudas acerca de su verdadera condición, y el ajetreo de la industria engendraba las primeras tensiones de la alienación moderna en la medida en que enajenaba al hombre de su propio producto. Kant sostenía que lo sublime siempre venía «acompañado por alguna manifestación de terror o melancolía».⁸⁵ En esencia, esta fue la época en que el positivismo fue denunciado como ingenuo y desacralizado. Estaba claro que en el pasado, un pasado más bien remoto, el hombre había estado experimentando un contacto más estrecho con la naturaleza, y la pérdida de esa relación inmediata con lo agreste equivalía a la pérdida de una alegría irrecuperable. En este período la gente lamentaba de manera explícita el paso del tiempo: no simplemente el envejecimiento, ni la pérdida de la energía juvenil, sino el hecho de que no fuera posible controlar el tiempo. Esta es la era del Fausto de Goethe, que dirigiéndose al momento fugaz, dice: «¡Quédate! ¡Eres tan hermoso!»,⁸⁶ y por eso vende su alma al diablo y la condena por toda la eternidad. La infancia resumía en sí la inocencia y la alegría, y cuando concluía daba paso a una edad adulta en la que, perdida la inocencia, solo había sombras y dolor. Como dijo Wordsworth: «Nosotros los poetas comenzamos nuestra juventud con alegría; / pero, al cabo, el desaliento y la locura no tardan en llegar».⁸⁷

John Keats escribió: «Yo he estado un poco enamorado de la tranquila muerte», porque el ejercicio mismo de vivir era demasiado doloroso como para soportarlo. En su paradigmática «Oda a la melancolía», y en la «Oda a una urna griega», habla con una tristeza insoportable de una temporalidad que convierte a la cosa más amada en la más triste, de modo que al final no es posible separar la alegría de la tristeza.

De la melancolía dice:

Ella mora con la belleza; la belleza, que debe morir;

y la alegría, con la mano siempre en sus labios

despidiéndose; y el compungido placer,

que se vuelve veneno mientras la abeja liba:

sí, en el templo mismo del deleite

*la velada melancolía tiene su altar soberano.*⁸⁸

También Shelley evoca la mutabilidad de la experiencia, la celeridad del tiempo, la sensación de que al alivio momentáneo de la aflicción no le sucede sino una aflicción mayor:

La flor que hoy sonríe

mañana muere,

todo lo que queremos que permanezca,

nos incita y luego huye.

...

Mientras las horas apacibles se deslizan,

tú sueña; luego despierta

de tu sueño y llora.⁸⁹

En Italia, Giacomo Leopardi expresó este mismo sentimiento: «El destino no ha legado a nuestra raza / otro bien que la muerte».⁹⁰ Entre esta idea y la taciturna reflexión acerca de la belleza que Thomas Gray escribiera frente al cementerio de una iglesia campestre media un gran abismo; es el nihilismo primigenio, una visión de la profunda futilidad de la vida, más semejante a la del *Eclesiastés* («Vanidad de vanidades: todo es vanidad»)⁹¹ que a la del *Paraíso perdido*. En Alemania, para expresar este sentimiento se acuñaría una palabra más abarcadora que «melancolía»: *Weltschmerz*, o, literalmente, «dolor ante el mundo». Este término se convertiría en una lente a través de la cual era posible percibir todos los otros sentimientos. Goethe, el mayor exponente de la *Weltschmerz*, contribuyó tal vez más que ningún otro autor a pintar la naturaleza trágica y tempestuosa de la existencia. En *Las desventuras del joven Werther*, narra la imposibilidad de acceder a lo verdaderamente sublime: «En ese tiempo yo ansiaba con alegre ignorancia salir a un mundo desconocido en el que mi corazón esperaba encontrar el alimento y el placer que tanto necesitaba para satisfacer todas las ambiciones y anhelos que anidaban en mí. Ahora que retorno de ese ancho mundo, oh, amigo mío, ¡solo traigo esperanzas frustradas y planes desbaratados. ... ¿Acaso el hombre pierde sus fuerzas justo en el momento en que más las necesita? Y cuando la alegría lo exalta, o el sufrimiento lo agobia, ¿no queda de todos modos atrapado, no es arrastrado otra vez a la opaca y fría esfera de la conciencia de sí mismo, justo en el momento en que ansiaba perderse en la plenitud del infinito?».⁹² Aquí, la verdad es la

depresión. Charles Baudelaire introdujo en el Romanticismo francés la palabra «esplín» y el sentimiento al que alude. En su sórdido y desdichado mundo, el mal ya no podía arreglárselas para trascender la melancolía, del mismo modo que Goethe había fracasado en sus esfuerzos por acceder a lo sublime:

*Cuando el cielo bajo y grávido pesa como una losa
sobre el espíritu gimiente víctima de un interminable tedio
y el horizonte abraza todo el círculo
nos depara un día negro más triste que las noches.*

...

*Y carrozas fúnebres, sin tambores ni música,
desfilan lentamente en mi alma; la esperanza,
vencida, llora, y la angustia atroz, despótica,
en mi cráneo abatido planta su negra bandera.⁹³*

Paralelamente a esta línea poética se desarrolla otra, filosófica, que se remonta más allá del racionalismo romántico de Kant, el optimismo de Voltaire, y la relativa neutralidad de Descartes, para llegar a la espantosa indefensión que caracteriza al príncipe Hamlet, o a la que emana de *De Contemptu mundi*.⁹⁴ Hegel, a comienzos del siglo XIX, escribió: «La historia no es la tierra en la que crece la felicidad. Los períodos de felicidad son las páginas en blanco de la historia. Hay ciertos momentos de satisfacción en la historia del mundo pero esta satisfacción no puede equipararse a la felicidad». Esta actitud de abandonar la idea de que la felicidad es un estado natural al que las civilizaciones razonablemente podrían aspirar marca el inicio del cinismo moderno. A nuestros oídos esto parece casi obvio, pero en su momento fue una postura herética y pesimista: la verdad es que nacemos en medio del sufrimiento y seguimos viviendo sumidos en él, y que aquellos que comprenden el sufrimiento y conviven con él son los que mejor conocen el pasado y el futuro de la historia. Y sin embargo, el sombrío Hegel afirma en otro escrito que abandonarse a la desesperación es perderse.⁹⁵

Entre los filósofos, Søren Kierkegaard es el «número uno» de la depresión. Kierkegaard prefirió no hacer caso de la sugerencia de Hegel —resistir a la

desesperación— y desarrolló todas y cada una de sus verdades hasta sus últimas consecuencias esforzándose por defender sus puntos de vista, por ilógicos que pudieran parecer, sin hacer la menor concesión. El consuelo para su dolor provenía, curiosamente, de que creía que se trataba de un dolor honesto y verdadero. «Mi aflicción es mi castillo —escribió—. En medio de mi profunda melancolía, yo amaba la vida, porque amaba a mi melancolía.» Es como si Kierkegaard hubiese creído que la felicidad podía debilitarlo. Incapaz de amar a las personas que lo rodeaban, se volcó en la fe porque esta expresaba algo tan remoto que le permitía ir más allá de la desesperación. «Aquí estoy, de pie —escribió—, como un arquero cuyo arco está tensado al máximo y al que se le pide que dispare hacia un blanco que se alza a cinco pasos de distancia. No puedo hacerlo, dice el arquero, ¡pero coloquen el blanco doscientos o trescientos pasos más allá, y ya verán!» Mientras que los filósofos y poetas anteriores habían hablado del hombre melancólico, Kierkegaard pensaba que la humanidad era melancólica. «Lo raro —escribió— no es que alguien se sienta desesperado; no, lo raro, la mayor rareza, es que alguien pueda verdaderamente no estar desesperado.»⁹⁶

Arthur Schopenhauer fue aún más pesimista que Kierkegaard, porque no creía que el dolor pudiera ennoblecernos; sin embargo, también era irónico y epigramático, y para él la continuidad de la vida y la historia era más absurda que trágica. «La vida es un negocio cuyos beneficios están lejos de compensar los costes —escribió—. Limitémonos simplemente a contemplarla; se trata de un mundo de criaturas menesterosas que sobreviven algún tiempo simplemente porque se devoran entre ellas, que pasan su existencia en medio de la angustia y la necesidad, y a menudo soportan terribles aflicciones, hasta que por fin caen en brazos de la muerte.» El depresivo, según Schopenhauer, vive simplemente porque un instinto primario lo impulsa a ello, un instinto «que es primigenio e incondicionado, la premisa de todas las premisas». A la antigua sugerencia de Aristóteles, que afirmaba que los hombres de genio son melancólicos, le opuso la idea de que un hombre que tenga un poco de inteligencia verdadera habrá de reconocer «la miseria de su condición». Como Swift y Voltaire, Schopenhauer creía en el trabajo, pero no porque procura alegría sino más bien porque distrae al hombre de su depresión esencial. «Si el mundo fuera un paraíso de lujos y comodidades —escribió—, los hombres morirían de aburrimiento o se matarían.» Aun los placeres del cuerpo, que deberían apartarnos de la desesperación, no son sino una distracción necesaria impuesta por la naturaleza para mantener viva la especie. «Si se pudiera traer hijos al mundo por un acto puramente racional, ¿seguiría existiendo la raza humana? ¿O acaso el hombre más bien se compadecería tanto de la siguiente generación que preferiría ahorrarle el tener que soportar la existencia?»⁹⁷

El autor que en realidad intentó volver a plantear estos puntos de vista en los términos de la cuestión específica de la enfermedad y el genio fue Friedrich Nietzsche. «Me he preguntado si los valores supremos de la filosofía, la moral y la religión no podrán compararse con los valores de los débiles, los enfermos mentales y los neurasténicos: en una forma más atemperada, ellos representan los mismos males. La salud y la enfermedad no son esencialmente diferentes, como los médicos de la Antigüedad y algunos de nuestro tiempo han supuesto. De hecho, solo hay diferencias de grado entre estas dos clases de existencia: el estado patológico no es sino la exageración de los fenómenos normales que se tornan desproporcionados e inarmónicos.»⁹⁸

En el siglo XIX, tanto aquellos que tenían problemas mentales como los enfermos mentales volvieron a convertirse en personas. Después de pasar los cien años anteriores como animales, pasaron a ser imitadores de los convencionalismos de la clase media, lo quisieran o no. Philippe Pinel se encuentra entre los primeros reformadores del tratamiento para los enfermos mentales, y publicó su *Tratado* en 1806. Fue él quien planteó la noción del «tratamiento moral de la demencia» que, como «la anatomía y la patología del cerebro aún están rodeadas de una absoluta oscuridad», le parecía la única manera de avanzar. Pinel fundó un hospital que reunía las características de los de mejor nivel y convenció a su jefe de personal de que «se preocupara de que todo estuviera puesto bajo su protección, con la vigilancia de un padre amable y afectuoso. Nunca perdió de vista los principios de la más auténtica filantropía. Prestó mucha atención a la dieta que se seguía en el lugar, y no dejó lugar a las murmuraciones ni al descontento que expresaban los más fastidiosos. Ejerció una disciplina estricta con respecto a la conducta del personal de maestranza, y castigó con severidad todos los casos de tratamiento incorrecto, y los casos en que actuaban con violencia con aquellos a quienes estaban obligados a atender».⁹⁹

El principal logro del siglo XIX fue la creación del sistema de hospitales psiquiátricos para el cuidado de los enfermos mentales. Samuel Tuke, que dirigía una de estas instituciones, dijo: «Con respecto a los melancólicos, la conversación sobre el tema de su desaliento se considera muy imprudente. Se persigue el método totalmente opuesto. Se adoptan todos los medios para que la mente se aparte de sus reflexiones favoritas pero poco felices, mediante el ejercicio físico, las caminatas, la conversación, la lectura y otras distracciones inocentes».¹⁰⁰ El efecto de esta clase de programa (en contraste con los terribles grilletes y las extrañas técnicas de «domesticación» del siglo anterior) era, según el dueño de otro asilo,

que «la melancolía, al no quedar profundizada por la necesidad de todos los consuelos corrientes, pierde el carácter exagerado con que se la consideraba anteriormente».¹⁰¹

Los asilos pululaban como los hongos después de la lluvia. En 1807 se consideraba que de cada diez mil personas de la población total de Inglaterra, 2,26 eran dementes, categoría que incluía a quienes sufrían depresión grave; en 1844 esa cifra había aumentado a 12,66, y en 1890 era de 29,63. El hecho de que en la época victoriana hubiera trece veces más dementes que a finales de siglo se explica solo en parte por el aumento real de la enfermedad mental; de hecho, en los dieciséis años que transcurrieron entre las dos Leyes de Lunáticos del Parlamento —la de 1845 y la de 1862—, el número de personas pobres mentalmente enfermas identificadas se duplicó. Esto se debió en parte a la creciente buena disposición de la gente a identificar a sus parientes como locos, en parte por la instauración de criterios más rigurosos de salud y en parte por los estragos del industrialismo victoriano. La misma persona deprimida que no estaba suficientemente enferma para que la ingresaran en Bedlam, y que antes merodeaba de manera silenciosa por la cocina, de pronto se la apartaba del feliz círculo familiar de la Gran Bretaña dickensiana y se la ponía a buen recaudo donde no interrumpiera la interacción social. El asilo le brindaba una comunidad en la cual desenvolverse, pero también lo apartaba de la compañía de quienes tenían algún motivo natural para amarlo. La creciente importancia de los asilos también estuvo relacionada de forma estrecha con el crecimiento de los índices de «curación»: si la enfermedad de algunas personas podía mejorar de verdad con una temporada en un asilo, entonces era casi un deber ingresar a quien quizá se encontraba al borde de toda una vida de desdicha en algún lugar donde pudieran salvarlo.

El principio del asilo habría de recorrer una larga secuencia de cambios destinados a perfeccionarlo. En 1807 ya era tema de debate en las selectas comisiones parlamentarias. La primera Ley de Lunáticos aprobada por el Parlamento exigía que cada condado proporcionara asilo a los dementes pobres, incluidos los que padecían depresión grave; y una enmienda de 1862 abrió la posibilidad del confinamiento voluntario, a fin de que aquellos que experimentaban síntomas pudieran ingresar en el asilo por su cuenta. Esta disposición demuestra con claridad hasta dónde había llegado la importancia del asilo. Había que estar más que loco para ingresar voluntariamente en uno de esos manicomios del siglo XVIII. En esa época, los asilos comarcales se administraban con fondos públicos, los asilos privados buscaban beneficios y los hospitales oficiales (como Bedlam, que en 1850 albergaba a unos cuatrocientos pacientes) para los enfermos más severos se financiaban con una combinación de fondos públicos

y contribuciones privadas.¹⁰²

El siglo XIX fue una época de clasificaciones. Todo el mundo debatía la naturaleza de la enfermedad y sus parámetros, y redefinía en categorías y subcategorías lo que con anterioridad se había identificado simplemente como melancolía. Se sucedían los grandes teóricos de la clasificación y la curación, y cada uno decidía que algún ajuste menor de la teoría de su predecesor mejoraría el tratamiento a pasos agigantados. Thomas Beddoes se preguntaba, ya en el primer año del siglo, «si no será necesario limitar la demencia a una especie, o dividirla en casi tantas como casos hay».¹⁰³

En Estados Unidos, Benjamin Rush creía que la demencia era una fiebre que se había vuelto crónica. Sin embargo, esta afección está sujeta a influencias externas. «Ciertas ocupaciones predisponen más que otras a la locura. Poetas, pintores, escultores y músicos están más sujetos a ella. Los estudios que ellos emprenden ejercitan la imaginación y las pasiones.» La depresión delirante era frecuente entre los pacientes de Rush. Uno de ellos, por ejemplo, era un capitán de barco que estaba convencido de que tenía un lobo en el hígado. Otro se creía una planta y lo convencieron de que se dejara regar; uno de sus amigos, muy bromista, le orinó en la cabeza; el paciente se enfureció tanto que la acción tuvo un efecto curativo. Aunque Rush, a diferencia de otros, no se acercaba siquiera al nivel de comprensión que Pinel mostraba por sus pacientes, creía —también a diferencia de sus predecesores— que era bueno escucharlos. «Por errónea que pueda parecer la opinión de un paciente acerca de su caso, su enfermedad es real. Será necesario, por lo tanto, que el médico escuche con atención los tediosos y poco interesantes detalles de sus síntomas y causas.»¹⁰⁴

W. Griesinger, que trabajaba en Alemania, recurrió a Hipócrates y declaró con contundencia que «las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro». Aunque no estaba en condiciones de identificar el origen de estas enfermedades cerebrales, insistía con firmeza que existían y que era necesario localizar el fallo del cerebro y luego tratarlo, de forma preventiva o curativa. Aceptaba el movimiento de una enfermedad mental dentro de otra, lo que nosotros podríamos llamar diagnóstico dual, como parte de la *Einheitspsychose*, el principio de que toda enfermedad mental es una única enfermedad, y que una vez que el cerebro flaquea, puede sucederle cualquier cosa. Este principio conduce a la aceptación de la depresión maníaca, la comprensión de que los pacientes que fluctúan entre estados extremos podían tener una única enfermedad, más que dos en fatídica

alternancia. Con este trabajo como base, las autopsias se convirtieron en algo común, sobre todo en los casos de suicidio.

Griesinger fue el primero en presentar la idea de que algunas enfermedades mentales solo son tratables mientras que otras son curables, y tomando este trabajo como base, la mayoría de los asilos empezaron a separar a sus pacientes entre aquellos que tenían una posibilidad de recuperarse y volver a llevar una vida normal, y los casos más desesperados. Aunque la vida de los auténticamente dementes seguía siendo horrible, la de los demás pacientes empezó a parecerse más a una vida normal. Tratar otra vez a los pacientes deprimidos como verdaderas personas evitaba que cayeran en la dependencia total. Entretanto, la investigación que seguía las pautas de Griesinger comenzó a usurpar la religión; el cambio en los criterios sociales que comenzó en la última etapa de la época victoriana puede vincularse en cierto modo al surgimiento del modelo médico del cerebro.

En manos de Griesinger, la depresión llegó a quedar plenamente identificada como un problema médico.¹⁰⁵ En la historia más influyente de la enfermedad mental realizada en el siglo XX, Michel Foucault ha sugerido que esto era parte de un gran plan de control social relacionado con el colonialismo y el afianzamiento de la riqueza de los gobernantes sobre una pisoteada clase marginada. Clasificando a los que consideraban la vida demasiado difícil como «enfermos» y apartándolos de la sociedad, la clase gobernante podía imponer niveles de auténtica tensión y conflicto social que en realidad eran inhumanos y contra los cuales podía haberse rebelado una clase que hubiera tenido menos personas desdichadas. Si el proletariado de la revolución industrial iba a ser efectivamente oprimido, quienes se encontraban de verdad al borde de la autodestrucción tenían que ser eliminados, a menos que sirvieran como advertencia a quienes los rodeaban y fomentaban la revolución.¹⁰⁶

La lectura de Foucault es interesante, pero la influencia que ha ejercido es mucho más demente que las personas que constituyeron su tema de estudio. Las personas deprimidas no pueden dirigir una revolución, porque apenas pueden arreglárselas para salir de la cama y calzarse. Durante mi depresión yo habría sido tan incapaz de sumarme a un movimiento revolucionario como de coronarme rey de España. Las personas deprimidas no se hicieron invisibles gracias a los asilos; siempre lo fueron, porque la enfermedad misma los obliga a cortar los contactos y lealtades humanas. La reacción general de otros miembros del proletariado, o de cualquier otra clase, con respecto a las personas gravemente deprimidas es el rechazo y la incomodidad. Quienes no están afectados por ese trastorno no quieren

verlo porque eso los colma de inseguridad y les causa angustia. Decir que los enfermos graves eran «apartados» de su contexto natural es negar la realidad, que es que ese contexto natural los rechazaba, como ha hecho siempre en la medida de lo posible. Ningún parlamentario conservador se echaba a las calles de la ciudad a buscar pacientes para los asilos, sino que estos estaban atiborrados de gente que llegaba a ellos de la mano de su propia familia. El intento por definir a los conspiradores sociales continúa como si fuera una interminable novela de Agatha Christie en la que en realidad todos han muerto por causas naturales.

Los asilos superpoblados eran en parte consecuencia de la alienación general de la última etapa de la época victoriana, expresada de una u otra forma por todos, desde los pilares del orden social (Alfred Tennyson, por ejemplo, o Thomas Carlyle) hasta los ardientes reformistas (Charles Dickens o Victor Hugo), o la franja decadente de la sociedad (Oscar Wilde o Joris-Karl Huysmans).¹⁰⁷ *Sartor Resartus*, de Carlyle, las crónicas de la alienación en un mundo superpoblado, una especie de depresión universal, prefiguraban a Brecht y a Camus. «Para mí, el Universo era todo voz de Vida, de Propósito, de Volición, incluso de Hostilidad: era una inmensa y muerta Máquina de vapor que seguía funcionando, en su muerta indiferencia, hasta triturarme extremidad por extremidad.» Y más adelante: «Vivía sumido en un miedo continuo, indefinido y paralizante; trémulo, pusilánime, aprensivo no sé por qué: parecía que todas las cosas del cielo y de la tierra podían hacerme daño; como si el cielo y la tierra solo fueran mandíbulas infinitas de un monstruo devorador por el que yo, palpitante, esperaba ser devorado».¹⁰⁸

¿Cómo soportar la vida, tan pesada en estos tiempos de tanta aflicción? El filósofo norteamericano William James encaró de forma directa estos problemas y definió correctamente la aparente fuente de la temprana alienación moderna como la crisis de una fe incuestionable en un Dios supremo dispuesto de modo benévolo hacia su creación. Aunque el propio James creía de forma ferviente en un credo personal, también era un agudo intérprete del proceso de incredulidad. «Los del siglo XIX —escribió—, con nuestras teorías evolutivas y nuestras filosofías mecánicas, ya conocemos la naturaleza con demasiada imparcialidad y demasiado bien para venerar sin reservas a cualquier Dios de cuyo carácter ella puede ser una expresión adecuada. A semejante ramera no le debemos ninguna lealtad.» En una alocución que pronunció ante un grupo de estudiantes de Harvard, dijo: «Muchos de vosotros sois estudiantes de filosofía y ya habéis sentido en carne propia el escepticismo y la irrealidad que engendra el hecho de escarbar demasiado en la raíz abstracta de las cosas». Y con respecto al triunfo de la ciencia, escribió: «No se puede esperar que el orden físico de la naturaleza, tomado sencillamente como la

ciencia lo conoce, revele alguna intención espiritual armoniosa. Es solo “clima”». ¹⁰⁹ Esta es la esencia de la melancolía victoriana. Los períodos de mayor y menor fe han alternado a lo largo de la historia de la humanidad, pero esta renuncia a la noción de Dios y al significado abrió el camino a los tormentos que hemos soportado desde entonces, mucho más plañideros que los pesares de quienes pensaban que un Dios omnipotente los ha abandonado. Creer que uno es el objeto de un odio intenso resulta doloroso, pero considerarse objeto de indiferencia de una gran nada es estar solo de una forma que en algún sentido era inconcebible para la imaginación de etapas anteriores. Matthew Arnold dio voz a esta desesperación:

*El mundo, que parece
extenderse ante nosotros como una tierra de sueños,
tan variado, tan bello, tan nuevo,
no tiene realmente ni dicha, ni amor, ni luz,
ni certeza, ni paz, ni ayuda para el dolor;
y estamos aquí como en una misteriosa llanura
recorrida por confusas alarmas de lucha y huida
en la que ignorantes ejércitos se enfrentan por la noche.* ¹¹⁰

Esta es la forma que adopta la depresión moderna; la crisis de perder a Dios es mucho más común que la de recibir su maldición.

Si bien William James definió la brecha filosófica entre lo que se había considerado verdad y lo que la filosofía había revelado, el eminente doctor Henry Maudsley definió la consecuente brecha médica. Fue él quien describió por primera vez una melancolía que se reconoce pero no puede resolverse por sí sola. «No es poco natural llorar —comentó Maudsley—, pero no es natural estallar en lágrimas porque una mosca se posa en nuestra frente, como le ocurría a un hombre melancólico que conocí. [Es] como si se tendiera un velo entre él y [los objetos]. Y en realidad no podría haber un velo más grueso entre él y los objetos que el del interés paralizado. Su estado es para él mismo desconcertante e inexplicable. Las promesas de la religión y los consuelos de la filosofía, tan inspiradores cuando no son necesarios y tan incapaces de ayudar cuando más se los necesita, no son

mejores para él que palabras sin sentido. No existe un verdadero trastorno de la mente; solo hay un dolor profundo de la mente que paraliza sus funciones. No obstante, se las atiende con un sufrimiento peor que la locura, porque dado que la mente está lo suficientemente entera para sentir y percibir su estado abyecto, lo más probable es que se acabe en suicidio.»¹¹¹

George H. Savage, que escribió sobre la salud y la neurosis, habló de la necesidad de cerrar la brecha entre filosofía y medicina. «Puede ser conveniente — escribió—, pero no es filosófico tratar el cuerpo separado de la mente y los síntomas físicos separados de los mentales. La melancolía es un estado de depresión mental en el que la desdicha resulta poco razonable en relación con su causa aparente o en la forma peculiar que asume, y en la que el dolor mental depende de los cambios físicos y corporales y no directamente del entorno. Una solución de la pena saturada —proseguía— hace que una ilusión cristalice y adopte una forma definitiva.»¹¹²

El siglo XX fue testigo de dos movimientos importantes en el tratamiento y la comprensión de la depresión. Uno fue el psicoanalítico, que en los últimos años produjo toda clase de teorías científicas y sociales con respecto a la mente. El otro, el psicobiológico, ha sido la base de categorizaciones más absolutistas. Cada uno ha pretendido tener un derecho más incuestionable con respecto a la verdad; cada uno ha parecido positivamente absurdo. Cada uno ha pretendido tomar una determinada dosis de comprensión y extrapolada absurdidad; y cada uno ha asumido una automistificación casi parareligiosa que, si se hubiera dado en la antropología, en la cardiología o en la paleontología, habría sido desterrada por ridícula. La realidad, sin duda, incorpora elementos de ambas escuelas de pensamiento, aunque la combinación de ambas no llega a ser la suma total de la verdad; pero es el brillo competitivo con que cada escuela ha considerado a la otra lo que ha servido de base para declaraciones excesivas que son en muchos casos menos exactas que la obra del siglo XVII, *Anatomía de la melancolía*, de Robert Burton.

La etapa moderna del pensamiento con respecto a la depresión comenzó realmente con la publicación de Freud, en 1895, de los trabajos enviados a Fliess.¹¹³ El inconsciente, tal como lo formuló Freud, reemplazó la noción común del alma y estableció un nuevo lugar y una nueva causa para la melancolía. Al mismo tiempo, Emil Kraepelin publicó sus clasificaciones de la enfermedad mental, que definían la categoría de la depresión tal como la conocemos ahora. Estos dos hombres, que

representan la explicación psicológica y la bioquímica de la enfermedad, establecieron la grieta que ahora el campo de la salud mental está intentando cerrar. Mientras la separación entre estas dos versiones de la depresión ha resultado perjudicial para el pensamiento moderno acerca de este trastorno, las ideas independientes por sí solas tienen un significado considerable, y sin su desarrollo paralelo no habríamos podido empezar a buscar una sabiduría que las sintetizara.

El marco imaginativo del psicoanálisis ha ocupado un lugar durante años, aunque de una manera distorsionada. El psicoanálisis tiene mucho en común con las sangrías que habían sido populares tiempo atrás. En cada caso existe la suposición de que hay algo en el interior que impide el normal funcionamiento de la mente. Las sangrías eliminaban físicamente los humores malignos del organismo; las terapias psicodinámicas restan poder a los traumas olvidados o reprimidos eliminándolos del inconsciente. Freud afirmaba que la melancolía es una forma de duelo que surge a partir de un sentimiento de pérdida de la libido, del deseo de alimentarse, o del sexo. «Mientras los individuos potentes adquieren fácilmente una neurosis de angustia —escribió Freud—, los impotentes se inclinan hacia la melancolía.» Llamaba depresión al «efecto de succión en la excitación colindante», que crea «una hemorragia interna», «una herida».

La primera descripción psicoanalítica coherente de la melancolía no surgió de Freud sino de Karl Abraham, cuyo ensayo de 1911 sobre el tema sigue siendo respetado.¹¹⁴ Abraham comenzaba afirmando de modo categórico que la ansiedad y la depresión estaban «relacionadas mutuamente, del mismo modo que el temor y el pesar. Tememos un mal que vendrá; sentimos pesar por un mal que se ha producido». De manera tal que la angustia es aflicción por lo que ocurrirá, y la melancolía es aflicción por lo que ha ocurrido. Para Abraham, un trastorno acarrea el otro; localizar una aflicción neurótica exclusivamente en el pasado o en el futuro es imposible. Abraham decía que la angustia se produce cuando uno quiere algo que sabe que no debe tener, y por lo tanto no debe intentar conseguir, mientras que la depresión tiene lugar cuando uno desea algo, intenta conseguirlo y fracasa. La depresión, afirmaba, surge cuando el odio interfiere con la capacidad individual de amar. Las personas cuyo amor resulta rechazado perciben de forma paranoica que el mundo se ha vuelto contra ellas, y entonces odian el mundo. No están dispuestas a admitir ese odio hacia ellas mismas y desarrollan un «sadismo mal reprimido».

«Donde hay una gran dosis de sadismo reprimido —según Abraham— habrá una correspondiente severidad en el afecto depresivo.» El paciente, con

frecuencia sin darse cuenta, obtiene cierto placer de su depresión como resultado de sus actitudes sádicas. Abraham llevó a cabo el psicoanálisis de una serie de pacientes deprimidos e informó que estos habían experimentado mejoras considerables, aunque no ha quedado claro si estos pacientes mejoraron gracias a la verdadera comprensión, o consolados por la idea del conocimiento. Finalmente, Abraham admitió que la clase de trauma que conduce a la depresión también lleva a otros síntomas, y «no tenemos la menor idea de por qué en este punto un grupo de individuos debería seguir un camino y otro grupo debería seguir otro camino». Esto, según sus palabras, es «el punto muerto del nihilismo terapéutico».

Seis años más tarde, Freud escribió su breve y fundamental ensayo «Duelo y melancolía», que con toda probabilidad ha ejercido más influencia que ningún otro en la comprensión contemporánea de la depresión. Freud cuestionó la coherencia de lo que se conoce como melancolía; la definición de depresión «fluctúa incluso en la psicología descriptiva». ¿Y qué debemos hacer, se preguntaba Freud, frente al hecho de que muchos de los síntomas de la melancolía, que tan angustiados estamos por aliviar, se presenten también mientras sentimos pena? «Nunca se nos ocurre considerarlo una dolencia patológica y someter a la persona afectada a un tratamiento médico. ... Consideramos cualquier interferencia con esto como algo poco aconsejable o incluso dañino. ... Esta actitud no nos parece patológica solo porque sabemos muy bien cómo explicarla.»¹¹⁵ (Sin embargo, esta no es la cuestión; *The New England Journal of Medicine* publicó recientemente un trabajo que sugería que «dado que el pesar normal puede conducir a la depresión grave, los pacientes que elaboran un duelo y tienen síntomas de depresión que duran más de dos meses deberían recibir una terapia antidepresiva».)¹¹⁶ Sin embargo, las personas depresivas ven afectado su amor propio. «Cuando se siente pena —escribió Freud—, el mundo se vuelve pobre y vacío; en la melancolía, es el yo mismo [el que se vuelve pobre y vacío].» La persona que elabora un duelo está consternada por una muerte real; el melancólico, por la experiencia ambivalente del amor imperfecto.

Nadie renuncia de manera voluntaria al objeto de su deseo. Una pérdida del amor propio puede ser el resultado de una pérdida involuntaria, que Freud supone que también es algo inconsciente, mientras que el dolor de la pérdida consciente suele mejorar con el tiempo. Freud sugirió que las acusaciones que el melancólico realiza contra sí mismo son en realidad sus quejas contra el mundo, y que el ser ha quedado dividido en dos: en la personalidad acusadora que amenaza y en la acusada que se encoge de temor. Freud veía este conflicto en los síntomas de la melancolía: el yo acusado desea dormir, por ejemplo, pero el yo amenazante lo castiga con el insomnio. Aquí la depresión es en realidad una crisis del ser

humano coherente o del yo. Enfadado ante la ambivalencia del objeto de su amor, el melancólico emprende la revancha, de modo que vuelve su furia hacia dentro para no castigar al ser amado. «Es este sadismo —escribió Freud— y solo esto lo que resuelve el enigma.» Incluso la propensión al suicidio es un impulso sádico contra otro que ha sido orientado hacia sí mismo. La división del yo es una manera de internalizar al ser amado. Si nos reprochamos a nosotros mismos, el objeto de nuestro sentimiento siempre está presente; si le reprochamos a otra persona, que puede morir o irse, no nos queda objeto para nuestros sentimientos. «Cuando huimos dentro del yo —escribió Freud— el amor se libra de la aniquilación.» El narcisismo autoacusador es el resultado de una pérdida y una traición intolerables, y causa los síntomas de la depresión.

En su respuesta a «Duelo y melancolía», Abraham propuso que la depresión tiene dos fases: la pérdida del amor-objeto, y la resurrección del amor-objeto mediante la internalización. Describe el trastorno como resultado de un factor hereditario, una fijación de la libido en el pecho perdido de la madre, una herida temprana del amor propio debido a un rechazo real o percibido de la madre, y una pauta de repetición de aquella decepción primaria. «Un ataque de depresión melancólica marca el comienzo de una decepción en el amor», escribió; y el melancólico se vuelve «insaciable» en su búsqueda de atención.¹¹⁷

Es bastante sencillo aplicar el enfoque de Freud y el de Abraham —aunque en términos en cierto modo reduccionistas— a la propia vida. En el momento de mi primera crisis, estaba devastado por la muerte de mi madre, y en mis sueños, mis imágenes y mi escritura sin duda la incorporé a mi ser. El dolor de perderla me enfurecía, y también lamenté todo el dolor que alguna vez le había causado y los complejos sentimientos encontrados que persistían en mí. Su muerte impidió que la relación tuviera un cierre satisfactorio para ambos. Creo que los sistemas internos de conflicto y de reproche a mí mismo desempeñaron un papel importante en mi caída y se centraron en la publicación de mi novela. Lamenté la intimidad sabotadora que había desarrollado debido a que mi madre daba tanta prioridad a una actitud reservada. Decidí publicar de todas maneras, lo cual me proporcionó la sensación de que me liberaba de mis demonios, pero también me hizo sentir que adoptaba una actitud desafiante hacia mi madre y experimenté un sentimiento de culpabilidad. Cuando llegó el momento de declarar de manera pública lo que estaba haciendo, el reproche empezó a consumirme; y cuanto más intentaba no pensar en mi madre en esta situación, más se imponía el «amor-objeto internalizado» de mi madre. Una causa secundaria de mi primera crisis fue la decepción que sufrí por un amor romántico; el desencadenante de mi tercera crisis fue el fracaso de una relación en la que había puesto toda mi fe y mi esperanza.

Esta vez no hubo demasiados factores que complicaran la situación. Mientras mis amigos me decían que debía estar furioso, lo que yo sentía era desesperación y dudas con respecto a mí mismo. Me acusaba de modo interminable como una manera de acusar a la otra persona. Mi propia atención se fijó en la persona cuya atención buscaba, aquella que estaba ausente aunque seguía viva en mi interior. Mi angustia parecía seguir al pie de la letra las pautas de mi infancia y la historia de la pérdida de mi madre. ¡Oh, ahí no faltó sadismo internalizado!

Cada uno de los grandes exponentes del psicoanálisis ha ofrecido algún nuevo refinamiento con respecto a estos temas. Melanie Klein planteó que todos los niños deben sufrir la triste experiencia de perder el pecho que los alimenta. La certeza de que el niño desea la leche y la absoluta satisfacción de tenerla son edénicas. Cualquiera que alguna vez haya oído a un bebé que llora pidiendo alimento sabrá que la ausencia de esa leche en el momento en que él la desea puede dar como resultado una ira catastrófica. Mientras observaba a mi sobrino — que nació mientras yo escribía este libro— en su primer mes de vida, vi —o proyecté— luchas y satisfacciones que eran muy parecidas a mis propios estados de ánimo y descubrí que se instalaba en él algo parecido a la depresión incluso en los segundos que su madre tardaba en llevarlo a su pecho. Mientras me acercaba al final de este libro, él estaba en la etapa del destete y no parecía contento ante la posibilidad de renunciar al pecho. «En mi opinión —escribió Klein—, la postura infantil depresiva es la postura central en el desarrollo del niño. El desarrollo normal del niño y su capacidad de amar parecería depender en gran medida de cómo opera el yo a través de esta postura nodal.»¹¹⁸

Los analistas franceses llegan más lejos. Para Jacques Hassoun, que llevó la noción de depresión a la deconstrucción críptica del ser humano de Jacques Lacan, la depresión era una tercera pasión, tan poderosa y apremiante como el amor o el odio que podrían provocarla. Según Hassoun, no hay nada semejante a la autonomía sin angustia. En la depresión, dice Hassoun, no estamos correctamente separados del otro y nos percibimos como contiguos al mundo. Corresponde a la naturaleza de la libido desear al otro; y dado que en la depresión no podemos percibir al otro separado, no tenemos base para el deseo. No estamos deprimidos por haber quedado apartados de lo que queremos, sino porque nos hemos fusionado con eso que queremos.¹¹⁹

Sigmund Freud es el padre del psicoanálisis; Emil Kraepelin es el padre de la psicobiología. Kraepelin distinguió entre las enfermedades mentales adquiridas

y las hereditarias. Consideraba que todas las enfermedades mentales tenían una base bioquímica interna y afirmaba que algunas enfermedades eran permanentes y otras degenerativas. Kraepelin introdujo el orden en el caótico mundo de la enfermedad mental al afirmar que existían enfermedades específicas, fáciles de definir y discretas, cada una de las cuales tenía características distintivas y, sobre todo, un resultado predecible que podía comprenderse en relación con el tiempo. Esta aseveración básica probablemente es incierta, pero resultó de suma utilidad porque proporcionó a los psiquiatras una base para encarar las dolencias a medida que se manifestaban.

Kraepelin dividió la depresión en tres categorías, y señaló que existe relación entre ellas. En la más leve, escribió, «aparece poco a poco una especie de aletargamiento mental, el pensamiento se vuelve difícil y los pacientes tienen dificultades para tomar decisiones y expresarse. Les resulta complicado seguir el pensamiento en la lectura o la conversación corriente. No sienten el interés de antes por lo que los rodea. El proceso de asociación de ideas está notablemente entorpecido, no tienen nada que decir, y muestran una escasez de ideas y una pobreza de pensamiento. Parecen apagados y lentos, y comentan que se sienten verdaderamente cansados y agotados. El paciente solo ve el lado oscuro de la vida», etc. «Esta forma de depresión —concluye Kraepelin— sigue un curso bastante uniforme con pocas variaciones. La mejora es gradual. La duración varía de unos pocos meses a más de un año.» La segunda forma incluye mala digestión, piel sin brillo, aturdimiento, sueños angustiosos, etc. «El curso de esta forma muestra variaciones con remisiones parciales y una mejora muy gradual. La duración se extiende de seis a dieciocho meses.» La tercera forma incluye «ilusiones y alucinaciones incoherentes e irreales»; con frecuencia se trata de un estado permanente.

Sobre todo, sugiere Kraepelin, «el pronóstico no es favorable, considerando que la recuperación se produce solo en una tercera parte de los casos, y el resto sufren deterioro mental». Él prescribía una «cura de reposo», «el empleo de opio o morfina en dosis cada vez más elevadas», y diversas restricciones en la dieta. Además, catalogaba las causas de la depresión: «La herencia defectuosa es la más importante, y ocurre entre el 70 y el 80 por ciento de los casos», escribió, y añadió como conclusión que «entre las causas externas, además de la gestación, los excesos de alcohol son quizá los más destacados; otros son la conmoción, las privaciones y las enfermedades agudas». En este enfoque no hay mucho lugar para hablar de principios tan complejos como el yo escindido o la fijación oral al pecho. Kraepelin dio profunda claridad al diagnóstico, que uno de sus contemporáneos llamó «una necesidad lógica y estética». Aunque reconfortante, esta claridad a

menudo era incorrecta, y en 1920 incluso Kraepelin tuvo que admitir que estas suposiciones debían tratarse en términos limitados.¹²⁰ Empezó a dar paso a la creencia cada vez más firme de que la enfermedad siempre era compleja. El médico canadiense sir William Osler resumió una nueva manera de pensar cuando escribió: «¡No me digan qué clase de enfermedad tiene el paciente; díganme qué clase de paciente tiene esa enfermedad!».¹²¹

Adolf Meyer, un suizo que emigró a Estados Unidos, influyó mucho en filósofos estadounidenses como William James y John Dewey, adoptó un enfoque pragmático y reconcilió lo que habían sido visiones opuestas de la mente y el cerebro. Una vez expresados, sus principios eran tan racionales que casi parecen un lugar común. Con respecto a Kraepelin, Meyer dijo finalmente: «Tratar de explicar un ataque de histeria o un sistema ilusorio con una hipotética alteración de las células que no podemos tocar ni demostrar es, en la actual etapa de la histofisiología, un ejercicio gratuito». Caracterizó la falsa precisión de esa ciencia como una «tautología neurologizante». Por otra parte, también pensaba que las tendencias cultas del psicoanálisis eran farragosas y tontas; «cualquier intento de inventar demasiados nombres nuevos encuentra una rápida venganza —dijo, y añadió—: Mi sentido común no me permite suscribir sin críticas todos los sistemas de teorías de lo que debe ser el ser humano, y de cómo debería actuar». Después de observar que «evitar los rompecabezas inútiles libera una masa de energía nueva», pregunta: «¿Por qué deberíamos insistir de esta forma en la “enfermedad física”, si solo es una simple fórmula para referirse a algunos vagos obstáculos, mientras que las dificultades funcionales proporcionan un conjunto de datos con los que trabajar?». Este es el comienzo de la psiquiatría como terapia dinámica. Meyer creía que el hombre tenía infinitas capacidades de adaptación, expresadas en la plasticidad del pensamiento. No creía que cada nueva experiencia del paciente condujera a definiciones absolutas y descubrimientos concluyentes, sino que consideraba que el tratamiento debía operar sobre la base de la comprensión de cada paciente determinado, y les decía a sus alumnos que cada paciente era un «experimento de la naturaleza». Los pacientes podían tener predisposiciones hereditarias, pero que algo se heredara no significaba que fuera inmutable. Meyer se convirtió en jefe de psiquiatría del Johns Hopkins, la mayor facultad de medicina de Estados Unidos de su época, y preparó a toda una generación de psiquiatras norteamericanos;¹²² su esposa, Mary Brooks Meyer, se convirtió en la primera asistente social psiquiátrica del mundo.¹²³

Meyer trabajó con la idea de Freud de que la experiencia infantil

determinaba el destino, y con la idea de Kraepelin de que lo determinaba la genética, y planteó la idea del control de la conducta, que fue claramente norteamericana. La mayor contribución de Meyer fue que él creía que las personas eran capaces de cambiar, y no solo que podían quedar liberadas de conceptos erróneos ni medicadas al margen de la predeterminación biológica, sino que podían aprender a vivir su vida de una manera que las hacía menos propensas a la enfermedad mental. Estaba muy interesado en el entorno social. Estados Unidos, este país nuevo y desconocido al que la gente llegaba y donde todo se reinventaba, le parecía apasionante, e introdujo un entusiasmo por la autotransformación que combinaba por partes iguales los ideales simbolizados por la Estatua de la Libertad y la nueva frontera. Llamó al cirujano «trabajador manual», y al médico «usuario de la medicina», y luego denominó al psiquiatra «usuario de biografías». Cerca del final de su vida, dijo: «El objetivo de la medicina es especialmente volverse innecesaria: influir en la vida de manera tal que lo que hoy es medicina, mañana se convierta en una cuestión de sentido común».¹²⁴ Esto es lo que hizo Meyer. Al leer sus numerosos ensayos, uno encuentra una definición de la experiencia humana que es la realización médica de un ideal cuyos exponentes políticos fueron Thomas Jefferson y Abraham Lincoln, y entre cuyos partidarios artísticos se encontraban Nathaniel Hawthorne y Walt Whitman. Es un ideal de igualdad y simplicidad, en el que se postula el abandono de todo lo que es ornamental a fin de revelar la humanidad esencial de cada individuo.

Las revelaciones de la verdad psicoanalítica y bioquímica con respecto a la depresión, mezcladas con la teoría de la evolución, dejaron al género humano de nuevo aislado y alienado. El trabajo de Meyer con pacientes norteamericanos fue sumamente productivo, pero en Europa sus ideas no encontraron tan rápida aceptación. En cambio, el continente generó nuevas filosofías basadas en la idea de la desolación que dominaba el clima cultural a mediados del siglo XX, entre ellas el pensamiento existencialista de Camus, Sartre y Beckett. Mientras que Camus pinta un mundo absurdo que no da motivos para continuar la vida ni para ponerle fin, Sartre se sumerge en un reino más desesperado. En su primer libro, en el que describe cómo comienza la desesperación existencial, enumera muchos de los síntomas típicos de la depresión moderna. «Algo me ha sucedido —dice el protagonista de *La náusea*—. Ya no tengo dudas. Llegó como llega una enfermedad, no como una certeza corriente, no como algo evidente. Llegó sutilmente, poco a poco; me sentí un poco extraño, un poco molesto, eso es todo. Una vez instalada no se movió más, se quedó quieta, y pude convencerme de que nada me ocurría, que era una falsa alarma. Y ahora está alcanzando la plenitud.» Y más adelante continúa: «Ahora lo sé: las cosas son exactamente lo que parecían ser, y detrás de ellas no hay nada. Existo (el mundo existe), y sé que el mundo existe. Eso es todo.

Para mí no tiene importancia. Es extraño que para mí todo tenga tan poca importancia: me asusta». Y al final: «Un pálido reflejo de mí mismo vacila en mi conciencia ... y súbitamente el “yo” palidece hasta desaparecer». Esta idea entraña la certeza de la pérdida absoluta de sentido de la vida, fuera cual fuese. ¿Qué mejor manera de explicar la degradación del ser que decir que el «yo» desaparece?¹²⁵ *La náusea* pinta un retrato absolutamente optimista en comparación con los textos fundamentales de Samuel Beckett, en los que ni el trabajo ni ninguna otra cosa pueden ofrecer una redención siquiera temporal. Para Beckett, el sentimiento es odioso. En una de sus novelas escribe: «Pero qué importa si nací o no, si he vivido o no, si estoy muerto o simplemente muriendo. Seguiré haciendo lo que he hecho siempre, sin saber qué es lo que hago, ni quién soy, ni dónde estoy, ni si estoy». En otra describe cómo «Las lágrimas se deslizan por mis mejillas desde mis ojos fijos. ¿Qué es lo que me hace llorar así? De vez en cuando. Aquí no hay nada que entristezca. Tal vez mi cerebro se haya licuado. De todos modos, la felicidad pasada ha abandonado mi memoria, suponiendo que alguna vez estuvo allí. Si cumplo otras funciones naturales, lo hago sin darme cuenta».¹²⁶ ¿Cuánto más sombrío se puede estar?

A mediados del siglo XX, dos preguntas preocupaban a la neurociencia de la depresión. Una se refería a si los estados de ánimo se instalaban y operaban en el cerebro debido a impulsos de naturaleza eléctrica o química. La suposición original era que si había reacciones químicas en el cerebro, eran subsidiarias de las eléctricas, pero no existieron pruebas que lo demostraran. Otra se refería a si había diferencia entre la depresión endógena neurótica, que surgía del propio sujeto, y la depresión exógena reactiva, que provenía del exterior. Las depresiones endógenas parecían tener factores desencadenantes externos; las depresiones reactivas solían prolongarse a lo largo de una vida de reacciones turbulentas a la circunstancia que sugería una predisposición interna. Diversos experimentos «mostraron» que una clase de depresión era sensible a una clase de tratamiento, y otra clase de depresión a otro. La idea de que toda depresión implica una interacción entre los genes y el entorno ni siquiera se planteó hasta los últimos veinticinco años del siglo.

Aunque esto se debe en parte a que el pensamiento moderno en torno a la cuestión está dividido, también obedece a un problema mucho más antiguo. A los pacientes que sufren depresión les disgusta la idea de que se han desmoronado ante dificultades que otra persona podría soportar. Existe un interés social en el hecho de decir que lo que causa la depresión son procesos químicos internos que, en cierto modo, la persona afectada no puede controlar. Quienes vivieron en la

época medieval solían ocultar su dolencia detrás de un muro de vergüenza, y lo mismo ocurrió con quienes vivieron en la segunda mitad del siglo XX; a menos que pudieran alegar depresión endógena, algo que había ocurrido sin motivos externos y que era simplemente el despliegue de un plan genético sobre el que ningún régimen de ideas podría tener el más mínimo efecto. Es en este contexto que los antidepresivos son tan populares, ya que debido a que su función es interna y relativamente incomprensible, deben afectar a algún mecanismo que uno jamás podría controlar con la conciencia. Representan una opulencia y un lujo semejante a tener un chófer; uno sencillamente se sienta, se relaja en el asiento trasero y deja que alguien o algo se enfrente a los desafíos de las señales de tráfico, la policía, el mal tiempo, las normas y los desvíos.

Los antidepresivos se descubrieron a principios de la década de los cincuenta.¹²⁷ La versión más encantadora de la historia dice que un grupo de pacientes aislados a causa de la tuberculosis y tratados con iproniazida —un nuevo compuesto para aliviar la afección pulmonar— se mostraron curiosamente exultantes. Poco después la sustancia la utilizaban pacientes no tuberculosos (el compuesto no servía demasiado para la tuberculosis), y así su descubrimiento como fármaco precedió al conocimiento de su acción. En realidad se ha planteado a escala nacional un debate acerca de si los estudios más importantes fueron los que realizó Nathan Kline (que descubrió en Estados Unidos la iproniazida, el inhibidor de la monoaminoxidasa) o los de Lurie y Salzer (que, también en Estados Unidos, mostraron buenos resultados con la isoniazida, también sin conocer su mecanismo) o los de Roland Kuhn (que trabajó en Alemania y descubrió el tricíclico imipramina). Como la iproniazida provocaba ictericia, su fabricante la retiró relativamente poco después de que fuera distribuida. La imipramina, por otra parte, es en la actualidad el antidepresivo oficial de la Organización Mundial de la Salud, y hasta que apareció el Prozac fue la medicación antidepresiva más importante del mundo. El interés de Kuhn en estos fármacos se basaba en la clasificación, y pensaba que podían utilizarse en la catalogación que había obsesionado a los investigadores psiquiátricos alemanes desde los tiempos de Kraepelin. Kline, por otra parte, había comenzado su carrera en el psicoanálisis y había descubierto su fármaco mientras intentaba demostrar una teoría acerca de la localización de la energía del yo. Lurie y Salzer eran pragmáticos. Aunque el fármaco de Kuhn se convirtió en el más exitoso, su hipótesis se reveló errónea: no había una lógica aparente que determinara la receptividad a la sustancia, y por eso no definía categorías de depresión. Por su parte, Kline, que había querido ayudar a los pacientes a enfrentarse a sus traumas pasados, quedó sorprendido al descubrir que muchos de ellos dejaban de preocuparse por esos traumas. Lurie y Salzer, que solo deseaban que las personas

deprimidas se encontraran menos deprimidas, se acercaron a su meta.¹²⁸

El descubrimiento de los antidepresivos fue excitante, pero imaginar cómo o por qué funcionaban fue un asunto muy distinto. La teoría de los neurotransmisores se presentó en 1905; la acetilcolina se aisló en 1914, y en 1921 se demostró su función. En 1933 se aisló la serotonina y en 1954 los investigadores sugirieron que la serotonina del cerebro podía estar vinculada con las funciones afectivas.¹²⁹ En 1955, un artículo publicado en *Science*¹³⁰ afirmaba que la conducta era en algunos casos el resultado inmediato de la biología. Fármacos que en apariencia provocaban un descenso en el nivel de serotonina en el cerebro hacían que los animales quedaran sedados o tuvieran espasmos.¹³¹ Ese mismo año, más tarde, otro investigador descubrió que el mismo fármaco hacía que los niveles de otro neurotransmisor, la noradrenalina, también descendieran. Los intentos por incrementar su nivel parecieron normalizar la conducta de los animales, pero no tuvieron efecto en el neurotransmisor, que seguía disminuido. Resultó que el fármaco aumentado actuaba sobre la dopamina, otro transmisor. La noradrenalina, la adrenalina, la dopamina y la serotonina son «monoaminas» químicas (así llamadas porque tienen un único anillo de aminas como parte de su estructura química), y los nuevos medicamentos que comenzaban a entrar en uso eran inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), que efectivamente elevaban los niveles de las monoaminas en el torrente sanguíneo (la oxidación rompe las monoaminas; los IMAO evitan la oxidación).¹³²

Los tricíclicos, cuya eficacia ya ha sido demostrada, deberían cumplir la misma función; pero las pruebas evidenciaron que hacían descender el nivel de noradrenalina en el torrente sanguíneo. Nuevos experimentos demostraron que esta, aunque no fluyera libremente en la circulación sanguínea, seguía estando presente en el organismo. Al final, Julius Axelrod, científico norteamericano que trabajaba en el recién formado Instituto Nacional de Salud Mental, propuso la idea de reabsorción.¹³³ La noradrenalina queda liberada y provoca algún efecto en la tierra de nadie que hay entre las neuronas llamada «espacio sináptico» (parte de ella queda incluso fuera de dicho espacio y se metaboliza), y luego es reabsorbida por las mismas neuronas a través de las cuales había sido liberada. Axelrod, que ganó un premio Nobel en 1970, comentó tiempo después que, de haber tenido más conocimientos, jamás habría llegado a una hipótesis tan exagerada. Y sin embargo funcionó. Pronto se demostró que los tricíclicos bloqueaban el mecanismo de recaptación, incrementando la noradrenalina en el espacio sináptico sin elevar el nivel general en el organismo y en el torrente sanguíneo.

En los veinte años siguientes los científicos debatieron cuáles eran los neurotransmisores realmente importantes. La idea de que la serotonina era fundamental quedó reemplazada por una nueva comprensión que mostraba que la noradrenalina afectaba de forma notoria al estado de ánimo. El artículo de Joseph Schildkraut que se publicó en 1965 en *The American Journal of Psychiatry* reunió toda esta información y propuso una teoría coherente: que el afecto estaba regulado por la noradrenalina, la adrenalina y la dopamina (un grupo que, colectivamente, recibe el nombre de catecolaminas); que los IMAO evitaban la descomposición de estas sustancias y elevaban así su disponibilidad en el cerebro y, por lo tanto, en el espacio sináptico, y que los tricíclicos, al inhibir la recaptación, también incrementaban el nivel de catecolaminas en el espacio sináptico.¹³⁴

La publicación de esta teoría marcó la división definitiva entre psicoanalistas y neurobiólogos. Aunque las teorías relativas al espacio sináptico en realidad no eran completamente compatibles con las de la sublimación del yo, eran tan diferentes que quienes estaban cerca de una de ellas las consideraban excluyentes. El saber más reciente cuestiona de modo convincente la mayoría de nuestros supuestos respecto a la acción de los medicamentos antidepresivos y analiza los puntos débiles del influyente argumento de Schildkraut.¹³⁵ Muchos nuevos argumentos son elaborados y técnicos, pero lo esencial de ellos es que aunque sea verdad que algunos compuestos afectan a los niveles de catecolaminas y son unos antidepresivos efectivos, no queda claro cómo se relacionan estos dos hechos; y estudios más amplios muestran que muchas sustancias que afectan al nivel de catecolaminas en el cerebro no poseen efectos antidepresivos.

El derivado directo del pensamiento de Schildkraut es la teoría de la serotonina, que es casi la misma, pero con un neurotransmisor diferente. Las teorías de la recaptación y la cantidad de neurotransmisores disponibles en el espacio sináptico generaron las teorías de los receptores, que se ocupan del destino de los neurotransmisores más que de estos en sí mismos. Dichas teorías sugieren que si el receptor no funciona de forma correcta, el cerebro puede actuar como si los niveles de neurotransmisores fueran reducidos aunque cuente con una provisión abundante. De hecho, se ha comprobado que los niveles elevados de neurotransmisores pueden hacer que los receptores se insensibilicen. Expresadas en primer lugar por un grupo de científicos escoceses en 1972,¹³⁶ las teorías de los receptores presentan casi tantos puntos débiles como las de la recaptación: algunas sustancias que se unen con los receptores no poseen cualidades antidepresivas, y algunos fármacos antidepresivos sumamente efectivos (mianserin e iprindola, por ejemplo) no se unen con receptores ni afectan a los niveles de los transmisores. Además, los receptores no son entidades estables ni puertos a los que las naves

regresan de forma ocasional, sino que cambian de manera constante, y la cantidad de ellos que hay en el cerebro puede alterarse con facilidad. Al cabo de media hora de tomar un medicamento, es posible alterar el nivel de neurotransmisores existentes en el espacio sináptico y también el número y la localización de los receptores.

Una teoría publicada en 1976 sostenía que la demora en la respuesta a los primeros antidepresivos se debía a un grupo de receptores, los beta-adrenérgicos, que después de unas pocas semanas quedaban insensibilizados por la mayoría de los antidepresivos. Esta es otra teoría que no se ha demostrado ni dejado de demostrar; de hecho, ha sido omitida desde la aparición de los ISRS y el intento de redefinir la depresión como un problema en el sistema serotoninérgico. Ya en el año 1969, Arvid Carlsson sugirió que la eficacia de los antidepresivos existentes podía deberse a sus efectos periféricos sobre la serotonina más que a sus efectos primarios sobre la noradrenalina, la adrenalina y la dopamina. Presentó la idea a Geigy, uno de los más importantes fabricantes de antidepresivos, pero el laboratorio respondió que la idea de un antidepresivo dirigido a la serotonina no le interesaba. Entretanto, en Suecia un grupo de científicos empezaba a experimentar alterando la estructura de los antidepresivos existentes, y en el año 1971 desarrollaron el primer fármaco con serotonina. En 1980, después de nueve años de pruebas, se dio a conocer en Europa, pero lamentablemente, al igual que ocurre con muchos otros medicamentos prometedores, producía serios efectos secundarios, y a pesar de sus éxitos clínicos, pronto fue retirado del mercado. Carlsson trabajaba con investigadores daneses, y en 1986 presentaron el citalopram (Celexa), el primer fármaco con serotonina, que sigue siendo el más popular en Europa. Mientras otras teorías entraban y salían de circulación, el científico norteamericano David Wong, que trabajaba en Eli Lilly, desarrolló en 1972 otro fármaco con serotonina, llamado fluoxetina.¹³⁷ Lilly quería utilizarla como medicamento contra la hipertensión, pero no resultó especialmente efectivo para este trastorno, y a principios de la década de los ochenta empezaron a analizar sus posibilidades como antidepresivo. En 1987 apareció en el mercado con el nombre de Prozac. Enseguida aparecieron otros ISRS. En un período de diez años apareció la fluvoxamina (Luvox/Faverin), que ya circulaba en Europa y pronto se encontró en Estados Unidos, la sertralina (Zoloft/Lustral), la paroxetina (Paxil/Seroxat) y la venlafaxina (Effexor/Efexor). Estos compuestos, que bloqueaban la recaptación de serotonina, son estructuralmente diversos y multifuncionales.¹³⁸

Los últimos avances científicos sobre la depresión se hacen eco de la sugerencia de Hipócrates según la cual la depresión es una enfermedad del cerebro que se puede tratar con medicamentos orales; los científicos del siglo XXI están

mejor capacitados que los científicos del siglo V antes de Cristo para formular fármacos, pero las percepciones básicas han vuelto esencialmente al punto de partida. Entretanto, las teorías sociales se adaptan a un modelo de pensamiento aristotélico, aunque el desarrollo de tipos específicos de psicoterapia es más sofisticado que el de sus lejanos antecesores. Lo que resulta más perturbador es que estas dos concepciones siguen siendo objeto de discusión como si la verdad no se encontrara entre ellas sino en otra parte.

Pobreza

La depresión trasciende los límites de clase, pero no ocurre lo mismo con los tratamientos contra la depresión. Esto significa que la mayoría de la gente pobre que padece de depresión sigue siendo pobre y continúa sufriendo depresión; en realidad, cuanto más tiempo dura su pobreza y su depresión, más se agudizan ambas. La pobreza es deprimente y la depresión empobrece, porque conduce a la disfunción y al aislamiento.¹ La humildad de la pobreza tiene una relación pasiva con el destino, circunstancia que en personas que se encuentran en una mejor posición exigiría un tratamiento inmediato. Los pobres deprimidos se perciben completamente desvalidos, tanto que ni siquiera buscan ni aceptan apoyo. El resto del mundo se desvincula de los pobres deprimidos, y ellos mismos también se apartan y pierden esa cualidad que poseen la mayoría de los seres humanos, la voluntad.

Cuando la depresión alcanza a alguien que pertenece a la clase media, resulta relativamente fácil reconocerla. Uno va haciendo su vida de una manera aceptable y, de pronto, empieza a sentirse mal todo el tiempo. No puede funcionar al mejor nivel, carece de voluntad para ponerse a trabajar, siente que ya no es dueño de su vida, le parece que jamás conseguirá nada y que la experiencia misma de vivir ya no tiene sentido. Como se aísla cada vez más y se acerca a un estado catatónico, empieza a llamar la atención de amigos, compañeros de trabajo y familiares, que no pueden entender por qué renuncia a las cosas que siempre le habían proporcionado placer. La depresión es incoherente con la realidad privada e inexplicable en el marco de la propia realidad pública.

En cambio, si uno se encuentra en el peldaño más bajo de la escala social, los signos pueden ser menos visibles de inmediato. Para el pobre miserable y oprimido, la vida siempre ha sido espantosa y él nunca se ha sentido muy bien; nunca ha sido capaz de conseguir ni conservar un trabajo decente, nunca ha esperado obtener demasiados logros y, ciertamente, nunca se le ha ocurrido pensar que ejerce algún control sobre aquello que le ocurre. La situación normal de estas personas tiene mucho en común con la depresión, y por ello existe un problema de atribuciones a la hora de definir sus síntomas. ¿Qué es sintomático? ¿Qué es racional y no sintomático? Existe una enorme diferencia entre el solo hecho de tener una vida difícil y padecer un trastorno del estado de ánimo, y aunque es

corriente dar por sentado que la depresión es el resultado natural de esa vida, con frecuencia la realidad es por completo distinta. Afligido por la depresión, uno se siente paralizado, deja de hacer algo por su vida y queda varado en el escalón más bajo, agobiado por la sola idea de ayudarse a sí mismo. El tratamiento de la depresión a menudo permite a los indigentes deprimidos descubrir en su interior la ambición, la capacidad y el placer.

La depresión es un enorme campo lleno de subcategorías, muchas de las cuales han sido estudiadas en detalle: la depresión entre las mujeres,² la depresión entre los artistas,³ la depresión entre los atletas,⁴ la depresión entre los alcohólicos;⁵ el listado es interminable. Sin embargo —y esto es revelador—, es poco lo que se ha hecho con respecto a la depresión entre los pobres. Resulta curioso, porque la depresión aparece con mayor frecuencia entre las personas que viven por debajo del umbral de pobreza, no entre la población promedio.⁶ En efecto, entre quienes reciben asistencia social, el promedio de depresión casi triplica al que corresponde a la población total. Ha estado de moda hablar de la depresión como trastorno aislado de los acontecimientos de la vida; en realidad, la mayoría de los deprimidos pobres se adaptan a varios perfiles en lo que se refiere a la aparición de la depresión, y sus penurias económicas son solo el comienzo de los problemas. Estas personas suelen tener malas relaciones con los padres, los hijos, los amigos y amigas, los esposos o esposas; no han recibido una buena educación ni cuentan con elementos que las distraigan con facilidad de sus penas o su sufrimiento, como un trabajo satisfactorio o viajes interesantes, y carecen de la expectativa fundamental de los buenos sentimientos. En nuestro furor por ver la depresión como un problema médico, hemos tendido a sugerir que la depresión «real» no tiene relación alguna con la realidad externa. Esto no es verdad. Muchos pobres de Estados Unidos sufren depresión, y no me refiero simplemente a un estado de abatimiento, al desdichado sentimiento de haber tocado fondo, sino a la enfermedad clínica cuyos síntomas incluyen aislamiento social, incapacidad de levantarse de la cama, alteraciones del apetito, exceso de temor o angustia, irritabilidad intensa, agresividad imprevisible e incapacidad para cuidar de uno mismo y de los demás. Prácticamente a todos los indigentes norteamericanos, por razones obvias, les disgusta su situación; pero muchos de ellos se encuentran, además, paralizados por ella, y son incapaces de planificar o adoptar las medidas necesarias para mejorar su suerte. En esta era de reformas en la asistencia social estamos pidiendo que los pobres salgan adelante sin ayuda de nadie, pero los indigentes que presentan una depresión severa no tienen recursos y no pueden hacerlo. Cuando se ha instalado en ellos la sintomatología depresiva, ni los programas de reeducación ni las iniciativas cívicas pueden ayudarlos, pues lo que necesitan es una intervención psiquiátrica mediante la medicación y la terapia.

Varios estudios independientes que se están realizando en todo el territorio de Estados Unidos están demostrando de forma amplia que dicha intervención es relativamente barata y muy efectiva, y que la mayoría de los indigentes deprimidos, una vez liberados de su depresión, se muestran muy interesados en hacer algo por mejorar.⁷

La indigencia es un desencadenante de la depresión, y el alivio de la indigencia permite en gran medida la recuperación. La política liberal se ha centrado en mejorar los horrores externos de la vida de los indigentes, dando por sentado que eso hará que la gente sea más feliz. Nunca se debería omitir ese objetivo; sin embargo, a veces es más factible aliviar la depresión que remediar la indigencia. La sabiduría popular afirma que se debe solucionar el problema del paro antes que el extravagante asunto de la salud mental de los parados, lo cual es un razonamiento pobre, pues resolver el problema de la salud mental puede muy bien ser la forma más fiable de reincorporar a la gente a la fuerza de trabajo. Entretanto, algunos defensores de los desposeídos pretenden que se añada Prozac al agua corriente para ayudarlos a soportar lo insoportable. Lamentablemente, el Prozac no hace ni mantiene felices a los desdichados, y es por eso que el panorama paternalista totalitario descrito por los alarmistas sociales carece de base real. Tratar las consecuencias de los problemas sociales nunca servirá de reemplazo a la solución de dichos problemas. No obstante, las personas indigentes que han recibido un tratamiento adecuado tal vez sean capaces de trabajar en conjunto con la política liberal para cambiar su propia vida, y estos cambios pueden producir transformaciones en la sociedad en general.

Si los argumentos humanitarios para tratar la depresión de los indigentes son sensatos, los argumentos económicos también lo son. Las personas deprimidas suponen una enorme presión para la sociedad: en Estados Unidos, del 85 al 95 por ciento de las personas que padecen alguna enfermedad mental grave están desempleadas.⁸ Aunque muchas de ellas se esfuerzan por llevar una vida socialmente aceptable, otras se entregan al consumo excesivo de sustancias y a las conductas autodestructivas, y en ocasiones se comportan de forma violenta. Transmiten estos problemas a sus hijos, que con toda probabilidad serán mentalmente lentos y presentarán disfunciones afectivas. Cuando una madre pobre deprimida no recibe tratamiento, sus hijos suelen acabar viviendo de la asistencia social o dentro del sistema penitenciario, pues los hijos de madres que padecen una depresión no tratada son más propensos que otros niños a convertirse en delincuentes juveniles.⁹ Las hijas de madres deprimidas llegarán a la pubertad

antes que otras niñas, lo cual casi siempre se asocia con la promiscuidad, el embarazo prematuro y la inestabilidad afectiva.¹⁰ El coste material de tratar la depresión en esta comunidad es modesto comparado con el coste de no hacerlo.

En Estados Unidos resulta en extremo difícil encontrar personas pobres que hayan recibido un tratamiento sostenido para la depresión, porque no existen programas coherentes para localizar o tratar esta población. Quienes reciben ayuda médica tienen derecho a cuidados importantes, pero deben solicitarlos, y las personas que sufren depresión rara vez hacen uso de sus derechos o reclaman lo que les corresponde, incluso si poseen la inteligencia suficiente para reconocer su situación.¹¹ Los programas agresivos de ayuda social —que buscan personas que pueden necesitar tratamiento y lo proporcionan, aun cuando dichas personas no se sientan inclinadas a buscar ayuda— están moralmente justificados, porque aquellos que se sienten tentados a seguir un tratamiento casi siempre están encantados de haber recibido atención.¹² En este, más que en ningún otro caso, la resistencia es un síntoma de la enfermedad. Muchos estados dentro de Estados Unidos prometen programas de tratamiento más o menos adecuados para aquellos indigentes deprimidos que pueden visitar los consultorios pertinentes, rellenar los formularios correspondientes, esperar su turno, proporcionar tres clases de fotos de identificación, investigar e inscribirse en programas, etc., etc. Pocos indigentes deprimidos pueden hacerlo, pues su posición social y los serios problemas que padecen hacen que en la práctica les resulte imposible desempeñarse en ese nivel. Solo es posible tratar a esta población abordando la enfermedad antes que la pasividad con la que suelen experimentarla. Con respecto a los programas de intervención en el campo de la salud mental, Steven Hyman, director del Instituto Nacional de Salud Mental, comenta: «No es que la KGB aparezca en un camión y te meta dentro. Pero hay que perseguir a esta gente. Se podría hacer en los programas de trabajo. Si se quiere lograr la transición más efectiva de la asistencia social al trabajo, ese es un buen modo de empezar. Tal vez, para estas personas, tener a alguien de verdad interesado por ellas es una experiencia sin precedentes». La mayor parte de la gente al principio se siente incómoda con las experiencias sin precedentes. Quienes están desesperados y les disgusta recibir ayuda suelen ser incapaces de creer que esa ayuda los liberará. Solo es posible ser salvados mediante la exhortación con celo de misionero.

Resulta difícil hacer estimaciones numéricas específicas de los costes que supone atender a esta población, pero el 13,7 por ciento de los norteamericanos se encuentran por debajo del umbral de pobreza,¹³ y según un estudio reciente, aproximadamente el 42 por ciento de los cabezas de familia que reciben la ayuda a familias con hijos dependientes cumplen con los criterios de la depresión clínica:

más del doble de la media nacional.¹⁴ Un sorprendente 53 por ciento de las embarazadas que viven de la asistencia social cumplen con esos mismos criterios.¹⁵ Por otra parte, entre quienes padecen trastornos psiquiátricos, las probabilidades de recibir asistencia social son un 38 por ciento más altas que en el caso de quienes no los padecen.¹⁶ Nuestro fracaso en identificar y tratar a los indigentes deprimidos no solo es cruel sino también costoso. Mathematica Policy Research, Inc., una organización que reúne estadísticas sobre temas sociales, confirma que «una proporción considerable de la población que vive de la asistencia social ... padece trastornos de su salud mental no diagnosticados y/o no tratados», y que ofrecer servicios a estos individuos «mejoraría su capacidad para conseguir trabajo». Los gobiernos estatales y el gobierno federal gastan alrededor de veinte mil millones de dólares al año en transferencias en metálico para los pobres adultos no ancianos y sus hijos.¹⁷ Gastamos aproximadamente la misma suma en vales de alimentos para esas familias. Si hacemos el cálculo conservador de que el 25 por ciento de la población que vive de la asistencia social sufre depresión, de que podría tratarse con éxito a la mitad de ellos, y de que los dos tercios de ese porcentaje podrían retornar al trabajo activo —al menos a tiempo parcial— y lo multiplicamos por los costes de tratamiento, aun así se podrían reducir los costes de la asistencia social en un 8 por ciento, lo cual significaría un ahorro aproximado de tres mil quinientos millones de dólares al año. Debido a que el gobierno de Estados Unidos también proporciona a esas familias cuidados sanitarios y otros servicios, el verdadero ahorro podría ser considerablemente mayor. En este momento los funcionarios de la asistencia social no investigan de forma sistemática en busca de casos de depresión y los programas que se llevan a cabo están especialmente dirigidos por administradores que se dedican poco al trabajo social. Lo que en los informes relativos a la asistencia social suele describirse como incumplimiento deliberado está, en muchos casos, motivado por problemas psiquiátricos. Mientras que los políticos liberales suelen insistir en que la existencia de una clase formada por personas pobres y desdichadas es consecuencia inevitable de una economía liberal —y, por tanto, no puede remediarse mediante intervenciones en la salud mental—, la derecha conservadora considera que se trata de un problema de pereza, y que, por tanto, no puede remediarse mediante dichas intervenciones. En realidad, para muchas de las personas pobres, el problema no radica en la ausencia de oportunidades de empleo ni en la ausencia de motivación hacia el empleo, sino en las graves desventajas relacionadas con la salud mental, que hacen que sea imposible tener un empleo.¹⁸

En la actualidad se están realizando algunos estudios piloto sobre la depresión entre los indigentes. Muchos de los médicos que trabajan en el marco de la salud pública están acostumbrados a dirigirse a esta población, y han

demostrado que los problemas de los indigentes deprimidos son fáciles de tratar. Jeanne Miranda, psicóloga de la Universidad Georgetown, lleva veinte años defendiendo una asistencia responsable en materia de salud mental para los residentes de las zonas urbanas deprimidas. Acaba de concluir un estudio sobre tratamientos en mujeres de Prince George's County, Maryland, un distrito castigado por la pobreza, situado en las afueras de Washington, D. C. Dado que los servicios de las clínicas de planificación familiar representan el único cuidado médico disponible para la población indigente de Maryland, Miranda seleccionó una de ellas para desarrollar investigaciones aleatorias en busca de casos de depresión. Luego inscribió a aquellas mujeres que a su juicio sufrían depresión en un protocolo de tratamiento para encarar sus necesidades en cuanto a salud mental. Emily Hauenstein, de la Universidad de Virginia, ha dirigido recientemente un estudio sobre tratamientos para la depresión entre mujeres del medio rural. Empezó investigando a los niños con problemas y pasó a tratar a sus madres, y centró su trabajo en Buckingham County, en la Virginia rural, donde la mayoría de las fuentes de trabajo están en las prisiones o en unas pocas fábricas, donde una gran parte de la población es analfabeta, donde una cuarta parte de la población no tiene acceso a un teléfono, donde muchas viviendas no cumplen con los requisitos de habitabilidad ni cuentan con intimidad ni servicios sanitarios en el interior de las mismas, y muchas veces carecen incluso de agua corriente. Tanto Miranda como Hauenstein investigaron fuera de sus protocolos a personas que abusaban de sustancias y las derivaron a programas de rehabilitación.¹⁹ Glenn Treisman, del hospital de la Universidad Johns Hopkins, pasó décadas estudiando y tratando la depresión entre poblaciones de indigentes seropositivos y con sida en Baltimore; la mayoría de ellos también muestran un consumo excesivo de sustancias. Treisman se ha convertido en un médico clínico y en un abierto defensor de esta población. Cada uno de estos médicos utiliza firmes técnicas de cuidados, y todo este trabajo representa un coste inferior a los mil dólares por paciente y por año.²⁰

Los resultados de estos estudios son sorprendentemente coherentes. Tuve pleno acceso a los pacientes de dichos estudios y, para mi asombro, cada uno de los que conocí pensaba que su vida había mejorado al menos un poco durante el tratamiento. Aquellos que se habían recuperado de la depresión grave, al margen de lo espantosas que fueran sus circunstancias, habían comenzado el lento acceso a una vida activa. Se sentían mejor y también vivían mejor. Los habían presentado en la oficina de empleo y habían comenzado a utilizarla, y aun cuando debían enfrentarse a obstáculos casi insalvables, sus progresos eran grandes y a veces incluso rápidos. Sus terribles historias vitales van mucho más allá de cualquiera de las cosas que he comentado; tanto, que en repetidas ocasiones verifiqué los relatos

con los médicos que los trataban y les pregunté si en realidad eran exactos. Así eran también sus historias de recuperación, al estilo de Cenicienta, tan encantadoras como la del carruaje de calabaza y el zapato de cristal. Cada vez que conocía personas que recibían tratamiento para la depresión, escuchaba exclamaciones de asombro y sorpresa: ¿Cómo después de todo lo malo que les había pasado, les habían prestado esta ayuda que había cambiado su vida por completo? «Le pedí a Dios que me enviara un ángel —me dijo una mujer—, y Él respondió a mis plegarias.»

Cuando Lolly Washington, que formaba parte del estudio de Jeanne Miranda, tenía seis años, un amigo minusválido de su abuela alcohólica empezó a abusar sexualmente de ella. Cuando cursaba el séptimo año, «sentí que no había motivos para seguir adelante. Hacía los deberes, y todo lo demás, pero no lograba ser feliz». Lolly empezó a aislarse. «Me encerraba en mí misma. Durante un tiempo todos pensaron que no podía hablar, porque pasé algunos años sin decir nada a nadie.» Como muchas víctimas de malos tratos, Lolly se consideraba fea e inepta. Su primer novio era brutal en su trato físico y verbal, y después del nacimiento de su primer hijo, cuando tenía diecisiete años, logró «huir de él, no sé cómo». Unos meses más tarde salió con su hermana, su prima, el hijo de su prima y un viejo amigo de la familia, «que siempre fue solo un amigo, en realidad un buen amigo. Estábamos en la casa de él, estábamos todos, y yo sabía que su madre tenía en la cómoda unos arreglos florales muy bonitos. Así que subí a mirarlos, porque me encantan las flores. Entonces, de repente, todos los que estaban en la casa se habían ido, y yo no lo sabía. Él me violó, y yo empecé a gritar y a chillar y nadie acudió. Después bajamos y nos metimos en el coche con mi hermana. Yo no podía hablar, estaba asustada y sangraba».

Lolly se quedó embarazada y dio a luz al fruto de la violación. Poco después conoció a otro hombre y, presionada por la familia, se casó con él a pesar de que también la maltrataba. «El día de la boda lo pasé muy mal —me contó—. Sentía que iba a un funeral. Pero él era la mejor alternativa para mí.» En los dos años y medio siguientes tuvo tres hijos con su marido. «Él también maltrataba a los niños, a pesar de que era quien quería tenerlos; los insultaba y les gritaba todo el tiempo, y los zurraba; yo no podía soportarlo, eran muy pequeños, y no podía protegerlos.»

Lolly empezó a padecer una depresión grave. «Había conseguido un trabajo, pero tuve que dejarlo porque no podía hacerlo. No quería levantarme de la

cama y sentía que no tenía ningún motivo para hacer nada. Soy menuda por naturaleza, y estaba adelgazando cada vez más. No me levantaba para comer, ni para nada. No me importaba. A veces me quedaba sentada y lloraba, lloraba y lloraba. Sin motivo. Sencillamente, lloraba. Deseaba estar sola. Mi madre me ayudaba con los niños, incluso después de que le amputaran la pierna, porque su mejor amigo le disparó por accidente. Yo no tenía nada que decir a mis propios hijos. Cuando ellos salían de casa, cerraba la puerta con llave y me metía en la cama. Temía el momento en que regresaban, a las tres en punto, y las horas pasaban volando. Mi esposo me decía que era estúpida, que era tonta y horrible. Mi hermana tiene un problema con el *crack*, y tiene seis niños, y yo debía ocuparme de los dos más pequeños, uno de los cuales nació enfermo a causa de las drogas. Me sentía cansada. Me sentía muy cansada.» Lolly empezó a tomar pastillas, sobre todo analgésicos. «Podía ser Tylenol o cualquier cosa para el dolor; tomaba muchas, cualquier cosa que me hiciera dormir.»

Por fin un día, en una inusual muestra de energía, Lolly visitó la clínica de planificación familiar para someterse a una ligadura de trompas. Había llegado a los veintiocho y era responsable de once niños, y la sola idea de tener otro la aterrizzaba. Por casualidad llegó en el momento en que Jeanne Miranda buscaba posibles sujetos de estudio. «Estaba absolutamente deprimida, yo jamás había visto a una persona con semejante grado de depresión», recuerda Miranda, que sin perder un segundo incluyó a Lolly en una terapia de grupo. «Me dijeron que estaba “deprimida”, y me alivió saber que había algo determinado que estaba mal —comenta Lolly—. Me pidieron que fuera a una reunión, lo cual fue difícil. Cuando asistí no dije nada, y pasé todo el rato llorando.» En psicología se afirma que solo es posible ayudar a quienes desean recibir ayuda y cumplen con las citas, lo cual en esta clase de población es a todas luces falso. «Después me llamaban todo el tiempo y me decían que fuera, incordiando e insistiendo como si no pensarían dejarme. Una vez hasta vinieron a buscarme a mi casa. Las primeras reuniones no me gustaron, pero escuchaba a las otras mujeres y me daba cuenta de que tenían los mismos problemas que yo, y empecé a contarles cosas, cosas que nunca había contado a nadie. Y el terapeuta nos hacía todas esas preguntas para cambiar nuestra manera de pensar. Y yo sentía que estaba cambiando, y empecé a fortalecerme. Todos empezaron a darse cuenta de que yo llegaba con una actitud diferente.»

Dos meses más tarde, Lolly le dijo a su esposo que se iba. Intentó que su hermana se inscribiera en un programa de rehabilitación, pero como ella se negó, Lolly no insistió. «Tenía que librarme de esos dos, que me estaban hundiendo. No hubo discusión porque yo no respondí. Mi esposo intentaba que yo abandonara el

grupo porque no le gustaba el cambio que veía en mí. Yo simplemente le dije: “Me voy”. Me sentía tan fuerte y tan feliz. Salí a caminar, por primera vez en mucho tiempo, solo para disfrutar de mi felicidad.» A Lolly le llevó dos meses más encontrar un trabajo como cuidadora de niños de los oficiales de la marina de Estados Unidos. Gracias a su salario se instaló en un apartamento nuevo con los niños de los que es responsable, que van desde los dos hasta los quince años de edad. «Mis niños son mucho más felices. Ahora quieren hacer algo todo el tiempo. Hablamos durante horas todos los días, y son mis mejores amigos. En cuanto llego a casa, dejo el abrigo y el bolso y cogemos los libros y leemos, e incluso hacemos los deberes juntos. Bromeamos y hablamos de carreras de estudio, y antes ni siquiera pensaban en estudiar. Los mayores quieren alistarse en la fuerza aérea; otro quiere ser bombero y otro predicador, y una de las niñas desea ser abogada. Yo les hablo de las drogas, y como ellos han visto lo que han hecho con mi hermana se mantienen al margen de ellas. No lloran como solían hacerlo y tampoco se pelean como antes. Yo dejo que sepan las cosas, conmigo pueden hablar de lo que quieran, no importa de qué. Me traje a los niños de mi hermana, y el que tiene problemas con las drogas está mejorando. El médico dijo que nunca había imaginado que ese niño fuera a hablar tan pronto, a tratar de usar el orinal; siempre va por delante de lo que ellos pensaban.

»En la nueva casa hay una habitación para los niños, una para las niñas y una para mí, pero por la noche todos vienen a mi cama y estamos un rato allí sentados. Eso es todo lo que necesito ahora, mis niños. Nunca pensé que llegaría tan lejos. Es bueno sentirse feliz. No sé cuánto tiempo durará, pero le aseguro que espero que sea para siempre. Y las cosas siguen cambiando. Por ejemplo, la forma en que me visto, mi aspecto, mi manera de actuar, lo que siento. Ya no tengo miedo. Puedo salir de casa sin miedo. No creo que esos sentimientos horribles vuelvan —Lolly sonrió y meneó la cabeza, como sorprendida—. Y si no fuera por la doctora Miranda, aún estaría en mi casa, en la cama, si es que todavía estaba viva.»

Los tratamientos que Lolly recibió no incluían una intervención psicofarmacológica ni se basaban en modelos cognitivos. ¿Qué fue lo que permitió esta metamorfosis? En cierta medida fue, sencillamente, la firme muestra de afecto por parte de los médicos con los que ella trabajó. Como observó Phaly Nuon, de Camboya, el amor y la confianza pueden ser una buena explicación, y el hecho de saber que alguien se preocupa por uno es en sí mismo suficiente para cambiar lo que uno hace. Yo quedé impresionado cuando Lolly afirmó que el haber dado el nombre de «depresión» a su problema le produjo alivio. Miranda la describía como una persona que sufría «claramente» de depresión, pero para Lolly no había sido

tan claro, ni siquiera cuando padecía los síntomas extremos. Categorizar su problema era un paso esencial para que ella se recuperara, pues lo que es posible nombrar y describir también se puede contener. La palabra «depresión» escindía la enfermedad de Lolly de su personalidad. Si todas las cosas que no le gustaban de sí misma podían quedar agrupadas como aspectos de una enfermedad, sus buenas cualidades representaban a la «verdadera» Lolly; y a ella le resultaba mucho más fácil querer a esta Lolly auténtica y enfrentarla con los problemas que la afligían. Adquirir la noción de qué es la depresión significa dominar un instrumento lingüístico socialmente poderoso que mantiene a salvo y otorga poder a esa personalidad mejor a la que aspira la gente que sufre. Aunque el problema de la expresión es universal, resulta especialmente severo en los indigentes, personas que están sedientos de este vocabulario; y esa es la razón por la que las herramientas básicas, como las terapias de grupo, pueden resultarles profundamente transformadoras.

Debido a que los pobres tienen un acceso limitado al lenguaje de la enfermedad mental, su depresión no suele manifestarse en el plano cognitivo. Es poco probable que experimenten un intenso sentimiento de culpabilidad y que expresen para ellos mismos la percepción del fracaso personal, que desempeña un papel tan importante en la depresión de las personas de clase media. Su trastorno suele evidenciarse en los síntomas físicos: insomnio y agotamiento, náuseas, terror, incapacidad para relacionarse con los demás; esto a su vez los hace vulnerables a la enfermedad física; y estar enfermo es a menudo la gota que colma el vaso y hace que una persona que padece una depresión leve supere los límites. Cuando los indigentes deprimidos se acercan a los hospitales suelen hacerlo por trastornos orgánicos, muchos de los cuales son síntomas de su angustia mental.²¹ «Si una mujer latina pobre parece deprimida —señala Juan López, de la Universidad de Michigan, que ha realizado un importante trabajo relacionado con la salud mental entre la población hispanohablante pobre y deprimida—, la trato con antidepresivos. Hablamos de ellos como de tónicos para sus afecciones en general, y cuando dan resultado se siente alegre. Ella misma no experimenta su estado como algo psicológico.» Lolly también experimentaba sus síntomas sin relacionarlos con lo que ella habría percibido como locura, y la locura (la psicosis alucinatoria severa) era el único modelo de enfermedad mental que podía concebir. La idea de un trastorno mental debilitante que no la llevaba a un estado de incoherencia extremo estaba fuera de su léxico.

Ruth Ann Janesson nació en una caravana en la Virginia rural y se convirtió

en una muchacha gorda que llevaba gafas. A los diecisiete años se quedó embarazada tras una relación con un hombre semianalfabeto que había estudiado en su escuela y había abandonado los estudios, lo cual ella también hizo para casarse con él. El matrimonio fue desastroso; ella trabajaba y durante un tiempo se las arreglaron para llegar a fin de mes, pero después del nacimiento de su segundo hijo, Ruth Ann lo abandonó. Unos años más tarde se casó con un trabajador que maneja maquinaria en un depósito de construcción. Ella había logrado obtener una licencia para conducir camiones, pero al cabo de seis meses su esposo le dijo que su lugar estaba en el hogar, cuidando de su familia y, por supuesto, de él. Habían tenido dos hijos. Ruth Ann trataba de llegar a fin de mes, «lo que es difícil para una familia de seis personas con doscientos dólares semanales, incluso con los vales de alimentos».

Ruth Ann pronto empezó a derrumbarse y durante el tercer año de su segundo matrimonio perdió todos los signos de vitalidad. «Yo solo había decidido, bueno, estoy aquí, estoy existiendo y eso es todo. Estaba casada, tenía hijos, pero no tenía vida y me sentía mal todo el tiempo.» Cuando su padre murió, «los perdí totalmente», dijo. «Fue tocar fondo. Mi papi nunca nos golpeaba, no era algo físico, era mental. Aunque hubieras hecho las cosas bien, nunca recibías un elogio sino que te criticaba todo el tiempo. Supongo que yo sentía que si no podía complacerlo, no podía hacer nada más. Y sentía que nunca había logrado contentarlo lo suficiente, y ahora no volvería a tener la posibilidad de hacerlo.» Mientras me recordaba esa etapa de su vida, Ruth Ann se echó a llorar, y cuando llegó al final de su relato había gastado una caja entera de Kleenex.

Ruth Ann se metía en la cama y pasaba allí la mayor parte del tiempo. «Sabía que algo estaba mal, pero no le daba un nombre médico. No tenía energía para nada. Empecé a engordar y engordar. Veía películas dentro de nuestra caravana, y nunca salía, y dejé de comunicarme totalmente. Entonces me di cuenta de que estaba descuidando a mis propios hijos. Tenía que hacer algo.» Ruth Ann padecía la enfermedad de Crohn, y aunque no hacía prácticamente nada empezó a mostrar lo que parecían ser síntomas relacionados con el estrés. Su médico, que conocía el estudio de Emily Hauenstein, le recomendó que fuera a verla. Ruth Ann empezó a tomar Paxil y a visitar a Marian Kyner, una terapeuta que trabajaba a tiempo completo con las mujeres que formaban parte del estudio de Emily Hauenstein. «Si no hubiera sido por Marian, probablemente me habría quedado sentada en ese mismo agujero en que me encontraba cuando dejé de vivir, cuando dejé de existir. Si no fuera por ella, hoy no estaría aquí —me contó Ruth, y una vez más estalló en llanto—. Marian me enriqueció por dentro, ella quería que yo me estudiara por dentro de pies a cabeza. Y descubrí quién soy. No me gustó, no me

gusté.»

Ruth Ann se serenó. «Y luego comenzaron los cambios —añadió—. Me dicen que tengo un gran corazón. Yo no pensaba que lo tuviera, pero ahora sé que en algún lugar está y que voy a encontrarlo.» Ruth Ann empezó a trabajar nuevamente a tiempo parcial en At Work Personnel Service. Pronto se convirtió en encargada de la oficina, y a partir de ese momento fue abandonando de manera paulatina los antidepresivos. En enero de 1998, ella y una amiga compraron el negocio, que es una franquicia de una compañía nacional. Ruth Ann empezó a asistir a cursos nocturnos de contabilidad para poder llevar bien los libros, y pronto grabó un anuncio para la televisión por cable. «Trabajamos con la oficina de empleo —me contó— y conseguimos trabajo a personas que no lo tienen y las colocamos en la industria privada. Las entrenamos en nuestra propia oficina, donde ellas nos ayudan, y luego las enviamos provistas de nuevas habilidades. En este momento abarcamos diecisiete condados.» En los peores momentos llegó a pesar noventa y cinco kilos, pero ahora frecuenta con regularidad un gimnasio, y con una dieta estricta ha bajado a los sesenta y un kilos.

Abandonó a su esposo, que quería que su mujer estuviera en la cocina esperándolo, deprimida o no; aun así, le está dando tiempo para que se adapte a sus cambios, y la última vez que la vi todavía abrigaba la esperanza de una reconciliación. Estaba radiante. «A veces me asalta algún nuevo sentimiento —me confió—, y eso me asusta. Me lleva unos días descubrir de qué se trata, pero al menos ahora sé que mis sentimientos están ahí, que existen.» Ruth Ann ya tenía una relación absolutamente nueva con sus hijos. «Por la noche los ayudo con las tareas de la escuela, y mi hijo mayor decidió que los ordenadores son formidables y ahora me está enseñando a usarlos. Eso realmente ha contribuido a acrecentar su confianza. Este verano lo llevaremos a trabajar en la empresa, y está encantado. No hace tanto tiempo se quejaba de que estaba cansado y la mayor parte del tiempo faltaba a la escuela. Hasta ahora lo único que parecía motivarlo era mirar la televisión y estar tumbado en el sillón.» Algunos días deja a los niños más pequeños con su madre, que es minusválida pero puede moverse lo suficiente para cuidarlos. Ruth Ann pronto consiguió una hipoteca para una casa nueva. «Soy dueña de una empresa y tengo una propiedad», me dijo sonriendo. Cuando nuestra entrevista llegaba a su fin, Ruth Ann sacó algo de su bolso. «Vaya por Dios —suspiró mientras pulsaba los botones de su buscaperonas—. Dieciséis llamadas perdidas el tiempo que he estado aquí sentada.» Le deseé suerte mientras ella atravesaba el patio a toda velocidad hasta su coche. «Lo logramos, ya sabe —dijo en cuanto subió—. ¡Otra vez en pie!» Encendió el motor y se alejó.

Aunque la depresión es por sí sola una carga terrible, resulta aún más traumática para quienes padecen múltiples enfermedades psicológicas y físicas. La mayoría de los indigentes deprimidos presentan síntomas físicos y son propensos a padecer ataques a su agotado sistema inmunológico. Resulta difícil ayudar a alguien que está deprimido a creer que una vida desdichada y la depresión pueden separarse, y cuando se trata de alguien que lleva la carga de una enfermedad mortal resulta aún más difícil convencerlo de que su abatimiento puede ser tratado. De hecho, la aflicción a causa del dolor, la aflicción por circunstancias adversas y la aflicción sin motivo pueden solucionarse, y una mejoría en un aspecto facilita a su vez la mejoría en otros.

Cuando Sheila Hernandez llegó al Johns Hopkins estaba, según su médico, «prácticamente muerta». Tenía VIH, endocarditis y neumonía, y el consumo constante de heroína y cocaína le había afectado tanto la circulación que ya no podía mover las piernas. Los médicos le implantaron un catéter de Hickman con la esperanza de alimentarla por vía intravenosa y así darle suficiente fortaleza física para soportar el tratamiento de sus infecciones. «Les dije que me lo quitaran, que no me iba a quedar —me contó cuando nos conocimos—. Les dije: “Me iré con esto puesto si es necesario, y lo usaré para suministrarme drogas”.» En ese momento llegó Glenn Treisman, con quien ella dijo que no quería hablar porque iba a morir pronto y a marcharse del hospital antes incluso. «Oh, claro que no —le aseguró Treisman—. No vas a salir de aquí para encontrar una muerte estúpida e inútil en la calle. Pensar eso es una locura. Es lo más delirante que he oído jamás. Tú te quedarás aquí, dejarás las drogas y te curarás de todas esas infecciones, y si la única manera que tengo de retenerte aquí es declararte demente peligrosa, lo haré.»

Sheila se quedó. «Ingresé en el hospital el 15 de abril de 1994 —me contó riendo con sarcasmo—. En ese momento ni siquiera me veía como un ser humano. Recuerdo que incluso cuando era niña me sentía realmente sola. Las drogas entraron en juego cuando yo trataba de librarme de ese dolor interno. Cuando yo tenía tres años mi madre me dio a unos desconocidos, un hombre y una mujer, y cuando tenía unos catorce, el hombre empezó a abusar de mí. Me ocurrieron muchas cosas dolorosas, y lo único que quería era olvidar. Me levantaba por la mañana y me enfurecía estar levantada. Sentía como si para mí no hubiera ayuda, porque estaba en esta tierra simplemente ocupando espacio. Vivía para consumir drogas y consumía drogas para vivir, y dado que las drogas me hacían estar más deprimida, solo deseaba estar muerta.»

Sheila Hernandez permaneció en el hospital durante treinta y dos días y se sometió a rehabilitación física y a tratamientos para su adicción. Le administraron antidepresivos. «Descubrí que todo lo que sentía cuando llegué aquí estaba mal. Estos médicos me dijeron que yo tenía esto y aquello para dar a los demás, y que después de todo yo valía la pena. Era como nacer otra vez —Sheila bajó la voz—. No soy una persona religiosa, nunca lo fui, pero supuso una resurrección, como lo que ocurrió con Jesucristo. Empecé a vivir por primera vez. El día que me fui oí los pájaros que cantaban, ¿y sabe que antes nunca los había oído? No supe hasta ese día que los pájaros cantaban. Por primera vez olí la hierba y las flores... Incluso el cielo era nuevo. Nunca había prestado atención a las nubes, ¿sabe?»

La hija más pequeña de Sheila, que rondaba los dieciséis años y ya tenía un bebé, había abandonado la escuela unos años antes. «La vi seguir el camino doloroso que yo conocía —comenta Sheila—. Al menos la salvé de eso. Consiguió su título de primaria y ahora está en el segundo curso del instituto y también se graduó de asistente de enfermería y trabaja en el Churchill Hospital. No fue tan fácil con la mayor, ella ya tenía veinte, pero ahora por fin también está estudiando.» Sheila Hernandez no volvió a drogarse. Al cabo de unos meses regresó al Hopkins... como administradora del hospital. Realizó trabajos de abogacía durante un estudio clínico acerca de la tuberculosis, y consiguió alojamiento para los participantes en el estudio. «Mi vida es muy distinta. Hago esto para ayudar a otras personas, y ¿sabe usted?, realmente lo disfruto.» Ahora la salud física de Sheila es excelente. Aunque seguía siendo seropositiva, sus linfocitos T se habían duplicado y su carga viral era imperceptible. Tenía vestigios de enfisema, pero después de aplicarse oxígeno durante un año había empezado a arreglárselas sola. «No siento que haya algo mal en mí —anunció con alegría—. Tengo cuarenta y seis años y pienso andar por aquí mucho tiempo más. La vida es la vida, pero yo diría que la mayor parte del tiempo, al menos, soy feliz, y todos los días agradezco a Dios y al doctor Treisman por estar viva.»

Después de conocer a Sheila subí al despacho de Glenn Treisman, que me mostró sus notas sobre el ingreso de ella en el hospital: «Trastornos múltiples, traumatizada, autodestructiva, suicida, depresión o enfermedad bipolar, físicamente una ruina total. Pocas posibilidades de vivir mucho tiempo; problemas muy arraigados pueden impedir una respuesta a las estrategias de tratamiento existentes». Esas notas parecían no tener la menor relación con la mujer que yo había conocido. «En aquel momento parecía completamente desahuciada —me dijo—, pero pensé que era necesario intentarlo.»

A pesar de los prolongados debates de los diez últimos años sobre las causas de la depresión, parece bastante claro que este trastorno suele ser consecuencia de una vulnerabilidad genética activada por el estrés. Comprobar si existe depresión entre los indigentes es como comprobar si existe enfisema entre los mineros del carbón. «Los traumas en estas personas son tan terribles y frecuentes —explica Jeanne Miranda— que pueden desarrollar incluso la vulnerabilidad más leve. A menudo estas personas experimentan una violencia indiscreta, inesperada y súbita, y poseen recursos muy limitados para enfrentarse a ella. Lo que resulta sorprendente al examinar estas vidas con tantos factores de riesgo psicosocial, es que al menos una cuarta parte de la población no sea depresiva.» *The New England Journal of Medicine* ha reconocido una relación entre las «continuas penurias económicas» y la depresión, y de hecho, el índice de depresión entre los indigentes es el más elevado de todas las clases sociales norteamericanas.²² Además, es menos probable que las personas carentes de recursos se recuperen de los acontecimientos adversos de la vida. «La depresión está muy relacionada con el conflicto social —señala George Brown, que ha estudiado los factores sociales que determinan los estados mentales—. La privación y la pobreza son perjudiciales.» La depresión es tan corriente en las comunidades de indigentes que muchas personas no la notan ni la cuestionan. «Si así son todos los amigos que uno tiene —dice Miranda—, el estado posee cierta terrible normalidad. Y uno atribuye el dolor a causas externas, y como cree que estas no pueden cambiar, considera que nada interno puede cambiar.» Al igual que cualquier otra persona, los pobres desarrollan, con episodios repetidos, una disfunción orgánica que discurre según sus propias reglas y sigue su propio curso. El tratamiento que omite atender la vida real de esta población probablemente no prosperará, y lograr que alguien supere el caos biológico causado por los traumas repetidos carece de sentido si ha de volver a traumatizarse durante el resto de sus días. Mientras la gente no deprimida en ocasiones es capaz de reunir sus escasos recursos para cambiar su situación y librarse de algunas dificultades que caracterizan su vida, a las personas deprimidas les resulta difícil mantener su lugar en el orden social, y mucho más mejorarlo; por esta razón los pobres requieren enfoques innovadores.

En general, los traumas entre los indigentes norteamericanos no están relacionados de forma directa con la falta de dinero. Relativamente pocos de ellos se mueren de hambre, pero muchos padecen de indefensión aprendida, un estado precursor de la depresión. La indefensión aprendida, estudiada en el mundo animal, tiene lugar cuando un animal está sometido a estímulos dolorosos en una situación en la que no puede luchar ni huir, a partir de la cual desarrolla un estado de docilidad que se parece mucho a la depresión humana.²³ Lo mismo les ocurre a

personas con escasa voluntad, y de hecho la situación más perturbadora de los pobres norteamericanos es la pasividad. Como director de servicios de pacientes internos en el Georgetown University Hospital, Joyce Chung, que ya atendía a una población difícil, trabajó de manera estrecha con Miranda. «La gente a la que suelo tratar puede al menos establecer una cita y seguir adelante. Se dan cuenta de que necesitan ayuda y la buscan. Las mujeres de nuestro estudio jamás entrarían en mi consulta por su cuenta.» Chung y yo estábamos hablando de este fenómeno en el ascensor de la clínica de Prince George's County, donde se aplica este tratamiento. Cuando llegamos al vestíbulo principal vimos a una de las pacientes de Chung esperando el taxi que habían pedido para ella tres horas antes. No se le había ocurrido pensar que el coche no llegaría ni tampoco llamar a la compañía de taxis, ni había enloquecido ni se sentía frustrada. Chung y yo la llevamos a su casa. «Vive con su padre, que la violó repetidas veces —dijo Chung—. Pero no tiene más remedio que seguir conviviendo con él, de lo contrario no llegaría a fin de mes. Uno pierde la voluntad de luchar por algunos cambios cuando debe enfrentarse a realidades como esa. Nosotros no podemos hacer nada para conseguirle otra vivienda; no podemos hacer nada por la realidad de su vida. Es demasiado complejo.»

Las cuestiones más simples también resultan terriblemente difíciles para la población indigente. Emily Hauenstein dijo: «Una mujer explicó que cuando debe venir a la clínica un lunes, le pide a su prima Sadie que le diga a su hermano que vaya a buscarla para que ella pueda traerla mientras la hermana de su cuñada se ocupa de los niños, salvo que ella tenga trabajo esa semana, en cuyo caso su tía puede sustituirla si está en la ciudad. Después alguien más debe venir a buscarla, porque el hermano de Sadie se va a trabajar justo después de dejarla a ella. Si nos encontramos un jueves, los que intervienen son un montón de personajes distintos. De cualquier manera, deben cancelar la cita alrededor del 75 por ciento de las veces, y ella debe arreglárselas para cerrar acuerdos de última hora». Esto ocurre igual en las ciudades. Lolly Washington se perdió una cita un día en que cayó un chaparrón porque, después de lograr que alguien cuidara a los once niños y de cumplir con su agenda y resolver otras cuestiones, descubrió que no tenía paraguas. Caminó cinco manzanas bajo la lluvia torrencial, esperó un autobús durante unos diez minutos y cuando empezó a temblar porque estaba empapada, dio media vuelta y regresó a su casa. Miranda y sus terapeutas trasladan ellos mismos a sus pacientes; Marian Kyner organizó las cosas para ir a ver a las mujeres a sus casas y así ahorrarles la dificultad de acudir a la consulta. «A veces no se sabe si se trata de resistencia al tratamiento, como uno podría suponer en el caso de un paciente de clase media —comenta Kyner—, o si cumplir con las citas es un desafío demasiado grande en la vida de estas personas.»

Joyce Chung dijo que una de sus pacientes «estaba muy aliviada de que la llamara cuando realicé una terapia telefónica. Y sin embargo, cuando le pregunté si ella me llamaría, me respondió: “No”. Lograr que me devuelva las llamadas resulta muy laborioso, y he estado a punto de renunciar más de una vez. Se queda sin los medicamentos y no hace nada para solucionarlo, de modo que debo ir a su casa y darle las recetas. Me llevó mucho tiempo comprender que su conducta no significaba que no deseaba venir. Su pasividad es en realidad caracterológica, y no es atípica en una persona que en la infancia sufrió repetidos abusos sexuales.»

La paciente en cuestión, Carlita Lewis, es una mujer maltratada por la vida a sus treinta y tantos años, y parece no poder dar un vuelco fundamental a su realidad. El tratamiento solo ha cambiado lo que ella siente con respecto a su vida, pero el efecto sustancial de ese cambio depende de que se produzca con respecto a la gente que la rodea. Mientras entraba en la adolescencia lo pasó muy mal con su padre, hasta que fue lo suficientemente mayor para rechazarlo. Abandonó la escuela cuando se quedó embarazada, y su hija, Jasmine, nació con anemia falciforme. Es probable que Carlita padeciera un trastorno del estado de ánimo desde la infancia. «Las cosas más insignificantes me irritaban, y perdía los estribos —me contó—. Me metía con todos. A veces lloraba, lloraba y lloraba hasta que me dolía la cabeza, y después el dolor de cabeza empeoraba y yo quería matarme.» Su estado de ánimo se volvió violento, y una vez, durante la cena, le clavó un tenedor en la cabeza a uno de sus hermanos y estuvo a punto de matarlo; y en varias ocasiones tomó gran cantidad de pastillas. Al cabo de un tiempo, su mejor amigo la encontró después de que ella intentara suicidarse y le dijo: «Ya sabes cuánto se preocupa tu hija por ti. Jasmine no tiene a su padre y ahora tampoco tendrá a su madre. ¿Cómo crees que se sentirá? Si te suicidas, ella será igual que tú».

Jeanne Miranda pensaba que los problemas de Carlita iban más allá de una cuestión situacional y le prescribió un tratamiento con Paxil. Desde que comenzó con la medicación Carlita habla con su hermana acerca de lo que su padre hizo con ambas, y ninguna de las dos sabía lo que le había ocurrido a la otra. «Mi hermana no tiene nada que ver con mi padre —explica Carlita, que nunca deja a su hija en la casa a solas con su abuelo—. A veces no podía ver a mi hija durante días, porque tenía miedo de descargar mi mal humor con ella —agrega Carlita—. Jamás quise que la golpearan, yo menos que nadie, y en esa época siempre estuve a punto de hacerlo.»

Cuando le abruma la tristeza, Carlita puede arreglárselas. «“¿Qué te ocurre, mami?”, me pregunta Jasmine, y le digo: “No me ocurre nada, solo estoy cansada”. Ella intenta restarle importancia, y luego dice: “Mami, todo saldrá bien, no te

preocupes”, y me abraza y me besa y me da palmaditas en la espalda. Ahora compartimos mucho amor.» Dado que Jasmine parece tener una disposición natural similar a la de Carlita, esta capacidad para cuidar a otro sin ira indica un gran paso adelante. «Jasmine dice: “Voy a ser como mi mami”, y yo digo: “Espero que no”, y supongo que ella estará bien.»

Los mecanismos por los que uno consigue un cambio positivo en su vida son increíblemente básicos, y casi todos nosotros los aprendemos en la infancia en interacciones maternas que nos muestran una relación entre causa y efecto. He estado observando a mis cinco ahijados, cuyas edades oscilan entre las tres semanas y los nueve años. El más pequeño llora para llamar la atención y para que lo alimenten. El que tiene dos años infringe las normas para descubrir qué es lo que puede y no puede hacer. A la de cinco años le han dicho que puede pintar su habitación de color verde si logra mantenerla ordenada durante seis meses. El de siete años ha estado coleccionando revistas de coches y ha aprendido cosas sobre ellos en las enciclopedias. El de nueve años anunció que no deseaba ir a la escuela lejos de casa, como había hecho su padre, apeló a los sentimientos y a la razón de sus padres, y ahora está matriculado en una escuela local. Cada uno de ellos tiene voluntad y crecerá con una noción de poder. Estas tempranas y exitosas reafirmaciones de poder tendrán mucho más efecto que la relativa prosperidad e inteligencia de estos niños. La ausencia de una persona que pueda responder a tales reafirmaciones, incluso de forma negativa, es catastrófica. Marian Kyner dice: «A algunas pacientes tuvimos que ayudarlas a comprender qué es un sentimiento y proporcionarles una relación de sentimientos para que supieran hacer algo más que solo reprimir su vida emocional. Luego debimos convencerlas de que podían cambiar esos sentimientos y, por último, establecimos objetivos. Para algunas de estas personas, incluso la idea de entender lo que uno desea es revolucionaria».

Entonces pensé en Phaly Nuon, que había trabajado en Camboya enseñando a la gente cómo debía sentirse después del inmovilismo de la época de los jemereros rojos. Pensé en la dificultad que supone el reconocimiento de los sentimientos. Pensé en esa misión cuyo objetivo es que las personas entren en sintonía con su propia mente.

«En ocasiones tengo la sensación de que en el nuevo milenio estamos generando nuevas formas de conciencia, como en los años sesenta», dice Miranda, que creció entre los «trabajadores pobres» del Idaho rural, pero que no sufrió la «desmoralización a largo plazo» que encuentra ahora a diario entre quienes están

«desempleados y sin orgullo».



Danquille Stetson forma parte de una dura cultura criminal del sur rural. Es una afroamericana que vive en medio del prejuicio racial y la violencia, y se siente amenazada por doquier. Va armada. Es analfabeta funcional. La casa de Danquille, donde charlamos, es una vieja caravana destartada cuyas ventanas están herméticamente cerradas y cuyos muebles tienen un aspecto deteriorado. El día que la visité, la única luz que había provenía del televisor, que en ese momento emitía *El planeta de los simios*. Sin embargo, el lugar estaba ordenado y no resultaba desagradable.

«Es como una herida —fue lo primero que dijo cuando entré, obviando las presentaciones—. Es como si te arrancaran el corazón del cuerpo, y no se detuviera, es como si alguien cogiera un cuchillo y te lo clavara una y otra vez.» Cuando Danquille era una niña, su abuelo paterno la sometió a abusos sexuales y ella se lo contó a sus padres. «A ellos en realidad no les importaba, simplemente era algo que escondían debajo de la alfombra», comentó. Y el abuso se prolongó durante años.

Con frecuencia resultaba difícil saber en qué consistía para Danquille el trabajo de Marian Kyner, en qué consistía el efecto del Paxil, y en qué consistía la obra del Señor. «Cuando me acerqué al Señor —me dijo—, Él me hundió en la depresión y me rescató de ella. Yo le rogué que me ayudara y Él me envió a la doctora Marian; ella me dijo que pensara de una manera más positiva y tomara esas pastillas, y que de este modo podría salvarme.» El control del pensamiento negativo como forma de generar un cambio de conducta es la esencia de la terapia cognitiva. «No sé por qué mi esposo me pegaba siempre —me comentó Danquille al tiempo que se golpeaba en el brazo—, pero después de vivir con él no hice más que ir de un hombre a otro buscando amor en el lugar equivocado.»

Los hijos de Danquille tienen ahora veinticuatro, diecinueve y trece años. Su mayor revelación en el tratamiento fue fundamental. «Me he dado cuenta de que las cosas que hacen los padres afectan a los hijos. ¿Sabe? Antes no lo sabía. Y yo he estado haciendo muchas cosas mal. He vuelto loco a mi hijo, a mi propio muchachito. Si hubiera sido más comprensiva..., pero en ese momento no lo sabía. Así que ahora me siento con mis hijos y les digo: “Si alguien viene a veros y os dice: ‘Tu mamá hizo esto y tu mamá hizo aquello’, ahora os digo que es verdad. No hagáis lo que yo he hecho”. Y les digo: “No hay nada tan malo que no podáis

hablarlo conmigo". Y eso ocurre porque no he tenido a alguien que me escuchara y me asegurara que todo saldría bien, porque en ese caso todo habría sido muy distinto, ahora lo sé. Los padres no se dan cuenta de que muchos de los problemas de sus hijos se deben a ellos mismos, que son responsables de que alguien busque amor en el lugar equivocado. Conozco a mi buen amigo, a quien pagué la fianza cuando disparó a su sobrino. Él veía a su madre con diferentes hombres con los que hacía el amor en el coche delante de sus narices. Eso influyó en su vida, pero su madre todavía no lo sabe. Todo lo que uno hace en la oscuridad sale a la luz en algún momento.»

Danquille ya se ha convertido en una especie de recurso para la comunidad, pues enseña a amigos y a extraños sus métodos para controlar la depresión. «Mucha gente viene a preguntarme: "¿Cómo has hecho para cambiar?". Desde que pienso de una manera positiva, me río todo el tiempo, sonrío todo el tiempo. Ahora me ha ocurrido esto, que el Señor ha empezado a enviarme gente para que yo la ayude. Y digo: "Señor, ¿me dirás lo que ellos necesitan oír, y me ayudarás a escuchar?".» Ahora Danquille escucha a sus hijos, y también a la gente que va a su iglesia. Cuando en una ocasión alguien mostró unas tendencias suicidas, «le dije: "No estás solo. A mí me ocurrió lo mismo". Y también: "Yo lo logré. No hay nada tan malo que no puedas superarlo". Le dije: "Empieza a pensar de una manera positiva y te aseguro que esa chica que te ha abandonando volverá a llamarte". Ayer él me dijo: "Si no fuera por ti, yo estaría muerto"». Danquille ocupa un nuevo lugar en su familia. «Más o menos es como si estuviera rompiendo un molde. Mis sobrinos vienen a verme a mí en lugar de hablar con sus padres, y el esquema de no escuchar se ha quebrado. Me dicen: "Desde que hablo contigo tengo ganas de vivir". Y yo les digo a todos: "Tenías un problema y recibes ayuda. Para eso Dios puso aquí a los médicos, para ayudarte". Se lo digo con claridad. Esas personas son como perros que se comen entre ellos, pero todos pueden salvarse. Había una mujer que bebía, fumaba, había estado con mi esposo y luego con mi nuevo amigo sin decir nunca que lo lamentaba, pero cuando venga voy a ayudarla, porque para que se ponga bien debe tener a alguien que la ayude.»

Las personas deprimidas y castigadas por la pobreza no están representadas en las estadísticas sobre la depresión, porque la investigación que reflejan las cifras se basa principalmente en el trabajo con personas que se encuentran dentro de planes de salud existentes, que ya forman parte de una población de clase media, o al menos trabajadora. Crear expectativas entre las poblaciones desfavorecidas es una cuestión compleja, y es verdad que introducir falsas metas en la mente de las

personas puede resultar peligroso. «Nunca dejaré de ver al doctor Chung», me dijo una mujer en tono confidencial, aunque le han explicado una y otra vez los parámetros reales del estudio. Es descorazonador el hecho de que si llega a tener otro colapso en algún momento de su vida, tal vez será incapaz de conseguir el tipo de ayuda que le ha permitido recuperarse; aunque todos los terapeutas que participan en estos estudios sienten la obligación ética de proporcionar a sus pacientes, con dinero de por medio o no, los servicios básicos existentes. «Negar tratamiento a las personas que sufren seriamente porque eso va a crearles expectativas —dice Hauenstein— es lo mismo que pasar por alto el gran tema ético en nombre del más pequeño. Intentamos hacer todo lo posible para dar a la gente una serie de instrumentos que puedan utilizar solos en otra situación, hacemos todo lo que podemos para ayudarlos.» El coste de la medicación es un problema enorme, resuelto en parte por los programas basados en la distribución de antidepresivos entre los pobres, pero estos rara vez pueden llegar a fin de mes. Un médico de Pennsylvania que conocí me dijo que tenía «cargamentos de muestras» que le proporcionaban los vendedores farmacéuticos para entregar a sus pacientes indigentes. «Yo les digo que usaré sus productos como tratamiento de primera línea en pacientes que pueden pagar y que con probabilidad los consumirán a lo largo de la vida —me comentó—. Les digo que a cambio necesitaré una provisión más o menos ilimitada del producto para poder medicar de forma gratuita a mis pacientes con pocos recursos. Los vendedores inteligentes siempre aceptan y emito una cantidad enorme de recetas.»

La esquizofrenia tiene una frecuencia dos veces mayor entre las poblaciones de bajos ingresos que entre la clase media.²⁴ En un principio los investigadores suponían que las dificultades provocaban en cierto modo esquizofrenia, pero estudios más recientes muestran que la esquizofrenia es la que provoca dificultades: la enfermedad mental resulta costosa y confusa, y una enfermedad crónica que perjudica la productividad y tiene lugar entre los jóvenes suele empujar a la familia de esa persona uno o dos peldaños más abajo en la escala social. Esta «hipótesis de movimiento descendente» parece ser cierta también para la depresión. Glenn Treisman dice con respecto a la población indigente que padece VIH: «Muchas de estas personas no han tenido éxito en toda su vida. No pueden establecer una relación, ni comprometerse a largo plazo con un trabajo». La gente considera la depresión como una consecuencia del VIH, pero con frecuencia es un antecedente. «Si uno tiene un trastorno del estado de ánimo, es mucho menos cuidadoso con el sexo y con las agujas —afirma Treisman—. Muy poca gente contrae el VIH por culpa de un condón roto, en cambio muchos se contagian cuando no pueden reunir la fuerza suficiente para seguir cuidándose. Estas personas se encuentran profundamente desmoralizadas por la vida, a la que

no encuentran sentido. Por mi experiencia clínica supongo que si contáramos con tratamientos más accesibles para la depresión, el índice de infección por VIH en nuestro país quedaría reducido por lo menos a la mitad, con el consecuente y enorme ahorro para la salud pública.» Los costes para la salud pública de una enfermedad que facilita la infección por VIH y luego impide a las personas cuidarse ellas mismas (y a otros) son enormes. «El VIH consume todo el dinero y los bienes, y a menudo también a los amigos y la familia. La sociedad priva a la persona de todo derecho, de modo que esta se hunde por completo.» Todos los investigadores que conocí subrayaron la necesidad de un tratamiento, pero también enfatizaron la necesidad de que el tratamiento sea realmente bueno. «Existe un número en verdad pequeño de personas a las que confiaría el cuidado de esta gente», asegura Hauenstein. Los niveles de cuidado de la salud mental en estas pocas personas indigentes que están tan enfermas como para recibir tratamiento —fuera de estos estudios— son extremadamente bajos.

Los únicos hombres indigentes deprimidos que he entrevistado son seropositivos. Se encuentran entre los pocos que se han visto obligados a mejorar por la realidad de su depresión, ya que en este grupo la depresión acaba por llevarlos a la cárcel o a la morgue más que a los protocolos de tratamiento para su enfermedad. No cabe duda de que los hombres se resisten mucho más que las mujeres a someterse a una terapia antidepressiva. Pregunté a las mujeres que entrevisté si sus esposos o novios estaban deprimidos, y muchas respondieron de modo afirmativo; y todas ellas me hablaron de sus hijos deprimidos. Una de las mujeres del estudio de Miranda me dijo que su novio, que le había provocado unos cuantos moratones, le había confiado que deseaba encontrar un grupo para recibir atención, pero que la idea de seguir adelante le resultaba «demasiado embarazosa».

Me sentí desconcertado cuando Fred Wilson fue a verme una tarde al Johns Hopkins. Medía poco menos de dos metros, lucía anillos de oro, un enorme medallón de oro y gafas de sol; llevaba el pelo casi rapado y sus músculos eran impresionantes. Su cuerpo parecía cinco veces el mío; vamos, la clase de persona que uno evita si se lo cruza por la calle, y mientras hablábamos me di cuenta de que esa era una buena política. Había tenido una fuerte adicción a las drogas y para mantenerla había atracado a varias personas, robado en tiendas y casas y golpeado a ancianas para quitarles el bolso. Había vivido un tiempo en la calle y era un bravucón, y aunque provocaba una absoluta indignación, este hombre temible tenía un aire de desesperación y soledad. El gran avance terapéutico de Fred había tenido lugar cuando reconoció que padecía un trastorno del estado de ánimo que muy probablemente le había llevado a tomar drogas, y que no solo

«estaba arruinado por el caballo». Cuando lo conocí, estaba buscando un antidepresivo que lo ayudara. Fred era un hombre con carisma y tenía una sonrisa atractiva, y sabía lo que era hallarse en la cima del mundo. «Siempre tuve la habilidad necesaria para conseguir lo que deseaba. Y cuando uno posee esa habilidad, no trabaja ni hace nada; simplemente va y lo busca. Yo ignoraba lo que era ser paciente. Carecía de límites —me comentó—. No tomaba precauciones, ¿entiende lo que quiero decir? Simplemente tomaba lo que quería y me ponía a volar. A volar, ¿sabe? Con eso lograba cierta aceptación. Me ayudaba a superar la culpabilidad y la vergüenza.» Fred se sometió a la prueba del VIH después de que lo encarcelaran para sacarlo de las calles; y poco después descubrió que su madre también era seropositiva. Desde que ella murió de sida «nada pareció tener sentido, porque el resultado final de la vida siempre será la muerte. Yo consigo algunas metas, y he buscado otras cosas que debo hacer, ¿sabe? Pero de todas maneras empiezo a gustarme cada vez menos. Entonces, en una de las ocasiones en que me arrestaron cuando vivía en la calle, me di cuenta de que vivía de este modo por las elecciones que realizaba. Cambié para enfrentarme a eso, ¿sabe lo que quiero decir? Porque en ese momento estaba completamente solo. Y nadie viene a darte las drogas cuando las necesitas, salvo que tengas el dinero para pagarlas».

Fred recibió un régimen de fármacos para el VIH, pero dejó de tomarlos hace un tiempo porque no le sentaban bien. Los efectos secundarios eran leves, al igual que las molestias de las drogas, pero «antes de irme más vale disfrutar», me dijo. Decepcionados, los médicos que lo tratan por el VIH lo convencieron de que no abandonase los antidepresivos; albergan la esperanza de que esos medicamentos despierten en él el deseo de seguir vivo, para que siga tomando los inhibidores de la proteasa.

La fuerza de voluntad suele ser el mejor baluarte contra la depresión, y en esta población la voluntad de seguir adelante y la tolerancia a los traumas suelen ser algo extraordinario. Entre los indigentes deprimidos existen muchos sujetos cuya personalidad es tan pasiva que carecen de aspiraciones, y con frecuencia son las más difíciles de ayudar. Otros conservan las ganas de vivir incluso durante la depresión.

Theresa Morgan, una de las pacientes de Emily Hauenstein y de Marian Kyner, es una mujer de temperamento dulce cuya vida ha estado salpicada por dosis surrealistas de horror. Vive en una casa del tamaño de una caravana doble, en medio de Buckingham County, en Virginia, casi ocho kilómetros al sur de la

autopista de la Congregación de la Fe, y casi ocho kilómetros al norte de la Iglesia baptista de la Mina de Oro. Cuando nos conocimos me contó su historia con bastante lujo de detalles, como si hubiera tomado notas durante toda su vida.

La madre de Theresa se quedó embarazada a los quince años y la tuvo a ella a los dieciséis; contaba diecisiete cuando el padre de Theresa le propinó tal paliza que hubo de salir de la casa arrastrándose. El abuelo de Theresa dijo a su madre que se marchara y se escondiera, y que si alguna vez volvían a verla por la zona, si alguna vez intentaba ver a Theresa, harían que la encarcelaran. «Mi papá tenía veintidós años en ese momento, de modo que él es un gran estúpido; pero solían decirme que ella era una fulana, y que yo sería una fulana como ella. Y mi papá solía decirme que yo le había arruinado la vida en el momento de nacer», me contó Theresa.

Tiempo después a Theresa le diagnosticaron un tumor benigno imposible de operar, un hemangioma localizado entre el recto y la vagina. Desde los cinco hasta los nueve años, todas las noches fue víctima de abusos sexuales por parte de parientes cercanos, lo cual tocó a su fin cuando uno de esos familiares se casó y abandonó la casa. Theresa iba a la escuela y a la iglesia, y ese era el entorno de su vida. Su abuela creía en la disciplina estricta, lo que significaba agresiones diarias con cualquier objeto de la casa que tuviera al alcance de la mano: azotes con cables, golpes con mangos de cepillos y con sartenes; y decía que la casa la dirigían los hombres y que ella debía mantener la boca cerrada. Su abuelo, por su parte, era un exterminador, y desde que tuvo siete años, Theresa pasaba mucho tiempo debajo de las casas tratando de capturar serpientes negras. Cuando estaba en octavo curso, Theresa ingirió una sobredosis del medicamento que su abuela tomaba para el corazón. Los médicos le practicaron un lavado de estómago y le recomendaron una terapia, pero su abuelo afirmó que ningún miembro de su familia necesitaba ayuda.

Cuando estaba en decimoprimer curso, Theresa tuvo su primera cita con un joven llamado Lester, que había «llegado a mi corazón, porque podíamos hablarnos honestamente». Mientras Lester la dejaba en su casa, llegó el padre de ella y se puso furioso. El hombre, que medía menos de un metro ochenta de estatura, pero pesaba más de ciento treinta y cinco kilos, se sentó encima de Theresa, que no llega al metro cincuenta y en ese momento pesaba menos de cincuenta kilos, y le golpeó la cabeza contra el suelo durante horas, hasta que la sangre empezó a fluir entre sus dedos. La frente y el cuero cabelludo de Theresa aún están cubiertos de cicatrices tan grandes que parecen provocadas por quemaduras. Aquella noche también le rompió dos costillas, la mandíbula, el brazo

derecho y cuatro dedos.

Mientras Theresa me contaba su historia, su hija Leslie, de nueve años, jugaba con un cachorro de perro salchicha. Estos detalles parecían ser para ella tan familiares como la Pasión para alguien que asiste regularmente a la iglesia, y se volvía agresiva con el perro cada vez que se mencionaba algún horror real. Sin embargo, no lloró en ningún momento y tampoco nos interrumpió.

Después de aquella gran paliza, Lester invitó a Theresa a mudarse con él y con su familia, «y durante tres años fue grandioso. Pero él quería que yo fuera como su madre, que no trabajara, que ni siquiera condujera, que simplemente me quedara en casa lavándole la ropa interior. Y yo no deseaba eso». Theresa se quedó embarazada y se casaron. Lester demostró su independencia saliendo una y otra vez mientras Theresa se ocupaba de su hija. «Yo había gustado a Lester porque pensaba —dice Theresa—. Le agradaba cuando le contaba cosas. Había logrado que dejara la basura de música que oía y que escuchara buen jazz. Le había hablado de arte y poesía. Y ahora quería que yo me quedara en casa, y con su madre, porque la casa era de ella.»

Un año más tarde, exactamente antes de que Leslie naciera, Lester sufrió un ictus que provocó daños en gran parte del hemisferio izquierdo de su cerebro. En ese momento tenía veintidós años y manejaba maquinaria pesada para obras de viales, y ahora estaba semiparalítico y no podía hablar. En los meses siguientes, antes de que los médicos descubrieran su enfermedad subyacente —una forma de lupus que provocaba la formación de coágulos—, otro ataque destrozó su pierna, que posteriormente tuvieron que amputarle, y otros coágulos le afectaron los pulmones. «Podría haberme largado», dijo Theresa.

Leslie dejó de jugar y dedicó a su madre una mirada vacía y curiosa.

«Pero aunque habíamos tenido momentos malos, Lester era el amor de mi vida, y yo no renuncio con facilidad a las cosas. Fui a verlo al hospital. Se le había empezado a hinchar la cara, las facciones de un costado se veían caídas y tenía un ojo cerrado y el otro abierto. Le habían extirpado el hueso del lado izquierdo del cráneo porque la inflamación era terrible. Le habían serrado el cráneo, pero estaba feliz de verme.» Theresa se quedó en el hospital, le enseñó a usar la cuña, le ayudaba a orinar y empezó a aprender los gestos con los que ahora se comunicaban.

Theresa hizo una pausa en su relato. Leslie se acercó y me entregó una foto.

«Es de cuando cumpliste dos años, ¿verdad, cariño? —le dijo Theresa con suavidad. En la foto se veía un joven apuesto, voluminoso, vendado como una momia, conectado a diversos monitores y abrazado a una criatura menuda—. Eso fue cuatro meses después del ictus —comentó Theresa, y Leslie tomó la foto con solemnidad y se la llevó.»

Lester volvió a su casa al cabo de seis meses. Theresa consiguió un trabajo de jornada completa en una fábrica, recortando ropa infantil. Tenía que trabajar cerca de su casa para poder ir y volver cada pocas horas y así vigilar a Lester. El día que ella obtuvo el permiso de conducir se lo mostró a Lester y él se echó a llorar. «Ahora puedes abandonarme», le dijo con gestos. Mientras lo cuenta, Theresa se echa a reír. «Pero descubrió que no lo hice.»

Lester se derrumbó. Permanecía despierto toda la noche y llamaba a Theresa una vez cada hora para que lo ayudara a defecar. «Yo llegaba a casa y preparaba la cena, lavaba los platos, hacía un par de coladas y ordenaba la casa, y después me quedaba dormida, a veces en la misma cocina. Lester llamaba a su madre por teléfono, y cuando ella lo oía respirar por el auricular, entonces lo llamaba a él, y el timbre del teléfono me despertaba. Se negaba a cenar, y ahora quería que le preparara un bocadillo. Yo intentaba estar alegre y animada todo el tiempo, para que él no se sintiera mal.» Lester y Leslie se disputaban la atención de Theresa; se arañaban y tiraban del pelo. «Empecé a sentirme perdida —afirmó Theresa—. Lester ni siquiera trataba de hacer los ejercicios, perdía cada vez más movilidad y se estaba poniendo enorme, gordo. Supongo que yo me encontraba en una etapa de egoísmo y no podía comprenderlo como tendría que haber hecho.»

El estrés hizo que el hemangioma de Theresa, que había logrado pasar por alto durante algún tiempo, se expandiera, de modo que empezó a sangrar de forma abundante por el recto. Theresa se había convertido en supervisora, pero su trabajo aún la obligaba a permanecer de pie entre ocho y diez horas cada día. «Eso y las hemorragias, y ocuparme de Lester y de Leslie... Bueno, supongo que debería haber sido capaz de soportar la presión, pero me equivoqué. Tenemos una pistola Remington calibre veintidós. Me senté en el suelo del dormitorio, giré el tambor, me puse el arma en la boca y apreté el gatillo. Lo hice una vez más. Era maravilloso tener esa pistola en la boca. Luego Leslie llamó a la puerta y me dijo: “Mami, por favor, no me dejes. Por favor”. Entonces solté el arma y prometí que jamás iría a ningún sitio sin ella.»

«Yo tenía cuatro años —dijo Leslie, orgullosa—. Después de eso, venía y dormía contigo todas las noches.»

Theresa llamó a una línea directa para suicidas y habló por teléfono durante cuatro horas. «Simplemente me puse a gritar. Lester había pillado una infección de estafilococos; después yo sufrí cálculos renales, tan dolorosos que le dije al médico que le destrozaría la cara si no me ayudaba. Cuando el cuerpo de verdad te abandona, tu mente también quiere hacerlo. No podía comer, y hacía un mes que no dormía bien; estaba llena de cables, todo me dolía y sangraba muchísimo, y además estaba totalmente anémica. Tenía un aspecto espantoso.» Su médico la presentó a Marian Kyner. «Marian me salvó la vida, no cabe duda. Me enseñó a pensar otra vez.» Theresa empezó a tomar Paxil y Xanax.

Kyner dijo a Theresa que nada podía obligarla a hacer todo lo que hacía, que para ella debía merecer la pena. Poco después, una noche, cuando la situación con Lester se le escapó de las manos, Theresa soltó la sartén sin inmutarse. «Venga, Leslie —dijo—. Coge algo de ropa y vámonos.» Lester recordó de repente que Theresa podía abandonarlo; se echó al suelo y se puso a llorar y a suplicar. Theresa salió con Leslie y dieron un paseo de tres horas, «solo para darle a papi una lección». Cuando regresaron, él aseguró estar arrepentido y empezaron una nueva vida. Ella se las arregló para que a él le prescribieran Prozac. Y explicó cómo la vida que llevaban estaba afectando a su salud. Los médicos dijeron a Theresa que para evitar las hemorragias que le causaba el hemangioma debía evitar caminar o moverse, salvo cuando fuera necesario. «Aún bajo a Lester del coche, aún levanto su silla de ruedas, aún limpio la casa. Pero Lester tuvo que aprender muy pronto a ser independiente.» Theresa tuvo que renunciar a su trabajo por razones de salud.

Ahora Lester trabaja plegando delantales en una lavandería, adonde cada día lo lleva un autobús especial para minusválidos. En casa lava los platos, y a veces incluso pasa la aspiradora. A pesar de su minusvalía, gana doscientos cincuenta dólares a la semana, dinero con el que viven.

«Nunca lo abandoné —dice Theresa, orgullosa—. Me dijeron que me agotaría, pero volvemos a estar muy fuertes. Podemos hablar de cualquier cosa. Él era un reaccionario, y ahora se ha vuelto liberal. Le he quitado parte de esos prejuicios y esos odios con los que creció.» Lester aprendió a orinar solo, y casi puede vestirse con una sola mano. «Hablamos todos los días y todas las noches —agrega Theresa—. ¿Y sabe una cosa? Él es el verdadero amor de mi vida, y aunque lamento mucho lo que ocurrió, no renunciaría a nada de lo nuestro y de esta familia. Pero si no hubiera sido por Marian, habría esperado hasta morir desangrada, y allí hubiera acabado todo.»

Al oír esto último, Leslie se subió al regazo de Theresa, que la cobijó con sus

brazos. «Y este año —añade Theresa, eufórica de pronto— encontré a mi madre. La última vez la busqué en el listín telefónico y después de cincuenta llamadas encontré a un primo. Hice un poco de trabajo detectivesco, y cuando ella por fin se puso al aparato me confesó que durante años había abrigado la esperanza de que yo la llamara. Ahora es como mi mejor amiga. Nos vemos con mucha frecuencia.»

«Queremos mucho a la abuela», dijo Leslie. «Claro que sí —confirmó Theresa—. Ella y yo recibimos el mismo tratamiento terrible de mi papá y de su familia, así que tenemos mucho en común.» Theresa aclaró que lo más probable era que no pudiera estar de pie ni volver a trabajar en la fábrica. «Alguna vez, cuando Leslie pueda cuidar a Lester por las tardes, y si me dejan mover un poco más y pueden contener mi hemangioma, iré a clases nocturnas para terminar la secundaria. Cuando iba a la escuela aprendí cosas sobre arte, poesía y música de una maestra negra, la señorita Wilson. Volveré y aprenderé más sobre los escritores que más me gustan, Keats, Byron, Edgar Allan Poe. La semana pasada, cuando conseguimos ese libro en la biblioteca, leí a Leslie *El cuervo* y *Annabel Lee*, ¿verdad, cariño?» Observé las láminas que había en las paredes. «Me encanta Renoir —comentó—. No crea que soy pedante, me gusta de verdad, lo mismo que la del caballo, que es de un artista inglés. Y también me gusta la música, cada vez que suena Pavarotti me encanta escucharlo.»

»¿Sabe qué deseaba cuando era pequeña y estaba en esa casa horrible? Quería ser arqueóloga y viajar a Egipto y a Grecia. Hablar con Marian me ayudó a volver a la realidad, lo cual hizo que volviera a pensar. ¡Echaba mucho de menos usar la cabeza! Marian es muy inteligente, y después de todos estos años a solas con Leslie y un esposo que nunca terminó el noveno grado y con el que no puedo hablar... —se detuvo un instante—. Vaya, hay tantas cosas hermosas que están esperando ahí fuera... Vamos a descubrirlas, Leslie, ¿verdad que sí? Como descubrimos esos poemas.» Empecé a recitar *Annabel Lee*, y Theresa se unió a mí. Leslie observaba con atención mientras su madre y yo tamborileábamos con los dedos al tiempo que recitábamos las primeras líneas del poema. «Pero amábamos con algo que era más que amor», recitó Theresa como describiendo su propia trayectoria.

Parte de la dificultad de conseguir mejores servicios para esta gente es el bloqueo de la incredulidad. Escribí una primera versión de este capítulo como artículo para una revista de actualidad de gran tirada, y me dijeron que debía reescribirlo por dos razones: en primer lugar, las vidas que yo describía eran

increíblemente horrendas. «Termina por ser cómico —me dijo un editor—. Quiero decir que a nadie puede pasarle todo eso, y si les ocurre, no me sorprende que estén deprimidos.» El otro problema era que la recuperación era demasiado importante y rápida. «Todo este asunto de esas mujeres sin hogar y suicidas que se convierten en administradoras capaces de conseguir subvenciones —dijo el editor en tono ácido— parece un poco ridículo.» Intenté explicarle que en realidad esa era la fuerza de la historia, que gente que se encontraba en situaciones verdaderamente desesperadas había logrado cambiar de manera radical su vida, pero no conseguí nada. La verdad que había descubierto era más extraña que la ficción, lo que parecía resultar intolerable.

Cuando los científicos observaron por primera vez el agujero antártico de la capa de ozono creyeron que sus equipos de medición estaban estropeados, pues el agujero era tan enorme que no parecía real. Pero lo era.²⁵ El agujero de la depresión entre los indigentes de Estados Unidos también es real y enorme, pero a diferencia del agujero de la capa de ozono, éste puede taparse. No logro imaginar cómo fue en el caso de Lolly Washington, Ruth Ann Janesson, Sheila Hernandez, Carlita Lewis, Danquille Stetson, Fred Wilson, Theresa Morgan y decenas de personas a las que entrevisté entre los indigentes deprimidos. Pero sé una cosa: hemos intentado resolver el problema de la pobreza mediante la ayuda material al menos desde los tiempos bíblicos, y en los diez últimos años me he hartado de dicha ayuda, pues me doy cuenta de que no es suficiente. Ahora hemos revisado la asistencia social con la peregrina idea de que no ayudando a los pobres se conseguirá que trabajen más duramente. ¿No merece la pena darles el apoyo médico y terapéutico que les permita funcionar, que los libere para que puedan desarrollarse? No es fácil hallar trabajadores sociales que puedan transformar la vida de esta población; pero sin programas de concienciación y subvenciones, quienes poseen el don y la voluntad de trabajar con las personas desfavorecidas tienen escasos medios para hacerlo. Entretanto, el terrible, erosivo y solitario sufrimiento prosigue y avanza implacable.

Política

La política, en tanto ciencia, desempeña un papel importante en la definición habitual de la depresión. Quién investiga la depresión, qué se hace al respecto, a quién se trata y a quién no, a quién se culpabiliza y a quién se mima, qué se paga y qué se omite son aspectos que se deciden en los santuarios del poder. La política también determina las modalidades de tratamiento: ¿se debe ingresar a las personas en instituciones o se las debe tratar en el seno de la comunidad? ¿El tratamiento de los depresivos debe estar en manos de los médicos o deben asumirlo los trabajadores sociales? ¿Qué clase de diagnóstico es necesario para garantizar una intervención subvencionada por el gobierno? El vocabulario de la depresión, que ofrece una gran facultad a las personas marginales que no tienen manera de describir ni comprender sus experiencias, es por completo manipulable. Los miembros más favorecidos de una sociedad experimentan su enfermedad a través de ese vocabulario, divulgado sin ningún tipo de complicidad por el Congreso, por la Asociación Médica Norteamericana y por la industria farmacéutica.

Las definiciones de la depresión influyen en gran medida en las decisiones políticas, que a su vez afectan a quienes la padecen. Cuando se trata de una «simple enfermedad orgánica» se la debe tratar de la misma manera que a otras simples enfermedades de este tipo, y las compañías de seguros deben proporcionar cobertura para la depresión grave al igual que hacen para el tratamiento del cáncer. Si la depresión modifica el carácter, se considera que el fallo se halla en quienes la padecen, de modo que no reciben más protección que la que se dispensa a la estupidez. Si puede afectar a cualquiera en cualquier momento, entonces se debe enfatizar la prevención. Si se trata de un trastorno que castigará solo a los pobres, a quienes no han recibido educación o no están suficientemente representados en el plano político, el acento que se pone en la prevención es mucho menor, sobre todo en esta sociedad poco equitativa. Si las personas deprimidas perjudican a otras, se las debe controlar por el bien de la sociedad, y si sencillamente se quedan en su casa o desaparecen, su carácter de personas invisibles hace que resulte más fácil ignorarlas.

La política del gobierno norteamericano con respecto a la depresión ha cambiado en los diez últimos años, y sigue haciéndolo,¹ al igual que en muchos

otros países, en los cuales se han producido transformaciones sustanciales. Son cuatro los factores principales que influyen en la percepción de la depresión a nivel gubernamental, y por tanto en la puesta en práctica de la política relativa a esta. El primero es considerarla un problema médico. En la mentalidad norteamericana está profundamente arraigada la idea de que no es necesario tratar una enfermedad que alguien ha contraído por su comportamiento o desarrollado por su debilidad de carácter, aunque la cirrosis y el cáncer de pulmón están cubiertos por los seguros. En general se considera que visitar al psicólogo es un capricho, que se parece más a visitar al peluquero que al oncólogo. Tratar un trastorno del estado de ánimo como enfermedad médica rompe estos criterios, quita responsabilidad a la persona que la padece y hace que resulte más fácil «justificar» el tratamiento.

El segundo factor que configura la percepción de la depresión es una amplia y excesiva simplificación, lo cual curiosamente no es coherente con dos mil quinientos años de ambigüedad con respecto al trastorno. Esta simplificación está especialmente representada por la suposición popular de que la depresión es el resultado de un bajo nivel de serotonina, de la misma manera que la diabetes es consecuencia de un reducido nivel de insulina, idea que ha sido reafirmada con fuerza por la industria farmacéutica y también por la Food and Drug Administration (FDA, Administración de Medicamentos y Alimentos).

El tercer factor es la imagen. Si uno muestra una representación de un cerebro deprimido —coloreado para indicar los índices de metabolismo— junto a la representación de un cerebro normal —coloreado de manera similar—, el efecto es sorprendente: el cerebro de las personas deprimidas es gris, mientras que el de las personas felices se ve en Technicolor. La diferencia es estremecedora y ofrece un aspecto científico, y aunque es completamente artificial —los colores son producto de técnicas de imagen y no responden a matices y tonos reales—, esa imagen vale más que diez mil palabras y suele convencer a la gente de la necesidad de un tratamiento inmediato.

El cuarto factor es la debilidad del grupo de presión sobre las instituciones. «Las personas deprimidas no fastidian lo suficiente», afirma Lynn Rivers, congresista demócrata por Michigan. La atención a enfermedades específicas suele ser el resultado de los esfuerzos concertados de los grupos de presión para concienciar sobre estas enfermedades: la impresionante respuesta al sida fue alentada por las espectaculares tácticas de la población afectada por la enfermedad o en riesgo de contraerla. Lamentablemente, para las personas deprimidas la vida cotidiana suele ser abrumadora, de modo que son incapaces de formar grupos de

presión. Además, muchas de las personas que han estado deprimidas se resisten a hablar del tema aunque se sientan mejor: la depresión es un secreto desagradable, y resulta difícil presionar sin revelar ese secreto. «Enloquecemos cuando la gente viene a ver a sus representantes para proclamar la gravedad de una determinada enfermedad», asegura John Porter, congresista republicano por Illinois, que como presidente del Subcomité de Gastos en Servicios Humanos, Trabajo y Salud, domina las discusiones de la Cámara sobre los presupuestos para la salud mental. «Debo rechazar enmiendas que llegan a la Cámara y que reflejan el entusiasmo de alguien con respecto a una historia sobre una enfermedad determinada, a la que entonces se pretende asignar una suma de dinero concreta. Los miembros del Congreso suelen hacer siempre algo así, pero rara vez con las enfermedades mentales.» Sin embargo, en Estados Unidos son varios los grupos de presión que defienden la causa de los deprimidos, y los más notables son la National Alliance for the Mentally Ill (NAMI, Alianza Nacional para los Enfermos Mentales) y la National Depressive and Manic-Depressive Association (NDMDA, Asociación Nacional de Depresivos y Maníaco-Depresivos).

El gran obstáculo para el progreso tal vez siga siendo el prejuicio social, que estigmatiza la depresión como a ninguna otra enfermedad, y que Steven Hyman, director del Instituto Nacional de Salud Mental, ha descrito como una «catástrofe de la salud pública». Muchas de las personas con las que hablé mientras escribía este libro me pidieron que no mencionara su nombre, que no revelara su identidad. Les pregunté qué pensaban que sucedería si alguien descubría que habían estado deprimidos. «La gente sabría que soy débil», me dijo un hombre cuyo historial de éxitos profesionales, a pesar de la terrible enfermedad, parece más bien el signo de una enorme fortaleza. Personas que se habían declarado abiertamente homosexuales y hablado en público de su condición de gay, de su alcoholismo, de padecer enfermedades de transmisión sexual, y hasta de cometer abusos sexuales con niños, seguían demasiado avergonzadas para hablar públicamente de su depresión. Representó un esfuerzo considerable encontrar a las personas cuyas historias se cuentan en este libro, no porque la depresión sea poco frecuente, sino porque quienes hablan sin tapujos de ella consigo mismos y con los demás son una excepción. «Nadie me creería», dijo un abogado depresivo que el año anterior se había tomado algún tiempo libre «para planificar el futuro». Había inventado una historia con el fin de justificar los meses de ausencia y había empleado una considerable energía —incluso había elaborado algunas fotos falsas de sus supuestas vacaciones— para que su relato fuera creíble. Mientras esperaba el ascensor en el enorme edificio de apartamentos en el que acababa de entrevistarle, me abordó el miembro más joven del personal. Mi coartada consistía en que había ido a consultar a un abogado por unos detalles relacionados con un

contrato, y el muchacho me preguntó a qué me dedicaba. Le respondí que trabajaba en este libro. «¡Oh! —exclamó entonces, y mencionó a quien yo acababa de entrevistar. Me informó de forma espontánea—. Es un hombre que sufrió una crisis total. Depresión, psicosis, lo llaman ustedes. Estuvo completamente chiflado durante un tiempo. En realidad todavía se le ve raro; tiene esas fotos estrafalarias en su despacho e inventa historias sobre sí mismo. Y parece que ha perdido la chaveta; pero está otra vez trabajando, y en el terreno profesional no hay quien pueda con él. Debería conocerle y averiguarlo todo, si puede.» En este momento el abogado parece tener más prestigio por su habilidad para combatir la depresión que por el estigma del trastorno en sí; y sus ocultaciones construyeron una ficción que no tuvo éxito, equivalente a un mal trasplante capilar, lo cual es un hecho mucho más ridículo que cualquier oprobio que la naturaleza nos depare. Pero el secretismo es omnipresente. Después de publicarse mi artículo en *The New Yorker* recibí cartas firmadas como «Alguien que sabe», «Sinceramente, Nombre No Revelado» y «Una maestra».

Nunca en mi vida había trabajado en un tema que invitara a tantas confidencias como este. La gente me contó las historias más sorprendentes en las fiestas, en los trenes y en todos aquellos lugares en los que tuve ocasión de dar a conocer mi trabajo, pero casi todos me pedían: «Por favor, no se lo diga a nadie». Una persona a la que había entrevistado me llamó para decirme que su madre la había amenazado con dejar de hablarle si permitía que su nombre fuera incluido en este libro. El estado natural de la mente es hallarse cerrada, y los sentimientos profundos suelen mantenerse en secreto. Conocemos a las personas solo por lo que nos dicen, y nadie puede salvar la barrera del insondable silencio del otro. «Nunca lo menciono —me dijo alguien en relación con su lucha contra la depresión— porque no le veo sentido.» Estamos ciegos a las proporciones epidémicas de la depresión porque la realidad de lo que se experimenta rara vez se verbaliza, en parte quizá porque no percibimos que es más común de lo que imaginamos.

Durante una reunión de fin de semana en Inglaterra viví una experiencia extraordinaria. Durante una conversación revelé que estaba escribiendo un libro sobre la depresión. Después de la cena, una mujer bastante hermosa, de largo pelo rubio recogido y sujeto por un apretado lazo, se acercó a mí mientras estábamos en el jardín, puso con suavidad una mano sobre mi hombro y me preguntó si podía hablar conmigo. Paseamos por el jardín durante una hora mientras ella me revelaba su terrible desdicha y la lucha que libraba contra la depresión. Estaba tomando medicamentos, lo cual en cierto modo la ayudaba; no obstante, todavía se sentía incapaz de enfrentarse a muchas situaciones y temía que su estado mental acabara por destruir su matrimonio. «Por favor —me dijo cuando nuestra charla

concluyó—, no hable de esto con nadie, y menos aún con mi esposo. Él no debe saberlo. No lo comprendería y no podría soportarlo.» Le di mi palabra. Fue un fin de semana maravilloso, con un sol brillante y acogedoras hogueras por las noches, y en el grupo de personas, incluida la mujer que había confiado en mí, reinó el buen humor. El domingo, después del almuerzo, salí a cabalgar con el esposo de la mujer deprimida, y mientras regresábamos a las caballerizas se volvió de repente hacia mí y me dijo: «Nunca hablo de esto. —Se quedó en silencio y detuvo el caballo, y yo pensé que me preguntaría algo sobre su esposa, con la que me había visto hablar en diversas ocasiones. Entonces prosiguió—: Creo que la mayoría de la gente en realidad no lo entendería —carraspeó, y yo lo observé con una expresión que lo alentaba a seguir—. Se trata de la depresión —dijo por fin—. Usted está escribiendo sobre la depresión, ¿verdad? —Le respondí afirmativamente—. ¿Qué es lo que llevó a una persona como usted a estudiar esa clase de tema? —me preguntó. Le respondí que había sufrido una depresión y empecé a desarrollar mi habitual explicación, pero él me interrumpió—: ¿Sí? ¿Usted padeció depresión y ahora está escribiendo sobre el tema? Porque esa es la cuestión, y no me gusta decirlo, pero es la verdad. He pasado una época horrorosa. No entiendo por qué. Tengo una vida que me agrada, un buen matrimonio, unos hijos maravillosos, todo eso. Me siento próximo a todos, pero la verdad es que tuve que visitar a un psiquiatra, y me recetó estas malditas pastillas. Así que ahora me siento un poco mejor, pero ya sabe, ¿realmente estoy mejor? ¿Entiende lo que quiero decir? Jamás se lo dije a mi esposa ni a mis hijos porque ellos no lo entenderían, no me verían como el cabeza de familia y todo eso. Pronto dejaré de tomarlas, pero ya sabe, me pregunto ¿quién soy en realidad?» Al final de nuestra breve charla me hizo prometer que guardaría el secreto.

No le dije a aquel hombre que su esposa se encontraba en la misma situación; tampoco le dije a ella que su esposo habría comprendido perfectamente lo que le ocurría a ella. No les dije a ninguno de los dos que vivir con secretos es una pesada carga, y que la depresión de ambos quizá se veía agudizada por la vergüenza que les provocaba. Tampoco dije que los lazos de un matrimonio que no intercambia información básica son débiles. Sin embargo, a ambos les expliqué que la depresión suele ser hereditaria, y que por lo tanto debían cuidar a sus hijos; y les recomendé sinceridad como una obligación con la siguiente generación.

• • •

Las recientes e impresionantes declaraciones por parte de una amplia variedad de celebridades sin duda han ayudado a debilitar el estigma de la depresión. Si Tipper Gore y Mike Wallace y William Styron² pueden hablar de su

depresión, es posible que personas menos conocidas también puedan hablar de la suya. Con la publicación de este libro renuncio a la necesaria privacidad, pero debo decir que hablar de mi depresión ha hecho que me resulte más fácil soportar la enfermedad y más fácil prevenir recaídas. Recomiendo hablar con claridad de la depresión, pues guardar secretos resulta pesado y agotador, y decidir exactamente cuándo ha llegado el momento de transmitir esa información oculta es en realidad problemático.

También resulta sorprendente, aunque cierto, el hecho de que al margen de lo que uno diga acerca de su depresión, la gente no lo cree a menos que uno tenga el aspecto que se espera en una profunda depresión. Yo me las arreglo para disimular mis estados de ánimo, pues como me dijo una vez un psiquiatra, estoy «excesiva y dolorosamente socializado». No obstante, me sorprendí cuando un conocido me llamó para decirme que estaba asistiendo a Alcohólicos Anónimos y quería compensarme por su comportamiento a veces frío y distante, que no era consecuencia de una actitud esnob sino de los profundos celos que sentía por mi vida «aparentemente perfecta». No hablé de las innumerables imperfecciones de mi vida, pero le pregunté cómo podía decir que me envidiaba por mi artículo en *The New Yorker*, expresar interés en el progreso de este libro y, sin embargo, pensar que mi vida parecía perfecta. «Sé que estuviste deprimido en algún momento — aclaró —, pero eso no parece haberte afectado.» Le respondí que de hecho eso había cambiado y determinado el resto de mi vida, pero me di cuenta de que no comprendía mis palabras. Nunca me había visto encogido de miedo en la cama, y para él esa imagen carecería de sentido. Mi intimidad permaneció increíblemente intacta. Un editor de *The New Yorker* me dijo hace poco que en realidad yo nunca había estado deprimido. Argumenté que las personas que nunca han estado deprimidas no suelen jactarse de ello, pero no logré convencerlo. «Venga — me dijo —. ¿Por qué demonios iba usted a deprimirse?» Yo me hallaba inmerso en el proceso de recuperación, mi historia y mis episodios intermitentes parecían poco importantes, y el hecho de que yo hubiera declarado en público que estaba tomando antidepresivos no pareció afectarlo. Este es el aspecto irónico del estigma. «No creo en todo este asunto de la depresión», me aseguró. Era como si yo y la gente de la que yo escribía estuviéramos conspirando para obtener del mundo más comprensión de la que corresponde. He convivido con este sentimiento paranoide una y otra vez, y aún me asombra. Nadie le dijo jamás a mi abuela que no padecía problemas cardíacos, ni nadie dice que el aumento de los índices de cáncer de piel forman parte de la imaginación del público, pero la depresión genera tanto temor y es tan desagradable que mucha gente niega la enfermedad y repudia a quienes la sufren.

Sin embargo, existe una delgada línea entre el hecho de ser abierto y el de ser tedioso. Resulta deprimente hablar de la depresión, y no hay nada más aburrido que una persona que expresa de modo constante su propio sufrimiento. Cuando uno se halla deprimido no puede controlarse y la depresión es lo único que le sucede, lo cual no significa que la depresión deba ser el principal tema de conversación durante el resto de la vida. Muchas veces he oído a personas que comentan en una fiesta: «Me llevó años poder decirle a mi psicólogo que...», y me parece que eso es repetir en el lugar y el momento menos adecuado las cosas que uno explica a su terapeuta.

El prejuicio, hondamente arraigado en la ignorancia, aún existe. Hace poco iba en coche con unos conocidos y pasamos frente a un hospital de referencia. «Oh, mira —me dijo uno de ellos—. Aquí es donde Isabel se hizo electrocutar.» A continuación, se llevó el dedo a la sien en un gesto que indicaba locura. Mientras todos mis impulsos activistas emergían, pregunté qué le había ocurrido exactamente a Isabel, y descubrí, como había supuesto, que había recibido un tratamiento de TEC. «Seguramente lo pasó mal», comenté en un intento por defender a la pobre muchacha sin tomarme la cuestión demasiado a pecho. «Imagina lo terrible que debió de ser —respondió entre risas—. El otro día casi me hago yo mismo un tratamiento de electrochoc mientras intentaba arreglar el secador de pelo de mi esposa», concluyó. Soy un gran defensor del sentido del humor y en realidad no me ofendí, pero intenté —sin lograrlo— que imaginaran que pasábamos junto a un hospital en el que Isabel podría haber recibido quimioterapia y hacíamos chistes parecidos.

La Ley de Norteamericanos con Minusvalías, que garantiza la colocación de los miembros de este colectivo, exige que los empleadores no estigmaticen a los enfermos mentales,³ hecho que plantea cuestiones difíciles, muchas de las cuales se han sometido a consideración pública desde *Escuchando al Prozac*. ¿Podría un empresario exigir que una persona tome antidepresivos porque no trabaja a toda velocidad? Si alguien se vuelve retraído, ¿puede su jefe despedirlo por no hacer lo que corresponde en cada situación? Es cierto que a quienes tienen su enfermedad bajo control no se les debería impedir hacer el trabajo que pueden, pero por otra parte, la terrible realidad es que los parapléjicos no pueden trabajar transportando equipajes y que las muchachas gordas no pueden ser supermodelos. Si yo contratara a alguien que cayera de modo regular en la depresión me sentiría algo frustrado. El prejuicio y los aspectos prácticos interactúan de forma abierta en algunos aspectos y menos abierta en otros, en perjuicio de quienes sufren depresión. La Asociación Federal de la Aviación no permite que personas con depresión piloten aviones; si un piloto se somete a un tratamiento antidepresivo,

debe retirarse.⁴ Es probable que como consecuencia de ello un gran número de pilotos deprimidos eviten el tratamiento, y estoy seguro de que en esos casos los pasajeros están mucho menos seguros que si los pilotos tomaran Prozac. Uno puede superar las crisis más agudas y disfrutar de una gran fortaleza proporcionada por la medicación, pero existen límites a la resistencia. Yo no votaría a un presidente frágil; deseo que no lo sea, aunque sería fantástico que el mundo estuviera dirigido por quienes comprenden, debido a la experiencia personal, lo que yo y otras personas hemos sufrido. Pero yo no podría ser presidente, y que lo intentara sería una catástrofe para el mundo. Las pocas excepciones a esta regla —Abraham Lincoln o Winston Churchill, que sufrían depresión— utilizaron su ansiedad y preocupación como base de su liderazgo, lo cual requiere una personalidad notable y un particular tipo de depresión que no ejerza una acción invalidante en los momentos cruciales.

Es necesario aclarar que la depresión no vuelve inútiles a quienes la padecen. Cuando Paul Bailey Mason y yo nos pusimos en contacto por primera vez, él había pasado la mayor parte de su vida deprimido; en realidad, se habían cumplido cincuenta años de su primera sesión de TEC. Había llevado una vida traumatizada, y cuando mostró «problemas de disciplina», en la adolescencia, su madre había hecho que algunos de sus amigos del Ku Klux Klan lo atacaran. Tiempo después ingresó contra su voluntad en un manicomio, donde estuvo a punto de morir apaleado; hasta que finalmente logró escapar durante un motín organizado por otros pacientes. Ha pasado casi veinte años viviendo de la seguridad social por minusvalía, tiempo durante el cual obtuvo dos másters. A los sesenta y tantos años, afligido por la carga de su edad y de su historial médico, buscó apoyarse en un trabajo, pero los funcionarios de todos los niveles le dijeron que no había un puesto para alguien como él, y que no debía molestarse en buscarlo. Conozco lo productivo que puede ser Mason en su trabajo porque leí la larga serie de cartas que envió a los servicios de rehabilitación de Carolina del Sur, donde vive, al despacho del gobernador y a todo el que se le ocurrió, cuyas copias me enviaba. Cuando tomaba su medicación parecía estar razonablemente activo gran parte del tiempo, de modo que el número de palabras que utilizaba en su vocabulario era abrumador. Le dijeron que los trabajos disponibles para personas que se encontraban en su situación eran manuales, y que si buscaba un trabajo en el que tuviera que usar la cabeza, debía trabajar por cuenta propia. Gracias a algunos empleos esporádicos como profesor, la mayoría de los cuales suponían incómodos viajes, logró subsistir mientras escribía cientos y cientos de páginas exponiendo su caso, explicando su situación y buscando ayuda, todo lo cual le permitió recibir apenas un puñado de respuestas formales. Cuando leí estas respuestas, empecé a dudar de que las cartas que él había enviado hubieran

llegado a alguien en condiciones de ayudarlo. «La depresión crea su propia cárcel —me escribió—. Estoy aquí, en un apartamento que apenas puedo permitirme, luchando por encontrar un trabajo. Cuando ya no puedo soportar la soledad, como el año pasado en Navidad, salgo y doy un paseo en el metro de Atlanta. Es lo más cerca que puedo estar de la gente en estas circunstancias.» Sus sentimientos fueron expresados por muchas otras personas que conocí. Una mujer que se sentía socialmente aislada por sus fracasos profesionales, me escribió: «Al final me estoy ahogando por el peso de no tener empleo».

Richard Baron es un ex miembro de la junta de la Asociación Internacional de Servicios de Rehabilitación Psicosocial, la organización de trabajadores psiquiátricos no médicos, que ahora cuenta con casi dos mil socios. Las propias personas deprimidas, escribe, «han comenzado a expresar una profunda preocupación por el vacío de sus vidas en la comunidad sin los beneficios de la construcción del yo, de la vinculación social y de la producción de ingresos que implica un empleo, demostrando cuán sólidamente persiste el trabajo como parte fundamental del proceso de recuperación». Un análisis de los actuales programas de ayuda revela el terrible problema que suponen. Esas personas deprimidas que pueden clasificarse como minusválidos en Estados Unidos son candidatos al Seguro Social por Invalidez (SSDI) y al Ingreso por Seguro Complementario (SSI); también suelen ser candidatos a recibir los servicios de Medicaid, que paga los tratamientos, con frecuencia costosos. La gente que recibe el SSDI y el SSI teme conseguir un trabajo ante la posibilidad de perder estos beneficios. En efecto, menos de la mitad de quienes reciben el SSDI y el SSI renuncian a ellos para volver a formar parte de la población activa. «La subcultura de la enfermedad mental grave carece de “sabiduría popular” —escribe Baron—, tan inquebrantable y completamente errónea como la idea de que quienes vuelven a trabajar pierden de inmediato todos los beneficios del SSI, y que nunca logran recuperarlos. El sistema de salud mental reconoce la importancia del empleo como una meta, pero se encuentra paralizado en su capacidad para proporcionar fondos a los servicios de rehabilitación.»⁵

Aunque la investigación más inmediata y pertinente en salud mental se ha realizado dentro de la industria farmacéutica, en Estados Unidos, en el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH),⁶ localizado en un enorme campus de Bethesda, Maryland, se desvelan los mecanismos más primitivos del cerebro como parte de los veintitrés temas de investigación que forman parte del presupuesto de los Institutos Nacionales de Salud (NIH). Otro de los temas es el que comprende la

Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y de Salud Mental (SAMHSA), que realiza trabajos relacionados con la depresión pero no forma parte del NIMH. Tanto en este último como en la SAMHSA, el beneficio inmediato de la investigación aplicada es secundario a un aumento del conocimiento humano a través de la investigación básica. «Si se desentrañan los secretos de la enfermedad —dice el congresista John Porter, en actitud pragmática—, es mucho lo que se puede hacer para prevenirla. Si se invierte el dinero en investigación, se pueden salvar vidas y reducir el sufrimiento. Se está empezando a comprender que los beneficios son enormes en comparación con la inversión realizada.»

A principios de los años noventa, el Congreso de Estados Unidos pidió a seis destacados premios Nobel de ciencia que citaran dos temas dignos de una importante investigación. De los seis, cinco eligieron el cerebro.⁷ El Congreso declaró el período que va desde 1990 hasta 2000 como la «Década del Cerebro», y dedicó enormes recursos a la investigación en esta área. «Se recordará esto como uno de los edictos más importantes que el Congreso aprobó para el avance del conocimiento humano sobre sí mismo», afirma el demócrata Bob Wise, congresista por Virginia Occidental. Durante esos diez años, los subsidios a la enfermedad mental crecieron de forma espectacular, y «la gente empezó a comprender que la enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra —dice Porter—. La gente solía considerar los trastornos mentales como un pozo sin fondo que devoraba dinero, que requerían un tratamiento psiquiátrico interminable, y cuyos progresos son dudosos. Los nuevos medicamentos cambiaron todo eso. Ahora, sin embargo, me preocupa que empecemos a descuidar a las personas que no reciben o no pueden recibir la ayuda de esos fármacos».

Dentro del gobierno de Estados Unidos, el demócrata Paul Wellstone, senador por Minnesota, y el republicano Pete Domenici, senador por Nuevo México, han sido los más abiertos defensores de las mejoras en la ley sobre salud mental. Por el momento, la lucha política en el escenario central tiene que ver con la igualdad en los seguros. Incluso los norteamericanos que poseen una amplia cobertura sanitaria suelen contar con prestaciones limitadas en el ámbito de la salud mental; de hecho, más del 75 por ciento de los planes de salud en Estados Unidos ofrecen menos cobertura para los trastornos mentales que para otras enfermedades.⁸ Tanto a escala vital como anual, el apartado del seguro referente a la salud mental suele abarcar menos de un 5 por ciento de las prestaciones correspondientes a las enfermedades «corrientes». Desde principios de 1998 es ilegal que las compañías norteamericanas con más de cincuenta trabajadores a los que ofrecen planes de salud, tengan límites reducidos en la cobertura de salud mental, sin embargo suelen disponer de un sistema de pago conjunto: el paciente

debe pagar un mínimo por el servicio, cuyo coste es en su mayor parte asumido por la aseguradora; este mínimo es más elevado en las prestaciones por enfermedad mental que en otras dolencias, de modo que el trastorno mental no goza aún de una cobertura equiparable.

«Es sencillamente increíble que la mayor parte de las políticas no proporcionen cobertura para mi hija que sufre depresión, como lo harían si tuviera epilepsia —dice Laurie Flynn, que dirige la Alianza Nacional para los Enfermos Mentales, el grupo más importante del país—. Tengo un sistema de pago conjunto favorable por mi artritis reumatoide, porque es una enfermedad “real”. ¿Y la enfermedad de mi hija no lo es? Es muy difícil definir la salud mental, y pocas personas disfrutan de una salud mental perfecta. Nuestra sociedad no tiene la obligación de ofrecerme una cobertura para mi felicidad personal, y tampoco puede darse el lujo de hacerlo, pero la enfermedad mental es algo mucho más sencillo. Se trata de sumarse a los grupos carentes de derechos que se están formando para reclamar lo que les corresponde.» La Ley de Norteamericanos con Minusvalías protege a aquellos que padecen «minusvalías físicas y mentales», pero la enfermedad mental es aún una terrible barrera para el empleo, y está cargada de estigmas. «Todavía existe la idea de que si una persona es realmente fuerte —comenta Flynn—, no debería padecer un trastorno mental. Si una persona lleva una vida sana, tiene educación y está adecuadamente motivada, eso no debería ocurrirle.»

Al igual que todos los movimientos políticos, la Alianza peca de un excesivo reduccionismo. «Se trata de un desequilibrio químico en el cerebro, como ocurre con el riñón o el hígado —señala Flynn. De hecho, existe cierta necesidad de considerarlo de ambas maneras: que sea tratado y también protegido—. Hemos desarrollado una campaña de cinco años para poner fin a la discriminación haciendo que estas enfermedades sean consideradas trastornos cerebrales, y nada más.» Esta opción es delicada, teniendo en cuenta que son trastornos cerebrales y algo más. Robert Boorstin padece trastorno bipolar y se encuentra entre los enfermos mentales más destacados del país. Se ha convertido en portavoz público en el tema de la enfermedad mental. «Existen personas en el “movimiento” —dice— que literalmente enloquecen cuando ven la palabra “locura” mal utilizada.»

Las mutuas de salud no son demasiado útiles a las personas deprimidas. Sylvia Simpson, que suele enfrentarse a las mutuas en su tarea como doctora del Johns Hopkins, solo puede contar historias terribles. «Cada vez paso más tiempo al teléfono, hablando con representantes de compañías que administran servicios de atención sanitaria, tratando de justificar que los pacientes permanezcan ingresados.

Aunque los pacientes estén extremadamente enfermos, si ese día no se muestran con una ideación suicida severa, me obligan a dejarlos salir. Yo les digo que deben quedarse, y entonces me responden: “No lo autorizo”. Exhorto a los miembros de la familia que usen el teléfono, que llamen a los abogados, que luchen, porque los pacientes, como es obvio, están demasiado enfermos para hacerlo. Consideramos que la gente debe permanecer aquí hasta que sea seguro enviarlos a otro lugar. Así que la familia termina pidiendo la factura, y si no pueden pagarla, la consideramos incobrable. No podemos mantener esta política, y además esto hace que se beneficien las compañías aseguradoras. También hace que la gente se sienta más deprimida; es terrible.» En los hospitales que cuentan con menos recursos y con un liderazgo menos definido no es posible asumir las deudas de los pacientes, y las personas deprimidas no están en condiciones de discutir con las aseguradoras. «Conocemos muchos casos —afirma Flynn— de personas que, pese a no estar en condiciones de irse, han recibido el alta porque lo ha ordenado una mutua, y luego se han suicidado. Estas políticas causan muchas muertes.» «Si alguien se lleva el arma a la cabeza —puntualiza Jeanne Miranda— quizá logre que le paguen el tratamiento, pero en cuanto la baja, vuelve a estar desprotegido.»

La depresión es una enfermedad muy cara. La primera crisis me costó a mí y a mi seguro cinco meses de trabajo, 4.000 dólares en visitas al psicofarmacólogo, 10.000 dólares en psicoterapia y 3.500 dólares en medicamentos.⁹ Por supuesto, ahorré mucho dinero porque no hablaba por teléfono, ni iba a restaurantes, ni me compraba ni usaba ropa, y como vivía en casa de mi padre, la factura de la luz también fue más reducida. Pero el aspecto económico no es sencillo. «Digamos que su póliza de seguro cubre el 50 por ciento de veinte visitas al año a un psiquiatra — sugiere Robert Boorstin—. Además, después de los mil dólares cubre el 80 por ciento de la medicación. Y eso se considera una buena política. ¿Quién puede permitirse algo así? Cuando me ingresaron por segunda vez en el hospital, mis aseguradores dijeron que yo había superado el límite y mi hermano tuvo que poner 18.000 dólares de su tarjeta American Express para conseguir que me admitieran en el hospital.» Después Boorstin demandó a su aseguradora y logró llegar a un acuerdo, pero los recursos para emprender esas acciones son cada vez más escasos. «Ahora gasto alrededor de 20.000 dólares al año en mantener mi salud mental, sin hospitalización. Incluso la depresión más sencilla supone al menos 2.000 o 2.500 dólares al año, y una hospitalización de tres semanas supone 14.000 dólares.»

De hecho, el *Journal of the American Medical Association* estimó recientemente el coste anual de la depresión en Estados Unidos en 43.000 millones de dólares: 12.000 millones en costes directos y 31.000 millones en costes indirectos. De esa

cantidad, 8.000 millones se pierden debido a la muerte prematura de miembros potencialmente productivos de la población activa; 23.000 millones se pierden por el absentismo o por la pérdida de productividad. Esto significa que el empleador medio pierde alrededor de 6.000 dólares al año por trabajador deprimido.¹⁰ «El modelo utilizado en este estudio —se afirma en la publicación— subestima el verdadero coste para la sociedad, porque este no incluye los efectos adversos del dolor y el sufrimiento y otros temas relacionados con la calidad de vida. Además, estos cálculos son conservadores, ya que el estudio no consideró otros costes importantes como los gastos adicionales derivados: la hospitalización durante períodos prolongados por afecciones no psiquiátricas causadas por la depresión, y el excesivo número de pruebas en busca de diagnósticos médicos generales cuando en realidad es la depresión la causa de todos los síntomas.»

Desde 1996, cuando introdujo por primera vez la legislación sobre salud mental,¹¹ el senador Wellstone ha librado una gran batalla para declarar ilegal la diferenciación entre enfermedad mental y física. Mientras esta legislación sobre igualdad se halla pendiente, la noción de que existe una división entre enfermedad física y mental empieza a perder fuerza, y es políticamente conveniente, quizá incluso necesario, ser fiel al punto de vista biológico y permitir que la química reduzca la responsabilidad personal, poniendo a la enfermedad mental en simetría con la física. «Sería interesante entablar alguna vez una demanda contra una aseguradora que eludiera reconocer dicha igualdad, y afirmar con un criterio de protección equitativa que los trastornos mentales son físicos, y que no es posible excluir la enfermedad mental si la intención es cubrir todas las dolencias físicas definidas y descritas por los médicos», afirma el senador Domenici. La legislación inicial sobre la igualdad ha sido aprobada recientemente, pero es «una lata de espaguetis con demasiados agujeros», como manifestó Marcy Kaptur, congresista demócrata por Ohio. En efecto, no se aplica a las empresas con pocos empleados, permite poner límites económicos globales en atención sanitaria, permite a las aseguradoras poner límites estrictos a la duración de las hospitalizaciones o a los servicios ambulatorios a pacientes con trastornos mentales, y permite también que esas mismas aseguradoras exijan pagos conjuntos más elevados y fijen franquicias más altas para las enfermedades mentales que para las físicas. Si bien el espíritu de la ley es alentador, es muy poco lo que hace para cambiar el statu quo. Wellstone y Domenici abrigan la esperanza de presentar un proyecto de ley más riguroso.

Resulta difícil encontrar a alguien en el Congreso que se oponga por principios a curar a los enfermos mentales; «la oposición plantea una competición», dice el congresista John Porter. Mientras las declaraciones acerca de la naturaleza trágica del suicidio y el peligro de los trastornos psicológicos se

acumulan en el *Congressional Record*, la legislación que responda de manera coherente a dichas estadísticas no se aprueba con facilidad. Cuando el alcance de la cobertura aumenta, el coste de la misma se eleva, y en el actual sistema norteamericano eso significa que menos personas cuentan con cobertura médica. Cuatrocientas mil personas quedan fuera de los seguros con cada 1 por ciento que se incrementa el coste de la póliza.¹² De modo que si la igualdad de la salud mental aumentara el coste del cuidado médico en un 2,5 por ciento, un millón más de norteamericanos se quedarían sin seguro. Sin embargo, la experiencia con la igualdad muestra que en realidad los costes no se incrementan más que un 1 por ciento, y las personas que reciben atención adecuada en salud mental se hallan en mejores condiciones de regular su dieta, hacer ejercicio y visitar al médico de modo regular para que la medicina preventiva resulte efectiva, todo lo cual hace que los gastos en salud mental se paguen solos. Más aún, con pruebas cada vez más claras de que las personas aquejadas de depresión grave son mucho más propensas a una serie de enfermedades —incluidas las infecciones, el cáncer y la enfermedad cardíaca— que la población en general, la atención a la salud mental pasa a formar parte de un programa económico y socialmente equilibrado de salud física integral. En aquellos lugares en los cuales la paridad se ha introducido, el coste global añadido en el primer año es menor al 1 por ciento por seguro familiar.¹³ El grupo de presión de las aseguradoras, sin embargo, teme siempre que los costes se disparen sin control, y las discusiones en el hemiciclo del Senado muestran que en la mente de muchas personas el aspecto económico de la atención a la salud mental sigue siendo muy problemático.

«La demora en la intervención sanitaria debido a las restricciones en los seguros no genera ningún ahorro», subraya Marge Roukema, congresista republicana por New Jersey. «Estamos construyendo a costes más elevados». La Cámara de Representantes ha creado el Comité de Trabajo sobre la Salud Mental —después de decidir que un Comité de Trabajo sobre Enfermedad Mental sonaba muy mal— dirigido por los congresistas Roukema y Kaptur. En el Senado se han entablado discusiones sobre la paridad como un tema de derechos civiles. «Yo soy un defensor de las políticas de mercado —dice el senador Domenici—, pero creo que estamos violando los derechos civiles cuando decimos a un grupo importante como este: “Bien, sigamos luchando”. No podemos tratar a los enfermos mentales como si fueran monstruos.» Harry Reid, senador demócrata por Nevada, explica: «Ahora veo a una joven que tiene problemas con su menstruación, y la llevamos al médico enseguida; o un muchacho que sufre de asma y necesita atención realmente urgente. Pero si esa joven y ese muchacho no hablan con nadie, pesan ciento treinta kilos y tienen un metro cincuenta de estatura, ya sabe, entonces ¿qué? “Señor presidente —dijo finalmente—, creo que deberíamos realizar una

sesión sobre el suicidio.” Gastamos muchísimo dinero para que la gente conduzca de una manera segura. Hacemos muchas cosas para que los aviones sean seguros. Pero ¿qué hacemos con respecto a la vida de las 31.000 personas que se suicidan al año?».

En la Cámara se ha puesto el acento en la idea de que los enfermos mentales son peligrosos. Diversos episodios de violencia relacionada con el trastorno mental se han vuelto representativos: los disparos que John Hinckley efectuó contra Ronald Reagan; *Unabomber*; el asesinato a tiros de los dos policías del Congreso por parte de Russell Weston Jr.; el episodio en el que Andrew Goldstein, diagnosticado de esquizofrenia, empujó a una mujer bajo un tren del metro de Nueva York; los tiroteos en oficinas de correos y, sobre todo, los sangrientos episodios de violencia en las escuelas: en Littleton, Atlanta, Kentucky, Mississippi, Oregón, Denver y Alberta. Según recientes comunicados de prensa, en 1998 más de mil homicidios se atribuyeron a personas con trastorno mental.¹⁴ En estos hechos la depresión aparece implicada con mucha menor frecuencia que el trastorno maníaco-depresivo o la esquizofrenia, pero la depresión con ansiedad conduce a cometer actos violentos. El hecho de centrarse en las personas mentalmente enfermas que son peligrosas incrementa la estigmatización y refuerza la percepción negativa del público con respecto a quienes padecen un trastorno mental. Sin embargo, es muy efectivo para conseguir subvenciones, ya que muchas personas que no desean pagar para que se ayude a seres desconocidos, lo harán encantadas si se trata de protegerse a sí mismas con el argumento de que así evitan que «personas como esas maten a personas como nosotros». Eso facilita la acción política. Un reciente estudio británico reveló que aunque se considera que solo el 3 por ciento de los enfermos mentales son peligrosos para los demás, casi el 50 por ciento de la cobertura periodística referida a estos enfermos se centra en su peligrosidad.¹⁵ «Miembros muy inteligentes del Congreso están dispuestos a desarrollar una mentalidad bunkerizada en lugar de tratar de comprender los factores que motivan esos horribles actos —ha dicho la congresista Kaptur—, y por eso quieren construir vallas con alambre de espino y aumentar los controles para evitar problemas que deberían tratarse incrementando los fondos dedicados a la salud mental. Estamos gastando miles de millones de dólares en defendernos de estas personas cuando por mucho menos podríamos ayudarlas.» El presidente Clinton, que tiene una larga trayectoria en la defensa de los derechos de los enfermos mentales, y que respaldó la Conferencia de la Casa Blanca sobre Enfermedad Mental de Tipper Gore, me dijo: «Bueno, después de la tragedia de Littleton, después de Atlanta, después del asesinato de esos policías en el Congreso, solo podemos abrigar la esperanza de que la gente preste atención a la urgencia de este problema. El cambio legislativo es muy importante en este tema, que supone una

tragedia tras otra».

«La gente que está por aquí, encantadora o no, no toma decisiones porque en un cierto sentido moral abstracto tienen razón —señala la congresista Lynn Rivers—. Hay que lograr que la población general se dé cuenta de que se trata de su interés.» Es una firme defensora del proyecto de ley propuesto por Roukema y Kaptur y, al igual que esos dos congresistas, se disculpa por la redacción del proyecto propuesto tras el asesinato cometido por Weston en el Congreso. Este no utiliza el lenguaje moral de la responsabilidad ética, sino que habla de protección personal. «Por supuesto, deseamos ayudar a los enfermos mentales no violentos, lo mismo que queremos controlar a los violentos —me comentó Roukema—. Pero nosotros somos quienes nos hallamos en una situación ventajosa. Para obtener algún tipo de apoyo considerable debemos mostrar a la gente que a ellos les servirá que se haga algo al respecto. No podemos hablar simplemente de un país mejor, más próspero y más humano, sino de la prevención de crímenes atroces de los que ellos o sus electores podrían ser víctimas en cualquier momento.» Los argumentos económicos se han utilizado relativamente poco, y la idea de dejar a la gente sin asistencia social dentro del sistema capitalista aún está poco clara para el Congreso. Sin embargo, un estudio reciente del MIT demostró que cuando la gente sufre una depresión grave su capacidad de trabajar disminuye de forma notoria, pero retorna a un nivel básico tras un tratamiento con antidepresivos. Otros dos estudios revelan que el empleo sostenido es para los enfermos mentales la manera más económicamente beneficiosa de tratarlos.¹⁶

La investigación reciente que vincula la depresión a otras enfermedades está empezando a ganarse el respeto de los legisladores e incluso de las mutuas. Si la depresión no tratada hace que uno sea más propenso a las infecciones, al cáncer y a la enfermedad cardíaca, entonces resulta oneroso ignorarla. Por una ironía de la política, cuanto más costosa es la depresión no tratada, más dinero habrá disponible para atender la enfermedad. John Wilson, quien fuera candidato a alcalde de Washington, D. C., y que se suicidó, dijo en una ocasión: «Creo que muere más gente de depresión que de sida, de problemas cardíacos, hipertensión arterial o de cualquier otra cosa, sencillamente porque la depresión causa todas estas enfermedades».

Mientras proliferan los argumentos acerca de la igualdad en los seguros, no existe discusión acerca de qué hacer con respecto a la depresión entre quienes no están asegurados. Las compañías de seguros proporcionan varios niveles de

servicio en diversos estados, pero no reconocen programas de asistencia social, y la mayor parte de los indigentes deprimidos no están en condiciones de buscar asistencia. Los argumentos a favor del tratamiento de los indigentes deprimidos me parecen abrumadores, y por eso fui al Congreso a compartir las experiencias referidas en el último capítulo. Yo estaba allí como activista accidental, y también en calidad de periodista. Deseaba saber qué se estaba haciendo, pero también quería convencer al gobierno norteamericano de que presionara a favor de las reformas que servirían a los intereses de la nación y de la gente cuyos relatos tanto me habían conmovido. Quería compartir el conocimiento que había adquirido desde dentro. El senador Reid tenía una comprensión real de la situación: «Hace algunos años me disfracé, me vestí como una persona de la calle, con una gorra de béisbol y ropas viejas de vagabundo, y pasé una tarde y una noche en un refugio para personas sin hogar de Las Vegas, y al día siguiente hice lo mismo en Reno. Usted podrá escribir todos los artículos que quiera acerca del Prozac y de los milagrosos medicamentos modernos que detienen la depresión, pero eso no ayuda a esas personas». El propio Reid creció en medio de la pobreza y su padre se había suicidado. «He aprendido que si mi padre hubiera tenido con quien hablar, y le hubieran prescrito algunos medicamentos, es probable que no se hubiera suicidado. Pero en este momento no estamos legislando este tipo de cosas.»

Cuando conocí al senador Domenici, uno de los ponentes de la Ley de Paridad en Salud Mental, le expuse la información anecdótica y estadística que había reunido, y luego propuse documentar por completo las tendencias que parecían obviamente implicadas en estas historias. «Supongamos —le dije— que reunimos datos incontrovertibles y que las cuestiones de la parcialidad, de la información inadecuada y del partidismo se pueden resolver totalmente. Supongamos que podemos decir que el tratamiento adecuado de los indigentes deprimidos resulta beneficioso para la economía de Estados Unidos, para el Departamento de Asuntos de Veteranos, para el bienestar social, para los contribuyentes que ahora pagan un precio elevadísimo por las consecuencias de una depresión no tratada, y para los receptores de esa inversión, que viven al borde de la desesperación. ¿Cuál sería entonces el camino de la reforma?»

«Si me está preguntando si podemos esperar demasiados cambios solo porque estos resultarían ventajosos para todos en términos económicos y humanos —respondió Domenici—, lamento decirle que la respuesta es no.» Cuatro factores obstaculizan el desarrollo de programas federales para la atención de los indigentes. El primero, y tal vez el más importante, es sencillamente la estructura del presupuesto nacional. «Ahora nos centramos en programas y costes —añadió Domenici—. La cuestión que debemos afrontar es si el programa que usted

describe crecerá y exigirá nuevos fondos, no si el Tesoro estadounidense podrá ahorrar.» Es imposible reducir de inmediato los costes: no se puede retirar en un año el dinero destinado al sistema de prisiones y de seguridad social para pagar un nuevo servicio de salud mental, porque los beneficios económicos de ese servicio tardan en generarse. «Nuestra evaluación de los sistemas de partidas presupuestarias destinadas a la medicina no está orientada a los resultados», confirmó Domenici. El segundo factor es que los dirigentes republicanos del Congreso de Estados Unidos no quieren dar directivas a la industria de la atención a la salud. «Sería un mandato —aseguró Domenici—. Hay gente que apoyaría esta clase de legislación a cualquier nivel, pero que por su ideología se oponen a dar instrucciones a los estados, a las compañías aseguradoras o a quien fuera.» La ley federal, la Ley McCarran-Ferguson, convierte la administración de seguros de salud en un tema estatal.¹⁷ El tercer factor consiste en que resulta difícil que quienes han sido elegidos para un cargo durante tiempo limitado se centren en realizar mejoras a largo plazo en la infraestructura social; antes bien, sus actuaciones irán dirigidas a la galería, a lo que los votantes perciban de inmediato. Y el cuarto factor, según las tristes e irónicas palabras del senador Wellstone, es que «estamos viviendo en una democracia representativa. Los candidatos defienden las causas que interesan a sus votantes. El día de las elecciones, los indigentes y las personas deprimidas se quedan en la cama con la cabeza debajo de la manta..., lo cual significa que no consiguen aquí demasiada representación. Los indigentes deprimidos no constituyen lo que uno llamaría un grupo de poder».

Siempre resulta insólito pasar de las experiencias intensas de una población en extremo desposeída a las de una población poderosa. Me sentí tan conmovido por las conversaciones que mantuve con miembros del Congreso como por las que sostuve con los indigentes deprimidos. El tema de la paridad en la sanidad trasciende los límites partidistas, y de hecho, los republicanos y los demócratas mantienen, en palabras de Domenici, «una guerra terrible para ver quién ama más al NIMH». El Congreso vota de forma sistemática más partidas de dinero para el NIMH de las que se proporcionan en el presupuesto. En 1999 el presidente Clinton asignó 810 millones de dólares;¹⁸ el Congreso, encabezado por el diputado John Porter —el competente presidente del subcomité de asignaciones, que cumple su decimoprimer período consecutivo en su cargo en el Congreso, y que es un gran admirador de la investigación científica básica—, elevó esa cifra a 861 millones. Para el año 2000, el Congreso aumentó un 24 por ciento los fondos destinados al Subsidio de Servicios de Salud para la Comunidad, llevándolos a los 359 millones de dólares.¹⁹ El presidente solicitó a su oficina de personal que concedieran subsidios a quienes padecen trastorno mental y están buscando empleo. «Si vamos a ser conservadores compasivos —dijo Roukema— podemos empezar ahora.»

Todas las leyes significativas sobre salud mental han tenido el patrocinio tanto de demócratas como de republicanos.

En el Congreso, la mayoría de las personas que luchan a favor de los enfermos mentales tienen sus propias historias, que han llevado a su ámbito de actuación. El padre del senador Reid se suicidó; la hija del senador Domenici es esquizofrénica y está muy enferma; un hermano del senador Wellstone también es esquizofrénico; el diputado Rivers padece un grave trastorno bipolar; la diputada Roukema lleva casi cincuenta años casada con un psiquiatra; el diputado Bob Wise se convirtió en funcionario del Estado después de pasar un verano trabajando en calidad de universitario en un centro psiquiátrico, donde entabló relación con los enfermos mentales. «No debería ser así —comentó Wellstone—. Ojalá hubiera alcanzado la comprensión que tengo del tema solo mediante la investigación y los estudios sobre ética. Pero para mucha gente los problemas de la enfermedad mental son todavía profundamente abstractos, y su urgencia se hace evidente solo por la intensa inmersión involuntaria en ellos. Necesitamos un proyecto educativo en este ámbito que prepare el terreno a una iniciativa legislativa.» Cuando en 1996 se trató en el Senado la Ley de Paridad, Wellstone, que habla de los enfermos mentales con tanta compasión como si fuera pariente de todos ellos, se presentó en el Congreso y, en un discurso pronunciado con impresionante elocuencia, describió sus propias experiencias. Domenici, que no es en modo alguno un sentimental, hizo una breve exposición de sus vivencias; a continuación, algunos otros senadores bajaron al estrado y relataron las historias de sus propios amigos y familiares. Aquel día, en el Senado, pareció realizarse una sesión de electroshock más que un debate. «La gente se acercaba a mí antes de la votación —recuerda Wellstone— y me decía: “Esto le importa realmente, ¿verdad?”. Y yo les respondía: “Sí, es lo que más me importa”. Y así es como conseguimos los votos.» Desde el principio, la votación constituyó más un acto simbólico que un hecho que pudiera provocar un importante cambio, porque se dejó en manos de las aseguradoras la decisión respecto al incremento de los costes globales de los tratamientos, de modo que no mejoró la calidad de la atención sanitaria.

A los programas de salud, la mayoría de los cuales se redujeron a finales de los noventa, suele atribuirse la responsabilidad por las violentas acciones de quienes se supone se encuentran dentro de su área de acción. Según los criterios de gran parte de la población, solo estarían cumpliendo su función si pudieran mantener a todos tranquilos. Las deficiencias de estos programas para proteger a las personas sanas de las enfermas les granjean las críticas de la prensa. Se suele analizar si están sirviendo a los intereses del bien, y rara vez se plantea si están ayudando a las personas hacia las cuales va dirigida su actividad. «A estos

programas se dedican enormes cantidades de dólares en impuestos federales — dice la congresista Roukema — y existen pruebas claras de que el dinero se desvía a toda clase de proyectos locales sin importancia.» El congresista Wise describió el debate sobre atención sanitaria propiciado por Clinton en 1993 como «una experiencia deprimente en sí misma», y dijo que el NIMH no está proporcionando la información concreta que mostraría a las cámaras de comercio locales el motivo por el cual la paridad universal les resultaría ventajosa. Las clínicas de salud mental de la comunidad, donde esta información sí existe, suelen centrarse en aspectos relativamente poco complejos, como el divorcio. «Deberían proporcionar medicamentos y profundizar en el tratamiento, y brindar asesoramiento verbal en innumerables trastornos», dijo la congresista Kaptur.

El ingreso en una institución mental determina un punto de fricción entre una comunidad legal que apoya las libertades civiles y una comunidad legislativa y de asistencia social que no ignora que existen personas con trastornos mentales que sufren y a las que se debe atender. «Quienes defienden a ultranza las libertades civiles adoptan puntos de vista extremos en este tema y son incompetentes al mismo tiempo que incoherentes —opina Roukema—. Bajo el disfraz de las libertades civiles están infligiendo un castigo cruel e inusual a los enfermos a pesar del hecho de contar con la ciencia, que puede hacer las cosas de mejor manera. Es cruel, a tal punto que si hiciéramos eso con los animales, la ASPCA [Asociación Norteamericana para la Prevención de la Crueldad con los Animales] nos demandaría. Si los pacientes no toman sus medicamentos y no siguen adelante con su tratamiento, tal vez se debería exigir que fueran ingresados nuevamente.» Existen precedentes de esta política; el tratamiento de la tuberculosis es un buen ejemplo de ello. Si una persona padece tuberculosis y carece de la suficiente disciplina para tomar los medicamentos pertinentes cuando corresponde, en algunos estados una enfermera irá a su casa y le administrará su isoniacida cada día. Por supuesto, la tuberculosis es una enfermedad transmisible, y si no se la controla puede mutar y provocar una crisis sanitaria; pero si la enfermedad mental es en algunos casos peligrosa para la sociedad, es posible racionalizar la intervención según el modelo vigente para la tuberculosis.²⁰

Las leyes de encierro involuntario fueron el gran tema de la década de los setenta, durante el auge de la institucionalización. En estos días, la mayoría de las personas que buscan tratamiento tienen problemas para conseguirlo; los grandes centros están cerrando sus puertas, y los de ingresos breves dan el alta a pacientes que aún no están preparados para enfrentarse al mundo por sí mismos. «La

realidad —opinaba el *New York Times Magazine* en la primavera de 1999— es que los hospitales no pueden deshacerse de los pacientes con la celeridad necesaria.» Sin embargo, mientras todo esto ocurre también hay personas a las que se las encierra contra su voluntad. Siempre que sea posible, es mejor convencer a la gente de que se someta a un tratamiento en lugar de obligarla a hacerlo. Además, es importante elaborar criterios universales acerca del nivel de fuerza que es admisible utilizar, ya que se han producido los peores abusos cada vez que individuos no cualificados o perversos se han arrogado el derecho de juzgar quién está enfermo y quién no, y han encerrado a personas sin el debido proceso.

Es posible realizar ingresos en instituciones abiertas, y de hecho, la mayoría de los pacientes que se encuentran en centros de atención prolongada son libres de salir a la calle, mientras que solo un limitado número están vigilados las veinticuatro horas o se encuentran en unidades forenses. El contrato entre el centro de asistencia y los internos es voluntario. Los estudiosos de la ley suelen preferir que las personas hagan su vida, aunque vayan camino de la destrucción, mientras que los trabajadores sociales de la salud mental y cualquiera que haya tratado de cerca a los enfermos mentales suelen ser intervencionistas. ¿Quién puede decidir cuándo conceder a alguien libertad mental y cuándo negársela? Esbozado a grandes rasgos, el punto de vista de la derecha es que los locos deben estar encerrados para que no arrastren consigo a la sociedad, aun cuando no representen una amenaza activa. La perspectiva de la izquierda, en cambio, consiste en que no deben violarse las libertades civiles de nadie por la acción de personas que actúan fuera de las estructuras primarias de poder. El punto de vista del centro es que algunos pacientes deben someterse a tratamiento y otros no, y como la resistencia al diagnóstico y la desesperación respecto al tratamiento se encuentran entre los síntomas del trastorno mental, el encierro involuntario sigue siendo un aspecto necesario del proceso de asistencia sanitaria.

«Hay que tratar a estos pacientes como personas, respetar su individualidad, pero conectarlas con la corriente dominante», explica la congresista Kaptur. La Unión Americana por los Derechos Civiles adopta una posición moderada, y ha publicado una declaración según la cual «la libertad de recorrer las calles en estado psicótico, enfermo, deteriorado y sin tratamiento cuando existe una posibilidad razonable de aplicar un tratamiento efectivo, no es libertad sino abandono».²¹ El problema consiste en que la opción suele ser el encierro total o el abandono total, pues el actual sistema se basa en el diagnóstico de psicosis extrema y carece por completo de atención intermedia, que es la que necesitan los más deprimidos. Debemos buscar a las personas que vagan por las calles, evaluar las fluctuaciones de sus índices de suicidio, determinar el potencial

peligro que representan para los demás, y luego prever quién se sentirá agradecido de que le hayan impuesto un tratamiento después de resistirse a él y comprobar que se recupera.

Nadie desea estar deprimido, pero algunas personas no quieren estar bien en el sentido en que yo definiría la idea de estar bien. ¿Qué alternativas tienen? ¿Debemos permitir que se aíslen en su enfermedad? ¿Debemos pagar el coste social de ese aislamiento? ¿Mediante qué proceso deberíamos determinar estas cuestiones? El poder de la burocracia es tremendo, y la delicada negociación acerca de quién necesita qué nunca quedará resuelta. Si uno acepta que el equilibrio perfecto es imposible, debe asumir que tenemos dos alternativas: encarcelar a algunas personas que deberían estar libres, o liberar a algunas personas que se destruirán solas. En realidad el problema no radica en si se debe imponer el tratamiento, sino en cuándo debe imponerse y quién debe hacerlo. No puedo considerar este dilema sin pensar en Sheila Hernandez, la pobre mujer seropositiva que luchó contra su encierro en el hospital Johns Hopkins, que deseaba quedar libre para morir, y que ahora está encantada de seguir viva y de oír su teléfono móvil que suena con frecuencia. Pero también recuerdo al muchacho coreano que sufría de parálisis cerebral, un paciente con graves trastornos múltiples, entre ellos una minusvalía física que le impedía suicidarse, que está obligado a llevar una vida en la que nunca será feliz y de la cual no se le permite escapar. Por mucho que reflexione, no logro encontrar una respuesta adecuada a esta cuestión.

El problema de la agresividad ha generado leyes defensivas, y si bien pocos depresivos son violentos, estos enfermos se hallan incluidos en el ámbito de la legislación para la esquizofrenia. El colectivo de los enfermos mentales constituye un cuerpo diverso, de modo que el unívoco que adopta la legislación relativa a la salud mental provoca un intenso sufrimiento. Desde la demanda de 1972 contra Willowbrook, una institución para retrasados mentales que, entre otras cosas, experimentaba con pacientes mal informados, ha prevalecido la política de proporcionar el «sitio menos restrictivo» posible.²² Mientras los enfermos mentales pueden verse privados de derechos debido a su conducta agresiva, también son perjudicados en sus derechos, porque el Estado asume la facultad de *parens patriae* y adopta una actitud protectora, tal como lo hace con los menores. La Unión Americana por los Derechos Civiles no considera que el *parens patriae* deba ampliarse, pues se trata de una forma de la que se abusó en lugares como la Unión Soviética y de una expresión demasiado asociada con la fuerza policial paternalista. Pero ¿cuánto sufrimiento se debe soportar para defender semejante principio legal?

El Centro de Defensa del Tratamiento (TAC), que tiene su sede en Washington, D. C., es el cuerpo más conservador en lo relativo a los tratamientos, y su posición consiste en que debería encerrarse a la gente aun cuando no represente un peligro claro. Jonathan Stanley, el subdirector del centro, se queja de que solo los criminales reciben tratamiento. «Para la gente será más relevante una posibilidad entre dos millones de que la empujen a las vías del metro que una posibilidad entre cien de cruzarse con veinte psicóticos un día determinado en Central Park.» Para Stanley, la salida de las instituciones de salud mental fue el lamentable resultado de que los activistas de las libertades civiles defendieran a quien no corresponde mientras el gobierno enloquecía por reducir los costes. Se preveía que la desinstitucionalización se traduciría en una amplia gama de servicios de asistencia a la comunidad, pero nada de eso ha sucedido; por el contrario, la consecuencia ha consistido en la desaparición de un sistema de atención y tratamiento de múltiples niveles en el cual las personas se reincorporaban a su comunidad; de este modo, con demasiada frecuencia los pacientes permanecen encerrados o salen por iniciativa propia. En los círculos gubernamentales aún no ha arraigado la idea de proporcionar una fuerza de asistencia social plena para aliviar la desesperación de la gente y llevarla a niveles elevados de funcionamiento. El TAC ha apoyado con firmeza iniciativas legislativas como la Ley de Kendra, un acta neoyorquina que permite que se presenten demandas contra los enfermos mentales que no toman sus medicamentos, criminalizándolos. Las personas deprimidas deben comparecer ante los tribunales, reciben multas y luego se las deja de nuevo en la calle para que se arreglen solas, dado que no hay lugar ni presupuesto para proporcionar tratamientos más importantes. Si causan demasiados problemas, se los encarcela como a criminales. En muchos casos, el resultado de la desinstitucionalización ha consistido en pasar a la gente de los hospitales a las cárceles, y en estas, donde reciben un tratamiento inadecuado, provocan una increíble serie de problemas. «Nadie desea tanto un buen sistema de salud mental —dice Stanley— como un carcelero.»

El Bazelon Center, de Washington, D. C., que se encuentra en el extremo liberal del espectro, considera que el encierro siempre debería ser voluntario y define la enfermedad mental como un problema interpretativo. «La supuesta falta de comprensión por parte del individuo —han dicho— suele ser simplemente un desacuerdo con el profesional.» A veces es así, sin duda, pero no siempre.

La Administración de Veteranos, convencida aún de que los trastornos psicológicos son impropios de hombres tan fuertes como los militares, gasta menos del 12 por ciento de su presupuesto de investigación en psiquiatría.²³ De hecho, este

tipo de trastornos suelen ser los que con mayor frecuencia padecen los veteranos, que presentan un elevado índice de trastorno por estrés postraumático, problemas de falta de vivienda y abuso de sustancias. Dado que una gran parte del dinero de los contribuyentes ya se ha gastado entrenando a estos hombres y mujeres, su relativa negligencia resulta especialmente problemática y pone de manifiesto la ingenuidad de las políticas aplicadas a la salud mental. Los veteranos deprimidos, sobre todo los que combatieron en la guerra de Vietnam, forman una gran parte de la población de norteamericanos sin hogar. Estas personas han soportado dos traumas seguidos, el primero de los cuales es la guerra en sí misma, el horror de matar a otras personas, de ver la desolación a su alrededor y de intentar sobrevivir en situaciones de extremo peligro. El otro es la intimidad obligada y la dinámica de grupo, por las cuales muchos veteranos se habitúan a las estructuras del ejército y se sienten perdidos cuando deben valerse por sí mismos y desarrollar sus propias actividades. El Comité de Veteranos ha calculado que alrededor del 25 por ciento de los excombatientes que llegan a los hospitales reciben un primer diagnóstico de trastorno mental.²⁴ Si tenemos en cuenta que más de la mitad de los médicos estadounidenses han recibido alguna forma de entrenamiento en hospitales de veteranos, el prejuicio desarrollado en tales instituciones se transmite a los hospitales civiles y a las salas de urgencia.²⁵

La congresista Kaptur cuenta que en una ocasión en la que estaba en la sala de urgencias del hospital de la Administración de Veteranos, cerca de Chicago, la policía trajo a un hombre que se encontraba muy mal, y la asistente social que se hallaba de servicio comentó: «Oh, es uno de mis clientes habituales». Kaptur le preguntó qué quería decir con eso, y la asistente le explicó que aquel era el decimoséptimo ingreso del hombre por problemas mentales. «Lo ingresamos, lo aseamos, le proporcionamos medicamentos y lo dejamos marchar, y al cabo de unos meses vuelve a venir.»²⁶ ¿Qué se puede decir de un sistema de salud mental en el que ocurren estas cosas? «Diecisiete ingresos por urgencias —dice Kaptur—. ¿Sabe cuánto dinero tendríamos para ayudar a otras personas si proporcionando atención adecuada a la comunidad evitáramos esos ingresos?»

Nos parecería que retrocedemos hacia el encierro obligado de las personas, hacia el punto de partida.

Hemos pasado de un sistema de salud mental monolítico y perjudicial para los pacientes deprimidos a un sistema fragmentado y lleno de limitaciones. «La situación es mejor que en el viejo sistema, que dejaba a estas personas encerradas en una habitación —dice Beth Haroules, de la Unión por los Derechos Civiles de Nueva York—; pero si tenemos en cuenta todo lo que ahora sabemos sobre los

orígenes y el tratamiento de la enfermedad mental, el sistema público está aún más atrasado de lo que estaba hace veinte años.» La realidad es que algunas personas no son capaces de tomar sus propias decisiones y exigen un encierro obligado; otras, aunque están enfermas, no requieren dicho encierro. Sería mejor proporcionar un sistema con varios niveles de atención en cada uno de los cuales se ofrezcan importantes servicios e incorporen una asistencia social agresiva para pacientes ambulatorios incluso contraria a los regímenes de tratamiento estándar. Es necesario establecer directrices para el proceso correspondiente y someter a las mismas pruebas a todos los que deben estar encerrados, pruebas en las que se deben incluir comprobaciones, análisis y conclusiones. Ese proceso debe considerar la amenaza potencial que una persona enferma puede implicar para la sociedad y al mismo tiempo el dolor innecesario que el paciente experimenta. Se deben establecer criterios por los cuales la gente irá a parar a prisión, será sometida a un encierro, a un tratamiento psiquiátrico involuntario, o bien a un tratamiento voluntario. Se debe crear un espacio para aquellas personas que, con información total y sin costes significativos para los demás, desean abstenerse del tratamiento. Se debe establecer un sistema eficiente y desinteresado para supervisar estos asuntos.

Lynn Rivers es el único miembro del Congreso de Estados Unidos que ha revelado su propia lucha contra el trastorno mental. Casada a los dieciocho años, ya embarazada, trabajó al principio preparando comidas y vendiendo «táperes» para mantener a su familia. Poco después del nacimiento de su primera hija empezó a desarrollar síntomas depresivos. Cuando su enfermedad se agravó, fue a consultar a un médico. Su esposo, que trabajaba en la industria de la automoción, tenía un plan de salud gratuito. «Pensé que cubriría seis visitas al psiquiatra», me comentó en tono sarcástico, porque la realidad es que durante los diez años siguientes la mitad de su sueldo y del de su esposo fue para pagar las facturas del psiquiatra. Cuando cumplió los veintiuno tenía dificultades para trabajar y temía atender el teléfono. «Fue horrible. Y largo. Los episodios depresivos duraban meses y durante todo ese tiempo estaba en la cama. Dormía veintidós horas al día. Aquí la gente suele pensar que estar deprimido significa estar triste; al margen de lo que les diga a los demás legisladores, no lo saben. No comprenden lo que es el vacío, lo que es una vasta nada.»

Para hacer frente a los costes del tratamiento, el esposo de Rivers tenía dos empleos de jornada completa y durante la mayor parte del tiempo un tercero a tiempo parcial: conservaba su puesto en una fábrica de coches, trabajaba en la

universidad y por la noche repartía pizzas a domicilio. Durante un tiempo repartió periódicos y trabajó en una tienda de juguetes. «No sé de dónde sacaba tanta fortaleza —comenta Rivers—. Simplemente hicimos lo que teníamos que hacer. No logro imaginar lo que habría sido tener una enfermedad mental grave sin el apoyo de mi familia. De cualquier manera fue horrible, y si la familia y la ira... —hace una pausa—. No sé cómo alguien podría sobrevivir. Él también me cuidó a mí. Y teníamos dos hijos pequeños. Yo podía ocuparme un poco de ellos, pero no demasiado. En cierto modo nos sobrepusimos a la realidad y logramos que las cosas funcionaran.» Rivers aún se siente culpable con respecto a sus hijos, «aunque si me hubiera roto la espalda en un accidente no habría quedado más incapacitada, y habría sentido que se justificaba la necesidad de una recuperación tan larga. Pero tal como estaban las cosas, cada vez que mis hijos tenían un problema en la escuela o alguna dificultad, yo pensaba que era por mí, porque no estaba para atenderlos, y que yo era esto y que yo era aquello. El sentimiento de culpabilidad me acompañaba constantemente, culpabilidad por las cosas que no podía controlar».

Finalmente, a principios de los noventa, descubrió la «combinación perfecta» de medicamentos. Ahora toma litio (llegó a tomar hasta 2.200 miligramos diarios, aunque su actual dosis óptima es de 900), desipramina y BuSpar. En cuanto se halló en condiciones de hacerlo, emprendió una carrera como funcionaria. «Soy un anuncio andante y parlante de la investigación sobre salud mental. Yo lo demuestro. Si invierte en mí, se lo devolveré con creces. Y es así para la mayoría de las personas que sufren este trastorno: solo quieren la posibilidad de ser productivos.» Rivers se ocupó de atender a su familia y al mismo tiempo estudiaba; obtuvo un título universitario y fue distinguida con una mención especial; y continuó hasta completar los estudios de derecho. Cuando se acercaba a la treintena, momento en que ya tenía relativamente controlada su enfermedad, fue elegida para formar parte de la Junta de Educación de Ann Arbor. Dos años más tarde se sometió a una histerectomía y, debido a que contrajo una anemia, perdió seis meses de trabajo. Cuando decidió presentarse como candidata al Congreso, «mi rival descubrió que yo había padecido una enfermedad mental e intentó demostrar que había faltado al trabajo durante todo ese tiempo porque me había vuelto loca». Rivers estaba en un programa de entrevistas telefónicas de la radio y un oyente le preguntó si era verdad que había tenido un problema depresivo. Rivers respondió de inmediato que era verdad, y que le había llevado diez años alcanzar una situación estable. Después de la entrevista asistió a una reunión de la junta demócrata local. Allí, un individuo importante del partido le dijo: «Lynn, te escuché por la radio. ¿Qué estabas haciendo, estás loca?», y ella le respondió con tranquilidad: «Por supuesto, de eso trataba el programa de radio». Su enfoque sereno restó dramatismo a la cuestión. Ganó la elección.

Muchos otros miembros de la Cámara han comentado con Rivers sus propias depresiones, pero temen revelarlo a sus votantes. «Un colega me dijo que quería contárselo a la gente, pero que sentía que no podía hacerlo. No conozco a su electorado. Tal vez no puede hacerlo. Las personas que sufren depresión no suelen ser muy precisas con este tipo de juicios porque están demasiado inmersas en el sentimiento de culpabilidad; es una enfermedad muy solitaria. Pero así como mis amigos gays me dicen que el hecho de declarar abiertamente su condición los libera de una gran carga, yo también me he sentido liberada: mi depresión ha dejado de ser un problema.» El congresista Bob Wise afirma que la enfermedad mental es «el secreto familiar que todos tenemos».

«Uno debe remitirse a la propia experiencia —afirma Lynn Rivers—. Debe encontrar los servicios de salud mental de su comunidad. Que conste en acta que lo miré con desdén cuando usted mencionó la “salud mental de la comunidad”. Verá, si está esperando que un trabajador de la industria de la automoción encuentre a su enlace sindical y le diga: “Mi hijo sufre de esquizofrenia, mi esposa padece enfermedad maniaco-depresiva, mi hija tiene episodios psicóticos...”, eso no va a suceder. Este país —asegura— no ha hecho lo suficiente para que reclamemos el tipo de atención que necesitamos.» Además, las recetas suelen hacerlas médicos que no saben demasiado; y en un esfuerzo por ahorrar dinero, las mutuas de salud les dan recetarios que limitan el número de medicamentos que pueden prescribir. «Si su respuesta idiosincrásica no puede mejorarse con esa lista de medicamentos, no hay nada que hacer —comenta Rivers—. Aun cuando la enfermedad esté estabilizada, uno debe reemplazar los mecanismos que tienen sentido en el contexto de la enfermedad y los que no lo tienen en el contexto de la salud.» Rivers está horrorizada por las reducciones de fondos para el apoyo psicológico que, en su opinión, aumentarán los costes sociales generales. «Es un lío», dijo.

Joe Rogers, director ejecutivo de la Asociación de Salud Mental del Sudeste de Pennsylvania, es un hombre genial, de modales suaves, un extraño aire de desmelenada autoridad y una manera de hablar fluida y encantadora. Puede ser verboso y filosófico, pero también hábil y pragmático, y en ningún momento aparta la vista de su objetivo. La primera vez que nos encontramos almorzamos en un hotel de Filadelfia; él llevaba puesto un traje azul y una corbata a rayas, y tenía un maletín que parecía derramar hábitos de ejecutivo. Mientras yo estudiaba el menú, me dijo que había vivido en Nueva York durante un tiempo. «Oh, ¿dónde vivía?», le pregunté. «En Washington Square», me respondió mientras cogía un

panecillo. «Yo vivía cerca de allí —comenté mientras cerraba la carta—. Es un barrio maravilloso. ¿Usted dónde estaba?» Él sonrió lánguidamente y dijo: «En la propia Washington Square. En un banco. Durante nueve meses. En una época en que no tenía casa».

Al igual que Lynn Rivers, Joe Rogers ha pasado del extremo «consumidor» de la red de atención a la salud mental al extremo «proveedor». Creció en Florida, junto a sus tres hermanos, con una madre alcohólica y un padre que iba siempre armado, quien por lo general no solía aparecer por casa y con frecuencia intentaba suicidarse. Aunque sus padres habían vivido siempre con relativa comodidad, sus disfunciones los habían conducido a la miseria real. «Vivíamos en una casa que se caía a pedazos y estaba invadida por las cucarachas —recuerda Rogers—. Había ocasiones en las que el dinero para comprar la comida desaparecía, y más tarde descubrí que mi padre era adicto al juego, de manera que ni siquiera veíamos el dinero de su salario. No nos moríamos de hambre, pero en comparación con el entorno del que provenían mis padres, vivíamos realmente en la pobreza.» Rogers abandonó la escuela a los trece años. Su padre solía llevar encima una Luger y le decía que estaba preparado para matarse, y Rogers desarrolló cierta astucia para hacer frente a la situación. «A los doce años había aprendido a quitarle el arma y a ocultarla.» Entretanto, el alcoholismo de su madre empeoraba cada vez más y tuvo que ser hospitalizada varias veces. Ella también intentó suicidarse, aunque Rogers describe esos intentos como poco decididos. El padre de Rogers murió cuando él tenía dieciséis años y su madre cuando cumplió veinte.

«Cuando pienso en aquella época, creo que mi padre habría respondido a un tratamiento —reflexiona Rogers—. No sé qué habría pasado con mi madre.» El propio Rogers estuvo bastante inactivo entre los trece y los dieciocho años, edad en la que empezó a trabajar para obtener su título secundario; conoció a una mujer que le gustó y decidió tratar de abrirse camino en la vida. Asistió a una reunión de los cuáqueros y conoció a una psicóloga que intentó ayudarlo. Finalmente tuvo una crisis y un día detuvo su coche ante una señal de stop, incapaz de decidir si debía ir hacia delante o hacia atrás, hacia la izquierda o hacia la derecha. «Me quedé allí sentado, completamente perdido.» Poco después adoptó una conducta suicida extrema. Su amiga cuáquera lo ayudó a ir al hospital, donde lo diagnosticaron y le dieron un tratamiento a base de litio. Corría el año 1971 y Rogers no tenía adónde ir. Su novia lo dejó, sus padres estaban muertos, y él vivía gracias a la seguridad social.

Rogers pasó por varias hospitalizaciones. La terapia antidepresiva era muy primitiva en esa época, y Rogers vivía sedado con psicotrópicos, «que me hacían

sentir que estaba muerto». Odiaba el hospital. «Empecé a actuar mejor porque quería largarme de allí.» Incluso ahora le resulta imposible hablar de los hospitales estatales sin que se le pongan los pelos de punta. «Pasé seis meses en uno y... solo el olor... Gastaban 125.000 dólares por paciente y por año, y al menos podrían tener un cuerpo médico decente. Cada uno comparte una habitación con dos o tres personas más, con las cuales te encuentras encerrado en un espacio pequeño. El personal no es gran cosa y no está bien entrenado, y no escuchan nada de lo que dices. Suelen ser abusivos y muy autoritarios, lo cual combina mal con mi vena rebelde. Esos lugares son como prisiones. Mientras haya fondos disponibles, nadie piensa en el alta..., nadie se toma el trabajo de quitar a la gente el rótulo que le han colgado. Estar en uno de esos lugares demasiado tiempo te destruye como persona.» En los hospitales le administraron fuertes sedantes que lo hacían «manejable», aunque eso casi nunca solucionaba sus problemas de manera considerable. La irritabilidad y la angustia tratada con sedantes y sin un tratamiento antidepresivo significa simplemente hundirse en un mar de desdicha. Rogers no cree que se deba obligar a la gente a someterse a un tratamiento con el argumento de que después estarán encantados de haberlo hecho. «Si uno entra en un bar y coge a alguien que bebe demasiado y lo lleva a un centro de desintoxicación y asesora a su esposa, es posible que esa persona esté contenta de que lo hayas hecho, pero sería una especie de violación de nuestras normas sociales y de sus libertades civiles», afirma.

La experiencia de visitar hospitales de salud mental me pareció espeluznante. Estar completamente loco en un mundo de relativa cordura desorienta y resulta desagradable, pero estar encerrado en un lugar en el que la locura es la norma, es simplemente espantoso. Desenterré toda clase de historias de abuso en el sistema estatal. En una brillante y valerosa investigación secreta, el periodista Kevin Heldman ingresó por su cuenta en una unidad psiquiátrica del Woodhull Hospital de Brooklyn, afirmando que tenía una conducta suicida. «El entorno era carcelario más que terapéutico», escribe, y más adelante cita a Darby Penney, asesor especial del jefe de la Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York, quien dijo: «Según mi propia experiencia, el último lugar en el que querría estar si me sintiera afectivamente perturbado sería en una unidad [psiquiátrica] de un hospital [estatal]». En Woodhull no se respetaba ni una sola de las significativas políticas oficiales del estado sobre atención a la salud mental. A los pacientes no se les daba la más mínima oportunidad de conversar o interactuar con los psiquiatras; no se organizaban actividades diarias y se dejaba que mirasen la televisión durante diez horas seguidas; los dormitorios eran repugnantes, y los pacientes no sabían qué medicamentos tomaban. Estaban sujetos a una sedación y a un encierro obligados y del todo innecesarios. La única enfermera con la que Heldman

interactuó de forma significativa le dijo que ser padre podría ayudarlo en su depresión. Por estos servicios, el estado de Nueva York pagaba 1.400 dólares diarios.²⁷

Lo que más me interesaba al estudiar las instituciones era la calidad de un buen hospital más que las miserias de uno malo. Mi objetivo no era buscar los abusos sino, en todo caso, ver si el modelo mismo de los servicios estatales era inadecuado. El tema de la institucionalización es terriblemente complicado, y yo no le he encontrado una solución. Los servicios a corto plazo para los enfermos mentales pueden ser buenos o malos; pasé bastante tiempo en las salas de esos lugares, y por ejemplo no dudaría en ingresar por mi cuenta en el Johns Hopkins, si fuera necesario. Pero los servicios públicos a largo plazo, donde la gente llega para quedarse durante años o para siempre, son profunda y devastadoramente diferentes. Pasé varios períodos prolongados visitando el Norristown Hospital, cerca de Filadelfia, una institución administrada por personas muy comprometidas con la tarea de ayudar a sus pacientes.

Quedé muy impresionado por los médicos que conocí, por los trabajadores sociales que interactúan a diario con los residentes y por el director. Conocí a una serie de pacientes que me cayeron bien. A pesar de todo, Norristown me hacía rechinar los dientes y me ponía los pelos de punta, y visitarlo fue una de las tareas más perturbadoras y difíciles que realicé a lo largo de mi investigación. Habría preferido dedicarme a todas las formas de la desesperación íntima que pasaban un tiempo prolongado en Norristown. La institucionalización es tal vez lo mejor que tenemos en este momento, y los problemas planteados por Norristown quizá no puedan resolverse por completo, pero es necesario reconocerlos si queremos desarrollar el eslabón perdido en la ley intervencionista.

El Norristown Hospital tiene un campus que a primera vista parece una facultad de dos niveles de la Costa Este. Se encuentra instalado en la cima de una verde colina y tiene una vista panorámica. Árboles enormes y frondosos proyectan su sombra sobre los cuidados jardines; los edificios de ladrillo rojo de estilo neofederal están cubiertos por enredaderas; las puertas del lugar permanecen abiertas durante el día. Desde el punto de vista estético, los pacientes están mejor en el hospital que fuera de él. Sin embargo, la realidad se parece endemoniadamente a la serie de televisión *The Prisoner*, o a la insulsa versión del país maravilloso de Alicia, donde la apariencia de una lógica inaccesible contradice el colapso de la lógica misma. El lugar posee un vocabulario completamente propio que aprendí poco a poco. «Oh, a ella no le va tan bien», me dijo en tono confidencial una paciente con respecto a otra. «Si no se fija, terminará en el edificio

cincuenta.» Preguntarle a alguien qué ocurría en el «edificio cincuenta» no tenía sentido: en la mirada de los pacientes, el edificio cincuenta —los servicios de urgencia— representaba un anatema espantoso. Cuando por fin accedí a dicho edificio no fue tan malo como parecía, pero el edificio treinta, por otra parte, era bastante horrible. La mayoría de las personas que se encontraban allí soportaban un encierro físico y una supervisión constante cuyo objetivo era evitar que se hicieran daño. Algunos de ellos se hallaban dentro de redes para evitar que cometieran intentos de suicidio. No vi demasiadas intervenciones inadecuadas, y si bien quienes recibían este trato en su mayoría necesitaban el tratamiento, la imagen que daban era espantosa, pues parecían las figuras de cera amontonadas de los criminales del sótano de madame Tussaud. La jerarquía de edificios y la numeración, el miedo y la privación de libertad, estaban presentes en todo el campus y solo podían exacerbar el estado de alguien que ya sufría de depresión.

Odiaba estar allí, porque era una situación muy cercana a mi propia experiencia. Si hubiera sido pobre y hubiera estado solo, y si no hubiera recibido tratamiento, ¿habría terminado en un lugar como este? La sola posibilidad me hizo sentir deseos de atravesar corriendo y gritando aquellas hermosas puertas hasta llegar a mi cama. Esta gente no tenía fuera de allí un lugar seguro que constituyera un hogar. Aunque había una dotación completa de médicos y trabajadores sociales, los pacientes los superaban en número, y desarrollé la extraña sensación de la existencia de la dicotomía nosotros-y-ellos. Dado que los trastornos afectivos son el segundo diagnóstico más común en los hospitales mentales estatales, no lograba entender si yo formaba parte del «nosotros» o del «ellos». Vivimos nuestra vida según las normas del consenso y nos aferramos a la razón porque es lo que se afirma una y otra vez. Si uno fuese a un lugar constituido por helio, tal vez dejaría de creer en la gravedad, pues existirían muy pocas pruebas de su existencia. En Norristown descubrí que mi dominio de la realidad era cada vez más débil. En semejante lugar uno no tiene ninguna certeza, y la salud se vuelve tan peculiar en ese contexto como lo es la demencia en el mundo exterior. Cada vez que iba a Norristown sentía que mi psiquis perdía peso y empezaba a desintegrarse.

Mi primera visita, organizada por la administración, tuvo lugar un encantador día de primavera. Me reuní con una mujer deprimida que se había prestado como voluntaria para conversar conmigo. Estábamos en una especie de glorieta, sobre una pequeña loma, bebiendo un café imposible en unos vasos de plástico que casi se habían derretido por el calor del líquido. La mujer a la que entrevistaba se expresaba muy bien y tenía un aspecto «presentable», pero yo me sentía incómodo y no era precisamente por el café con sabor a plástico. Cuando empezamos a conversar, varias personas poco versadas en los convencionalismos

sociales se acercaron y se colocaron entre nosotros dos, y nos interrumpían de manera continua para preguntarme quién era yo y qué estaba haciendo; una de esas personas me palmeó el cuello como si yo fuera un Bedlington terrier. Una mujer a la que jamás había visto se detuvo a tres metros de distancia y nos observó durante un rato, luego rompió a llorar, y siguió haciéndolo a pesar de mis intentos por calmarla. «Oh, es una llorona», me explicó alguien en tono tranquilizador. Las personas que no estaban locas en el momento de ingresar en aquel lugar sin duda lo estarían en el momento de irse. La población de Norristown ha quedado muy reducida en comparación con lo que era durante el auge de los hospitales mentales-depósitos, y por eso más de la mitad de los edificios del campus están deshabitados. Esos edificios vacíos, muchos de ellos construidos en los años sesenta, con la orientación utilitaria y modernista de las escuelas de las zonas urbanas deprimidas, exudan una amenaza macabra; cerrados con cadenas y desiertos durante años y años, sugieren una verdosa y emponzoñada exuberancia entre las vigas y el sombrío silencio.

Los pacientes esquizofrénicos se pasean por el Norristown Hospital hablando con marcianos que nadie puede ver. Un joven furioso golpeaba la pared con los puños, mientras algunos pacientes al borde de la catatonia miraban al vacío con rostro inexpresivo, inmóviles, deprimidos o sedados. Los muebles especiales que evitaban lesiones a los internos estaban estropeados y gastados, tan deteriorados como quienes los usaban. Los decorados desteñidos de cartón que adornaban el vestíbulo, hechos en los días festivos de otros tiempos, daban la impresión de haber estado allí desde que los pacientes estaban en el jardín de infancia. Nadie se había acordado de conceder a estas personas la condición de adultos. En cada una de las docenas de veces que fui a Norristown, alguien que insistió en que yo era su madre me bombardeó con preguntas cuyas respuestas no podía conocer, y alguien que parecía angustiado y muy irritado me dijo que me largara de inmediato antes de que surgieran problemas. Un hombre que tenía una grave deformidad en el rostro había decidido que era mi amigo y me dijo que no debía irme. Al cabo de un mes todos se habían acostumbrado a mi presencia. «Usted no es tan malo, no es tan horrible, quédese y nos acostumbraremos», dijo el hombre en tono distraído, en una especie de discurso monótono del que yo era apenas un accesorio. Una mujer obscenamente gorda me pidió dinero y me tomó de los hombros para reforzar sus palabras. En ningún momento pude escapar al *basso continuo* del clamor no verbal de Norristown que sonaba de modo constante detrás de las palabras: gente que golpeaba objetos, que gritaba, que roncaba de forma estruendosa, que farfullaba, que sollozaba, que emitía extraños sonidos guturales o soltaba ventosidades sin ninguna vergüenza, hombres de tos convulsa y mujeres cuyo único placer consistía en fumar. No existe ninguna historia de

amor perdido en estos lugares; el clamor de las discusiones interminables se filtran a través de las paredes y el suelo. No hay lugar suficiente en Norristown a pesar de los edificios cerrados y de las hectáreas de césped. Los pacientes están inmovilizados por la desdicha. El 40 por ciento de quienes se encuentran en estas instalaciones están allí a causa de la depresión, y para recuperarse han ido precisamente a uno de los lugares más deprimentes de la tierra.

Sin embargo, Norristown era la mejor institución pública de cuidados a largo plazo que visité, y quienes lo dirigían me impresionaron no solo como personas comprometidas sino también inteligentes y amables. La salud de los pacientes era óptima, dentro de sus posibilidades. El lugar era casi como Bedlam; todos estaban bien alimentados y recibían la medicación adecuada, y un personal experto mantenía una benéfica y paternalista vigilancia sobre todos ellos. La gente rara vez se lastima en Norristown, donde todos están limpios y pulcramente vestidos. En general pueden nombrar su enfermedad y decir por qué están allí. En una actitud heroica, el personal prodiga una sorprendente dosis de amor en las salas, y aunque en el lugar se respira una atmósfera lunática, también brinda una sensación de seguridad. Los pacientes están protegidos del mundo exterior y también de su atemorizante ser interior. Los fallos del lugar solo son los endémicos de los tratamientos a largo plazo.

Después de pasar unos pocos años en el hospital, Joe Rogers cambió el centro de atención prolongada por uno de rehabilitación social en Florida, donde recibió un mejor tratamiento y algunos medicamentos adecuados. «Pero empecé a comprenderme de una manera diferente, empecé a verme como un paciente mental. Me dijeron que lo que yo tenía era incurable, y no le veían sentido a que fuera a estudiar. Yo tenía veintitantos años, y me dijeron que debía vivir de la seguridad social y quedarme allí. Terminé totalmente enfermo y perdí por completo mi sentido de la identidad.» Cuando Rogers se marchó, se echó a las calles, donde vivió durante casi un año. «Cuanto más me esforzaba en hacer las cosas como correspondía, más destruido quedaba. Intenté una cura geográfica. Era hora de abandonar mis hábitos y mis relaciones, y decidí que sería fantástico estar en la ciudad de Nueva York, aunque no tenía idea de qué haría allí. Terminé en un banco del parque que no estaba nada mal. No había tantas personas sin hogar en Nueva York en ese momento, y yo era una especie de niño blanco de buen aspecto. Estaba desgreñado, pero no sucio, y la gente se interesaba por mí.»

Rogers contaba su historia a los desconocidos que le ofrecían unas monedas,

pero se reservaba cualquier información que pudiera enviarlo de regreso al hospital. «Pensaba que si volvía allí, nunca más saldría. Creía que volverían a encerrarme. Había abandonado toda esperanza, pero tenía demasiado miedo para suicidarme.» Corría el año 1973. «Recuerdo todo ese ruido, toda esa gente celebrando, y cuando les pregunté a qué se debía me respondieron que la guerra de Vietnam había terminado. Y dije: “Vaya, eso es fantástico”. Pero no podía comprender de qué se trataba ni qué ocurría, aunque recordé que una vez había marchado para oponerme a esa guerra.» Entonces empezó a hacer cada vez más frío, y Rogers no tenía abrigo. Dormía en los muelles del río Hudson. «En aquella época creía que estaba tan distanciado del resto de la humanidad que si me acercaba a alguien lo espantaría. Hacía mucho tiempo que no me bañaba ni me cambiaba la ropa. Sin duda resultaba repugnante. Vinieron esas personas de una iglesia, que yo sabía que me habían visto vagar por ahí, y me dijeron que me llevarían a la YMCA de East Orange. Si me hubieran dicho que me iban a llevar a un hospital, habría corrido cientos de kilómetros para librarme de ellos y no habrían vuelto a verme jamás. Pero no lo hicieron; me vigilaron y esperaron hasta que estuve preparado y luego me ofrecieron una salida posible. No tenía nada que perder.»

Fue de esta forma como Rogers tuvo su primera experiencia con la asistencia social, la cual se convertiría en el pilar de su política social. «Las personas que están aisladas y perdidas suelen desesperarse por un poco de contacto humano —afirma Rogers—. La asistencia social puede funcionar. El trabajador social debe estar dispuesto a atraerlos, y volver a hacerlo hasta que estén preparados para irse con él.» Joe Rogers estaba deprimido, pero la depresión es una enfermedad que se instala de manera aplastante sobre la personalidad, y la personalidad subyacente de Rogers era muy insistente. «El sentido del humor era tal vez lo más crucial —dice ahora—. En mis momentos de mayor locura y de mayor depresión podía sin embargo encontrar algo para bromear.» Rogers se mudó durante unos meses a la YMCA de East Orange y consiguió trabajo en un túnel de lavado. Tiempo después se mudó a la YMCA de Montclair, donde conoció a su esposa. El matrimonio fue «una influencia muy estabilizadora». Rogers decidió ir a la universidad. «Era como si nos turnáramos. Ella atravesaba períodos en los que se sentía deprimida y yo la cuidaba, y luego intercambiábamos los papeles.» Rogers empezó a trabajar como voluntario en el campo de la salud mental —«la única área de la que yo sabía algo»— cuando tenía veintiséis años. Aunque los hospitales estatales le disgustaban profundamente, «había mucha gente que necesitaba ayuda, y pensé que sencillamente podíamos reformar los hospitales y convertirlos en algo mejor. Lo intenté durante años, pero me di cuenta de que era imposible reformar el sistema».

La Asociación de Salud Mental del Sudeste de Pennsylvania es una organización sin ánimo de lucro fundada por Rogers. Se dedica a aumentar las posibilidades de los enfermos mentales. Rogers ha ayudado a que Pennsylvania sea uno de los estados más progresistas de la nación en el área de la salud mental, ha supervisado personalmente el cierre de hospitales estatales y ha propuesto iniciativas especialmente buenas para la salud mental de la comunidad, que en la actualidad operan con un presupuesto anual de cerca de 1.400 millones de dólares. Si uno ha de quedar destrozado por completo, Pennsylvania es un buen lugar para hacerlo, y de hecho mucha gente de los estados vecinos se traslada hasta allí para beneficiarse de su sistema. Tradicionalmente, las personas sin hogar han representado un enorme problema en Filadelfia, y cuando fue elegido, el actual alcalde promovió la reapertura de hospitales mentales que habían cerrado sus puertas, así como la plena ocupación de aquellos que seguían abiertos y en funcionamiento. Rogers lo convenció de cerrar algunas instituciones en favor de otros sistemas de cuidado.

El principio rector del actual sistema de Pennsylvania consiste en que la gente no debería ingresar en hospitales en los que la locura es la regla, sino más bien vivir dentro de la comunidad, expuesta de modo constante a los efectos beneficiosos de la salud. Los pacientes de Pennsylvania con enfermedades graves permanecen en los servicios residenciales a largo plazo. Se trata de lugares pequeños, con unas quince camas cada uno, que ofrecen apoyo intensivo, cuidados rigurosos y ponen el acento en la integración. Llevan a cabo un estricto seguimiento de cada caso, lo que permite que un trabajador social del campo de la psiquiatría establezca una relación individual con el paciente. «Es alguien que en cierto modo te sigue y descubre lo que está pasando y los problemas que tienes — dice Rogers—. Tiene que ser un programa agresivo. Una persona con la que trabajé al principio de mi carrera me amenazó con conseguir una orden judicial para que me impidieran desarrollar mi tarea. Pero yo no aceptaría un no por respuesta; me había abierto camino con esfuerzo, y si era necesario, pensaba abrir las puertas a patadas.» Estos lugares también ofrecen programas de rehabilitación psicosocial, destinados a ayudar a la gente con los aspectos prácticos de la vida «normal». Alrededor del 80 por ciento de los pacientes hospitalizados en Pennsylvania a causa de la depresión parecen desenvolverse mejor en estas circunstancias. La intervención a gran escala, que incluye proporcionar un techo y un tratamiento obligados, se produce cuando alguien supone un peligro para otros o para sí mismo, por ejemplo, cuando está en la calle con temperaturas muy bajas. Las únicas personas que se resisten de forma sistemática al tratamiento de este tipo son los enfermos mentales que abusan de las drogas, sobre todo de la heroína; estos pacientes deben desintoxicarse antes de que el sistema estatal de salud mental les

ofrezca atención.

Rogers también ha creado una cadena de lo que él denominó «centros de acogida», locales abiertos a la calle cuyo personal suele estar formado por personas que se están recuperando de diversos trastornos mentales. Este sistema crea empleo para aquellos que empiezan a enfrentarse a un entorno estructurado y proporciona a quienes están en una mala situación un lugar adonde ir, quedarse durante un tiempo, y recibir apoyo. Cuando se han introducido en estos lugares, las personas sin hogar que se sienten aterrorizadas ante una intervención más activa regresan a ellos una y otra vez. Los centros de acogida proporcionan una zona de transición entre el aislamiento mental y la camaradería. Pennsylvania ha establecido un sistema masivo de seguimiento muy similar al de la policía estatal, pero que evita que la gente quede marginada y desaparezca. Una base de datos incluye todos los tratamientos que se realizan a través de los sistemas estatales, y todas las visitas a salas de urgencia que ha realizado cada paciente. «Ingresé mi nombre —dice Rogers— y quedé sorprendido por el resultado.» Si un paciente del sistema de Pennsylvania está ausente sin permiso, los trabajadores sociales lo buscan y continúan controlándolo de modo regular. Es imposible escapar a semejante atención, salvo mediante la recuperación.²⁸

El problema de este programa es su fragilidad, pues a nivel pragmático resulta fiscalmente inestable, ya que los grandes hospitales mentales son estructuras descomunales cuyos costes son fijos, mientras que los programas que no se basan en dichas estructuras pueden reducirse con facilidad en épocas de crisis presupuestarias. Pero la inserción de los enfermos mentales en una comunidad requiere tolerancia, incluso en zonas prósperas y de mentalidad abierta. «Todo el mundo tiene una mentalidad liberal con respecto a la desinstitucionalización hasta que una persona sin hogar se instala en el porche de su casa», dice el congresista Bob Wise. El mayor problema consiste en que para algunos enfermos mentales esta independencia e inserción en la comunidad es imposible de asumir, ya que algunas personas no pueden funcionar fuera de un entorno completamente cerrado, como un hospital, y sin embargo son sistemáticamente expulsadas a un mundo cuyo funcionamiento las abruma, lo cual no las ayuda a ellas ni a quienes las atienden. Nada de esto resulta desalentador para Rogers. Él ha forzado el cierre de hospitales utilizando el sistema de estímulos y presiones, congraciándose con altos funcionarios del gobierno y también entablando contra ellos demandas colectivas basadas en la Ley de Norteamericanos con Minusvalías. Rogers ha estructurado sus esfuerzos según el movimiento Granjeros Unidos de Cesar Chavez; en efecto, ha intentado sindicalizar a los enfermos mentales dando una voz colectiva a ese cuerpo

sumamente difuso de personas desprovistas de derechos.

En la década de los cincuenta, durante el apogeo de la institucionalización, alrededor de quince mil pacientes fueron ingresados en centros de Filadelfia. Rogers ha clausurado dos de esos centros y el último que sigue en pie, Norristown, alberga a cientos de pacientes. La oposición inicial a las demandas colectivas de Rogers ha surgido de los trabajadores sindicalizados de los hospitales que trabajan sobre todo en mantenimiento. El cierre de hospitales se ha logrado retirando a la gente cuando logra la salud suficiente para entrar en instituciones de cuidados comunitarios a largo plazo. «Los cerramos de forma gradual y considerando su estado», comenta Rogers.

Si los grandes hospitales han sido lugares en los cuales se han cometido abusos, existe la posibilidad de que los programas basados en la comunidad adopten formas de abuso similar, o aún peor. El control y la estabilidad de estos programas son difíciles. Un gran número de funcionarios y trabajadores de la salud mental administran minúsculos reductos dedicados a la atención, cada uno con su propio funcionamiento interno. ¿Cómo es posible que las operaciones de esos centros sean visibles para quienes las supervisan, que por lo general solo aparecen en visitas rápidas y esporádicas? ¿Es posible mantener un alto grado de vigilancia cuando la autoridad ha sido delegada?²⁹

Qué es la enfermedad mental y quién debería ser tratado son dos temas que dependen de la percepción pública respecto a la salud. Existe algo llamado salud y algo llamado locura, y la diferencia es al mismo tiempo de categoría, de dimensión, de clase y de grado. Existe una perspectiva que contempla qué se espera del propio cerebro y qué del cerebro de los otros, lo cual no es malo, sino que forma parte esencial de nuestra propia definición como individuos y constituye además un pilar del orden social. Es incorrecto percibir alguna connivencia detrás de ello, y a menos que uno crea que el consenso sobre los temas complejos puede quedar incólume, uno debe trabajar con esta curiosa combinación de sentido personal y opinión pública que determina toda nuestra actividad como animales sociales. La perspectiva determina la política, y el problema no es tanto la política sobre la depresión como nuestra incapacidad para reconocer que existe una política sobre la depresión que está predeterminada e imita al resto de las situaciones de la vida. Para quienes carecen de dinero existen menos opciones que para quienes poseen la prerrogativa de contar con medios financieros. Para quienes padecen una enfermedad leve existen más opciones que para aquellos que están gravemente

enfermos, y es probable que así deba ser. A finales de la década de los setenta, Thomas Szasz, famoso por su defensa del derecho al suicidio, presentó argumentos contra el uso de medicamentos, reivindicando que no existe una ley natural según la cual el psiquiatra esté capacitado para intervenir en la vida del paciente.³⁰ Resulta interesante saber que una persona tiene derecho a estar deprimida, pues ello implica saber que en determinadas circunstancias puede decidir no tomar una medicación. Sin embargo, Szasz se excedió en sus atribuciones y permitió que sus pacientes creyeran que tenían la capacidad de comprender qué suponía renunciar a la medicación. ¿Hacer esto representa un acto político? Algunos de los pacientes de Szasz creían que lo era. Nuestras definiciones de «conducta responsable» provenientes de la psiquiatría también son políticas. A nivel social resulta ofensivo el punto de vista de Szasz, quien tuvo que pagar 650.000 dólares a la viuda de uno de sus pacientes después de que este se suicidara de una forma particularmente brutal y angustiada.³¹

¿Es más importante proteger a alguien de la muerte o permitirle renunciar al tratamiento? El problema se ha debatido por extenso. Un reciente artículo especialmente perturbador publicado en el *New York Times* en respuesta al Nuevo Informe sobre Salud Mental de la Dirección General de Salud Pública, y escrito por una psiquiatra de un comité asesor conservador de Washington, planteaba que atender a quienes padecen enfermedades leves privaría de servicio a los enfermos graves, como si la atención a la salud mental fuera un recurso limitado.³² Afirmaba categóricamente que no era posible conseguir que las personas no supervisadas tomaran sus medicamentos y propuso que los enfermos mentales «con trastornos invalidantes como la esquizofrenia y la depresión bipolar» que acaban en la cárcel es probable que deban estar en ella. Al mismo tiempo planteó que el 20 por ciento de los ciudadanos norteamericanos que soportan la carga de alguna clase de enfermedad mental —incluidos, evidentemente, todos los que padecen depresión grave— en muchos casos no necesitan terapia y por lo tanto no deberían recibirla. Aquí la palabra clave es «necesidad», porque la cuestión de la necesidad apunta a la calidad de vida más que a la existencia misma de vida. Es verdad que muchas personas pueden seguir vivas con una depresión paralizante, pero también pueden estar vivas, por ejemplo, sin tener dientes. Que uno pueda arreglárselas con yogur y plátanos durante el resto de su vida no es motivo para dejar a nadie sin dentadura. Una persona también puede vivir con un pie deforme, pero en estos tiempos es frecuente tomar medidas para reconstruirlo. El argumento surge del mismo que se oye una y otra vez fuera del mundo de la enfermedad mental, y es que las únicas personas que deben ser tratadas son aquellas que suponen un gasto inmediato o una amenaza para los demás.

Los médicos, en especial aquellos que no están adscritos a los hospitales, suelen conocer los avances de la medicina gracias a los visitantes que envían los laboratorios farmacéuticos, lo cual asegura que los médicos se actualicen al tiempo que conocen las cualidades de nuevos productos a medida que aparecen. Esta no es una manera adecuada de actualización, ya que la industria farmacéutica se centra en la medicación por encima de las otras terapias.³³ «Esto ha contribuido a desarrollar un prejuicio respecto a los medicamentos —afirma Elliot Valenstein, profesor emérito de psicología y neurociencia de la Universidad de Michigan—. Los medicamentos son excelentes y estamos agradecidos a los laboratorios por el hecho de que los elaboren, pero es una vergüenza que el proceso educativo no esté mejor equilibrado.» Además, debido a que la industria proporciona fondos para muchos de los estudios más exhaustivos, existen mejores estudios de sustancias que pueden patentarse que de las que no pueden, como el hipérico; existen más estudios sobre terapias con fármacos nuevos que sobre otros tratamientos nuevos como la IRMO (insensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular). Carecemos de suficientes programas nacionales para contrapesar el trabajo patrocinado por las compañías farmacéuticas. En un reciente artículo de *The Lancet*, una destacada publicación médica, el profesor Jonathan Rees planteó una nueva concepción del proceso de patentes para hacer lucrativas las terapias que en la actualidad no se pueden patentar, incluidas las que él llama «genómicas e informáticas».³⁴ Sin embargo, de momento existen pocos incentivos financieros en este campo.

Los miembros de la industria farmacéutica saben que en el mercado libre los mejores tratamientos son, probablemente, los que tienen más éxito. La búsqueda de buenos tratamientos está, por supuesto, ligada a la obtención de beneficios económicos, pero contra lo que piensan algunos políticos jactanciosos, creo que los ejecutivos farmacéuticos son menos explotadores que quienes dirigen la mayoría de las otras industrias. Muchos de los descubrimientos que distinguen a la medicina moderna han sido posibles solo gracias a la exhaustiva investigación y a los programas de desarrollo de la industria farmacéutica, que gasta alrededor de siete veces más que otras industrias en desarrollar nuevos productos. Estos programas se basan en la obtención de beneficios, pero es quizá más noble obtenerlos inventando soluciones para los enfermos que desarrollando armamento o editando revistas sensacionalistas. «Tenía que estar en la industria», dijo David Chow, uno de los tres científicos de Eli Lilly que inventó el Prozac. William Potter, que ahora también está en Lilly después de marcharse del NIMH, comentó: «Fueron los científicos del laboratorio los que dirigieron el desarrollo del Prozac.

La importante investigación recibió fondos de la industria farmacéutica. La sociedad ha hecho esa elección y nos ha proporcionado este sistema que favorece un gran progreso». Tiemblo al pensar dónde estaría yo si la industria no hubiera desarrollado los medicamentos que me salvaron la vida.

Sin embargo, a pesar de todo el bien que ha generado la industria farmacéutica, se trata de una industria, y por lo tanto la parafernalia del capitalismo moderno. He asistido a varias sesiones instructivas organizadas por compañías que se debaten entre los propósitos de investigación y la tentación del beneficio económico.

En una de esas sesiones celebrada en el Baltimore Aquarium, se ofreció la posibilidad de elegir entre una conferencia sobre «Neurobiología y tratamiento del trastorno bipolar» y «Alimentación de la raya venenosa y presentación para invitados especiales y su familia». Por supuesto, se optó por la primera, y al final asistí al lanzamiento de uno de los antidepresivos más importantes, un producto que capturaría de forma rápida una significativa cuota del mercado. Aunque el lanzamiento operaba con las restricciones de un estricto cuerpo regulador, la FDA, que decidía lo que se podía decir acerca del producto, fue una especie de circo en el que las emociones estuvieron en sintonía con una cautela que solo los trapezistas Wallenda lograron alcanzar. Constituyó además una fiesta inapropiadamente salvaje, con música de discoteca, barbacoas e idilios inventados; fue la personificación de la Norteamérica empresarial, intoxicada por su materia prima. Así es como se motiva a los vendedores de cualquier producto para que trabajen en el competitivo mercado promocional norteamericano, y si bien la puesta en escena era inofensiva, constituía un acto inmoral para la promoción de un producto destinado a personas que sufren de un terrible trastorno.

En aquella ocasión los vendedores se reunieron en un gigantesco centro de convenciones. El número de asistentes —más de dos mil personas— resultó abrumador, y cuando todos estábamos sentados, desde debajo del escenario surgió —como los gatos de *Cats*— la orquesta completa, que interpretaba «Forget Your Troubles, C'mon Get Happy», y luego «Everybody Wants to Rule the World», de Tears for Fears. Con este telón de fondo, una voz del Mago de Oz nos daba la bienvenida al lanzamiento de un fantástico producto nuevo. Sobre una pantalla de seis metros se proyectaron enormes fotos del Gran Cañón y de un torrente de agua rumorosa, y entonces la intensidad de la iluminación creció para mostrar un escenario que parecía un sitio en construcción. La orquesta comenzó a ejecutar temas del álbum *The Wall*, de Pink Floyd, momento en el que una gran pared de ladrillos se elevó lentamente en la parte posterior del escenario, y en ella

aparecieron los nombres de los productos de otras marcas. Entretanto, un grupo de bailarinas con piquetas y cascos de minero realizaba contorsiones atléticas sobre un andamio controlado electrónicamente, mientras un arcoíris de rayos láser con la forma del logotipo del producto surgía desde una nave espacial situada en la parte posterior de la sala y dejaba fuera de combate a los otros antidepressivos. Calzadas con botas de trabajo, las bailarinas interpretaron una incongruente giga irlandesa mientras los ladrillos de utilería se desmoronaban con un ruido sordo. Al final el jefe del personal de ventas emergió de las ruinas pavoneándose alegremente en el momento en que unos números aparecían en la pantalla, y se entusiasmó con los futuros beneficios como si acabara de ganar un gran premio en un concurso de televisión.

Tanta extravagancia me hizo sentir incómodo; no obstante, todo el mundo parecía entusiasmado. Las animadoras que habían actuado en el intervalo no habían despertado tanto interés en los espectadores, y cuando la parodia concluyó, la multitud estaba completamente decidida a dejar la miseria fuera de combate. A la ceremonia de apertura siguió un ruego a la humanidad de los vendedores. La sala quedó en penumbra y se proyectó un cortometraje producido especialmente para la ocasión, que mostraba personas que habían tomado el producto durante la fase III de los estudios, y que habían salido de un terrible sufrimiento. Algunas habían encontrado en ese producto el alivio a una profunda depresión que los había incapacitado durante media vida. Las imágenes aparecían en un foco de Vaseline que acompañaban otros detalles del lanzamiento, pero correspondían a la realidad, y vi a varios representantes intensamente conmovidos por el horror que los enfermos habían padecido. Los asistentes abandonaron la sala imbuidos del sentimiento de estar cumpliendo una misión. Durante los días siguientes se mantuvo el tono contradictorio del lanzamiento, ya que se estimulaba al mismo tiempo la agresividad y la empatía de los vendedores. No obstante, al final todos recibieron una lluvia de productos: volví a casa con una camiseta, un jersey de cuello cisne, un bloc de hojas, una gorra de béisbol, un bolso de viaje, veinte bolígrafos y un surtido de otros artículos con el logotipo del producto exhibido de manera tan llamativa como una etiqueta de Gucci.

David Healey, ex secretario de la Asociación Británica de Psicofarmacología, ha cuestionado el proceso de aprobación de los tratamientos para la depresión. En su opinión, la industria ha utilizado el término «inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina» (ISRS) para sugerir una falsa simplicidad de la función. Healey escribe: «Los fármacos que bloquean la recaptación de serotonina pueden

ser antidepresivos, como pueden serlo los compuestos que bloquean selectivamente la recaptación de la catecolamina. En efecto, existen claros indicios de que en casos graves de depresión, algunos de los compuestos más antiguos que actúan sobre sistemas múltiples pueden ser más efectivos que los compuestos más nuevos. La TEC es, casi sin ninguna duda, el tratamiento menos específico para un sistema particular de neurotransmisores, pero muchos clínicos opinan que es el más rápido y el más efectivo de los tratamientos actuales, lo cual sugiere que la depresión no es un trastorno causado por la disfunción de uno de los neurotransmisores o de un receptor determinado, sino más bien producto de alteraciones en las que se hallan involucrados diversos sistemas fisiológicos.»³⁵ Esto sugiere que las cualidades que muchas compañías farmacéuticas atribuyen a sus medicamentos no son en realidad especialmente útiles para los usuarios de estos fármacos. Basado en el modelo de enfermedad bacteriana, el sistema federal de regulación que se puso en funcionamiento en la década de los sesenta supone que para cada enfermedad existe un antídoto específico y que cada antídoto actúa sobre una enfermedad específica. Sin ninguna duda, la actual retórica de la FDA, del Congreso de Estados Unidos, de las compañías farmacéuticas y del público en general refleja la noción de que la depresión invade a una persona y que un tratamiento adecuado puede expulsarla. ¿Tiene sentido la categoría «antidepresivo» que presupone la enfermedad «depresión»?

Si la depresión es una enfermedad que afecta al 25 por ciento de la población mundial,³⁶ ¿puede en realidad ser una enfermedad? ¿Es algo que reemplaza la personalidad «real» de quienes la padecen? Yo podría haber escrito este libro en la mitad de tiempo si pudiera funcionar durmiendo solo cuatro horas, pero estoy muy limitado por mi necesidad de dormir. No podría ser secretario de Estado, porque ese trabajo exige más actividad de la que puede desarrollarse en una jornada de quince horas. Una de las razones por las que me convertí en escritor es que puedo regular yo mismo mi tiempo, y cualquiera que haya trabajado conmigo sabe que no programo reuniones por la mañana salvo bajo coacción. De vez en cuando he tomado algunos de los fármacos que se compran sin receta —léase café— para ayudarme a funcionar con menos horas de sueño de las que necesito. Es una droga imperfecta, pero bastante efectiva para un tratamiento a corto plazo de mi trastorno; no obstante, si se recurre a él durante mucho tiempo acaba sustituyendo al sueño y produce angustia, náuseas, mareos y una disminución del rendimiento. Por eso, en lo que a mí respecta, no me permite asumir una agenda similar a la de un secretario de Estado. Parece probable que si la Organización Mundial de la Salud llevara a cabo un estudio y descubriera cuántas horas útiles se pierden al año a causa de las personas que necesitan más de seis horas de sueño por noche, el precio que supone la somnolencia probablemente

sería aún mayor que el que supone la depresión.

He conocido personas que necesitan dormir catorce horas cada noche, y al igual que quienes sufren depresión grave, tienen dificultades para funcionar en el actual mundo social y profesional. Padecen una terrible desventaja. ¿Cuál es el límite de la enfermedad? Y si apareciera una droga mejor que la cafeína, ¿quién sería calificado de enfermo? ¿Inventaríamos un ideal del horario de sueño de un secretario de Estado y empezaríamos a recomendar medicamentos a quienes duermen más de cuatro horas por noche? ¿Sería malo hacerlo? ¿Qué les ocurriría a quienes se negaran a realizar una farmacoterapia y durmieran las horas que necesitan? No podrían llevar una vida normal, pues el rápido ritmo de la vida moderna sería mucho más veloz si la mayoría de la gente aprovechara estos hipotéticos medicamentos.

«Durante los años setenta —escribe Healey— los trastornos psiquiátricos importantes se definían como trastornos de los sistemas de neurotransmisión y sus receptores. La prueba que sustentara cualquiera de estas propuestas nunca aparecía, pero este lenguaje daba un poderoso soporte a la transición de la psiquiatría de una disciplina que se entendía a sí misma en términos dimensionales a una disciplina preocupada por los términos relativos a las categorías.»³⁷ En realidad, esto es quizá lo más alarmante con respecto al actual conocimiento sobre la depresión, pues descarta la idea de un continuo y postula un criterio de todo o nada en el que un paciente sufre o no sufre depresión, se halla o no deprimido, como si encontrarse un poco deprimido fuera lo mismo que estar un poco embarazada. Los modelos categóricos son atractivos, pues en una era en la que estamos cada vez más alejados de nuestros sentimientos, resultaría reconfortante la idea de que un médico pueda solicitar un análisis de sangre y una ecografía del cerebro y decirnos si tenemos o no depresión y de qué tipo. Pero la depresión es un estado afectivo que existe en todas las personas y que puede estar o no bajo control; la depresión como enfermedad es un incremento excesivo de una emoción común, no la introducción de algo exótico que proviene del exterior, y varía de una persona a otra. Si nos preguntamos qué hace que la gente se sienta deprimida, también podríamos interrogarnos acerca de qué hace que la gente esté contenta.

Un médico puede ayudar a facilitar la elección de las dosis, pero algún día tal vez sea tan fácil tomar uno de los ISRS como lo es ingerir vitaminas antioxidantes, cuyos beneficios a largo plazo son evidentes, y cuyos efectos secundarios son mínimos, no letales y fáciles de controlar. Los ISRS contribuyen a mantener la salud mental, que es frágil. Las personas que tomen dosis incorrectas o

utilicen los fármacos de manera irregular no funcionarán, es cierto, pero como señala Healey, los fármacos de venta libre se emplean con cierto cuidado, y en general nadie excede la dosificación recomendada. Practicamos en nosotros mismos el sistema de ensayo y error para descubrir qué cantidad tomar, que es más o menos lo que hacen los médicos cuando prescriben los ISRS, los efectos de los cuales no son letales ni peligrosos aunque se consuman en dosis excesivas. Healey cree que convertir los medicamentos en un producto seductor mediante la venta bajo receta resulta particularmente sorprendente en el caso de los antidepresivos, que tienen relativamente pocos efectos secundarios y que se utilizan para tratar una enfermedad que, de momento, solo existe en la experiencia del propio paciente y en la explicación que hace de ella, un trastorno que no puede ser probado en términos médicos salvo mediante los informes de quien lo padece. Por ello, no hay manera de determinar si un fármaco antidepresivo es necesario o no, salvo preguntárselo al paciente, y esa pregunta la plantea con mayor frecuencia un médico clínico que no tiene más información sobre el medicamento que la que tiene un lego instruido.³⁸

Mi régimen de medicamentos ahora está equilibrado de forma elaborada y específica, y no habría tenido la pericia necesaria para superar mi última crisis sin la intervención de un especialista experto. Pero muchas de las personas que conozco que toman Prozac sencillamente visitaron al médico y se lo pidieron, pues ya habían realizado un autodiagnóstico y el médico no vio ningún motivo para dudar de la comprensión que tenían de su propio funcionamiento mental. Tomar Prozac sin necesitarlo no parece producir ningún efecto particular, y aquellos a quienes no les resulta útil probablemente dejen de tomarlo. ¿Por qué la gente no debería gozar de libertad para tomar estas decisiones?³⁹

Muchas de las personas a las que entrevisté toman antidepresivos para la «depresión leve», y gracias a ello llevan una vida más feliz y mejor. Yo haría lo mismo, y tal vez lo que desean cambiar es su personalidad, como sugirió Peter Kramer en *Escuchando al Prozac*. La noticia de que la depresión representa un problema químico o biológico es un ardid publicitario, y podríamos, al menos en teoría, encontrar la química cerebral para la violencia y bromear con ello si quisiéramos. La noción de que toda depresión es una enfermedad invasiva se basa en la amplitud del concepto «enfermedad» —que incluye toda clase de características, desde la somnolencia hasta lo detestable o la estupidez— o en una conveniente ficción moderna. Sin embargo, la depresión grave es un trastorno devastador que ahora se puede tratar, y debe incidirse en su tratamiento lo más enérgicamente posible por el bien de una sociedad justa en la que la gente tenga una vida rica y saludable. Las aseguradoras de salud deberían cubrirla; las leyes

del Congreso, protegerla, y los grandes investigadores, considerarla como una cuestión de importancia primordial. Existe una evidente paradoja que apunta a aspectos existenciales acerca de qué es una persona y qué son sus aflicciones. Nuestro derecho a la vida y a la libertad es comparativamente sencillo; nuestro derecho a la búsqueda de felicidad se vuelve cada día más desconcertante.

Una amiga mayor que yo me dijo una vez que el sexo había quedado destruido por su existencia pública. Cuando era joven, me dijo, ella y sus primeros amantes descubrieron algo nuevo guiándose sencillamente por sus instintos más básicos. Ninguno de ellos esperaba nada especial del otro ni tenían modelos. «Tú has leído demasiados artículos acerca de quién debe tener cuántos orgasmos, y cómo y cuándo —me dijo—. Te han dicho qué hacer y en qué posturas, y cómo sentirte. Te han dicho cuál es la manera correcta y la manera incorrecta de todo. ¿Qué posibilidades tienes de descubrir algo?»

Pese a las historias que se relatan en este libro, la disfunción cerebral también fue en alguna ocasión una cuestión privada. Uno llegó a este tema sin expectativas, y si las cosas salieron mal es un aspecto por completo individual. También es algo individual la forma como los demás se han ocupado del asunto, y ahora entramos en el tema del dolor psíquico dentro de ciertas pautas. Nos parecen maravillosas las categorizaciones artificiales y las fórmulas reduccionistas. Cuando la depresión se asumió de modo colectivo, se convirtió en una secuencia ordenada externamente. Ahí es donde la política se vincula con la depresión. Este mismo libro está irremediabilmente enredado en los aspectos políticos de la enfermedad. Si alguien lee estas páginas con atención, conocerá la manera de estar deprimido, es decir, qué debe sentir, pensar y hacer; no obstante, el aspecto individual de la lucha contra el trastorno es inviolable. La depresión, como el sexo, conserva una inextinguible aura de misterio. Es algo nuevo cada vez.

Evolución

Se ha hablado mucho acerca del quién, el qué, el cuándo y el dónde de la depresión. Los evolucionistas han centrado su atención en el por qué, cuyo interés comienza con lo histórico: la biología evolutiva explica cómo las cosas han llegado a ser como son. ¿Por qué una dolencia a todas luces tan desagradable y en esencia improductiva afecta a una parte tan extensa de la población? ¿Qué ventaja evolutiva pudo suponer? ¿Podría ser, sencillamente, un fallo de la especie humana? ¿Por qué no desapareció hace tiempo? ¿Por qué los síntomas específicos tienden a agruparse? ¿Cuál es la relación entre la evolución social y la biológica del trastorno? Resulta imposible responder a estas preguntas sin analizar los aspectos que preceden a la existencia de la depresión. ¿Por qué, en términos evolutivos, tenemos estados de ánimo? ¿Por qué, en realidad, tenemos afectos? Exactamente, ¿qué es lo que hizo que la naturaleza desarrollara la desesperación, la frustración y la irritabilidad, y en cambio tan poca felicidad, en términos relativos? Analizar lo evolutivo respecto a la depresión es reflexionar acerca de qué significa ser humano.

Resulta evidente que los trastornos de los estados de ánimo no son trastornos simples, singulares y discretos. En su libro *Darwinian Psychiatry* (Psiquiatría darwinista), Michael McGuire y Alfonso Troisi señalan que la depresión «puede ocurrir con y sin desencadenantes conocidos, a veces está sujeta a una herencia familiar y a veces no, en ocasiones muestra diferentes niveles de concordancia en gemelos monocigóticos, a veces se prolonga durante toda una vida y en ocasiones remite de forma espontánea». Además, la depresión es, evidentemente, el resultado común de varias causas; «algunas personas que padecen depresión crecen y viven en un entorno social adverso, y otras no; algunas provienen de familias en las que la depresión es común y otras no, y se han notificado significativas diferencias individuales en los sistemas fisiológicos involucrados en la depresión, por ejemplo el noradrenérgico y serotoninérgico. Más aún, algunas personas responden a un tipo de medicación antidepressiva pero no a otro; algunas no responden a ningún tipo de medicación y sí al tratamiento electroconvulsivo, y algunas no son sensibles a ninguna intervención conocida».¹

Se sugiere que lo que llamamos depresión parece ser un peculiar conjunto de trastornos para los que no existen límites evidentes. Es como si tuviéramos una enfermedad llamada «tos», que incluye aquella tos que responde a los antibióticos

(tuberculosis), una que es sensible a los cambios en el nivel de humedad (enfisema), una que responde a tratamientos psicológicos (la tos puede ser una conducta neurótica), otra que requiere quimioterapia (cáncer de pulmón) y una última que parece intratable. Hay una tos que resulta mortal si no se la trata, otra que es crónica, otra temporal y una cuarta estacional; algunas desaparecen solas, y otras están relacionadas con una infección viral. ¿Qué es la tos? Hemos decidido definirla como un síntoma de varias enfermedades más que como una enfermedad en sí misma, aunque también podemos considerar lo que podría darse en llamar síntomas que son consecuencia de la tos en sí misma: garganta irritada, alteraciones del sueño, dificultad para hablar, cosquilleo irritante, respiración defectuosa, etc. La depresión no es una categoría racional al igual que la tos es un síntoma acompañado de síntomas. Si no conociéramos la variedad de enfermedades que provocan la tos, careceríamos de una base para comprender la «tos persistente» y plantearíamos toda clase de explicaciones acerca de por qué una determinada tos parece resistirse al tratamiento. Por ahora no se dispone de un sistema claro para distinguir los diferentes tipos de depresión y sus distintas implicaciones. Es poco probable que semejante enfermedad pueda explicarse por una causa única. Si ocurre por un conjunto de razones, deben utilizarse sistemas múltiples para estudiarla. Existe algo inherentemente caótico en las actuales modas, que toman algo del pensamiento psicoanalítico, un poco de la biología, y algunos factores externos, mezclándolo todo en una delirante ensalada. Necesitamos desentrañar la depresión, el pesar, la personalidad y la enfermedad antes de encontrarle un verdadero sentido a los estados mentales deprimidos.

La respuesta animal más básica es la sensación. La experiencia del hambre es desagradable y la sensación de saciedad resulta placentera para todas las criaturas vivientes, y es por ello que nos esforzamos para alimentarnos. Si el hambre no fuera una sensación desagradable nos moriríamos de inanición. Poseemos instintos que nos conducen al alimento, y cuando estos se ven frustrados (por ejemplo, cuando no es posible obtener alimentos), experimentamos un apetito extremo y haremos cualquier cosa por aliviarlo. Las sensaciones suelen disparar emociones: cuando alguien se siente desdichado por experimentar hambre desarrolla una respuesta afectiva a la sensación. Parece ser que los insectos y muchos invertebrados tienen sensaciones y responden a ellas, y resulta difícil saber en qué punto de la escala animal comienza el afecto, que si bien no es una característica exclusiva de los mamíferos superiores, tampoco es un concepto adecuado para describir la conducta de una ameba. Nos afligimos por la patética falacia y tenemos una tendencia antropomórfica a decir, por ejemplo, que una planta que se pone mustia es desdichada porque ha recibido poco riego... o, por ejemplo, que el coche está de mal humor cuando se cala. No es fácil distinguir

entre esas proyecciones y el afecto verdadero. ¿Acaso un enjambre de abejas puede estar furioso? ¿O un salmón nadar corriente arriba con decisión? A finales de los años cuarenta, el reconocido biólogo Charles Sherrington, cuando observó a través del microscopio una pulga dando un mordisco, escribió que «el acto, sea reflejo o no, parecía cargado del afecto más violento. Al margen de lo minúsculo de la escala, la escena era comparable a la del acechante león de *Salambó*. Era una fugaz visión que sugería un vasto océano de “afecto” penetrando en el mundo de los insectos».² Lo que Sherrington describe es cómo al ojo humano la acción parece reflejar la emoción.

Si el afecto es un aspecto más sofisticado que la sensación, el estado de ánimo es una idea aún más sofisticada. El biólogo evolucionista C. U. M. Smith describe el afecto como el tiempo —si en este momento está lloviendo— y el estado de ánimo como el clima —si es una zona húmeda y lluviosa del mundo—.³ El estado de ánimo es un estado afectivo sostenido que influye en las respuestas a la sensación, está formado por afectos que han adquirido vida propia fuera de sus precipitantes inmediatos. Uno puede ser desdichado debido al hambre y a sentirse irritado, y el hecho de comer algo no aliviará necesariamente este estado de ánimo. El estado de ánimo existe en todas las especies, y en general, cuanto más desarrollada sea una de estas, más poderoso es el estado de ánimo generado, independientemente de las circunstancias externas inmediatas. Esto se aplica por completo en el caso de las personas, e incluso quienes no padecen depresión a veces se sienten tristes, cuando las pequeñas cosas parecen recordar de manera constante la mortalidad, cuando aquellos que se han marchado o los tiempos que han pasado se añoran de forma súbita y profunda, cuando el simple hecho de vivir en un mundo efímero produce una paralizante tristeza. A veces la gente se siente triste sin motivo aparente, e incluso quienes se deprimen con frecuencia están en ocasiones de buen humor si el sol brilla más de lo habitual, y todo tiene buen sabor y el mundo está repleto de posibilidades, cuando el pasado semeja solo una insinuación del esplendor del presente y del futuro. El motivo de que esto sea así es un rompecabezas bioquímico y evolutivo. Las ventajas selectivas del afecto son visibles mucho más fácilmente que la necesidad que la especie tiene del estado de ánimo.

¿La depresión es un trastorno, como el cáncer, o puede ser una defensa, como la náusea? Los evolucionistas afirman que con demasiada frecuencia es una simple disfunción. Parece probable que la capacidad de deprimirse implica mecanismos que en una determinada etapa tuvieron una ventaja reproductiva. De

esto pueden aducirse cuatro posibilidades, cada una de las cuales es al menos parcialmente cierta. La primera es que la depresión sirvió a un propósito en los tiempos evolutivos anteriores al hombre, propósito al que ya no es útil. La segunda es que las tensiones de la vida moderna son incompatibles con el cerebro que hemos desarrollado, y que la depresión es consecuencia de hacer aquello para lo que no estamos preparados. La tercera es que la depresión es una función útil en sí misma a las sociedades humanas, pues en ocasiones es bueno para las personas sentirse deprimidas. La última es que los genes y las estructuras biológicas implicadas en la depresión también están involucradas en otros sentimientos o conductas más útiles, y que la depresión es el resultado secundario de una variante adaptativa de la fisiología cerebral.

La idea de que la depresión en algún momento tuvo una función útil ahora innecesaria —y que, en efecto, es una reliquia del pasado— queda confirmada por nuestras rudimentarias respuestas afectivas. Como ha señalado el psicólogo Jack Kahn: «La gente no tiene un temor natural a los peligros reales, como los coches y los enchufes eléctricos, pero pierde tiempo y energía cuando siente temor por las arañas y las serpientes inofensivas»,⁴ y en otras épocas, en una etapa diferente de la evolución de la especie humana, debió de resultar adaptativo temer a los animales. Si seguimos esta pauta, la depresión se agrupa con frecuencia en torno a lo que parecen ser aspectos del todo carentes de importancia. Anthony Stevens y John Price han propuesto que es necesaria alguna forma de depresión para la formación de sociedades primitivas.⁵ Aunque organismos menores y algunos mamíferos más desarrollados, como el orangután, son animales solitarios,⁶ los animales más evolucionados forman grupos sociales que proporcionan una mejor defensa contra los predadores, un mejor acceso a los recursos, oportunidades reproductivas mayores y más accesibles, y la perspectiva de una caza cooperativa. No cabe duda de que la selección natural ha favorecido la vida en comunidad, por la que los seres humanos sienten un poderoso impulso. Vivimos en sociedades, y la mayoría de las personas desarrollamos un fuerte sentido de pertenencia. Ser aceptado es uno de los grandes placeres de la vida, y que nos excluyan, nos ignoren o resultemos antipáticos es una de las peores experiencias.

Siempre hay alguien que está a la cabeza, pues una sociedad sin líder resulta caótica y se desintegra pronto. La posición de los individuos dentro de un grupo en general están sujetas a cambios a lo largo del tiempo, y el líder debe seguir defendiendo su posición ante sus rivales hasta ser derrotado de forma definitiva. La depresión tiene una importancia fundamental para la resolución del conflicto

que implican las relaciones jerárquicas. Si un animal de menor categoría desafía al líder y nadie lo desanima, seguirá desafiándolo y no habrá paz, y el grupo no será capaz de funcionar como tal. Si después de perder, ese animal deja de actuar con firmeza y se encierra en un estado depresivo, un estado caracterizado más por la pasividad que por la crisis existencial, reconoce el triunfo de su rival y acepta por fuerza la estructura de dominación. Cuando esta figura subdominante cede ante la autoridad, libera al ganador de la obligación de matarlo o de expulsarlo del grupo.⁷ Así, por medio de la transición apropiada de la depresión leve hacia la moderada, es posible alcanzar la coherencia social en una sociedad jerárquica.⁸ El hecho de que quienes han sufrido depresión experimenten frecuentes recaídas puede indicar que los que han luchado y perdido deberían evitar una nueva lucha y así minimizar el daño sobre ellos mismos. El evolucionista J. Birtchnell ha dicho que los centros cerebrales están controlando de manera constante la situación de la persona en relación con los demás, y que todos funcionamos de acuerdo con nociones de categoría internalizadas. El resultado de la lucha determinará cómo los animales se jerarquizan solos, y la depresión puede ser útil para evitar que dichos animales desafíen su rango cuando carecen de posibilidades reales de mejora. Si no se dedican a mejorar su posición social, las personas sufren con frecuencia las críticas y los ataques de los demás. La depresión las expulsa del territorio en el que se desarrollan esas críticas, se retiran para no ser aplastadas (me parece que esta teoría es casi como el problema de la maza y el mosquito). El elemento de angustia que configura la depresión está entonces ligado al temor de ser objeto de un ataque tan contundente como para quedar excluido del grupo, un desarrollo que en las sociedades animales y en los tiempos del ser humano cazador y recolector habría tenido fatales consecuencias.⁹

Este particular argumento sobre las estructuras evolutivas de la depresión no es tan importante para esta tal como la experimentamos hoy en las sociedades que cuentan con un gran número de principios estructuradores externos. En las manadas, la estructura grupal está determinada por la fuerza física expresada mediante luchas en las que un grupo triunfa sobre otro reduciéndolo o derrotándolo. Russell Gardner, que durante muchos años fue jefe de la Asociación de Psicopatología y Comparación de Especies (ASCAP), ha observado que la depresión humana está ligada a modelos animales. Plantea que, en los humanos, el éxito está más supeditado a la actividad personal que a derrotar a otros. La gente no triunfa por impedir que otros no lo hagan, alcanza el éxito gracias a sus propios logros. Esto no implica que uno se halle completamente libre de la competitividad y de perjudicar a otros, pero la competitividad que caracteriza a la mayoría de los sistemas sociales humanos es más constructiva que destructiva. En las sociedades animales, el aspecto esencial del éxito es: «Soy más fuerte que tú», mientras que en

las sociedades humanas lo es en mayor grado: «Soy extraordinariamente bueno».

Gardner propone que mientras la fuerza real comprobable determina el orden social animal, donde los débiles desarrollan estados similares a la depresión, en las sociedades humanas la opinión pública determina el orden social. Así, mientras que un babuino podría estar deprimido porque cada uno de los otros babuinos puede darle una paliza —lo cual ocurre—, un ser humano podría sentirse deprimido porque nadie piensa bien de él.¹⁰ Sin embargo, la hipótesis básica queda confirmada por la experiencia contemporánea: la gente que pierde su rango se deprime de veras, lo cual en ocasiones puede llevarlos a aceptar con mayor facilidad un rango menor. No obstante, cabe destacar que incluso a aquellos que se niegan a aceptar una categoría inferior no se les suele expulsar de las sociedades contemporáneas, y algunos de ellos, de hecho, se convierten en revolucionarios respetables.

La depresión es el primo inquieto de la hibernación, un silencio y un aislamiento cuyo propósito es ahorrar energía, una ralentización en el funcionamiento de todos los sistemas, lo que parece sustentar la idea de que la depresión es una antigualla. El hecho de que las personas deprimidas ansíen estar en su propia cama y no deseen abandonar su casa evoca la hibernación: un animal no hiberna en medio de un campo sino en la relativa seguridad de su acogedora guarida. Según una hipótesis, la depresión es una forma natural de aislamiento que debe tener lugar en un contexto seguro. «Es posible que la depresión se asocie con el sueño —ha sugerido Thomas Wehr, el especialista en sueño del NIMH— porque está realmente relacionada con el lugar en el que se duerme, con el hecho de estar en casa.» La depresión también puede acompañarse de niveles alterados de prolactina, la hormona que hace que las aves empollen sus huevos durante semanas, lo cual también es una forma de aislamiento e inactividad. Con respecto a la depresión más leve, Wehr dice: «Los miembros de aquellas especies que se sentían angustiadas por relacionarse con multitudes, no iban a lugares elevados, no entraban en túneles, no se diferenciaban de los demás, rehuían a los extraños, regresaban a su hogar cuando percibían un peligro, y probablemente vivían más tiempo y tenían numerosa descendencia».¹¹

Es importante tener en cuenta la supuesta singularidad determinista de la evolución. La selección natural no elimina los trastornos ni avanza hacia la perfección, sino que favorece la expresión de ciertos genes antes que otros, y nuestro cerebro no evoluciona tan rápidamente como nuestro estilo de vida.

McGuire y Troisi llaman a esto la «hipótesis del genoma-demora».¹² No cabe duda de que la vida moderna implica cargas incompatibles con el cerebro que hemos desarrollado. La depresión, entonces, puede ser consecuencia de hacer aquello para lo que no nos hemos desarrollado. «Creo que en una especie diseñada para vivir en grupos de cincuenta o setenta miembros —explica Randolph Nesse, especialista en psicología evolutiva— vivir en un grupo de varios miles de millones resulta difícil para cualquiera. Pero ¿quién sabe? Tal vez es la dieta, quizá la gimnasia, o las modificaciones en la estructura familiar, o los cambios en las pautas de apareamiento y aproximación sexual, tal vez el sueño, quizá el haber adquirido consciencia de la muerte, o probablemente ninguna de estas cosas.» James Ballenger, de la Medical University de Carolina del Sur, añade: «Los estímulos de la ansiedad no existían en el pasado. Uno se quedaba a escasa distancia del hogar y la mayoría de las personas pueden aprender a ocuparse del lugar en el que habita. La sociedad moderna genera ansiedad». La evolución inventó un paradigma en el que una respuesta determinada resultaba adaptativa en determinadas circunstancias; la vida moderna provoca esa respuesta, ese conjunto de síntomas, en muchas circunstancias en las que no resultan útiles. Los índices de depresión suelen ser reducidos en las sociedades de cazadores y recolectores o en las puramente agrícolas; más altos en las sociedades industriales, y más elevados aún en las sociedades en transición, lo cual sustenta la hipótesis de McGuire y Troisi. En las sociedades modernas existen innumerables dificultades que las sociedades tradicionales no deben enfrentar, y adaptarse a ellas sin disponer de tiempo para aprender las estrategias adecuadas es casi imposible. De estas dificultades, probablemente la peor es el estrés crónico. En la selva los animales suelen encontrarse de modo circunstancial en situaciones desagradables cuya resolución implica la supervivencia o la muerte, y salvo a causa del hambre persistente, no existe el estrés crónico. Los animales salvajes no aceptan trabajos de los que deban lamentarse; no se obligan a interactuar y conservar la serenidad, año tras año, con seres que les desagradan; no libran batallas por la custodia de los hijos.

Quizá la fuente principal de los niveles extremadamente elevados de estrés en nuestra sociedad no son estas aflicciones evidentes sino la libertad que se nos ofrece bajo la forma de una abrumadora serie de elecciones sin fundamento. El psicólogo holandés J. H. Van den Berg, que en 1961 publicó su *The Changing Nature of Man* (La naturaleza cambiante del hombre),¹³ señala que diferentes sociedades tienen diferentes sistemas de motivación, y que cada época exige una nueva serie de teorías; de modo que lo que Freud describió puede muy bien haber sido cierto para los seres humanos de finales del siglo XIX y principios del XX en Viena y en Londres, pero ya no es necesariamente cierto para los seres humanos de mediados

del siglo XX, y nunca fue verdad para la gente de Pekín. Van den Berg sugiere que en la cultura moderna no existe nada semejante a una elección con fundamento con respecto al estilo de vida. Habla de la invisibilidad de las profesiones cuya diversificación continua ha dado lugar a un abanico de posibilidades que se encuentran más allá de toda comprensión. En las sociedades preindustriales, un niño podía recorrer su pueblo y ver a los adultos mientras realizaban su trabajo. Solía elegir —en los casos en que la elección era posible— su propio trabajo basándose en una comprensión bastante amplia de lo que implicaban las elecciones disponibles: qué significaba ser herrero, molinero o panadero. Tal vez los detalles de la vida del sacerdote eran poco claros, pero su estilo de vida era completamente visible. Esto no ocurre en la sociedad postindustrial. Pocas personas han comprendido desde la infancia qué hacen exactamente un administrador de cuentas, un administrador de servicios sanitarios o un profesor adjunto, o qué significa para ellas.

Ocurre algo similar en el ámbito personal. Hasta el siglo XIX las alternativas sociales de cada persona eran limitadas, y a excepción de unos pocos aventureros y herejes, la gente nacía, crecía y moría en el mismo lugar, ceñidas a rígidas estructuras de clase. Un granjero de Shropshire contaba con pocas alternativas a la hora de casarse, pues elegía entre las mujeres del lugar que tenían la edad adecuada y pertenecían a la clase correspondiente. Tal vez aquella a la que amaba en realidad fuese inaccesible, y por esta razón debía decidirse por otra. Pero al menos había examinado todas las opciones, y sabía qué podía haber hecho y qué estaba haciendo. Los miembros de las clases altas ocupaban un mundo que era en cierto modo menos limitado en el aspecto geográfico, pero era numéricamente pequeño. Ellos también solían conocer a todas las personas con las que tenían la oportunidad de casarse y eran conscientes de todas las alternativas posibles. Esto no significa que los matrimonios entre miembros de distintas clases no tuvieran lugar, ni que la gente no se moviera de un sitio a otro, pero esos gestos eran poco frecuentes y reflejaban un rechazo consciente de los convencionalismos. Las sociedades muy estructuradas que no presentan oportunidades ilimitadas a sus miembros pueden generar la aceptación de la suerte que a cada uno le ha correspondido en la vida, al menos en un porcentaje relativamente elevado de población, aunque por supuesto en cualquier sociedad y época es poco frecuente la aceptación plena de la situación personal que se alcanza a través de la introspección. Con el desarrollo de mejores transportes, el crecimiento de las ciudades y la movilidad de clases, la variedad de posibles parejas se incrementó de pronto hasta alcanzar proporciones desmedidas. Las personas que a mediados del siglo XVIII podían decir que habían analizado a todos los miembros disponibles del sexo opuesto y elegido al mejor, en épocas más recientes se han visto obligadas

a conformarse con la seguridad menos reconfortante de que han elegido a la mejor de las personas con las que han entrado en contacto por casualidad. La mayoría de nosotros conoceremos a miles de personas a lo largo de la vida, de modo que la pérdida de la seguridad básica —la de sentir que uno sabe que ha elegido la profesión correcta y la de sentir que uno sabe que ha elegido a la pareja correcta— nos hunde en el desconcierto. No podemos aceptar que, sencillamente, ignoramos qué hacer, y nos aferramos a la idea de que deberíamos realizar nuestras elecciones basándonos en el conocimiento.

En términos políticos, la libertad representa con frecuencia una carga, y es por ello que la transición que sigue a una dictadura suele provocar depresión. En términos personales, la esclavitud y la libertad excesiva son realidades opresivas, y mientras una parte del mundo se queda paralizada ante la desesperación de la inevitable pobreza, las naciones más desarrolladas están paralizadas por la movilidad misma de sus poblaciones, por el nomadismo del siglo XXI, que supone perder de manera constante las raíces y reinstalarse en sitios diferentes para adaptarse a trabajos y relaciones, e incluso al lujo.¹⁴ Un escritor que aborda este problema cuenta la historia de un muchacho cuya familia se había mudado cinco veces en un breve período, y que se colgó de un roble del patio trasero donde dejó clavada una nota que decía: «Esto es lo único que hay por aquí que tiene raíces».¹⁵ La sensación de trastorno constante la experimenta tanto el ejecutivo que visita treinta países en un año como el ciudadano de clase media cuyo trabajo sigue siendo redefinido mientras su empresa pasa de mano en mano, y que no sabe quién trabajará para él ni para quién trabajará el año próximo, o la persona que vive sola y descubre nuevos cajeros cada vez que acude al supermercado. En 1957, un supermercado medio norteamericano tenía sesenta y cinco artículos, de modo que los clientes sabían cuáles eran todas las frutas y verduras disponibles y las habían comprado con anterioridad. En 1997, un supermercado medio norteamericano tenía más de trescientos productos, y muchos mercados rondaban el millar.¹⁶ Vivimos en el reino de la incertidumbre incluso cuando elegimos nuestra cena. Semejante aumento en la variedad de alternativas no es conveniente, sino perturbador. Cuando alternativas similares se presentan en cada aspecto —dónde vivir, qué hacer, qué comprar, con quién casarse—, el resultado es una incomodidad colectiva que, a mi modo de ver, explica los índices de depresión en el mundo industrializado.

Además, hemos vivido en una era de tecnologías deslumbrantes y desconcertantes, y no comprendemos con exactitud cómo funcionan la mayoría de las cosas que nos rodean. ¿Cómo funciona un microondas? ¿Qué es una pastilla de silicio? ¿Cómo se obtiene maíz mediante la ingeniería genética? ¿Cómo se desplaza

mi voz cuando utilizo un teléfono móvil en lugar de uno de red? ¿Se trata de dinero real cuando la máquina de un banco de Kuwait extrae dinero de mi cuenta de Nueva York? Uno puede investigar cualquiera de estas preguntas, pero conocer la respuesta a los pequeños temas científicos que afectan a nuestra vida resulta una tarea abrumadora. Incluso para alguien que comprende cómo funciona el motor de un coche y de dónde sale la electricidad, los mecanismos reales de la vida diaria se han convertido en algo cada vez más misterioso.

Existen muchas tensiones específicas para las cuales nos hallamos mal preparados. La crisis de la familia es, sin duda, una de ellas; otras son el surgimiento de la vida en solitario, la pérdida de contacto, y a veces de intimidad, entre las madres trabajadoras y sus hijos, el sedentarismo en el trabajo que supone poco movimiento o ejercicio físico, vivir con luz artificial, la pérdida del consuelo que proporciona la religión, el aumento de la información disponible; la lista puede ampliarse hasta el infinito. ¿Cómo podría nuestro cerebro estar preparado para procesar y soportar semejantes circunstancias? ¿Por qué esto no implicaría para él una tensión?

Muchos científicos se han adherido a la idea de que la depresión tiene una función útil en nuestra sociedad actual. Los evolucionistas desearían comprobar que la presencia de la depresión favorece la reproducción de ciertos genes, pero si uno observa los niveles reproductivos de las personas deprimidas, descubrirá que, de hecho, la depresión los reduce. Al igual que el dolor físico, la depresión nos advierte de ciertas actividades o conductas peligrosas, haciendo que estas nos resulten demasiado desagradables como para poder tolerarlas, de modo que es la capacidad para deprimirnos lo que a todas luces resulta útil. Paul J. Watson y Paul Andrews, psiquiatras evolucionistas, han propuesto que la depresión es en realidad un medio de comunicación y han imaginado escenarios evolucionistas en los cuales la depresión es una enfermedad social, que existe por su función interpersonal.¹⁷ Desde su punto de vista, la depresión leve da lugar a una intensa introspección y al autoanálisis; a partir de estos dos elementos es posible tomar decisiones sofisticadas acerca de cómo realizar cambios en la propia vida para que esta se adapte al carácter personal individual. Es posible mantener en secreto esta clase de depresión, y a menudo se la oculta, y su función es privada. La ansiedad —aflicción ante la posibilidad de un acontecimiento— suele ser un componente de la depresión y puede resultar útil para eludir problemas. La depresión leve —el estado de ánimo decaído que domina la vida separado de las circunstancias que lo provocan— puede motivar un retorno a lo que se había decidido descartar, cuyo

valor se reconoce solo después de perderlo; puede hacer que uno se arrepienta de los verdaderos errores cometidos y que evite repetirlos. Las decisiones de la vida con frecuencia siguen la vieja regla de las inversiones: las decisiones que suponen un riesgo elevado pueden proporcionar grandes recompensas, pero a un coste potencialmente elevado para la mayoría de las personas. La situación en que una persona es incapaz de abandonar una meta en realidad imposible puede resolverse mediante la depresión, que obliga a la retirada. Quienes persiguen sus metas con excesiva tenacidad y no pueden renunciar a sus compromisos a todas luces insensatos, están especialmente sujetas a la depresión. «Intentan hacer algo de una manera interpersonal que no tendrá éxito, pero no pueden renunciar a ello porque están demasiado comprometidos en el plano emocional», afirma Randolph Nesse. El decaimiento del estado anímico sirve para regular la persistencia.

Sin duda, la depresión es capaz de inhabilitar conductas cuyos efectos son negativos y que de otro modo podríamos soportar. Los niveles excesivos de estrés, por ejemplo, causan depresión, y la depresión puede hacer que evitemos las causas del estrés. Dormir pocas horas puede conducir a la depresión, y esta puede llevarnos a dormir más. Entre las funciones fundamentales de la depresión se encuentra la modificación de las conductas no productivas. La depresión suele ser una señal de que los recursos se invierten de manera inadecuada y es preciso dirigirlos desde otro ángulo.¹⁸ En la vida moderna abundan los ejemplos prácticos de esta circunstancia. Oí hablar de una mujer que había estado tratando de abrirse camino en el mundo como violinista profesional, a pesar de que sus maestros y colegas la desalentaban, y que padecía una depresión grave que era apenas sensible a la medicación y a otras terapias. Cuando renunció a la música y dedicó sus energías a una actividad para la que se hallaba mejor dotada, dejó de estar deprimida.¹⁹ Si bien la depresión puede ser paralizante, también puede ser motivadora.

La depresión grave puede favorecer la atención y el apoyo de los demás. Watson y Andrews sugieren que fingir que uno necesita ayuda de los demás no necesariamente nos asegura esa ayuda: los demás son demasiado listos para dejarse engañar por falsos requerimientos. La depresión es un mecanismo conveniente porque suministra una realidad convincente: si una persona está deprimida, realmente se encuentra incapacitada, y si esa es su situación, es posible que consiga la ayuda de los demás. La depresión es una forma costosa de comunicación, y precisamente por ello es más convincente. Según Watson y Andrews, es el evidente horror que despierta lo que hace que los demás se sientan motivados; la disfunción causada por el inicio de la depresión puede cumplir una función útil en el sentido de que es «un recurso para que surja el altruismo».

También puede hacer que los responsables de nuestras dificultades nos dejen en paz.²⁰

Mi depresión provocó toda clase de conductas de colaboración en mi familia y en mis amigos. Recibí mucha más atención de la que podría haber esperado en otras circunstancias, y quienes me rodeaban tomaron medidas para aliviarme ciertas cargas: las financieras, las afectivas y las conductuales.

Quedé libre de toda clase de obligaciones con mis amigos, sencillamente porque estaba demasiado enfermo para no fallarles. Dejé de trabajar, pues no me quedaba ninguna otra alternativa. Incluso utilicé mi enfermedad para que autorizaran a demorar el pago de mis facturas, y varios individuos latosos se vieron obligados a dejar de molestarme. De hecho, cuando tuve mi tercer episodio depresivo, conseguí una prórroga para completar este libro y lo hice con absoluta seguridad; a pesar de lo frágil que me sentía, fui capaz de declarar categóricamente que no podía seguir trabajando, y que era preciso revisar mi situación del momento.

El psicólogo evolutivo Edward Hagen considera la depresión como un juego de poder: supone dejar de prestar servicios a los demás hasta que estos se adaptan a nuestras necesidades.²¹ No estoy de acuerdo. La persona deprimida plantea muchas demandas a quienes la rodean, lo cual no ocurriría si no se hallara deprimida, y las posibilidades de que tales demandas sean completamente satisfechas en realidad son escasas. La depresión puede ser un chantaje útil, pero en general es demasiado desagradable para el chantajista, y la relación coste-beneficio no es coherente como para considerarla una forma adecuada de alcanzar fines específicos. Aunque puede resultar gratificante obtener apoyo cuando uno se siente mal, y puede, en efecto, ayudar a desarrollar un amor profundo que de otra forma sería inimaginable, es mucho mejor no sentirse tan mal y no necesitar tanto apoyo. Creo que la idea actual de que la depresión es un medio para lograr objetivos sociales tiene muy poco sentido y considero que sentirse desanimado cumple la misma función que el dolor físico, pues hace que uno evite ciertas conductas por sus consecuencias desagradables. Aunque es una estrategia de la naturaleza para lograr que individuos independientes busquen ayuda, la depresión grave constituye, en el mejor de los casos, una estrategia peligrosa. El hecho es que la mayor parte de la gente se muestra consternada ante la depresión, y aunque algunos responden a ella con mayor comprensión y altruismo, muchos lo hacen con asco y repugnancia. No es inusual descubrir en una depresión que la gente que uno consideraba fiable realmente lo es muy poco, una valiosa información que uno preferiría no haber recibido. Mis depresiones han separado la

paja del trigo entre mis amigos, pero a un precio muy alto. ¿Vale la pena renunciar a otras relaciones que me dan placer solo porque no fueron fiables en un momento terrible? ¿Qué clase de amigo sería yo para esa gente? ¿Cuánta amistad hay en el hecho de ser fiable? ¿Cómo se relaciona el hecho de serlo durante una crisis con el hecho de ser amable, generoso o bueno?

La idea de que la depresión es un fallo en determinados mecanismos que también cumplen funciones útiles es tal vez la más convincente de todas las teorías evolucionistas. Con mucha frecuencia, la depresión surge de la pena profunda y constituye una forma aberrante de la misma. No es posible comprender la melancolía como algo separado del duelo: el modelo básico de la depresión existe en el pesar. La depresión puede ser un mecanismo útil que se queda atascado. Tenemos una serie de ritmos cardíacos que nos permiten funcionar en diversos climas y circunstancias. La depresión real es — como un corazón que no bombea sangre hacia los dedos de las extremidades— una situación en la que no existe prácticamente ninguna ventaja.

La pena es extremadamente importante para la condición humana, y creo que es la función fundamental en la formación del apego. Si no sufriéramos una pérdida tan honda como para temerla, no podríamos amar con intensidad. La experiencia del amor incorpora la tristeza a su intensidad y alcance. El deseo de no lastimar a quienes amamos, y de ayudarlos, también sirve para la preservación de la especie. El amor nos mantiene vivos cuando reconocemos las dificultades del mundo. Si hubiéramos desarrollado la conciencia de la propia identidad y no desarrolláramos también amor, no podríamos seguir tolerando las adversidades de la vida. Nunca he visto un estudio controlado, pero creo que es más probable que la gente con gran capacidad de amar sea más propensa a prosperar en la vida y a seguir viva que la que no la tiene, y también es más probable que la amen, lo cual también la mantiene viva. «Mucha gente vería el cielo como un lugar en el que habría variedad e intensidad infinitas —ha dicho Kay Jamison—. No es un lugar en el que no surjan problemas. Uno querría eliminar algunos aspectos, pero no cortar el espectro por la mitad. Existe una línea muy fina entre el hecho de decir que uno no quiere que la gente sufra y decir que no desea que a la gente se le niegue la posibilidad de afecto.» Amar significa ser vulnerable; rechazar o menospreciar la vulnerabilidad es renunciar al amor.

El amor impide que abandonemos nuestros objetos de apego con demasiada rapidez. Estamos hechos para sufrir si nos alejamos de las personas a las que en

realidad amamos, y tal vez la anticipación de la pena sea crucial para el establecimiento de relaciones afectivas, pues es la posibilidad de la pérdida lo que hace que alguien se aferre a lo que tiene. Si no existiera desesperación después de perder a una persona, uno solo perdería tiempo y energía emocional en esa persona mientras resultara placentero hacerlo, y ni un minuto más. «La teoría evolucionista —afirma Nesse— suele considerarse una construcción cínica. Los biólogos evolucionistas interpretan la complejidad de la conducta moral como si fuera simplemente el resultado de un sistema estructurado para proporcionar beneficios a los propios genes egoístas. Sin duda, gran parte de nuestra conducta tiene ese propósito explícito, pero con frecuencia nuestras acciones se encuentran fuera de dichos parámetros.» El campo de estudio de Nesse es el compromiso. «Los animales no pueden hacer promesas contingentes complejas con respecto al futuro, ni pueden negociar y decir: “Si haces esto por mí, en el futuro yo haré aquello por ti”. Un compromiso es una promesa en el presente para hacer algo en el futuro que puede no ser de nuestro interés en ese momento. La mayoría de nosotros vivimos de acuerdo con nuestros compromisos. Hobbes lo comprendió; comprendió que nuestra capacidad para asumir esos compromisos es lo que nos convierte en seres humanos.»

La capacidad para establecer compromisos representa una ventaja evolutiva para nuestros genes; es la base de la unidad familiar estable lo que proporciona el entorno ideal para los jóvenes. Pero una vez que poseemos esa capacidad podemos usarla de la manera que nosotros elegimos, y en estas elecciones se halla la brújula moral del animal humano. «Las nociones reduccionistas que la gente posee respecto a la ciencia han hecho que consideremos las relaciones sobre todo como manipulaciones y explotaciones mutuas —dice Nesse—, pero, de hecho, los sentimientos de amor y odio suelen alcanzar a las personas poco prácticas, que no se adaptan en absoluto a nuestro sistema racional. La capacidad de amar puede suponer una ventaja evolutiva, pero la forma en que actuamos frente al amor es un proceso particular individual. El superyó nos empuja a actuar en beneficio de otros a costa de nuestro propio placer.» Esto nos invita a entrar en el reino de las alternativas morales, un ámbito que pierde significado cuando tratamos de eliminar la pena y su primo, el arrepentimiento.

Algunos insectos nacen de sacos de huevos abandonados, con una provisión de alimento intacta para toda la vida; necesitan impulso sexual, pero no amor. Los precursores del compromiso, sin embargo, se encuentran incluso en el mundo de los reptiles y las aves. El instinto de empollar un huevo y mantenerlo caliente —en contraste con el hecho de poner un huevo y marcharse y dejar que se enfríe, se rompa o que otros animales lo devoren— favorece claramente la reproducción. En

la mayoría de las especies posreptílicas, las madres que alimentan a sus crías, como lo hacen las aves, logran que las supervivientes sean más; esta circunstancia favorece la existencia de pichones que crecerán hasta convertirse en aves adultas que a su vez procrearán. El primer afecto, por el cual se da de forma más significativa la selección natural, es una versión de lo que podemos llamar amor entre madre e hijo. Parece probable que el amor surgiera entre los primeros mamíferos, y que ello motivara que estas criaturas cuidaran a las crías relativamente indefensas que llegan a este amenazante mundo sin el protector cascarón del huevo. Una madre que se vincula por completo a su descendencia, que la protege de los merodeadores y que la cuida y la alimenta tiene muchas más posibilidades de transmitir su material genético que una madre que permite que sus crías sean atacadas y devoradas por los depredadores. La descendencia de una madre protectora está en mejores condiciones de llegar a la madurez que la de una madre indiferente, de modo que la selección natural favorece a las madres amorosas.

Muchas otras emociones proporcionan diversas ventajas específicas. El macho que alberga ira y odio competirá con mayor efectividad frente a otros e intentará destruirlos, con lo cual favorecerá sus propios impulsos reproductivos. El macho que protege a su pareja también contará con una ventaja, y si mantiene a otros competidores alejados de su compañera tendrá más posibilidades de que sus genes se transmitan cada vez que la hembra entre en su etapa de fertilidad. La mejor oportunidad de promover el material genético, en el caso de animales que producen pocas crías, es combinar una madre amante y atenta y un padre celoso y protector, o viceversa. Los animales apasionados tienen buenas posibilidades de reproducirse con mayor frecuencia. Los animales que cuentan con la energía que genera la ira es probable que ganen en situaciones competitivas. El amor —erotismo, amor cristiano, amistad, fraternidad, maternidad, y todas las otras formas de esa emoción mal contenida— funciona según el modelo de recompensa y castigo. Expresamos amor porque la gratificación que supone es enorme, y seguimos expresándolo y actuando de forma protectora porque la pérdida de amor resulta traumática. Si no experimentáramos dolor ante la muerte de un ser amado, si sintiéramos el placer del amor pero no experimentáramos nada cuando el objeto de nuestro amor queda destruido, seríamos considerablemente menos protectores de lo que somos. La pena hace que el amor se proteja a sí mismo: cuidamos a los seres amados para evitarnos un dolor insoportable.

Me parece plausible el siguiente argumento: la depresión cumple una función útil; sin embargo, la variedad afectiva no es lo suficientemente precisa para justificar todos los extremos que conocemos.²²

La evolución social y la bioquímica de la depresión están vinculadas, pero no son lo mismo. Nuestro mapa genético en este momento aún no es tan claro como para conocer las funciones exactas de los genes que pueden conducir a la depresión, pero parece que el trastorno está relacionado con la sensibilidad afectiva, lo cual es una característica útil. También es posible que la estructura misma de la conciencia abra el camino a la depresión. Los evolucionistas contemporáneos trabajan con la idea del cerebro como una única unidad constituida por tres estratos. El más interno y primitivo de ellos, el correspondiente al cerebro de los reptiles, similar al que encontramos en otros animales, es donde reside el instinto. El estrato medio, el sistema límbico, que existe en animales más desarrollados, es el asiento de la emoción. El estrato superior, que se encuentra solo en los mamíferos superiores como los primates y los seres humanos, aloja el sistema cognitivo y hace posible el razonamiento y las formas avanzadas de pensamiento, así como el lenguaje. La mayoría de los actos humanos implican la actividad conjunta de los tres estratos del cerebro. La depresión, desde el punto de vista del destacado evolucionista Paul MacLean, es una preocupación perfectamente humana. Es el resultado de la descoordinación de los procesos que se producen en estos tres niveles: es la consecuencia inevitable de tener instinto, emoción y cognición funcionando al mismo tiempo. El cerebro humano en ocasiones no coordina su respuesta a la adversidad social. En circunstancias ideales, cuando uno realiza una retirada instintiva, debería experimentar una negatividad afectiva y un reajuste cognitivo, aspectos que si están sincronizados permiten experimentar una retirada normal y no depresiva de la actividad o circunstancia que causa la desactivación del cerebro instintivo. Pero en ocasiones los niveles más evolucionados del cerebro luchan contra el instinto. Una persona puede, por ejemplo, experimentar una retirada a nivel instintivo, pero sentirse afectivamente activo y enfadado, lo cual genera una depresión ansiosa. También puede tomar la decisión consciente de seguir luchando por lo que desea, sometándose así a un terrible estrés, conflicto que resulta próximo a nivel experiencial y que produce depresión y otros trastornos. La teoría de MacLean encaja a la perfección con la idea de que nuestro cerebro está haciendo más de lo que la evolución le permite.²³

Timothy Crow, de Oxford, ha ido más allá del principio del cerebro como unidad de tres estratos. Sus teorías son por completo propias, y sean ciertas o no, resultan refrescantes para las mentes cansadas de las reivindicaciones a veces improbables planteadas por la corriente principal de los teóricos evolucionistas de la mente. Crow propone un modelo lingüístico evolucionista en el que el lenguaje

es el origen de la conciencia de la propia identidad, la cual es responsable de la enfermedad mental. Comienza rechazando los sistemas modernos de clasificación y la ubicación de las enfermedades mentales dentro de un continuo, y sigue diciendo que las diferencias entre infelicidad corriente, depresión, enfermedad bipolar y esquizofrenia son diferencias de grado y no de clase, diferencias dimensionales y no categoriales. Desde su punto de vista, toda enfermedad mental tiene causas comunes.

Mientras que los fisiólogos siguen debatiendo el tema, Crow cree que el cerebro del primate es simétrico, y que lo que hace humanos a los humanos —el punto clave de la especiación— es el cerebro asimétrico, que, según propone sobre la base de algunos argumentos genéticos complejos, es una característica que se produce debido a una mutación del cromosoma X en los machos. Mientras el tamaño del cerebro aumentaba en relación con el tamaño del cuerpo —en la evolución de los primates y luego en la del hombre—, una mutación permitía que las dos mitades del cerebro se desarrollaran con cierta independencia, de manera tal que mientras que el primate no podía, por así decirlo, mirar de un hemisferio a otro, el ser humano puede hacerlo. Esto abría el camino a la conciencia de la propia identidad, a una conciencia de la propia personalidad como tal.²⁴ Algunos evolucionistas han dicho que esto podría deberse a una simple mutación —relacionada con factores de crecimiento propios de cada hemisferio cerebral— que en el curso de la evolución se convirtió en una asimetría significativa.

La asimetría cerebral es a su vez la base del lenguaje,²⁵ que es la expresión del hemisferio izquierdo, o el procesamiento de conceptos y percepciones, característicos del hemisferio derecho. La noción de que el lenguaje se localiza en los dos hemisferios parece confirmada por las víctimas de accidentes cerebrovasculares. Los pacientes que han sufrido lesiones limitadas al hemisferio izquierdo del cerebro pueden comprender conceptos y percibir objetos, pero no pueden nombrarlos y no tienen acceso al lenguaje ni a la memoria lingüística. Este no es solo un aspecto verbal, pues las personas sordas que han sufrido un ictus que les ha afectado el hemisferio izquierdo pueden expresarse mediante gestos, como todas las personas y los primates, pero no pueden utilizar el lenguaje de signos ni comprender la gramática compleja que nos permite reunir las palabras en oraciones y las oraciones en párrafos.²⁶ Por otra parte, los pacientes con el hemisferio derecho de su cerebro afectado conservan las capacidades intelectuales pero pierden los conceptos y sentimientos que dichas capacidades suelen expresar. No pueden procesar abstracciones complejas, y sus capacidades afectivas están muy comprometidas.²⁷

¿Cuáles son las estructuras anatómicas que nos hacen propensos a los trastornos de los estados de ánimo? Crow ha planteado que la esquizofrenia y los trastornos afectivos pueden ser el precio que pagamos por un cerebro asimétrico, el mismo desarrollo neurológico que atribuye a la cognición, la abstracción y el lenguaje humanos, y afirma que toda enfermedad mental es consecuencia de una interrupción de la interacción normal entre los dos hemisferios cerebrales. Puede existir una comunicación excesiva o muy escasa entre ambos, y si lo que los hemisferios están haciendo está descoordinado, el resultado será una enfermedad mental, explica. Crow sugiere que la asimetría proporciona «una mayor flexibilidad de interacción», «una mejor capacidad de aprender» y «una creciente capacidad para comunicarse con miembros de la misma especie».²⁸ No obstante, estos desarrollos retrasan la maduración cerebral, que en los seres humanos es más lenta que en otras especies. Sin embargo, los seres humanos adultos parecen poseer una mayor plasticidad cerebral que la mayoría de las otras especies. Se pueden enseñar con facilidad trucos nuevos a un perro viejo, pero los humanos ancianos pueden aprender sistemas completamente nuevos de actividad motriz a medida que se adaptan a las minusvalías de la vejez.

Nuestra flexibilidad nos permite alcanzar nuevas comprensiones; dicha flexibilidad puede ser excesiva, pues, según Crow, esta hace que nos desviemos del ámbito de la personalidad normal y nos introduzcamos en la psicosis, cambio que muy bien pueden causar los acontecimientos externos. En este modelo, lo que la evolución habría determinado no son las expresiones particulares de la plasticidad, sino la plasticidad misma.

El estudio de la asimetría del cerebro no es un tema candente en este momento, y el trabajo más importante en Estados Unidos lo está llevando a cabo el neurocientífico Richard J. Davidson, de la Universidad de Wisconsin, en Madison, cuyo trabajo ha sido posible gracias a los cada vez mejores equipos para la obtención de ecografías cerebrales. Los científicos ahora pueden visualizar toda clase de fenómenos cerebrales, lo cual no era posible hace cinco años, y es probable que dentro de otros cinco años puedan tener acceso a muchos más fenómenos. Utilizando una combinación de TEP (tomografía por emisión de positrones) y RM (resonancia magnética), los especialistas en imagen cerebral pueden obtener una instantánea tridimensional de todo el cerebro aproximadamente cada dos segundos y medio, con una resolución espacial exacta y con un margen de error de solo tres milímetros y medio. La RM posee una mejor resolución temporal y espacial, mientras que la TEP realiza un mejor trabajo con los cambios metabólicos del cerebro.

Davidson ha comenzado con el trazado del mapa de la actividad neuronal y metabólica del cerebro en respuesta a estímulos «normales»: qué zonas trabajan y qué hacen cuando un sujeto ve una fotografía erótica o escucha un sonido atemorizante. «Queremos observar los parámetros de la reactividad afectiva», dice. Una vez que hemos comprendido en qué zona del cerebro tiene lugar la respuesta a un determinado tipo de imagen, es posible medir durante cuánto tiempo permanece activado el cerebro, lo cual varía de una persona a otra. Algunas personas, cuando se les presenta una imagen impactante tendrán una actividad neuroquímica que disminuye de forma rápida, mientras que otras registrarán la misma actividad, pero les llevará más tiempo volver al nivel normal. Esto es constante en cualquier paciente, pues algunos cerebros son más activos que otros en este aspecto. Davidson cree que las personas cuyo tiempo de recuperación es lento son mucho más vulnerables a la enfermedad mental que aquellas cuya recuperación es rápida. El grupo de Davidson en Wisconsin ha mostrado cambios detectables en la velocidad de recuperación del cerebro al cabo de seis semanas de tratamiento con medicamentos antidepresivos.

Estos cambios parecen producirse en el córtex prefrontal y no son simétricos; cuando alguien se recupera de una depresión, la velocidad de activación y desactivación se incrementa en el lóbulo izquierdo de su córtex prefrontal. Se sabe que los antidepresivos alteran los niveles de los neurotransmisores, y es posible que estos regulen el flujo de sangre a diversas zonas del cerebro. Sean cuales fueren los mecanismos, explica Davidson, «las asimetrías de la activación (diferencias de actividad entre los hemisferios izquierdo y derecho) en el córtex prefrontal están relacionadas con la disposición, el estado de ánimo y los síntomas de la ansiedad y la depresión. Las personas cuya activación cerebral derecha es mayor son más propensas a padecer depresión y ansiedad». Y Davidson, al igual que Crow, cuestiona definitivamente la pureza categórica de la depresión como enfermedad. «Una de las cosas que distinguen la conducta humana de la conducta de otras especies es que nosotros tenemos una mayor capacidad de regular nuestras emociones. También contamos con un reverso negativo, que consiste en una mayor capacidad de desregular nuestras emociones. Creo que ambos mecanismos estarán muy asociados con la actividad del córtex prefrontal.»²⁹ En otras palabras, nuestros problemas son consecuencia de nuestra fortaleza.

Esta clase de trabajo, además de mostrar cómo puede haberse desarrollado la genética de los trastornos del estado de ánimo, tiene enormes implicaciones prácticas. Si los investigadores pueden localizar la zona exacta de la actividad alterada en un cerebro deprimido, pueden desarrollar el instrumento para

estimular o inhibir esa zona. Trabajos recientes sugieren que las anomalías en el metabolismo de la serotonina en pacientes que padecen depresión se producen en el córtex prefrontal. La estimulación asimétrica del cerebro puede ser consecuencia de ello, o bien de que en algunos cerebros exista una asimetría física de la distribución capilar y, por tanto, del flujo sanguíneo.³⁰ Ciertas pautas de actividad cerebral quedan establecidas en los primeros años de vida; otras cambian. Ahora hemos descubierto que las células cerebrales se reproducen en los adultos humanos, y cabe la posibilidad de que, cuando sufrimos una depresión, aumenten las células de algunas zonas del cerebro, o se reduzcan las de otras.³¹ Las nuevas tecnologías nos permiten estimular el crecimiento o lesionar determinadas zonas del cerebro. Algunos estudios anteriores muestran que la EMT (estimulación magnética transcraneal), que utiliza el magnetismo focalizado para aumentar la actividad en un lugar determinado, cuando se dirige al córtex prefrontal izquierdo puede provocar una mejora de los síntomas depresivos.³² Mediante la intervención externa o mediante el propio trabajo medido es posible aprender a activar el hemisferio izquierdo del cerebro. La resistencia misma puede aprenderse, sobre todo en la gente joven.³³ Es posible realizar una ecografía del cerebro y visualizar el córtex frontal izquierdo desactivado y tomar medidas preventivas, «que podrían incluir la meditación, por ejemplo», dice Davidson, para ayudar a la gente a no caer en el pozo de la depresión.

En algunas personas el córtex prefrontal izquierdo está más activado, y en otras lo está el derecho; esto no tiene nada que ver con la dominancia hemisférica que determina si uno es diestro o zurdo e implica otras zonas del cerebro. La mayoría de la gente tiene una mayor activación en el hemisferio izquierdo, y quienes poseen una mayor activación derecha experimentan más afectos negativos que los primeros, y de hecho, la activación del hemisferio derecho también predice con qué facilidad se deprimirá el sistema inmunológico de una persona. Este tipo de activación también guarda relación con los elevados niveles básicos de cortisol, la hormona del estrés. Aunque las pautas establecidas de activación no se estabilizan hasta la edad adulta, los bebés cuya activación derecha es mayor se pondrán frenéticos cuando su madre salga de la habitación; en cambio, aquellos que posean una mayor activación izquierda serán más propensos a explorar la habitación sin evidenciar preocupación. En los bebés, sin embargo, el equilibrio está sujeto a cambios. «Lo más probable —afirma Davidson— es que haya más plasticidad en el sistema en los primeros años de vida, más oportunidades de que el entorno esculpa este circuito.»³⁴

Existen ideas sumamente interesantes que surgen de la unión de este pensamiento con algunas de las ideas de Crow acerca del lenguaje. «Señalar es una

de las primeras cosas que hacen los niños que empiezan a caminar cuando pronuncian las primeras palabras —comenta Davidson—. La palabra es un rótulo para un objeto. Y al principio señalan, casi de manera invariable, con la mano derecha. El niño que empieza a caminar tiene una experiencia positiva, está evidentemente interesado en el objeto y se mueve hacia él. El uso inicial del lenguaje es muy placentero para la mayoría de los niños de esa edad. Mi intuición, que no ha sido estudiada de manera sistemática, es que la lateralización del hemisferio izquierdo para el lenguaje en realidad puede ser un producto derivado de la lateralización del hemisferio izquierdo para las emociones positivas.»³⁵

La intuición, al parecer, es la base de una neuroanatomía de la catarsis. El lenguaje es positivo, y sigue siéndolo. Es uno de los grandes placeres de la vida, y la voluntad de comunicar es absolutamente poderosa en todos nosotros, incluidos aquellos que no pueden producir sonidos vocales coherentes y por esa razón se expresan mediante un lenguaje de signos, gestos o a través de la escritura. A la gente deprimida no le interesa hablar, mientras que los maníacos hablan de forma incesante. En todas las culturas, el elemento que más favorece el buen estado de ánimo es la palabra. Detenerse en acontecimientos negativos puede ser doloroso, pero verbalizar el dolor que se padece ayuda a aliviarlo. Cuando una persona deprimida me pregunta cómo tratar mejor la depresión, respondo que no llegue a un estado de histeria, sino simplemente que exprese sus sentimientos; que hable con sus familiares, pues ellos le escucharán; que hable con los amigos; que hable con un terapeuta. Es muy posible que Davidson y Crow conozcan bien los mecanismos que hacen que hablar sirva de ayuda; es muy posible que determinadas clases de conversación activen las mismas zonas del hemisferio izquierdo cuyo funcionamiento defectuoso es consecuencia de la enfermedad mental. La idea de que la expresión es terapéutica es fundamental para nuestra sociedad. Hamlet lamenta que «debo como una ramera liberar mi corazón con palabras»,³⁶ y sin embargo, lo que hemos desarrollado junto con nuestra capacidad para enfermar mentalmente, es la capacidad para liberar nuestro corazón —o, según sea el caso, nuestro córtex prefrontal izquierdo— con palabras.

Aunque existen tratamientos efectivos incluso para enfermedades que no comprendemos, saber cómo están relacionados los elementos que componen una enfermedad nos ayuda a discernir sus desencadenantes inmediatos y tratarlos, a comprender un conjunto de síntomas y a ver de qué manera un sistema puede influir sobre el otro. La mayoría de las teorías que explican una enfermedad —la bioquímica, la psicoanalítica, la conductual y la sociocultural— son parciales, dejan

muchos aspectos sin explicar y sugieren que incluso los enfoques combinados que están de moda son extremadamente irregulares y poco sistemáticos. ¿Por qué determinados sentimientos y acciones guardan correlación en la enfermedad y no en la salud? «La necesidad más apremiante de la psiquiatría —escriben McGuire y Troisi— es ampliar la teoría evolucionista y empezar el proceso de identificar sus datos más importantes y de probar nuevas explicaciones a los trastornos. Los intentos por explicar la conducta, normal o no, sin tener una comprensión profunda de las especies que uno está estudiando invita a la interpretación incorrecta.»³⁷

No estoy convencido de que conocer la evolución de la depresión resulte especialmente útil para tratarla, sin embargo es fundamental tomar decisiones acerca del tratamiento. Sabemos que las amígdalas tienen una utilidad limitada; comprendemos su función en el organismo, y sabemos que combatir la infección de estas es más problemático que extirparlas, y que hacerlo perjudica muy poco al organismo. Sabemos que el apéndice puede ser extirpado, como sabemos que una infección del hígado debe ser tratada porque si se le extirpa el hígado a una persona, esta morirá. Sabemos que es necesario extirpar el cáncer de piel, pero que los granos no provocan una inflamación sistémica. Comprendemos los mecanismos de estas diferentes áreas del organismo, y en general sabemos qué clase y grado de intervención son adecuados en el caso de una disfunción.

Está absolutamente claro que no existe consenso con respecto a cuándo tratar la depresión. ¿Acaso la depresión debería ser eliminada como las amígdalas, tratada como una enfermedad del hígado, o pasada por alto como si fuera un grano? ¿Tiene importancia si la depresión es leve o grave? Para responder estas preguntas de manera correcta debemos saber por qué aparece la depresión. Si cumplía una función útil en los cazadores y recolectores, pero es poco importante en la actualidad, debería eliminarse. En cambio, si la depresión es una disfunción cerebral que involucra los circuitos que necesitamos para otras funciones cerebrales cruciales, entonces debería tratarse. Si por el contrario, una depresión leve es un mecanismo autorregulador, deberíamos pasarla por alto. La evolución puede ofrecer algo semejante a una teoría unificada y revelar relaciones estructurales entre las otras escuelas de pensamiento que se utilizan para el estudio de la depresión, lo cual nos permitirá tomar decisiones acerca de cuándo y cómo tratar este trastorno y determinar si es preciso hacerlo.

Esperanza

Angel Starkey ha tenido una vida difícil. Es la menor de siete hermanos, y en su familia rara vez la tocaban o la abrazaban. Sufrió abusos sexuales por parte del bedel de su escuela, y cuando tenía trece años la violaron. «He estado deprimida desde que tenía unos tres años», dice. De niña se encerraba en el armario que había debajo de la escalera y dibujaba lápidas en la pared. Su padre murió de cáncer de páncreas cuando ella tenía siete años. A los treinta y ocho «aún me parece oírlo gritar de vez en cuando. A veces estoy acostada en la cama o sentada en mi dormitorio y vuelvo a oírlo y me da un miedo terrible». De niña, su mejor amiga era una vecina que se ahorcó, según se supo tiempo después, mientras Angel llamaba a su puerta. Angel pasaba casi todo el tiempo en el hospital desde que terminó la escuela secundaria, hace diecisiete años, con breves períodos de internamiento supervisado en centros comunitarios. Padecía un trastorno afectivo esquizoide: significa que, además de una profunda depresión, tiene alucinaciones y oye voces que le ordenan que se destruya a sí misma. El pánico le impide interactuar normalmente con los demás, y nadie puede recordar siquiera cuántas veces ha intentado suicidarse; pero como ha estado en una institución durante la mayor parte de su vida adulta, la salvaron una y otra vez, incluso cuando se arrojó debajo de un coche. Tiene los brazos llenos de cicatrices a causa de la infinidad de cortes que se ha hecho, y un médico le dijo hace poco tiempo que ya no tenía la carne flexible, y que si seguía lesionándose no habría manera de que las heridas cicatrizaran. La piel de su vientre parece hecha de retazos a causa de la gran cantidad de veces que se ha quemado de forma voluntaria. Ha intentado estrangularse —con bolsas de plástico, con un cordón de zapatos, con el brazalete del tensiómetro— hasta que «quedé completamente morada» y las marcas que tiene en el cuello son una muestra clara de ello. Tiene los párpados arrugados a causa de las quemaduras de cigarrillo, su pelo ha quedado debilitado porque intenta arrancárselo, y tiene parte de la dentadura cariada debido a los efectos secundarios de los medicamentos, ya que la sequedad bucal crónica puede causar gingivitis. En este momento los medicamentos que toma diariamente son: cinco píldoras de Clozaril de 100 mg, cinco píldoras de Clozaril de 25 mg, una píldora de Prilosec de 20 mg, dos píldoras de Seroquel de 200 mg, cuatro píldoras de Ditropan de 5 mg, una píldora de Lescol de 20 mg, seis píldoras de BuSpar de 10 mg, cuatro píldoras de Prozac de 20 mg, tres píldoras de Neurontin de 300 mg, una de Topamax de 35 mg y dos de Cogentin de 2 mg.

Conocí a Angel en el Norristown Hospital,¹ la institución estatal que visité en Pennsylvania, de la cual ella era paciente. Quedé sorprendido por las heridas, por la hinchazón que le causaban los fármacos, por su solo aspecto físico. Pero en un lugar en el que la mirada de la gente es tan vacía, ella era la que más llamaba la atención. «Es una persona muy necesitada —me dijo una de sus enfermeras—, pero también es muy dulce. Angel es especial.» Sin duda, todas las personas son especiales, pero Angel posee un conmovedor optimismo que resulta extraordinario en alguien con esa historia personal. Debajo de su sufrimiento y de las consecuencias de este hay una persona cálida, imaginativa y generosa, lo suficientemente atractiva para que uno se olvide de su exterior insensible. La personalidad de Angel está oscurecida, pero no destruida, por la enfermedad.

Llegué a conocer profundamente a Angel y sus pautas de automutilación, para las cuales utilizaba la tapa de una lata como instrumento favorito. En una ocasión se cortó tanto los brazos que necesitó cuatrocientos puntos. «Herirme es lo único que me da placer», me dijo. Cuando no dispone de latas se las arregla para desenroscar el extremo de un tubo de dentífrico y lo utiliza para sacarse jirones de piel, lo que ha hecho incluso después de la extracción quirúrgica de tejido muerto a la que debió someterse a causa de las quemaduras. En el pequeño mundo del Norristown State Mental Hospital, «he estado entrando y saliendo del edificio cincuenta, el centro de emergencias —me contó—. Tengo que ir allí cada vez que me lesiono. Solía ser el edificio dieciséis, pero ahora es el cincuenta. Estoy viviendo en el edificio uno, la residencia habitual. Para distraerme, a veces voy por las noches al karaoke que organizan en el edificio treinta y tres. Esta vez tuve que venir al hospital porque padecía esos constantes ataques de pánico. Y mi cabeza no funcionaba bien. Era como si saltara todo el tiempo; me daba miedo; y debía correr al cuarto de baño. Es muy extraña la forma en que todo mi cuerpo reacciona cuando estoy angustiada. Ayer fuimos al centro comercial y yo estaba muy asustada, incluso en las tiendas pequeñas. Tuve que tomar un puñado de Ativan y ni siquiera eso funcionó. Me siento paranoica con la idea de perderlo. Ayer entré y salí de las tiendas apresuradamente y fui al cuarto de baño unas diez veces. No podía tragarlo. Cuando salía para ir allí, tenía miedo; pero cuando llegó la hora de regresar al hospital, también temía hacerlo.»

El dolor físico siempre le ha resultado indispensable. «Les digo que no me cosan y lo hagan tan fácil —comentó—. Es peor. Me siento mejor cuando más terrible es. Si debo sentir dolor, prefiero el dolor físico al afectivo. Las grapas son mejores que los puntos porque hacen más daño, aunque no duran demasiado. Cuando me corto quiero morir. ¿Quién va a ocuparse de mí cuando esté hecha pedazos y quemada y todo eso? Mire, no soy una buena persona.» Durante los tres

años que duró una etapa especialmente aguda, Angel estuvo sometida a una vigilancia estricta, de modo que no tenía intimidad ni siquiera para usar el cuarto de baño. Ha tenido épocas en las que debía permanecer atada a la cama. La tenían encerrada y ha pasado parte del tiempo en una red, una especie de enorme telaraña que envuelve al paciente y lo deja inmóvil por completo. Habla de esa experiencia como de algo indescriptiblemente terrorífico. Es una paciente muy informada que ha aprendido todo lo que hay que saber sobre los medicamentos que toma. «Si sigo pensando en el Clozaril —me dijo— empezaré a vomitarlo, ¿sabe?» También fue sometida a terapia electroconvulsiva.

Durante una reciente estancia en Norristown, Angel me contó que llamaba cada día a su madre y todos los meses pasaba un par de fines de semana con ella. «Amo a mi madre más que a nada en el mundo. Mucho más de lo que me quiero a mí misma. Para ella es difícil. A veces pienso, ella tiene siete hijos, tal vez podría arreglárselas con seis. No es como si la dejara sola. La he torturado durante mucho tiempo. No necesita que yo lo estropee todo. Le hago daño con el peso, el peso y la vergüenza. Mi depresión, su depresión, la depresión de mis hermanas, la de mis hermanos, ¿sabe? Nunca acabará, me parece, hasta que todos estemos muertos. Yo solo quiero conseguir un trabajo y darle dinero a ella. Ellos dicen que me preocupo demasiado por mi madre, pero verás, ella tiene setenta y tres años. Voy a su casa y limpio todo. Llego a casa frenética y limpio. Limpio, limpio y limpio y alucino. Me obsesiono con eso. Me gusta lavar cosas y mi madre valora eso.» La primera vez que nos vimos Angel estaba evidentemente tensa; sus problemas de memoria característicos como consecuencia de una TEC prolongada (fue sometida a treinta series de tratamiento) y las altas dosis de medicamentos eran particularmente incapacitantes. En medio de una frase perdía el control, y hablaba de las pequeñas comodidades de su reducido mundo. «No entiendo por qué la gente es tan agradable conmigo —señaló—. Yo solía odiarme. Odiaba todo lo que hacía. Dios debe de apreciarme; quiero decir, me atropellaron dos coches, me corté hasta sacarme toda la sangre del cuerpo y todavía estoy viva. Soy horrible, soy muy pesada, no puedo... A veces estoy demasiado confundida para pensar. El hospital, esa es mi vida, ¿sabe? Los síntomas nunca van a terminar. La depresión y los sentimientos de soledad.»

Absolutamente consciente de las dificultades de nuestra comunicación, algunas semanas más tarde me envió una carta «para ser clara», en la cual escribió: «He hecho muchas cosas para matarme y lastimarme. Todo resulta muy agotador. Creo que no me queda cerebro. A veces si empiezo a llorar tengo miedo de no parar nunca. He perdido y perdido sin cesar. Hay mucha gente a la que me encantaría ayudar incluso solo con un abrazo. Solo eso me hace feliz. A veces

escribo poemas. Eso me dice a mí y a los demás lo enferma que he estado. Pero me demuestra que existe Esperanza. Con cariño, Angel».

Al año siguiente salió de Norristown; fue primero a un centro de cuidados intensivos y luego a uno menos rígido en Pottstown, Pennsylvania. Pasó más de catorce meses sin hacerse cortes en los brazos, y su catálogo de medicamentos parecía funcionar para mantener alejadas las espantosas voces. Antes de abandonar Norristown me había dicho: «Lo que en realidad me asusta es que no seré capaz de llegar a hacerlo, a hacer cosas como ir de compras, y los peldaños, tres tramos de escalera. Y también la gente; todo eso». Pero cumplió la etapa de transición con sorprendente facilidad. «Ahora mismo —me contó aproximadamente un mes después de mudarse— estoy mejor que nunca.» Y luego empezó a mejorar poco a poco y adquirió una confianza que nunca había imaginado. Seguía oyendo una voz que la llamaba, pero ya no era la voz demoníaca y torturadora de antes. «Sobre todo ya no se me ocurre lastimarme. Era como una compulsión. Y ahora pienso en ello, pero no como antes. En absoluto como antes, cuando cortarme era tan fácil como estornudar. ¡Ahora tengo ganas de ir de un lado a otro durante el resto de mi vida, tengo esperanzas!», me dijo.

Me sorprendió que Angel, a diferencia de muchos pacientes autodestructivos, nunca buscó destruir a otra persona. Durante todos los años que pasó en el hospital jamás hizo daño a nadie. Una vez me contó cómo se prendió fuego encendiendo su pijama, y entonces le aterrorizó la idea de que si ella ardía podía incendiar el edificio. «Pensé en la gente que se quemaría y apagué el fuego.» Pasó a formar parte del Equipo de Satisfacción del Consumidor de Norristown, el grupo de defensa del hospital que luchaba por los derechos de los pacientes. A pesar de lo mucho que la aterrorizaba, acompañaba a los médicos para hablar en las escuelas acerca de lo que era la vida en el hospital. Cuando fui a pasar un tiempo con ella en el centro de cuidados intensivos me di cuenta de que era la única persona que enseñaba cosas a los demás: les enseñaba a cocinar —bocadillos de mantequilla de cacahuete y plátano— con paciencia casi infinita. «Tengo que vivir la vida —me dijo—. Siento un gran deseo de ayudar a la gente. Y me parece que, tal vez con el tiempo, haré algo también por mí misma. La mujer con la que ahora comparto la habitación tiene un gran corazón. Cuando usted llama y ella responde, ¿no parece muy cariñosa? Tiene montones de problemas; ni siquiera cocina ni limpia. No hace casi nada. Pero es tan dulce que no se puede ser cruel con ella. He estado tratando de enseñarle durante unos dos meses cómo pelar un maldito pepino, pero no lo entiende.»

Angel escribe poemas y se dedica de manera auténtica a intentar expresar

sus experiencias:

*Ojalá pudiera llorar como llora
el cielo. Las lágrimas no brotan
tan fácilmente. Están
clavadas dentro de mi alma.
Está vacío y tengo miedo.
¿Sientes el vacío? Supongo
que es mi propio miedo interior. Debería
ser valiente y combatir ese temor.
Pero es una guerra que sigue,
y dura un tiempo endemoniadamente largo.
Estoy cansada.
Los niños crecen y las lágrimas,
de mis ojos están brotando. Perderse
el crecimiento de ellos es como perderse el cambio
de las estaciones, perderse las rosas que florecen
en la primavera y perderse los copos de nieve que caen
en invierno. ¿Cuántos años más
tendré que perder todo eso? Las lágrimas
no terminan para mí ni para ellos, ¿y por qué
habrían de terminar? Seguirán*

floreciendo y

abriéndose y mi vida continuará

inmóvil como un estanque silencioso.

Fui a ver a Angel justo antes de que se mudara del centro de atención supervisada a uno menos estricto. Me había hecho un regalo, una jaula para pájaros pintada de azul brillante con una nota que decía: «Alquiler no pagado». Fuimos a almorzar a un restaurante chino del centro comercial de Pottstown. Hablamos de *Pippin*, el espectáculo que ella había visto la única vez que había viajado a Nueva York. Hablamos de la solicitud que había presentado para un trabajo a tiempo parcial que consistía en ayudar con los bocadillos en un restaurante con entrega a domicilio. La habían rechazado y estaba desanimada, pues le había entusiasmado mucho la idea de trabajar, aunque le asustaba la caja registradora y tener que hacer las cuentas para darle el cambio a la gente. «Tengo el tercer nivel de matemáticas —me confié—. Es horrible. Y no puedo mantener la atención demasiado tiempo, como un niño de tres años. Creo que eso se debe a los medicamentos.» Hablamos de su libro favorito *El guardián entre el centeno*. Hablamos de sus sueños. «Sueño todo el tiempo con el océano —me dijo—. Es como esta habitación y hay una pared, detrás de la cual hay un océano. Y nunca puedo llegar a la playa, al agua. Lucho y lucho para llegar al agua, y no lo logro. Otras veces sueño con este calor. El sol me empieza a quemar y el pelo me queda chamuscado. Tengo miedo del calor del sol. Ya sabe; incluso en la vida real intento ir a lugares en los que no hay ventanas durante el crepúsculo, cuando el sol se pone rojo, me aterroriza.» Hablamos un poco sobre sus problemas de memoria. «Soy madrina de uno de mis sobrinos —me comentó—, pero nunca logro recordar de cuál y me da vergüenza preguntarlo.» Después de aquella ocasión perdimos el contacto durante seis meses, y cuando volvimos a encontrarnos Angel me preguntó qué había sucedido, y yo le conté que había tenido una recaída. No fue mucho tiempo después del hombro dislocado y de mi tercera crisis. Estábamos otra vez en el restaurante chino. Angel reacomodó el mustio *bok choy* en su plato. «Ya sabe —dijo un minuto después—. Estaba realmente preocupada por usted. Quiero decir, que pensé que tal vez se había matado o algo así.»

Intenté consolarla. «Bueno, Angel, no fue exactamente así. Fue horrible, pero no tan peligroso. O al menos resultó no ser tan peligroso. Verás, tomé el Zyprexa y cambié de pastillas y funcionaron muy rápidamente —sonreí y abrí los brazos—. Ya ves, ahora estoy fantástico.»

Angel levantó la vista y sonrió. «Eso es genial. Estaba muy preocupada.» Empezamos a comer. «Yo nunca voy a estar bien», se lamentó. Le dije que todo llevaba su tiempo, y que a ella le estaba yendo muy bien. Le aseguré que estaba mil veces mejor que cuando la había visto por primera vez, dos años antes. Le dije: «Mira, hace un año ni siquiera habrías imaginado que ibas a salir y a vivir en un lugar como ese». «Sí —respondió, y por un instante pareció apenas orgullosa—. A veces siento un odio terrible por los fármacos pero me ayudan.»

Tomamos helado y fuimos a una tienda cercana al restaurante, donde Angel compró café y otras cosas. Subimos al coche para volver a donde ella vivía. «Estoy realmente contenta de que haya venido —me dijo—. Pensé que no lo haría. Espero que no crea que lo he arrastrado hasta aquí.» Le dije que estaba entusiasmado de ver lo que le estaba ocurriendo, y que también me alegraba de haber ido. «Ya sabe —comentó—, si solo lograra ponerme lo suficientemente bien para hacer cosas, me gustaría asistir a uno de esos programas importantes, como el de Oprah Winfrey. Ese sería mi sueño.»

Le pregunté por qué quería participar en un programa.

«Simplemente quiero transmitir mi mensaje a la gente —me dijo mientras regresábamos en el coche—. Quiero decir a todos: no se hagan daño y no se odien. Realmente es importante, ¿sabe? Ojalá lo hubiera sabido antes. Quiero decírselo a todos.» Viajamos un rato en silencio. «¿Trataré de decir esto a la gente cuando escriba su libro?», me preguntó riendo con nerviosismo.

«Intentaré decirle a la gente exactamente lo que dices», respondí.

«¿Lo promete? Es muy importante.»

«Lo prometo.»

Entonces decidimos ir a la que sería su nueva casa, el centro de supervisión, y lo visitamos. Miré desde las ventanas y subí un tramo de la escalera exterior para observar el panorama desde una terraza de la parte posterior del edificio. Era muy diferente del lugar un poco ruinoso en el que Angel había vivido; estaba recién amueblado y parecía un hotel: cada apartamento de dos habitaciones estaba completamente alfombrado, contaba con un televisor grande, un sillón, un sofá y una cocina equipada. «Angel, este lugar es grandioso», le dije, y ella me respondió: «Sí, es realmente bonito. Mucho más bonito».

Al final nos trasladamos hasta el lugar que pronto iba a abandonar. Salimos

del coche, le di un largo abrazo y le deseé buena suerte. Ella me dio las gracias por haberla visitado, y me dijo cuánto había significado eso para ella. Yo le agradecí que me hubiera regalado la jaula. «Dios, hace frío», dijo. Volví a subir al coche y la observé caminar con dificultad desde el aparcamiento hasta la puerta principal. Puse el coche en marcha. «Adiós, Angel», le dije y ella se volvió y me saludó con la mano. «Recuerde que lo prometió», me dijo mientras me alejaba.

Era una escena feliz que aún sigue viva en mi mente, pero al cabo de seis meses Angel se había cortado las muñecas y el estómago, había vuelto a ingresar en el hospital y la habían sometido a un tratamiento psiquiátrico intensivo. Cuando volví a verla en Norristown tenía los brazos cubiertos de ampollas semejantes a cráteres y llenas de sangre, porque había vertido café hirviendo en sus heridas para aliviar un exceso de ansiedad. Mientras hablábamos se balanceaba adelante y atrás en su silla. «Ya no quiero vivir», repetía una y otra vez. Desenterré todas las observaciones útiles que había incluido en este libro. «No siempre será así», le dije, aunque sospechaba que para ella las cosas seguirían siendo de este modo durante mucho tiempo. El heroísmo y la mirada luminosa no son suficientes cuando se ha de enfrentar a la depresión.

Una mujer esquizofrénica interrumpió varias veces nuestra conversación afirmando que había matado una mantis religiosa y no a una religiosa, y que sus familiares la habían secuestrado porque no habían entendido bien y pensaban que se trataba de una religiosa. Quería que nosotros aclaráramos la cuestión. Un hombre con los pies increíblemente grandes me susurraba en el oído teorías conspiranoicas. «Vete —le gritó Angel por fin, y rodeó su cuerpo con los brazos lastimados—. No puedo soportar esto —dijo en tono de ira y tristeza—. Nunca podré librarme de este lugar. Solo quiero golpear mi cabeza contra la pared hasta que se abra y quede vacía.»

Antes de que me marchara, uno de los encargados me preguntó: «¿Usted es optimista?». Moví la cabeza negativamente. «Yo tampoco —dijo—. Lo fui durante un tiempo, porque ella no está tan loca como los demás. Estaba equivocado. En este momento está en contacto con la realidad, y sin embargo está muy enferma.»

Angel me dijo: «Una vez me salvaron de lo peor, así que supongo que volverán a hacerlo».

Al cabo de seis meses aquella tormenta había pasado y ella volvía a estar libre, de vuelta en el bonito apartamento. Se hallaba radiante de alegría. Al final consiguió un trabajo —metía en bolsas la compra de los clientes de un

supermercado— y estaba orgullosa de ello. En el restaurante chino parecieron alegrarse al vernos. En nuestra conversación evitamos palabras como «siempre» y «nunca».

Muchas personas siguen preguntándome por qué escribo un libro sobre la depresión, pues les parece incomprensible que me sumerja en un tema tan desagradable; y debo decir que cuando comencé mi investigación con frecuencia me parecía que mi elección había sido tonta. Tropecé con una serie de respuestas que parecían ajustarse a la ocasión, y argüí que pensaba que podía expresar cosas que aún no se habían dicho; que escribir es un acto de responsabilidad social, y que quería ayudar a la gente a valorar la depresión y a comprender cómo atender mejor a quienes la padecen. Reconocí que me habían ofrecido un generoso anticipo y que pensaba que el tema podía atraer la imaginación del público, y también que deseaba ser famoso y apreciado. Pero mi propósito no me fue plenamente revelado hasta que hube escrito las tres cuartas partes del libro. No preví la intensa y desgarradora vulnerabilidad de las personas deprimidas, ni me di cuenta de las complicadas maneras en que esta vulnerabilidad interactúa con la personalidad. Mientras trabajaba en este libro, una íntima amiga se comprometió con un hombre que usaba su depresión como excusa para una desenfadada autocompasión. Era un individuo frío que rechazaba el sexo y le exigía que le proporcionara alimento y dinero y que organizara su vida personal porque para él era demasiado doloroso asumir esa responsabilidad. Rumiaba durante horas mientras ella lo tranquilizaba con ternura, pero no lograba recordar ningún detalle de la vida de ella ni hablar de sus problemas. Durante mucho tiempo la alenté para que pusiera fin a esa situación pensando que todo acabaría cuando la enfermedad terminara, sin darme cuenta de que no había tratamiento sobre la tierra que pudiera transformarlo en una persona con carácter. Tiempo después otra amiga me contó que había sido agredida por su esposo, quien le había golpeado la cabeza en el suelo después de comportarse de forma extraña durante varias semanas —había respondido de manera paranoica a llamadas telefónicas habituales y había sido vengativo con sus perros—. Después del terrible ataque, ella, aterrorizada, llamó a la policía, y a él lo ingresaron en un hospital mental. Es verdad que padecía una clase de trastorno esquizoafectivo, lo cual no lo exime de culpa. Con frecuencia la enfermedad psiquiátrica pone de manifiesto los espantosos aspectos ocultos de alguien, aunque en realidad no modifica la totalidad de la persona. A veces esos aspectos horribles son patéticos, y evidencian necesidades y avidez, cualidades lamentables pero conmovedoras, mientras que a veces esos aspectos son brutales y crueles. La enfermedad ilumina las dolorosas realidades que la mayoría de las personas

ocultan en la absoluta oscuridad. La depresión acentúa los rasgos de la personalidad, y a largo plazo creo que mejora a la gente buena y empeora a la gente mala, y si bien puede destruir el sentido de las proporciones y generar fantasías paranoides y una falsa noción de indefensión, también es una ventana abierta a la verdad.

Al novio de mi primera amiga y al esposo de la segunda les dedico poco espacio en este libro. Mientras estaba inmerso en mi investigación conocí muchas personas deprimidas hacia las cuales experimenté sentimientos negativos o ningún sentimiento en particular, y en casi todos estos casos decidí no escribir sobre ellas. Elegí escribir sobre las personas que admiro por su fortaleza, brillantez, dureza o peculiaridad. No creo que exista algo parecido a una persona media, o que hablando de una realidad prototípica pueda comunicarse una verdad fundamental. La búsqueda del ser humano no individual sino genérico es la plaga de los libros de psicología popular. Cuando vemos cuántas clases de resistencia, fortaleza e imaginación es posible encontrar, podemos apreciar no solo el horror de la depresión sino también la complejidad de la vida humana. Mantuve una conversación con un anciano gravemente deprimido que me dijo que «las personas deprimidas no tenemos historias, no tenemos nada que decir». Todos tenemos historias, y los auténticos supervivientes poseen historias cautivadoras. En la vida real el estado de ánimo debe existir en medio del desorden, de las tostadoras, las bombas atómicas y los campos de trigo. Este libro existe como un entorno más protegido para las historias de personas notables y sus éxitos, historias que creo que pueden ayudar a los demás como me ayudaron a mí.

Algunas personas sufren depresión leve y quedan completamente incapacitadas, otras sufren depresión grave y, sin embargo, logran hacer algo con su vida. «Algunas personas pueden soportar cualquier cosa —comenta David McDowell, que trabaja en Columbia en el tema del abuso de sustancias—, lo cual no significa que sufran menos.» Es difícil medir estas cuestiones con precisión. «Lamentablemente —observa Deborah Christie, psicóloga infantil del University College de Londres— no existe nada parecido a un suicidómetro, o un dolorómetro o un tristezómetro. No podemos medir en términos objetivos cómo son las personas enfermas o cuáles son sus síntomas. Solo podemos escuchar lo que dicen y admitir que eso es lo que sienten.» Existe una interacción entre enfermedad y personalidad, de modo que algunas personas pueden soportar síntomas que a otras las destruirían; algunas personas pueden soportar casi cualquier cosa. Algunas ceden ante la depresión y otras la combaten. Si tenemos en cuenta que la depresión es en extremo desmotivadora, hace falta cierto impulso de supervivencia para seguir adelante pese a la depresión y no derrumbarse por su

causa. El sentido del humor es el mejor signo de que una persona se recuperará, y suele ser el mejor indicio de que la amarán. Si afirmamos esto albergaremos esperanza.

Por supuesto, puede resultar difícil mantener el sentido del humor durante una experiencia que no es nada divertida, pero es indispensable hacerlo. Lo más importante que debemos recordar durante una depresión es que no se puede retroceder en el tiempo, ni es posible añadir tiempo complementario al final de nuestra vida para compensar los años de calamidades; el tiempo perdido por culpa de una depresión es irrecuperable. Los minutos que pasan mientras uno experimenta la enfermedad representan un tiempo que uno no volverá a vivir, de modo que al margen de lo mal que uno se sienta, debe hacer todo lo posible por seguir viviendo, incluso si lo único que puede hacer en ese momento es respirar. Esperar que pase y ocupar el tiempo de la espera lo más plenamente posible. Eso es lo que yo aconsejaría a las personas deprimidas. No perder el tiempo; no desperdiciar la vida. Incluso los minutos en que uno piensa que va a estallar forman parte de la vida, y jamás volverá a vivirlos.

Creemos en la química de la depresión con un fanatismo sorprendente, y cuando tratamos de eliminar la depresión de una persona, nos lanzamos al viejo debate acerca de los límites entre lo natural y lo artificial. Cuando intentamos separar la depresión del tratamiento, deconstruimos a la persona y la precipitamos en la nada. «La vida humana —escribe Thomas Nagel en *The Possibility of Altruism* (La posibilidad del altruismo)— no consiste básicamente en la recepción pasiva de estímulos, agradables o desagradables, satisfactorios o no; consiste, en buena medida, en actividades y búsquedas. Una persona debe vivir su propia vida; los demás no están en condiciones de vivirla en su nombre, ni ella de vivir en nombre de los demás.»² ¿Qué es lo natural, o lo auténtico? Uno haría mejor en buscar la piedra filosofal o la fuente de la juventud que en buscar la auténtica química de los afectos, la moralidad, el dolor, la creencia y la rectitud. En la obra de Shakespeare *Cuento de invierno*, Perdita y Políxenes hablan en el jardín de los límites de lo real y lo artificial, lo auténtico y lo creado. Perdita cuestiona los injertos de plantas como «un arte que consiste en producir flores con una variedad de colores tan grande como la Naturaleza misma». Políxenes le responde: «... pero la Naturaleza no ha sido mejorada jamás sino por ella misma. Ese arte que, según vos, perfecciona la Naturaleza, es un arte que la Naturaleza ha creado. Así, veis, dulce doncella ... El arte que corrige así la Naturaleza, o más bien que la transforma, es siempre la Naturaleza».³

Me alegro de que hayamos imaginado todas las maneras de imponer el arte a la naturaleza, de que hayamos pensado en cocinar nuestros alimentos y en combinar ingredientes de los cinco continentes en un solo plato, de que hayamos creado nuestras modernas razas de perros y caballos, de que hayamos forjado el metal, de que hayamos cruzado frutas silvestres hasta crear melocotones y manzanas como las que conocemos hoy. Me alegro también de que hayamos descubierto la manera de tener calefacción central y hacer fontanería, de construir grandes edificios, barcos y aviones. Me ilusiona saber que existen medios de comunicación rápida y depender absolutamente del teléfono, el fax y el correo electrónico. Me alegra que hayamos desarrollado una tecnología para evitar las caries dentales, preservar nuestro organismo de ciertas enfermedades, y para que gran parte de nuestra población llegue a la vejez. No niego que este arte ha tenido consecuencias adversas, desde la contaminación hasta el calentamiento del planeta, la superpoblación, la guerra y las armas de destrucción masiva. Pero, al fin y al cabo, nuestro arte nos ha permitido avanzar, y a medida que nos hemos adaptado a cada nueva etapa del desarrollo, esta se ha convertido en algo corriente. Hemos olvidado que las rosas de muchos pétalos que tanto nos gustan fueron en otros tiempos un ignominioso desafío a la naturaleza, que no había producido una flor semejante en los bosques hasta que los horticultores lo intentaron. ¿Fue naturaleza o arte la primera vez que un castor construyó su dique, o la primera vez que los monos con pulgares oponibles pelaron un plátano? ¿Acaso el hecho de que Dios haya creado uvas que embriagan al fermentar hace que la borrachera sea un estado natural? ¿Ya no somos nosotros mismos cuando estamos borrachos? ¿O cuando estamos hambrientos o sobrealimentados? ¿Quiénes somos, entonces?

Si el injerto es el epítome del ataque del siglo XVII a la naturaleza, los antidepresivos y la manipulación genética, que cada vez serán más factibles, son el epítome del ataque del siglo XXI a la naturaleza. Los mismísimos principios expresados hace cuatrocientos años se aplican a nuestras más nuevas tecnologías, lo que parece modificar de modo similar el orden natural de las cosas. Si la humanidad pertenece a la naturaleza, lo mismo ocurre con nuestros inventos. Fuera cual fuese la fuerza vital original que creó las primeras amebas, también construyó un cerebro humano cuyo funcionamiento podía verse afectado por sustancias químicas, y a los seres humanos que, en definitiva, pudieron averiguar qué sustancias sintetizar y con qué consecuencias. Cuando corregimos la naturaleza, o la modificamos, lo hacemos con técnicas que nos resultan accesibles mediante nuestra particular combinación de ideas, y a partir del mundo natural. ¿Quién es el yo real? El yo real es la persona que vive en un mundo en el que es posible toda clase de manipulaciones. Ese soy yo. El yo enfermo no es una identidad más o menos auténtica; el yo sometido a terapia tampoco es una

identidad más o menos auténtica.

Ser bueno es una lucha constante. Tal vez el novio de mi amiga no tenía otra alternativa que comportarse como un idiota; quizá en su cerebro solo había vileza moral. Tal vez el esposo de mi otra amiga nació siendo cruel. No creo que sea tan sencillo. Considero que todos poseemos por naturaleza algo llamado voluntad, y rechazo la idea de predestinación química y el vacío moral que esto genera. Existe una unidad que incluye quiénes somos y cómo nos esforzamos para ser buenas personas, cómo nos desmoronamos y cómo volvemos a levantarnos. Eso incluye tomar medicamentos, someternos a electroshock, enamorarnos y rendir culto a los dioses y a la ciencia. Con un optimismo de acero, Angel Starkey hizo presentaciones en público en las que habló de la vida en el Norristown Hospital. Con infinita y marchita ternura pasó incontables horas tratando de enseñar a su compañera de habitación cómo se pela un pepino. Se tomó tiempo para enviarme sus pensamientos por escrito y para poder ayudarme en este libro. Friega todos los rincones de la casa de su madre, de modo que la depresión afecta a su conducta, pero no a su carácter.

Nos gustaría determinar con nitidez los límites de la identidad, pero, de hecho, ninguna identidad esencial sigue pura como una veta de oro ante el caos de la experiencia y los procesos químicos. El organismo humano es una secuencia de identidades que sucumben unas ante otras o se seleccionan mutuamente. Cada uno de nosotros es la suma de determinadas elecciones y circunstancias, y el ser existe en el estrecho ámbito en el que se unen el mundo y nuestras elecciones. Pienso en mi padre, o en los amigos que permanecieron conmigo durante mi tercera depresión. ¿Sería posible entrar en la consulta de un médico, someterse a un tratamiento y salir convertido en alguien capaz de semejante generosidad y amor? La generosidad y el amor exigen un gran gasto de energía, esfuerzo y voluntad. ¿Imaginamos que algún día estas cualidades estarán a nuestra disposición gratuitamente, que recibiremos inyecciones de carácter para convertirnos sin esfuerzo en Gandhi o en la madre Teresa? ¿Acaso las personas notables tienen derecho a su propio esplendor, o este es solo una construcción química aleatoria?

Leo esperanzado en los suplementos científicos de los periódicos que los antidepresivos darán paso a otras pociones mágicas. Ya no resulta inconcebible trazar un mapa de la química cerebral y poder darle a alguien un tratamiento que lo haga enamorarse perdidamente de una persona determinada en circunstancias determinadas. No está lejos el día en que podamos elegir entre recibir una psicoterapia para solucionar un mal matrimonio y renovar nuestro capricho

mediante la intervención de un farmacólogo. ¿Cómo serán las cosas si desentrañamos los secretos de la edad y de nuestros defectos y creamos una raza de dioses en lugar de hombres, de seres que vivan para siempre libres de malicia, ira y celos, que actúen con fervor moral y practiquen un compromiso apasionado con el ideal de paz universal? Tal vez todo esto ocurra, pero según mi experiencia, ningún remedio puede proporcionarnos más que una forma de reinventarnos a nosotros mismos. La medicina no nos reinventará, y nunca podremos librarnos de la elección en sí misma. La propia identidad radica en el acto de elegir, y eso se verifica en cada elección, todos los días. Yo soy quien elige tomar los medicamentos dos veces al día; quien elige hablar con mi padre, quien elige llamar a mi hermano, quien elige tener un perro, o levantarse o no de la cama cuando suena el despertador, y también el que a veces es cruel, en ocasiones autocompasivo y a menudo desmemoriado. Existe una química detrás de la escritura de este libro y tal vez, si pudiera dominar esa química, podría aprovecharla para escribir otro libro, lo cual también constituiría una elección. Pensar me parece la prueba menos convincente del ser que realiza elecciones. Nuestra humanidad no reside en nuestra química ni en las circunstancias, sino en nuestra voluntad de trabajar con las tecnologías de las que disponemos en la era en que vivimos, con nuestro propio carácter, nuestras circunstancias y nuestra edad.

A veces desearía ver mi cerebro y saber qué marcas han quedado grabadas en él. Lo imagino gris, húmedo, intrincado. Lo imagino instalado en mi cabeza y a veces siento como si fuera yo, que está viviendo, y que tengo esa extraña cosa encajada en mi cabeza, y que a veces funciona y otras veces no. Es muy raro. Esto soy yo. Este es mi cerebro. Este es el dolor que vive en mi cerebro. Mire aquí y podrá ver dónde el dolor arañó esta cosa; qué lugares presentan nódulos y qué zonas están lisas y brillantes.

Es discutible el hecho de que las personas deprimidas poseen una visión más precisa que las no deprimidas del mundo que las rodea. Quienes se perciben como personas no muy estimadas probablemente acierten más que quienes piensan que disfrutan del amor universal. Una persona deprimida puede tener un juicio más acertado que una persona sana. Algunos estudios han demostrado que las personas deprimidas y las no deprimidas son igualmente buenas cuando se trata de responder a preguntas abstractas; sin embargo, cuando se les pregunta por el control que tienen sobre un acontecimiento, las personas no deprimidas creen invariablemente que tienen más control del que en realidad poseen, mientras que las personas deprimidas realizan una valoración precisa. En un estudio efectuado utilizando un videojuego, las personas deprimidas que jugaban durante media hora sabían con exactitud cuántos monstruos habían matado, mientras que las

personas no deprimidas estimaban entre cuatro y seis monstruos más de los que habían derribado en realidad.⁴ Freud observó que las personas melancólicas tienen «mejor ojo para la verdad que otras que no son melancólicas».⁵ La comprensión exacta del mundo y de la identidad no fue una prioridad en la evolución; no sirvió a la preservación de las especies. Una visión demasiado optimista da como resultado un riesgo estúpido, pero el optimismo moderado proporciona una importante ventaja selectiva. «El pensamiento y la percepción normales del ser humano —escribió Shelley E. Taylor en su reciente y sorprendente *Positive Illusions* (Ilusiones positivas)— no están marcados por la precisión sino por las ilusiones positivas y relevantes respecto a la identidad, el mundo y el futuro. Además, estas ilusiones parecen ser en realidad modificadoras y promueven la salud mental, en lugar de socavarla ... Las personas que padecen una depresión leve parecen tener una visión más exacta de ellas mismas, del mundo y del futuro que las personas normales ..., carecen evidentemente de las ilusiones que en las personas normales promueven la salud mental y las protegen de los contratiempos.»⁶

La cuestión es que el existencialismo es tan cierto como la capacidad de deprimirse. La vida es vana y no podemos saber por qué estamos aquí. El amor siempre es imperfecto; ni hablar del aislamiento que entraña el hecho de que tengamos un cuerpo individual. Además, haga lo que uno haga en esta tierra, al final morirá. Es una ventaja selectiva ser capaz de tolerar estas realidades, contemplar otras cosas y seguir adelante; esforzarse, buscar, encontrar y no ceder. He visto películas que muestran a los tutsis de Ruanda, o a las multitudes hambrientas de Bangladesh; personas todas ellas que en muchos casos han perdido a su familia y a todos sus conocidos, que carecen por completo de perspectivas de mejora económica, que son incapaces de encontrar alimento y que padecen enfermedades dolorosas. Son personas para las que casi no existen las posibilidades de mejorar. ¡Y sin embargo siguen viviendo! La suya es una ceguera vital que les permite continuar la lucha por la existencia, o bien una visión que está fuera de mi alcance. Las personas depresivas han visto el mundo con demasiada claridad, han perdido la ventaja selectiva de la ceguera.

• • •

La depresión grave es un maestro demasiado severo; no es necesario ir al Sahara para evitar la congelación. Casi todo el sufrimiento psicológico del mundo es innecesario; y algunas personas que sufren de depresión grave experimentan un dolor que sería mejor mantener bajo control. Sin embargo, creo que existe una respuesta a la pregunta de si queremos tener un control total sobre nuestros estados afectivos; si deseamos disponer de un perfecto analgésico afectivo que

haría que la pena fuera tan innecesaria como un dolor de cabeza. Poner fin a la tristeza sería favorecer una conducta monstruosa, pues si nunca lamentáramos las consecuencias de nuestras acciones, pronto nos destruiríamos mutuamente y acabaríamos con el mundo. La depresión es un disparo fallido del cerebro, y si nuestro nivel de cortisol se encuentra fuera de control deberíamos equilibrarlo, pero no por ello debemos dejarnos llevar por la situación ni ceder al conflicto esencial entre lo que deseamos hacer y lo que hacemos, ni poner fin a los estados de ánimo sombríos que reflejan ese conflicto y sus dificultades, es decir, renunciar a lo que significa ser humano, a lo que es bueno en el ser humano. Probablemente hay personas que carecen de la angustia y la tristeza suficientes para situarse al margen de los problemas, y es posible que no les vaya bien. Son demasiado alegres y no son nada amables. ¿Qué necesidad de bondad tienen estas almas?

Las personas que han soportado una depresión y se han estabilizado, a menudo tienen una conciencia más clara de la felicidad que supone la existencia cotidiana, y poseen capacidad para una clase de éxtasis y una intensa apreciación de todo lo que es bueno en su vida. Si fueran personas decentes se habrían convertido en primer lugar en seres notablemente generosos. Lo mismo podría decirse de los supervivientes de otras enfermedades, pero incluso alguien que ha superado por milagro el peor cáncer carece de «metafelicidad», es decir, la dicha de ser capaz de experimentar y proporcionar felicidad, que enriquece la vida de aquellos que han padecido una depresión grave. La idea aparece elaborada en el libro *Productive and Unproductive Depression* (Depresión productiva e improductiva), de Emmy Gut, que propone que la larga pausa a la que obliga una depresión, y la reflexión que tiene lugar durante esa pausa, a menudo hace que la gente cambie su vida de una manera provechosa, sobre todo después de una pérdida.⁷

Nuestra norma como seres humanos no es la realidad. ¿Qué significa desarrollar medicamentos y técnicas que alivian la depresión y que podrían, en definitiva, modificar incluso la tristeza? «Ahora podemos controlar el dolor físico en casi todos los casos —observa el psicólogo evolucionista Randolph Nesse—, ¿y qué porcentaje necesitamos en realidad del dolor físico que experimentamos? ¿Tal vez el 5 por ciento? Necesitamos el dolor que nos advierte acerca de la posibilidad de una herida, pero ¿necesitamos realmente el dolor persistente? Hagámosle esta pregunta a alguien que sufre de artritis reumatoide crónica, o de colitis, o de migrañas. Esto solo es una analogía, pero ¿qué porcentaje del dolor físico que experimentamos necesitamos en verdad? ¿Más del 5 por ciento? ¿Qué significaría si pudiéramos tomar una píldora la mañana siguiente del día de la muerte de nuestra madre y liberarnos de la desesperante e improductiva angustia de la

pena?» La psiquiatra francesa Julia Kristeva descubrió una función profundamente psicológica de la depresión: «La tristeza que nos abruma y el retraso que nos paraliza también son un escudo, a veces el último, contra la locura».⁸ Tal vez sea más sencillo decir que dependemos de nuestros pesares más de lo que sabemos.

El uso de antidepresivos va en aumento a medida que la gente busca normalizar lo que recientemente se ha clasificado como aberrante, «vulgarizante y trivializante», como señala Martha Manning, que ha escrito de manera elocuente acerca de su depresión profunda. En 1998 se emitieron más de 60 millones de recetas de ISRS,⁹ por no mencionar un considerable número de antidepresivos no ISRS. Ahora se recetan ISRS para la añoranza, para los trastornos de la alimentación, para el SPM (síndrome premenstrual), para las mascotas que rasguñan demasiado, para el dolor crónico de las articulaciones y, sobre todo, para la tristeza leve. Los prescriben no solo los psiquiatras sino también los médicos de cabecera y los tocoginecólogos, e incluso conozco a una persona que siguió un tratamiento con Prozac por indicación de su podólogo. Cuando ocurrió el accidente del vuelo 800 de la TWA, a los familiares que esperaban noticias de sus seres queridos les ofrecieron medicamentos antidepresivos con la misma intención de aliviar su dolor que si les estuvieran ofreciendo almohadas o mantas.¹⁰ No voy a polemizar sobre el uso indiscriminado de medicamentos, pero creo que su prescripción debería hacerse con conocimiento, de forma predeterminada y reflexiva.

Se ha dicho que cada uno posee las virtudes de sus defectos. Si uno elimina los defectos, ¿desaparecen también las virtudes? «Solo nos hallamos en el amanecer de la exuberancia farmacológica —comenta Randolph Nesse—. Los nuevos medicamentos que se están desarrollando con toda probabilidad convertirán en algo rápido, fácil, barato y seguro la tarea de bloquear los afectos no deseados. Quizá lo logremos en la generación siguiente, y preveo que hacia allí nos dirigimos, porque si la gente puede hacer algo para sentirse mejor, lo hace. Imagino que en unas pocas décadas el mundo se habrá convertido en una utopía farmacológica; y también imagino a la gente relajada hasta el punto de descuidar sus responsabilidades sociales y personales.» Robert Klitzman, de la Universidad de Columbia, dice: «Desde los tiempos de Copérnico no hemos conocido una transformación tan impresionante. En los siglos venideros tal vez haya nuevas sociedades que nos consideren esclavizados e inmovilizados por afectos incontrolados». En ese caso, es mucho lo que se perderá, aunque sin duda es mucho lo que se ganará.

Cuando uno ha estado deprimido pierde parte de su temor a las crisis. Yo

tengo millones de defectos pero soy mejor persona de lo que era antes de pasar por todo esto. Para sentir el deseo de escribir este libro tuve que pasar por la depresión. Algunos amigos intentaron que abandonara la idea de trabar relación con las personas sobre las cuales escribo. Me gustaría decir que la depresión me convirtió en una persona desinteresada y que llegué a amar a los pobres y a los oprimidos, pero no es exactamente eso lo que ocurrió. Si uno ha vivido semejante situación, no puede verla en la vida de otra persona sin sentirse horrorizado. Para mí, en muchos sentidos, es más fácil sumergirme en la tristeza de los demás que observarla desde fuera. Detesto la idea de ser incapaz de llegar a la gente. La virtud no necesariamente es su propia recompensa, pero en el hecho de amar a alguien existe cierta paz que no existe en el hecho de distanciarse de alguien. Cuando observo el sufrimiento de las personas deprimidas, me siento irritado. Creo que puedo ayudar, pues no intervenir es lo mismo que ver a alguien derramando un buen vino en la mesa, cuando es más fácil poner de pie la botella y secar lo derramado que omitir el suceso.

En el peor de los casos, la depresión representa la soledad más atroz, y gracias a ella aprendí el valor de la intimidad. Cuando mi madre luchaba contra el cáncer, me dijo: «Todo lo que la gente hace por mí es maravilloso, pero sigue siendo horrible estar sola en este cuerpo que se ha vuelto contra mí». Es, como mínimo, tan horrible como estar solo en una mente que se ha vuelto contra uno. ¿Qué podemos hacer cuando vemos a otra persona atrapada en su mente? No podemos arrastrar a la persona deprimida y sacarla de su desdicha con amor, aunque a veces es posible distraerla. En ocasiones podemos reunirnos con alguien en el lugar donde reside. No es agradable quedarse en silencio en la oscuridad de la mente de otra persona, aunque es casi peor observar el deterioro de esa mente desde fuera. Podemos inquietarnos desde la distancia, o acercarnos cada vez más. A veces la manera de estar cerca es guardar silencio, o incluso mantener la distancia. Desde fuera no nos corresponde a nosotros decidir; lo que nos corresponde es discernir. La depresión es soledad por encima de cualquier otra cosa, pero puede alimentar lo opuesto a la soledad. Amo más y soy más amado a causa de mi depresión, y puedo decir lo mismo de muchas de las personas a las que entrevisté para este libro. Muchas me han preguntado qué hacer por sus amigos y parientes deprimidos, y mi respuesta es muy sencilla: suavizar su aislamiento. Se puede hacer con una taza de té o con una larga charla, o sentándose cerca y en silencio, o de cualquier manera que se adapte a las circunstancias, pero es preciso hacerlo; y hacerlo de buen grado.

Maggie Robbins, que ha luchado intensamente con la enfermedad maníaco-depresiva, señaló: «Solía ponerme muy nerviosa y hablaba sin parar. Entonces

empecé a trabajar como voluntaria en una residencia de enfermos de sida. Allí tomaban el té y se suponía que yo tenía que ayudar a conseguir el té, la tarta y el zumo para los pacientes, y sentarme con ellos y charlar, porque muchos no tenían quién los visitara y se sentían solos. Recuerdo que uno de los primeros días me reuní con algunas personas y traté de iniciar una conversación preguntándoles qué habían hecho el 4 de julio. Me lo dijeron, pero sin poner mucho interés. Pensé: “No es que sean muy amistosos y colaboradores, precisamente”. Pero de inmediato comprendí que a estas personas no les interesan las conversaciones superficiales. De hecho, después de esas primeras y breves respuestas no siguieron hablando, pero no deseaban que yo me marchara, de modo que decidí que si estaba allí con ellos seguiría con ellos. Simplemente se trata de que yo soy una persona que no tiene sida, ni parece realmente enferma, ni se está muriendo, pero puedo soportar el hecho de que eso es lo que les ocurre a ellos. Así que esa tarde me quedé acompañándolos sin conversar. Lo amoroso es que uno está ahí, simplemente prestándoles atención, de manera incondicional. Si en ese momento lo que hace la persona es centrarse en el sufrimiento, lo único que hace es eso, y uno debe acompañarla y no tratar de hacer algo al respecto como un poseso. Y he aprendido a hacerlo».

Los supervivientes toman pastillas y esperan. Algunos se someten a una terapia psicodinámica, otros reciben TEC o se someten a una operación. No es posible elegir si podemos deprimirnos, ni es posible elegir cuándo y cómo mejorar, pero sí se puede elegir qué hacer con la depresión, sobre todo cuando uno sale de ella. Algunas personas mejoran durante breve tiempo sabiendo que experimentarán una recaída, pero cuando superan el trastorno intentan utilizar su experiencia para hacer que su vida sea más rica y mejor. Para otros la depresión no es más que la desdicha absoluta, y nunca logran salir de ella. Las personas deprimidas tal vez hacen bien en buscar formas de que esa experiencia conduzca a la sabiduría. En *Daniel Deronda*, George Eliot describe el momento en que la depresión desaparece, la sensación de milagro que se experimenta. Mirah ha estado a punto de matarse y ha permitido que Daniel la salvara. Dice: «Pero entonces, en el último momento... ayer, cuando ansiaba que el agua se cerrara en torno a mí... y pensé que la muerte era la mejor imagen de misericordia... entonces la bondad se presentó ante mí como algo palpable y sentí confianza en la vida».¹¹ La bondad no se presenta de esa manera ante aquellos cuya vida es absolutamente plácida.

Cuando tuve mi tercera crisis —la minicrisis— me encontraba en las últimas

etapas de la redacción de este libro. Como en ese momento no soportaba ningún tipo de comunicación, puse un mensaje de respuesta automática en el correo electrónico en el cual decía que no estaba disponible, y lo mismo hice con el contestador telefónico. Los conocidos que habían padecido depresión sabían qué hacer con estos mensajes, y no perdían el tiempo. Recibí montones de llamadas de personas que ofrecían lo que fuera, y lo hacían con calidez. «Iré a verte en cuanto tú me llames —me escribió Laura Anderson, que también me envió un ramo enorme de orquídeas— y me quedaré todo el tiempo que sea necesario hasta que estés bien. Si lo prefieres, por supuesto siempre eres bienvenido en mi casa; si necesitas mudarte aquí y pasar un año, yo estaré contigo. Espero que sepas que siempre estaré aquí si me necesitas.» Claudia Weaver me envió sus preguntas: «¿Es mejor para ti tener a alguien que vaya a verte todos los días, o los mensajes son una carga demasiado pesada? Si son una carga, no es necesario que me respondas, pero si necesitas algo, simplemente llámame a cualquier hora del día o de la noche». Angel Starkey me llamaba a menudo desde el teléfono público del hospital para saber si me encontraba bien. «No sé qué necesita —decía— pero estoy todo el tiempo preocupada por usted. Por favor, cuídese. Venga a verme si se siente realmente mal, a cualquier hora. De verdad que me encantaría verlo. Si necesita algo yo intentaré conseguirlo. Prométame que no se hará daño.» Frank Rusakoff me escribió una carta notable y me recordó lo valiosa que es la esperanza. «Ansío saber que estás bien y que has emprendido una nueva aventura —me escribió. Y firmó—: Tu amigo Frank.» Me había sentido comprometido de muchas maneras con todas aquellas personas, pero ese torrente de espontaneidad me sorprendió. Tina Sonego dijo que si la necesitaba llamaría a su trabajo dando parte de enferma, o me compraría un billete y me llevaría a algún lugar a descansar. «Además, soy buena cocinera», me dijo. Janet Benshoof pasó por mi casa con unos narcisos y unos versos optimistas de sus poemas favoritos, escritos con su letra clara, y un bolso con sus cosas para quedarse y dormir en el sofá, y no dejarme solo. Demostró una sensibilidad impresionante.

Incluso en la pregunta más desesperada de una persona depresiva —«¿Por qué?», o «¿Por qué yo?»— se encuentra la semilla del autoanálisis, un proceso que suele ser fructífero. Emily Dickinson habla de «ese blanco sustento... la desesperación»,¹² y la depresión puede, de hecho, justificar y sustentar una vida. La vida no analizada es inaccesible para la persona deprimida, lo cual es quizá la mayor revelación que he tenido: no que la depresión resulte convincente, sino que la gente que la padece puede resultar convincente a causa de ella. Abrigo la esperanza de que este hecho básico ofrezca apoyo a quienes sufren e inspire paciencia y amor a quienes son testigos de ese sufrimiento.

Lo mismo que Angel, tengo la misión de llevar la terapia de la autoestima a quienes no la tienen. Tengo la confianza de que tal vez aprendan no solo a abrigar esperanza sino también amor por ellos mismos a partir de las historias de este libro.

Las diferentes clases de adversidad poseen un gran valor, pero nadie elegiría aprender de este modo, pues todo lo difícil resulta desagradable. Ansío una vida fácil y he asumido compromisos importantes mientras la buscaba, pero he descubierto que es mucho lo que puedo hacer con la suerte que me ha tocado en la vida, y que hay valores para descubrir en ella, al menos cuando uno no es completamente dueño de sí mismo.

John Milton habla en *Areopagítica* de la imposibilidad de apreciar el bien sin conocer el mal. «Por lo tanto esa virtud, que no es más que un niño contemplando el mal y no conoce el summum que el vicio promete a sus seguidores, y lo rechaza, no es más que una virtud vacía, no una virtud pura; su blancura no es más que una blancura excrementicia.»¹³ Así, el mayor conocimiento del pesar se convierte en la base de la plena apreciación de la dicha; y así intensifica la dicha misma. Treinta años más tarde, un Milton más sabio escribió en *El paraíso perdido* acerca de la sabiduría que adquirieron Adán y Eva después de la caída, cuando conocieron todo el espectro de la humanidad:

... porque una vez nuestros ojos

abiertos descubrimos realmente, y descubrimos que conocemos

tanto el bien como el mal, el bien perdido y el mal conseguido,

el fruto podrido del conocimiento.

Hay cierto conocimiento que, a pesar de lo que enseña, sería mejor no obtenerlo. La depresión no solo enseña mucho acerca de la dicha, sino que también borra a esta última. Es el fruto podrido del conocimiento, un conocimiento que yo preferiría no haber adquirido jamás. Sin embargo, una vez que uno lo posee, puede buscar la redención. Adán y Eva descubrieron:

La fortaleza que llega desde arriba, nueva esperanza para que

de la desesperación brote la dicha.

Y armados con esta otra clase de dicha nueva, salen a vivir su vida, su breve

y dulce vida:

Mientras miran hacia atrás, contemplado el Este

del Paraíso, tan tarde su feliz lugar

...

derramaron algunas lágrimas espontáneas pero pronto las secaron;

el Mundo estaba ante ellos, dónde elegir

su lugar de descanso, y la Providencia es su guía:

tomados de la mano con pasos errantes y lentos,

a través del Edén siguen su camino solitario.

Así aparece el mundo ante nosotros, con esos escalones con los que seguimos un camino solitario, supervivientes como somos del conocimiento invaluable y empobrecedor. Avanzamos con valor y con demasiada sabiduría, pero decididos a encontrar lo que es bello. Fue Dostoievski quien dijo: «La belleza, sin embargo, salvará al mundo».¹⁴ Ese momento de retorno del reino de la triste creencia siempre es milagroso y puede ser increíblemente bello. El viaje a la desesperación es algo que casi vale la pena, y si bien ninguno de nosotros habría elegido sacar la depresión de la caja de sorpresas de las cualidades, ya que se nos ha dado la posibilidad, quienes hemos sobrevivido esperamos encontrar algo en ella. Esto es lo que somos. Heidegger creía que la angustia era el origen del pensamiento, y Schelling pensaba que era la esencia de la libertad humana.¹⁵ Julia Kristeva se inclina por esto: «Debo a mi depresión una suprema y metafísica lucidez. ... El refinamiento en el pesar o en el duelo es la huella de una condición humana que sin duda no es triunfante sino sutil, y está preparada para luchar, y es creativa».¹⁶ A menudo me tomo la temperatura mental. He cambiado mis hábitos de sueño, renuncio a las cosas con mayor facilidad, soy más tolerante con los demás, estoy más decidido a no perder los momentos de felicidad. A mi personalidad le ha ocurrido algo más sutil y más fino; no será la clase de esfuerzo que suponía, y a través de ella se abrirán pequeñas ventanas, pero también hay pasadizos tan finos, delicados y luminosos como un huevo. Lamentar mi depresión sería ahora lo mismo que lamentar la parte fundamental de mi propio ser. Me siento agraviado con demasiada facilidad y frecuencia, e impongo mi vulnerabilidad a los demás de manera muy rápida, pero creo que también soy más

generoso que antes.

«La casa está desordenada —me dijo una mujer que había pasado toda la vida luchando contra la depresión— y no puedo leer. ¿Cuándo volverá a aparecer? ¿Cuándo volverá a atacarme? Solo mis hijos me mantienen viva. Ahora estoy estabilizada, pero nunca te deja. Nunca puedes olvidarla, al margen de lo feliz que te sientas en un momento determinado.»

«Estoy reconciliada con toda una vida de medicamentos —dice Martha Manning, que repentinamente se suma con fervor a una conversación—. Y estoy agradecida. A veces miro las pastillas y me pregunto: “¿Es esto lo único que me separa del tormento?”. Recuerdo que cuando era pequeña no era desdichada, pero no podía dejar de pensar: “Tengo que vivir toda mi vida, tal vez ochenta años de esto o algo así”. Parecía una verdadera carga. Últimamente quise tener otro hijo, pero me di cuenta de que después de dos abortos no podría soportar la tensión. He limitado mi vida social. No es posible vencer la depresión. Uno aprende a dominarla y establece compromisos con ella. Uno intenta que remita. Hay que tener muchas cosas resueltas, pasar mucho tiempo sin ceder. Cuando uno está tan cerca de quitarse la vida, si la recupera, lo mejor es reivindicarla.»

Cuando nos esforzamos por reivindicarla, nos aferramos a la idea de la depresión productiva, de algo vital. «Si tuviera que volver a hacerlo, no lo haría de esta manera», dijo Frank Rusakoff unos meses después de que hubiera que trepanar su cráneo para llevar a cabo su cura. Había pasado la tarde con él, con sus padres y su psiquiatra, y ellos hablaban de la terrible realidad, que la cingulotomía no había funcionado y que quizá tendría que someterse a una segunda operación. Sin embargo, con su estilo discretamente valeroso, hacía planes para volver a estar en pie seis meses después. «Pero creo que he ganado y crecido mucho a causa de esto. Estoy mucho más cerca de mis padres, de mi hermano, de mis amigos. Comparto esta experiencia con mi médico, que ha sido muy bueno.» Esa ecuanimidad ganada con esfuerzo parecía de una certeza conmovedora. «En realidad la depresión tiene aspectos positivos, pero es difícil verlos cuando estás inmerso en ella.» Tiempo después, cuando la cirugía dio resultado, escribió: «Dije que si tuviera que hacerlo de nuevo, lo haría de una manera diferente. Supongo que sí. Pero ahora que siento que lo peor ha pasado, estoy agradecido de haber vivido lo que viví. Creo realmente que estoy mejor por haber pasado por el hospital treinta veces y haberme sometido a la operación de cerebro. En el camino he conocido a mucha gente buena».

«Perdí mi inocencia cuando comprendí que durante el resto de mi vida mi

mente y yo nos llevaríamos mal —afirma Kay Jamison mientras se encoge de hombros—. No sabe lo cansada que estoy de las experiencias de construcción de la personalidad. Pero atesoro esta parte de mí misma; quien me quiera, me quiere así.»

«Mi esposa, con quien solo llevo casado unos años, jamás me ha visto deprimido —dice Robert Boorstin—. Se lo he contado, y he dejado que otras personas le cuenten de qué se trata. He hecho lo mejor que he podido para prepararla, porque sin duda tendré otra depresión. En algún momento, en los próximos cuarenta años, volveré a arrastrarme por la habitación, lo cual me asusta mucho. Si alguien me dijera: “Te liberaré de tu enfermedad mental y tú te cortarás una pierna y me la darás”, no sé qué haría. Y sin embargo, antes de enfermar yo era por completo intolerante, increíblemente arrogante e incapaz de comprender la debilidad. Después de haber pasado por todo esto soy mejor persona.»

«El tema más importante de mi trabajo es la redención —asegura Bill Stein—. Aún no conozco el papel que desempeño en las cosas. Me atraen las historias de santos y mártires, y creo que no podría soportar lo que ellos vivieron. No estoy preparado para abrir un hospicio en la India, pero la depresión me puso en el camino correcto. Conocí gente y sé que no tienen el nivel de experiencia que yo poseo. El hecho de haber soportado una enfermedad tan catastrófica ha cambiado de forma permanente mi paisaje interior. Siempre me sentí atraído por la fe y la bondad, pero sin las crisis que sufrí no habría tenido el impulso ni la determinación moral de seguirlos.»

«Recorremos el infierno para encontrar el paraíso —dice Tina Sonego—. Mi recompensa es muy sencilla. Ahora soy capaz de comprender las cosas que antes no comprendía; y las cosas que no comprendo ahora las comprenderé con el tiempo, si es que importan. La depresión es la que me ha convertido en la persona que soy ahora. Lo que ganamos es muy silencioso pero también muy notorio.»

«Nuestras necesidades son nuestros mayores atractivos», afirma Maggie Robbins. Si es a través de nuestras necesidades como llegamos a conocernos, como nos abrimos a los demás, entonces la necesidad puede alimentar la intimidad. «Soy capaz de estar simplemente con la gente debido a lo que he necesitado de ella. Creo que he aprendido a dar todas las cosas que necesito.»

«El estado de ánimo es otra frontera, como el océano o el espacio profundos —comenta Claudia Weaver—. Estar tantas veces decaído te da entereza; creo que me enfrento a las pérdidas difíciles mejor que mucha gente porque poseo una

amplia experiencia de los sentimientos que implican. La depresión no es un obstáculo en mi camino; es como si fuera una parte de mí misma que llevo a mi lado y que supongo que me ayuda en diversos momentos. ¿Cómo? No lo sé; sin embargo, creo en mi depresión, en su poder de redención. Soy una mujer muy fuerte y eso es, en parte, gracias a la depresión.»

Y Laura Anderson escribió: «La depresión me ha dado amabilidad y capacidad de perdonar cuando otras personas no saben lo suficiente para obtener de ella el máximo provecho; me siento atraída por las personas que podrían desanimar a los demás con un movimiento equivocado o una provocación o un juicio claramente absurdo. Esta noche discutí con alguien acerca de la pena de muerte, e intentaba explicarle, sin referirme demasiado a mí misma, que uno puede comprender actos horribles, comprender los terribles vínculos entre el estado de ánimo, el trabajo, las relaciones y todo lo demás. Jamás querría que la depresión fuera un pretexto público o político, pero creo que una vez que has pasado por ella tienes una comprensión mayor y más inmediata de la ausencia temporal de juicio que hace que la gente se comporte tan mal. Tal vez incluso aprendes a tolerar el mal que hay en el mundo».

El feliz día en que perdamos la depresión, junto con ella perderemos muchas otras cosas. Si la tierra pudiera alimentarse y alimentarnos sin lluvia, y si nosotros conquistáramos el clima y decretáramos que el sol brillara de forma permanente, ¿no echaríamos de menos los días grises y las tormentas de verano? Así como el sol parece más brillante y más claro cuando sale en un raro día de verano inglés, después de diez meses de cielos encapotados, así la felicidad reciente resulta enorme y amplia y parece estar más allá de todo lo imaginado. Por extraño que parezca, amo mi depresión. No me gusta experimentarla, pero amo la depresión en sí misma. Amo a la persona que soy cuando me acomete. Schopenhauer dijo: «El hombre está [conforme] en la medida en que es aburrido e insensible».¹⁷ Cuando le pidieron una definición de la felicidad, Tennessee Williams respondió: «Insensibilidad».¹⁸ No estoy de acuerdo con ellos.¹⁹ Desde el momento en que me he visto sometido al gulag y he sobrevivido a él, sé que si tuviera que volver a pasar por el gulag, podría sobrevivir una vez más. Aunque parece extraño, tengo más confianza en mí mismo que la que alguna vez imaginé que podía poseer, lo cual casi hace que la depresión valga la pena. Creo que nunca más intentaré matarme, y creo que tampoco renunciaría a mi vida fácilmente si me encontrara en medio de una guerra, o si mi avión se estrellara en el desierto. Lucharía con uñas y dientes para sobrevivir. Es como si mi vida y yo, sentados uno frente al otro, odiándonos mutuamente y queriendo librarnos el uno del otro, nos hubiéramos unido para siempre de modo inseparable.

Lo opuesto a la depresión no es la felicidad, sino la vitalidad, y mientras escribo esto mi vida es vital incluso en los momentos de tristeza. Tal vez vuelva a despertarme algún día del año que viene sin el control de mi mente; sin embargo, entretanto, he descubierto algo que debería llamar alma, una parte de mí mismo que jamás había imaginado que existía hasta un día de hace siete años cuando el infierno me visitó por sorpresa. Es un descubrimiento precioso. Casi todos los días experimento destellos momentáneos de impotencia y cada vez que ello ocurre me pregunto si estoy decayendo. En ocasiones, durante un terrible instante, brilla un relámpago y deseo que un coche me atropelle, y debo apretar los dientes para quedarme en la calle hasta que el semáforo se pone verde; o imagino con qué facilidad podría cortarme las venas; o pruebo con voracidad el tacto metálico de un arma en mi boca; o imagino que voy a dormir y nunca despierto. Detesto estas sensaciones, pero sé que son las que me han conducido a mirar más profundamente la vida, a encontrar motivos para vivir y aferrarme a ellos. No lamento del todo el curso que ha tomado mi vida. Cada día elijo vivir, en ocasiones con valentía y a veces contra la razón del momento. ¿No es esa una rara dicha?

Epílogo

A T.R.K.

Han pasado veinte años desde mi primera depresión seria. He padecido una enfermedad mental diagnosticada durante casi la mitad de mi vida, y ya no puedo imaginarme a mí mismo sin ella. Parece no tanto que sea algo que me ha ocurrido como que forme parte de mi ser; algunos días es *lo* que soy, pero, como mínimo, siempre es *algo* de lo que soy. Ya no contemplo la posibilidad de que llegue un tiempo en que no reciba tratamiento más de lo que puedo imaginar, un tiempo en que deje de comer o de dormir. Resulta difícil determinar cuánta depresión me define debido a mi experiencia con la propia enfermedad, y cuánta está grabada en mi identidad debido a la postura pública que he adoptado hablando de ella. Escribir *El demonio de la depresión* me convirtió en un depresivo profesional, que es una cosa extraña de ser. Hay un curso en la universidad a la que asistí donde se utiliza el libro, y donde asimismo me invitaron a dar una conferencia. Siendo estudiante en dicha universidad yo había soñado en llegar a ser un escritor de tanto talento que los alumnos de allí estudiaran mi obra. Pero cuando concebí aquella fantasía no preví que la obra sería unas memorias utilizadas en un curso de psicología anormal.

Para mí, cualquier consideración sobre la depresión se ha convertido en una cuestión dialéctica. Por una parte, mi vida se ve tanto menos afectada por la enfermedad con respecto a lo que lo estuvo antaño que a veces la oscuridad de aquellos episodios iniciales parece un sueño distante. Por otra, sentirse seguro es casi siempre el prelude de una de mis ocasionales recaídas, y, cuando golpea la depresión, vuelvo a sentir de nuevo que nunca escaparé de la oscuridad. Por una parte, estoy más acostumbrado que antes a tales caídas; puedo sentir cómo se incuba la depresión igual que los artríticos perciben la lluvia inminente. Por otra, siempre resulta espantoso; me olvido de lo físico que es, de lo implacable que se muestra: la opresión en el pecho, el aletargamiento. Me olvido del aplastamiento de mi ego, de la lucha para no creer que cada pensamiento distorsionado es una idea. Cuando no estoy deprimido obtengo fuerza y belleza de la depresión; cuando lo estoy no encuentro ninguna de tales cosas. La disimulo mejor que antes; puedo funcionar sorprendentemente bien hasta cuando siento que me estoy muriendo, o que quisiera morirme. Pero la ansiedad sigue siendo mi peor enemigo, y periódicamente me despierto sintiendo que la jornada va a ser más de lo que voy a poder aguantar. Un régimen de terapia y medicación parece un escaso precio que

pagar por una relativa ecuanimidad, pero odio el tiempo y la dedicación que todo ello requiere. Aborrezco tener un cerebro frágil y saber, cuando hago cualquier plan, que debo prever la posibilidad de que mi mente me traicione a corto plazo. No he dejado atrás la depresión; solo la mantengo a raya.

Durante estos últimos veinte años he tenido algo de buena fortuna. He conocido y me he casado con mi marido, John, la persona más buena que he conocido nunca, y he tenido hijos, que exigen y a la vez proporcionan una gran felicidad. Hay ciertos aspectos de la seguridad que podemos crear por nosotros mismos, pero la estabilidad también proviene de otras personas, y John me ha afianzado. Él es paciente y amable cuando me vengo abajo. Ya no estoy solo en la depresión, y eso es un cambio radical. Puedo tener el sentimiento subjetivo de que la vida es intolerable, pero por regla general sé intelectualmente que lo que siento es incoherente con la realidad: que tengo una buena vida. He conocido a un brillante psicofarmacólogo que ha confeccionado un régimen de medicación que casi siempre es tan eficaz que resulta sorprendente, con efectos secundarios relativamente menores. Hemos determinado con exactitud de qué modo reajustarla cuando surge el problema. Para la terapia conversacional veo a un psicoanalista que es a la vez sabio y divertido. En cierta ocasión en que me tomé un poco a la ligera algunos signos iniciales de advertencia de la depresión, él me señaló: «En esta habitación, Andrew, no olvidamos nunca que usted es completamente capaz de tomar el ascensor directo a la sección de saldos del sótano de la salud mental».

Regulo mi vida. Nunca me salto un solo día de medicación. Con la ayuda de mis dos médicos, ajusto las dosis y trato de modificar mi comportamiento tan pronto como reconozco el menor indicio de recaída. El propranolol, un betabloqueante que puedo utilizar cuando me siento especialmente ansioso, reduce mi ritmo cardíaco y me deja respirar. Además, no tiene los efectos sedantes de las benzodiazepinas. En 2012 aumenté mi dosis de Zyprexa, el fármaco que ha ayudado a amortiguar mi ansiedad clínica durante los últimos quince años, para volver a bajarla parcialmente unos meses después. Necesité casi dos años para volver a reducirla del todo al nivel anterior, ya que resultaba muy difícil encontrar el momento adecuado para afrontar la posibilidad de un creciente desasosiego. Soy un fanático del sueño, y estoy dispuesto a posponer casi cualquier cosa para asegurarme de que consigo el suficiente; John es quien se levanta por la noche si nuestros hijos necesitan que alguien se levante. Hago ejercicio con regularidad, tanto por mi bienestar mental como físico. Consumo muy poco alcohol y aún menos cafeína (aunque tengo debilidad por el chocolate, que por desgracia no puedo comer si me siento ansioso).

Al mismo tiempo, hay algunas concesiones que no estoy dispuesto a hacer. Llevo una vida estresante y fascinante, y no voy a restringirla. Voy a todas partes y me dedico a demasiadas personas; estoy chiflado por mis propias ideas y sediento por las de los demás; hago malabarismos de forma tan patosa como entusiasta con la familia, los amigos y el trabajo. Prefiero tomar mi medicación y habitar en el mundo que reducirla y aislarme. Cuando estoy bien hago todo lo que puedo, y a veces eso parece un trastorno bipolar de tipo II. Pero mi comportamiento no es hipomaniaco; antes bien, refleja mi conciencia de que la capacidad de funcionar podría abandonarme en cualquier momento, y de que debo explotar mis períodos funcionales todo lo que pueda.

Alguna vez mis hijos me sirven como antidepresivos. Cuando fui padre me prometí no volver a considerar nunca la posibilidad del suicidio y no actuar depresivamente delante de ellos si podía evitarlo, y estar con ellos refuerza esas benignas obligaciones. El sonido de sus voces tiene un efecto milagroso cuando estoy leve o moderadamente deprimido. Aunque, desde luego, pueden hacer que me sienta furioso y preocupado, nunca me hacen sentir menos involucrado en el mundo. No obstante, yo trato de protegerlos no solo de mi depresión, sino también de su capacidad para mitigarla, puesto que no quiero que se tomen esto último como una obligación. John es una enorme ayuda siempre que estoy deprimido; estar juntos en nuestra habitación me hace sentir más seguro de lo que lo ha sido nunca estar solo en mi cuarto, y a él no lo aílo demasiado de mi realidad. El amor ayuda cuando la depresión está en sus primeras fases. Pero cuando se intensifica de verdad, gran parte de ese poder se desvanece. Sé que las cosas se están poniendo mal cuando mi ansiedad resulta sorda a la risa de mis hijos. En ese punto, mi tarea es proteger a los niños de mi distanciamiento, actuar tal como me gustaría sentirme. Esa ha de ser la tarea más agotadora del mundo, aunque haya cierta satisfacción sombría en llevarla a cabo.

Mi vida en el siglo XXI ha estado marcada por periódicas recaídas. En 2002 intenté dejar el Zoloft por un tiempo para evitar los efectos secundarios de tipo sexual. De pronto me encontré con una enorme energía sexual, con cantidades ridículas de sexo, y con falsas ilusiones sobre mis propios encantos. Ello vino a dar chispa a mi relación con John; pero al mismo tiempo me sentía como si hubiera implicaciones sexuales en mi interacción con el cartero, el empleado del supermercado o los buenos hombres y mujeres del autobús urbano de la calle setenta y nueve. Había un matiz sexual en mis interacciones con el paseador de perros, y había un matiz sexual en mis interacciones con el perro. Poco después de

aquellos acontecimientos empecé a ahogarme en aquel flujo de desesperación al que había resistido durante tanto tiempo. Necesité alrededor de seis semanas para comprender que me estaba volviendo completamente loco. Volví de nuevo a mi Zoloft, y las cosas se calmaron.

En la Navidad de 2003, John se trasladó de Mineápolis a Nueva York para vivir conmigo. Yo llevaba bastante tiempo insistiéndole para que lo hiciera, pero la realidad de su llegada provocó varias ansiedades. La última persona que se había trasladado conmigo había terminado por desaparecer de mi vida de una forma particularmente penosa, y la ansiedad desencadenada por la presencia de John en casa era más de lo que podía soportar. Más o menos un mes antes yo había tomado la decisión equivocada de dejar el Zyprexa porque me estaba volviendo una persona gorda y aletargada. Ahora estaba desestabilizado tanto química como emocionalmente. Conseguir lo que pedías y entonces deprimirse parece grosero, y me preocupaba que eso destruyera la relación. Tuve que aprender a interpretar mi sombrío estado de ánimo como si tuviera que ver con otra cosa. Aquella depresión atacó con toda su fuerza; casi era incapaz de hablar. Un mes antes había visto un musical simpático pero insulso, y ahora escuchaba la grabación una vez y otra, y otra, y otra, como si los adorables ritmos de sus canciones insustancialmente optimistas fueran la cuerda de salvamento que me unía a la felicidad.

Justo después de Navidad se suponía que tenía que ir a la Antártida en una misión periodística que implicaba volar hasta allí en un avión militar e informar durante tres días. Yo siempre, siempre, siempre había querido ir a la Antártida, y ya había comprado toda la ropa y las provisiones necesarias. Sin embargo, pronto tuve la evidencia de que no haría el viaje, y de que mis gastos no reembolsables habían sido para nada, una insensatez que casi me hizo enloquecer de consternación. Ahora que estoy bien no veo dónde estaba la dificultad del viaje. Simplemente tenía que meter algo de ropa en una maleta y sentarme en un avión durante un rato, y luego contemplar hermosas vistas junto a cordiales expertos con el fin de describir la experiencia mucho más tarde. Menos de dos años antes había viajado animosamente a Afganistán durante la guerra que allí se libraba con el objetivo de informar para el *New York Times*.¹ Ahora me sentía como si me estuviera asfixiando; parecía que no podía recuperar el aliento. Decepcioné a mis editores, y también me decepcioné a mí mismo, puesto que pensaba que ya había superado esa clase de aparentes tonterías. Cuando me siento bien, pienso que la depresión consiste solo en ceder a la indolencia, que es solo una cuestión de no molestarse con las cosas difíciles. Pero entonces la depresión golpea y, ¡zas!, no puedo hacerlo. Aquel invierno no pude volar a la Antártida en un avión militar más de lo que podría haber ido hasta allí nadando desde Nueva York. De modo

que volví al Zyprexa. John y yo nos adaptamos a nuestra nueva intimidad. Poco a poco fui volviendo a recuperar penosamente el oxígeno de mi propia vida.

Mi episodio serio más reciente se produjo cuando publiqué *Lejos del árbol: historias de padres e hijos que han aprendido a quererse*, a finales de 2012. Sentí resurgir de nuevo una implacable desnudez: había dedicado más de una década a escribir el libro, y la posibilidad de que fracasara me consumía. Mi depresión inicial atacó cuando publiqué mi novela *A Stone Boat* en 1994, y aquella coincidencia ha modulado todas mis experiencias editoriales posteriores. Ahora tenía miedo de que nadie hiciera caso de mi nuevo libro. Me preocupaba que la gente a la que había entrevistado pudiera poner reparos a mis retratos. Me inquietaba la posibilidad de haber pasado por alto algún terrible defecto o laguna en lo que había escrito. Pero, sobre todo, no estaba preocupado por nada que pudiera nombrar: solo estaba preocupado. Constantemente. Me sentía como si me hubieran conectado a un enchufe eléctrico del que no podía desconectarme. La gente no paraba de decirme lo entusiasmado que debía de estar, y yo hacía todo lo posible por seguir el juego. Me declaraba entusiasmado. Actuaba con entusiasmo. Iba a la televisión y a la radio y hablaba con entusiasmo. Pero mientras tanto me sentía como si el mundo tocara a su fin; me sentía como si la gente que amaba fuera a encontrar una muerte trágica; me sentía como si fuera a olvidarme de tragar o de respirar. Sentía que, si me echaba atrás siquiera fuera del compromiso menos importante, me desplomaría y moriría; sentía que, si seguía yendo a mi vertiginoso ritmo, explotaría y moriría.

Di mis primeras conferencias sobre el libro y sabía que no eran lo bastante buenas, que mis ideas eran un lío enorme. De repente me sentí viejo y desesperado. Mi nivel de estrés se disparó, y empecé a experimentar aquel viejo pánico familiar a no poder aguantar toda la jornada. Cuando de noche no podía dormir pensaba que sin duda el agotamiento minaría mi rendimiento, pero cuando finalmente empezaba a aletargarme temía quedarme dormido e incumplir mis compromisos de la mañana. Me despertaba en una habitación de hotel incapaz de doblar mi ropa para volver a meterla en la maleta. Me aterrorizaba constantemente que se perdiera mi equipaje, o que se me olvidara dónde me esperaban a continuación.

Pero publicar el libro también era emocionante. Cuando no tenía ganas de gritar, me encontraba en un estado de alegre autocomplacencia. Era un extraño episodio contradictorio: me sentía en todo momento contentísimo y fatal. Lo único que parecía romper el paroxismo eran mis hijos; con ellos me sentía cuerdo y feliz. Pero en cuanto salían de la habitación —o en cuanto lo hacía yo, lo que ocurría más

a menudo, dado todo lo que pretendía hacer—, el efecto se rompía, y a mi desesperación se añadía el sentimiento de culpa por abandonarlos.

Uno de los problemas de la enfermedad mental es que esta te deja en un estado de permanente inseguridad con respecto a qué es «real» y qué está «solo en tu cabeza». El primer día de mi gira de promoción del libro desarrollé lo que parecía una infección de oído. Yo me pregunté si debía viajar en avión, pero las giras de promoción de libros implican viajar en avión, y todos nos habíamos esforzado mucho en organizar esta. De modo que seguí embarcando en aviones mientras me preguntaba qué hacer con mi oído. La verdad es que no podía escuchar las preguntas que me formulaban los miembros de mi audiencia. Mi psicofarmacólogo sugirió fuertes dosis de Afrin, un nebulizador nasal que se vende sin receta. Me faltaba equilibrio, presumiblemente debido a la congestión auditiva, y me sentía inseguro al andar. Casi perdí un vuelo porque no logré oír los repetidos anuncios de un cambio de puerta de embarque. Empezó a zumbarme el oído, un pitido en el oído izquierdo que sonaba como un perpetuo chirriar de frenos.

Finalmente, durante la Feria del Libro de Miami, terminé en una clínica de urgencias llena de niños gritones, donde un joven doctor me dijo que mis oídos parecían estar bien, pero que podía ponerme unas gotas de antibiótico. Empecé a conjeturar que mis síntomas, que me distraían de obsesionarme con las reseñas del libro, podían ser histéricos; me pregunté si mi pérdida auditiva podría ser causa o producto de mi depresión. Aquella noche unos amigos me invitaron a cenar en su apartamento en la playa, y uno de ellos, que era psiquiatra, me hizo una receta de un antibiótico más fuerte, que tomé durante una semana.

Cuando volví a Nueva York por Acción de Gracias pedí hora a un otorrinolaringólogo, quien, tras examinarme, me dijo: «Tiene usted hipoacusia neurosensorial». Luego pasó a explicarme que parecía haber perdido gran parte de la audición en uno de mis oídos, probablemente de manera permanente. Me recetó esteroides y me dijo que volviera en unas semanas para hacerme otra prueba. Añadió que la posibilidad de perder la audición en el otro oído era más o menos la misma que había sido antes la de perder la audición en este, y sugirió que posiblemente había contraído un virus que había dañado las células pilosas de mi oído interno. Finalmente agregó que también debía comprobar que no hubiera tumores en mi nervio auditivo.

• • •

En Acción de Gracias era incapaz de oír lo que ocurría en una mesa festiva abarrotada de gente. Me sentía completamente solo, incluso entre mi familia y mis amigos. Decidí cancelar el resto de mi gira de promoción del libro... empecé a cancelarla... decidí no cancelarla. Mi editor conocía a un médico de Seattle que podría examinarme el oído cuando me dirigiera hacia allí tras el fin de semana festivo. Aterrícé en Seattle, asistí a algunos programas de radio, y luego acudí a un instituto neurológico, donde me prescribieron una serie de inyecciones de esteroides directamente en el tímpano. Empecé así una nueva rutina: llegar a una nueva ciudad, acudir a un nuevo hospital, volver a hacer todo el papeleo, recibir unos cuantos pinchazos de aguja en el oído, y luego ir de un lado a otro para asistir a programas de radio y dar conferencias. Yo seguía preguntándome si de verdad había perdido la audición, pues seguía imaginando que de algún modo aquello me lo había hecho yo a mí mismo con mi propia depresión, como si la depresión fuera algo que yo me hiciera a mí mismo. Estaba descubriendo muy deprisa por qué la gente tiene audición estereoscópica. Ahora mi sentido del equilibrio había desaparecido por completo, y me caí varias veces. No podía oír por el oído izquierdo, y notaba como si tuviera una pelota de tenis metida en el canal auditivo, por más que los médicos me hubieran asegurado que allí no había obstrucción alguna.

Tengo cierta pérdida de audición permanente en el oído izquierdo, y un zumbido al parecer también permanente; y esos son síntomas físicos, y sumamente fastidiosos. No es en absoluto tan malo como al principio, ya fuera porque he recuperado orgánicamente parte de mi audición o porque mi ansiedad al respecto ha disminuido. Puedo arreglármelas con los anuncios en los aeropuertos. A veces tengo problemas en los restaurantes ruidosos, pero creo que es una dificultad que he tenido desde hace años. Durante unos meses llevé un audífono, luego me di cuenta de que podía arreglármelas sin él, ya fuera porque mis células pilosas auditivas mejoraron o porque mi sombrío estado de ánimo pasó. Volvía a estar bien. Ya no me caía de forma inexplicable. Definitivamente, algo físico había fallado y algo psíquico también, y todavía no tengo ni idea de si ambos estaban conectados, ni de qué manera.

He aquí, pues, uno de los legados de la depresión: ya no sé cómo mi salud mental y física interactúan una con otra. Me gustaría tener una certeza cartesiana sobre mente y cuerpo, pero no la tengo. Nunca padezco un dolor de estómago sin preguntarme si lo que ha perturbado mi digestión es una intoxicación alimentaria o un miedo irracional. Cuando no puedo dormir, me pregunto si mi mente se ha acelerado como a veces se acelera la mente de todo el mundo, o si podría estar llegando a un grado extremo de ansiedad clínica. Me gustaría saber con certeza

cuándo afronto realmente cierta hostilidad y cuándo soy excesivamente paranoico. Receloso de caer en la depresión, casi nunca admito la derrota ante nada excepto las matemáticas, los bailes populares y los deportes de equipo. Intento hazañas insustanciales debido a mi propia terquedad por no perderme nada a causa de la depresión. Cuando comprometo una amistad siempre trato de repararlo: atribuyo el daño a mi estado psiquiátrico antes que al desgaste natural que la vida impone inevitablemente. Mi nostalgia asume la forma de tratar de enmendar el pasado. Tengo la neurosis de la depresión y estoy neurótico por mi depresión.

Hay quien me pregunta si no me ha resultado terriblemente difícil hablar de forma tan abierta sobre mis retos psiquiátricos. Suponen que por culpa de ellos la gente se burla de mí. Yo estoy encantado de decirles que, si lo hacen, casi siempre es a mis espaldas, aunque de vez en cuando pesco algún que otro destello de burla ocasional en Twitter. La revelación más sorprendente derivada de ser un depresivo profesional ha sido lo común y corriente que ha resultado ser la depresión. Cuando explico a la gente que he sufrido de depresión, la respuesta casi universal es: «Yo también he estado preocupado por mi hermana», o «Mi mejor amigo se mató el año pasado y me siento muy culpable por no haberlo comprendido», o «Yo he estado deprimido durante años». Raras veces conozco a alguien que no se entregue a una confidencia. En ocasiones me ha dado la impresión de que mi libro era como uno de esos escáneres de rayos X de los aeropuertos que permiten al personal ver lo que oculta la gente bajo su ropa. Personas perfectamente dueñas de sí mismas, muchas de ellas extrañas, me hablan del entumecimiento o la agonía que afrontan cada día ellos o sus parientes más cercanos. Personas a las que no conozco a veces me abrazan en lugares públicos porque las historias sobre la depresión que explica este libro les han hecho sentir menos solas. Me siento honrado por la confianza y el entusiasmo, aunque puede resultar duro, cuando mi propio estado de ánimo es frágil, cargar con el de otra persona.

Recibo un constante flujo de correspondencia de personas deprimidas que buscan mi consejo. No tengo necesariamente sagacidad alguna más allá de lo que hay en estas páginas, pero las cartas resultan a la vez maravillosas y terribles: maravillosas en cuanto denotan que algo que he escrito o he dicho ha ayudado, maravillosas por la comunidad que establecen; terribles porque me revelan a diario el dolor de vivir, la angustia de personas que no han recibido o no han respondido al tratamiento, o que simplemente se han perdido en un sombrío bosque en medio de sus vidas. Algunos días me siento como un gurú administrando sabiduría; otros me siento como el depresivo que no es capaz siquiera de ayudarse a sí mismo. Mi carta favorita venía de alguien que había escrito sin especificar remitente: «Yo iba a suicidarme, pero leí su libro y cambié de opinión». Cuando me siento en baja

forma, a veces me recito esa línea a mí mismo. He aprendido que no hay nada que haya sentido o pensado que no hayan sentido y pensado muchos otros. Resulta que el mal de muchos es, en efecto, consuelo de tontos. Descubrir la banalidad del propio dolor puede ser un gran alivio.

Las personas deprimidas deberían tener en cuenta que los *bons vivants* que menos pueden tolerar su compañía probablemente resultan ser depresivos ellos mismos, y temerosos del contagio; la crueldad de patio de colegio que se niega a tolerar la vulnerabilidad es una defensa contra la vulnerabilidad. Pero hoy en día generalmente me encuentro con que resulta fácil hablar de la depresión... con tal de que sea en pasado. Cuando no estoy deprimido puedo entrar en detalles tremendos, como he hecho en este libro y en mis conferencias públicas.² Pero cuando lo estoy no puedo hablar de ello a la gente. De repente se convierte en algo vergonzoso.

No se me escapa el carácter absurdo de esta reacción. Este libro se ha publicado en veinticuatro lenguas; resultaría difícil ser mucho más público de lo que yo he sido. Y sin embargo, cuando tengo que cancelar un plan a causa de mi salud mental, invento una letanía de enfermedades somáticas, pidiendo disculpas por imaginarios casos de gripe o falsos esguinces de tobillo. Seis semanas después puedo admitir ante la gente que había mentido y que en realidad estaba un poquito depre, pero en ese momento parece que resulte imposible revelarlo. Esto se debe, en parte, al hecho subyacente de que tienes que estar en un vigoroso estado de ánimo para prescindir del estigma de la depresión. Sufro una especie de lunafobia interiorizada, un prejuicio de autoaversión contra la enfermedad mental; cuando estoy deprimido pienso peor de mí y veo la depresión como un fracaso, aunque cuando estoy bien soy consciente de que eso es una tontería. También me siento agobiado por la compasión de otras personas. La depresión es una enfermedad de soledad, y cuando estás en ella sabes que tu soledad es inquebrantable. La gente que quiere consolarte probablemente se sentirá afligida si no puede ofrecerte un verdadero consuelo. Y te sientes culpable por hacerles pasar por eso, aunque sería peor verse abandonado.

El vicepresidente Joe Biden explicaba en la reunión de 2014 de la Asociación Psiquiátrica Estadounidense que un amigo cuyo hijo estaba gravemente deprimido había descrito a aquel niño como «flotando en el espacio en el extremo de una cuerda». El padre había dicho que él era quien sostenía el otro extremo de la cuerda y que quería enrollarla y tirar de su hijo, pero sabía que, si tiraba demasiado fuerte, la cuerda se rompería y su hijo se perdería para siempre. De modo que se limitaba a sujetar lo mejor que podía. Biden expresó su compromiso

de cara a fortalecer la conexión, de cara a hacer que a todos nosotros nos resulte más seguro y más fácil enrollar la cuerda y tirar de las personas con enfermedades mentales. Unos mejores servicios de salud mental, dijo, harían que resultara menos probable que la cuerda se rompiera.³ Cuando me reuní con él más tarde, aseveró que poner fin a los prejuicios en torno a la enfermedad mental constituía una de las batallas sobre derechos civiles de nuestra generación, y elogió a las personas que combaten y tratan tales trastornos. Yo señalé que, como una persona con un diagnóstico de enfermedad mental, le estaba agradecido, y añadí que encontraba extraordinariamente valeroso para un político en activo defender una causa tan estigmatizada. «*Vosotros sois los valientes*», me dijo él.⁴

La incierta sujeción de la cuerda atormenta a los parientes o amigos de las personas deprimidas, que a menudo me preguntan qué deberían hacer. Yo les aconsejo no dejar que la persona deprimida llegue a estar realmente aislada. Algunas personas deprimidas desean una conversación animada; es como la confirmación de un compromiso. Pero a la mayoría la interacción les resulta pesada, de modo que una buena idea es sentarse junto a ellas y guardar silencio. Algunas personas deprimidas no pueden soportar siquiera que haya alguien más en la misma habitación que ellas. En ese caso, siéntese fuera, en la puerta. Pero no se vaya. La depresión no hace sino intensificarse en los capullos privados que tejemos en nuestro punto más bajo. Asimismo, las personas deprimidas deberían acordarse de evitar estar solas en la medida que puedan. Mi otro consejo a los amigos y parientes de personas deprimidas es que no parezcan demasiado asustados por ello. El miedo de otros puede cobrarse un terrible peaje en la persona que lo provoca. Y lo cierto es que no somos tan aterradores: yo soy la misma persona deprimido o sin deprimir. El estado de ánimo no es el carácter.

Si conocer a una persona deprimida resulta demoledor, no conocerla puede serlo aún más. Nos gusta pensar que podemos identificar la depresión en aquellos a quienes amamos y canalizar nuestra ayuda hacia ellos cuando la necesitan, pero la depresión es a menudo un secreto celosamente guardado, invisible hasta para el ojo más sagaz. El 17 de octubre de 2009, Terry Rossi Kirk, mi compañero de habitación en la residencia universitaria y amigo de toda la vida, se suicidó.⁵ Desde entonces he llorado la pérdida de aquella amistad y mi propia ingenuidad, que me permitió suponer por la actitud invariablemente alegre de Terry que él no podía estar también en las garras de la depresión. Por más que me proclamara a mí mismo un experto en depresión, malinterpreté los signos de Terry. A cualquiera que haya conocido a una persona que se haya quitado la vida le resulta muy difícil dejar atrás la sombra de la culpa. Un suicidio es como el fracaso de mil posibilidades de ayudar, de la capacidad de todo el mundo de salvar a la persona

que ha muerto.

Otros amigos de Terry y yo hemos estado de acuerdo en que nosotros no podíamos haber cambiado su tristeza, pero me gusta pensar que podríamos haber hablado del placer que puede derivarse de la tristeza, algo que su implacable júbilo le impidió aprender. Todos nosotros podríamos haberle recordado que es posible verse superado por el dolor y, no obstante, encontrar sentido en ese dolor, razón suficiente para seguir vivo. Lo extraño es que Terry fue una de las personas que me enseñaron eso a mí: nuestra amistad fue una larga lección de resistencia. En mis tiempos de oscuridad, él formaba parte del andamiaje que me sostenía en el mundo. Tengo que preguntarme por qué extraño azar biológico Terry no salió adelante, mientras que yo sigo aquí. ¿Acaso nuestras depresiones eran fundamentalmente distintas? ¿Nuestra actitud frente a ellas? ¿Los tratamientos que nos prescribieron? Algunos de nosotros podemos seguir adelante; otros no. Ninguno de nosotros podemos dar por supuesto que solo moriremos de causas naturales. Terry creyó que al final no tenía a nadie que de verdad fuera a llorarle, pero dejó atrás a un compañero del alma desolado y un amplio círculo de afligidos amigos, parientes, alumnos y colegas, deseosos de haber sido capaces de hacer que Terry se sintiera tan amado cuando estaba vivo como lo amaban ahora en la muerte. La depresión es la lucha más solitaria posible.

Desde que se publicó por primera vez este libro he conocido a miles de personas deprimidas. Algunas son objeto de excelentes intervenciones y les va bien; un pequeño número tienen una depresión genuinamente intratable (resistente al tratamiento) y no se les puede ayudar; otras evitan el tratamiento porque la sola idea les produce rechazo. Hay, no obstante, un enorme número que han dado el angustioso paso de admitir su enfermedad mental y buscar tratamiento pero que todavía no son objeto de una atención competente. «Me he esforzado mucho —me decía alguien después de una conferencia en Denver—. Si me mato ahora, nadie podrá decir que no lo he intentado.» Estaba siguiendo un régimen inadecuado, tomando una medicación activadora (una medicación que te excita) para una depresión agitada (en la que te encuentras demasiado excitado). Alguien más, en el mismo acto, se quejaba de que había perdido las ganas de hacer nada, y luego reveló que estaba tomando enormes dosis de sedantes. Muchas personas obtienen antidepresivos de su médico de atención primaria, y aunque a algunos una receta rápida de Zoloft o Prozac les funciona muy bien, a muchos otros no.

La competencia en este caso requiere una singular mezcla de ciencia y arte. Nuestro conocimiento del cerebro sigue siendo primitivo en el mejor de los casos, y los psicofarmacólogos de primera fila todavía trabajan basándose en la intuición y la inspiración forzosa. Nuestros tratamientos para las enfermedades mentales no son muy eficaces, cuestan mucho e implican innumerables efectos secundarios. Dicho esto, los recientes progresos en el conocimiento del cerebro y el tratamiento de la enfermedad mental han sido deslumbrantes. Ocurre un poco como con la exploración espacial: sabemos exponencialmente más de lo que sabíamos antes de que lográramos despegar, pero nuestros avances han venido a subrayar cuánto nos falta por aprender. El diputado estadounidense Patrick Kennedy se refiere a ello como la «exploración del espacio interior tal como John F. Kennedy envió a los astronautas a explorar el espacio exterior».⁶ Como alguien que sufre de depresión, agradezco haber vivido ahora y no hace cincuenta años, cuando los tratamientos que me han ayudado todavía no estaban disponibles. Espero, no obstante, que dentro de otros cincuenta años, cuando las personas con mi perfil psicológico examinen retrospectivamente mi tratamiento, se estremezcan ante la idea de que alguien tuviera que sufrir tan crudas intervenciones.

Quisiera poder dar noticias más alentadoras sobre lo que se ha descubierto en los trece años transcurridos desde que se publicara *El demonio de la depresión*. Se han lanzado unos cuantos medicamentos más, y algunos de ellos ayudan a personas a las que no ayudaban los que había previamente disponibles. Entre estos nuevos fármacos se incluyen el Lexapro (escitalopram), un potente ISRS (inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina); el Savella (milnaciprán), un IRSN (inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina) similar al Effexor, que está aprobado para el tratamiento de la fibromialgia, y el Brintellix (vortioxetina), un ISRS con nuevos efectos en los receptores de serotonina que parece funcionar tan bien como otros fármacos basados en la serotonina. Está también el Symbyax, una combinación de Prozac y Zyprexa para la depresión resistente al tratamiento. Está el Viibryd (vilazodona), que funciona de manera similar a los ISRS ya existentes, aunque se afirma que además estimula ciertos receptores claves de la serotonina. Y está el Intuniv (guanfacina), utilizado principalmente para tratar el TDAH (trastorno por déficit de atención e hiperactividad) en niños, que puede tener cierto efecto sobre la ansiedad, especialmente en personas con TEPT (trastorno por estrés postraumático). El Latuda (lurasidona) es un antipsicótico atípico que ha resultado útil en personas en la fase depresiva del trastorno bipolar. Se ha dedicado asimismo cierta atención al 5-HTP (5-hidroxitriptófano), que se vende como complemento alimenticio sin receta médica. Aunque faltan

investigaciones médicas que lo sustenten, he mantenido correspondencia con personas que afirman que dicho complemento, que es un precursor de la serotonina, les ha sido de ayuda.⁷

La depresión que no ha mejorado después de al menos dos rondas de tratamiento antidepresivo basado en evidencias del curso y la duración adecuados se clasifica como «resistente al tratamiento». El Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH) ha anunciado una iniciativa para identificar «tratamientos de acción rápida para la depresión resistente al tratamiento».⁸ El trabajo más apasionante implica el uso de ketamina, un anestésico y tranquilizante veterinario que desde hace mucho se vende en las calles de Estados Unidos bajo el nombre de «Special K». Este fármaco bloquea el receptor NMDA del cerebro, un objetivo que no ha alcanzado ningún otro fármaco. Todos los antidepresivos anteriores han actuado sobre la dopamina, la noradrenalina o la serotonina. La ketamina afecta al glutamato, el neurotransmisor más común del sistema nervioso humano.

La ketamina se ha revelado sumamente eficaz en personas que no responden a otros medicamentos, proporcionando alivio al 70 por ciento de ellas. Mientras que los efectos de otros antidepresivos más tradicionales tardan varias semanas en manifestarse, la ketamina actúa en cuestión de horas, alcanzando la plena eficacia en el plazo de veinticuatro horas y manteniendo su efecto durante al menos unos días en numerosos pacientes; uno de cada cuatro todavía experimenta algún efecto un mes después del tratamiento, aunque el punto medio de recaída se sitúa en torno a las dos semanas. Las ideas suicidas tienden a remitir rápidamente con la ketamina. El fármaco suele administrarse por vía intravenosa o como un polvo inhalado: tomar ketamina por vía oral no ha demostrado ser eficaz para la depresión. Las dosis a las que afecta a la depresión son bastante más bajas que las utilizadas cuando se emplea como anestésico o como droga; sin embargo, se ha usado en dosis más altas como anestésico suplementario para pacientes que recibían TEC (terapia electroconvulsiva). Lamentablemente, este todavía no es un tratamiento viable de amplio espectro. Una excesiva reducción de la función del glutamato en el receptor NMDA puede provocar psicosis, mientras que un aumento excesivo puede matar neuronas esenciales; además, dado que el glutamato afecta al aprendizaje, la memoria, la cognición, la percepción y la emoción, su manipulación debe sopesarse cuidadosamente, y su potencial de efectos secundarios no deseados es enorme. La ketamina también puede tener efectos adversos en los riñones y el hígado. Asimismo, un fármaco ya conocido por sus propiedades como droga resulta particularmente vulnerable a posibles abusos.⁹

Los científicos han estado buscando otros fármacos que exploten los mismos caminos que la ketamina. Entre ellos se encuentran el Rilutek (riluzol), un fármaco anteriormente aprobado para tratar la ELA (esclerosis lateral amiotrófica); hay asimismo algunas evidencias en favor de la escopolamina, que en general se utiliza para tratar la cinetosis. Otras investigaciones se han centrado en el GLYX-13, que tiene un modo de acción similar a la ketamina, pero posiblemente sin el peligro de provocar alucinaciones y psicosis; en Estados Unidos está muy cerca de ser aprobado por la vía rápida por la FDA.¹⁰

Pero la industria farmacéutica ha abandonado en gran parte el trabajo de investigación sobre nuevos medicamentos psiquiátricos. Varios de ellos que parecían prometedores no han logrado pasar las pruebas clínicas, y la mera complejidad del cerebro se ha revelado cada vez más abrumadora. La oleada de optimismo de las grandes farmacéuticas que siguió a la aparición del Prozac se ha debilitado, por más que recientemente la FDA concediera a Johnson & Johnson una «designación de gran avance» por el desarrollo de la ketamina como nebulizador nasal patentado para la depresión, lo que en la práctica significa que su aprobación sería considerablemente rápida, dando a los pacientes acceso al fármaco (y a la empresa, acceso a los beneficios) antes de que este hubiera pasado por los prolongados estudios generalmente obligatorios para los nuevos productos farmacéuticos. Pese a esta excepción, ya hemos explotado las ideas básicas sobre ciertos neurotransmisores descubiertas hace treinta años, y necesitamos otra gran innovación antes de poder esculpir tratamientos alternativos. Hoy tenemos a investigadores en genómica, epigenética y electrofisiología trabajando en colaboración con psiquiatras clínicos con la esperanza de lograrlo.¹¹ La fundación en 2007 del Consorcio de Genómica Psiquiátrica indica una considerable positividad fuera del sector comercial; se trata de un grupo que trabaja para identificar la genética de la salud mental, ensamblando enormes cantidades de investigación para crear metaanálisis que puedan apuntar asociaciones entre determinadas variaciones genéticas e importantes enfermedades mentales, incluida la depresión.¹²

Mientras que la medicación se ha quedado estancada, han avanzado tratamientos basados en la electricidad, la luz y el magnetismo, y tanto los viejos como los nuevos métodos se utilizan cada vez más ampliamente. Esta disparidad refleja tanto la escasez de innovación farmacológica como la mala prensa que se ha dado a la medicación. Y refleja asimismo la visión de la depresión como «un trastorno de circuito, y no un simple desequilibrio químico», en palabras de Thomas Insel, director del NIMH. Esto refleja la reciente interpretación de la depresión como una irregularidad compleja del cerebro. Insel ha dicho que

reconocer «la depresión como una “arritmia”» representa el avance más importante en este ámbito.

La TEC ha aterrorizado durante mucho tiempo a la gente no solo porque en el pasado fue mal administrada, sino también porque puede causar pérdida de memoria. El uso de una forma de choque recién identificada, la denominada «anchura de impulso ultrabreve», ha reducido este efecto secundario.¹³ Los trabajos actualmente en curso buscan formas de hacer que este tratamiento —el más eficaz que tenemos para la depresión grave— resulte menos terrible. Existe apenas un escaso beneficio que motive su desestigmatización. Su eficacia es solo ligeramente superior al 50 por ciento, mientras que los efectos secundarios son reales y graves. He conocido a gente que lamenta haber optado por la TEC; pero también he encontrado a numerosas personas a las que ha salvado la vida. Actualmente hay demasiados depresivos a quienes el tratamiento podría ayudar que se niegan siquiera a contemplar su posibilidad. «La TEC sigue siendo el tratamiento más eficaz para la depresión grave; de eso no hay duda —decía Insel—. Sin embargo, su uso está disminuyendo en lugar de aumentar. Recientes modificaciones han mitigado algunos de sus efectos adversos, pero eso no ha alterado el “estigma” que rodea a este tratamiento.»

La terapia de convulsión magnética (TCM) es una variante inspirada en la TEC. Como esta última, provoca convulsiones inducidas, pero, dado que el cráneo no resiste al magnetismo como hace con la electricidad, los efectos pueden ser más precisos. Así, mientras que la TEC tiende a áreas cerebrales más extensas, la TCM puede centrarse en un área más específica y, así, crear convulsiones focales en lugar de una convulsión cerebral general. Está claro, no obstante, que inducir una convulsión en un área del cerebro afecta a muchas otras áreas. De modo que, por más restringida que sea dicha convulsión, los efectos que desencadene pueden ser amplios. Los primeros estudios comparativos parecen sugerir que la TEC y la TCM muestran una eficacia comparable.¹⁴

Estos son procedimientos que implican hospitalización, requieren anestesia y producen efectos secundarios. Pero a raíz de su avance también ha vuelto la estimulación magnética transcraneal (EMT), que, en cambio, es un procedimiento ambulatorio; esta despolariza el tejido cerebral exponiéndolo a potentes imanes. El paciente se pone una especie de casco lleno de imanes y se conecta a una máquina de EMT. Hay alguna duda con respecto a si el procedimiento tiene que repetirse como mantenimiento una vez que el paciente ha salido de la depresión. Los dispositivos de EMT se están modificando para permitir a los médicos controlar la forma del impulso, lo que se ha revelado importante en la TEC. Todavía está por

explorar cuál es la mejor forma de coordinar estos tratamientos con el tratamiento farmacológico o la terapia conversacional.¹⁵

Los pacientes bipolares sometidos a resonancia magnética (RM) a fin de obtener un diagnóstico físico referían una mejora del estado de ánimo, un hallazgo fortuito que llevó a los médicos a explorar la posibilidad de utilizar un magnetismo mucho más débil que el que actúa en la EMT. Una variante más sencilla de la EMC es la denominada estimulación magnética de campo débil (EMCB), que algunos investigadores creen que tiene la capacidad de mejorar el estado de ánimo deprimido después de una sola sesión. Esta clase de estimulación se ha utilizado para tratar la artritis y otras dolencias físicas, y para ayudar a que las heridas se curen, con algún efecto moderado. El paciente mete la cabeza en algo ligeramente parecido a un microondas y la mantiene allí durante veinte minutos. No hay ninguna sensación física asociada al tratamiento. Cuando sacan la cabeza del dispositivo, los pacientes obtienen puntuaciones en las escalas de depresión estándar más bajas que antes de meterla. Algunos pequeños estudios doble ciego muestran una constante diferencia con respecto al grupo de placebo, aunque los resultados resultan confusos, puesto que varían en función de qué instrumento de medición de la depresión se utilice para cuantificar la mejora, y del hecho de que los pacientes sean unipolares o bipolares. El tratamiento es completamente no invasivo, y no parece tener efectos secundarios. La capacidad de centrarse en regiones cerebrales concretas alcanzada en la EMC no se reproduce en este caso, ya que aquí el campo magnético es muy general. Mientras que la EMC requiere cargas de más de cien voltios por metro (voltios por metro es la unidad de medida estándar de un campo electromagnético), la EMCB trabaja con una estimulación de menos de un voltio por metro. Los críticos han argumentado que los estudios, todavía muy reducidos, tienen que establecer resultados más complejos; todavía no hay ningún trabajo que muestre cuán duradero es el beneficio. Pero el concepto resulta sumamente fascinante.

Se está llevando a cabo un copioso trabajo experimental en el campo de la electroterapia de estimulación craneal (EEC), a veces llamada «electrocéutica». Esta terapia implica aplicar electrodos en la cabeza y enviar una corriente débil a través del cerebro. Se prescribe para la depresión, la ansiedad, el insomnio, el dolor crónico, la fibromialgia, la adicción, la disfunción cognitiva y toda una serie de otras afecciones, muchas de las cuales pueden ser coincidentes. La teoría subyacente a la EEC está presente desde hace más de doscientos años: la estimulación eléctrica de bajo voltaje del córtex cerebral se utilizaba ya para curar la melancolía en 1804. Los resultados, sin embargo, eran heterogéneos, y en la década de 1930 se abandonó esta técnica de bajo voltaje en favor de la TEC, que a

su vez se vio eclipsada en gran parte por la psicofarmacología. Las técnicas de baja corriente siguieron siendo objeto de interés para los investigadores soviéticos, que continuaron utilizándolas. Asimismo, volvieron a tener un uso clínico ocasional en Europa en 1953, y en Estados Unidos se aprobaron en 1963, pero siguieron teniendo un papel marginal hasta que los recientes avances en neuroimagen y modelado por ordenador vinieron a proporcionar datos acerca de dónde había que montar los electrodos, cuán intensa debía ser la carga y cuánto tiempo debía durar para producir cambios significativos en la actividad cerebral.¹⁶ La idea es producir algunos de los beneficios de la TEC sin sus riesgos y efectos secundarios, o lograr los resultados de la EMT sin su complicado equipo (al tiempo que se produce un campo eléctrico entre cien y mil veces inferior al inducido por la EMT o la TEC).¹⁷

La EEC ha sido objeto de opiniones difusas: hay un corpus de bibliografía que afirma que es ineficaz en determinadas afecciones, y otro igual que describe sus efectos positivos. Los estudios de ambos bandos del debate han sido publicados por importantes científicos ligados a prestigiosas organizaciones. En 2014 hay cuatro empresas distintas que producen aparatos de EEC aprobados para su uso en el territorio nacional estadounidense, y hay también otras patentes en curso. Para obtener el aparato hace falta una receta, pero esta puede provenir de cualquier profesional de la salud, incluyendo un masajista terapéutico autorizado. La mayoría de las aseguradoras no financian estos aparatos, alegando que todavía son «experimentales y en curso de investigación».¹⁸

Aunque los dispositivos varían un poco, la mayoría de ellos constan de un aparato que funciona con pilas y que transmite electricidad o bien a través de unos clips sujetos a los lóbulos de las orejas, o bien por medio de esponjas mojadas colocadas sobre la cabeza. Estos dispositivos no inducen convulsiones. Existe un considerable debate acerca de dónde deben colocarse exactamente los electrodos, la duración de estímulo, el tamaño de los electrodos y la densidad de corriente. La mayoría de la electricidad es absorbida por el cuero cabelludo, y parecería que una parte de ella logra atravesarlo y llegar al cerebro, aunque es posible que los efectos en el cerebro sean en realidad respuestas al cuero cabelludo electrificado, antes que a una electricidad directa.¹⁹

Hay dos clases de EEC.²⁰ La estimulación transcraneal por corriente continua (ETCC) aspira a arreglar el cerebro polarizándolo. Es la única de las técnicas electrocúcticas que no utiliza corriente pulsátil. Las cargas anódicas, que son positivas, incrementan las señales dentro del cerebro; las catódicas, que son negativas, las reducen. La estimulación afecta directamente a las áreas del cerebro cercanas a los electrodos, que a su vez producen efectos en otras áreas cerebrales.

De modo que, si, por ejemplo, se estimula directamente el premotor, este activará el córtex motor. Las técnicas de imagen muestran que estos efectos son sostenidos y se extienden a todo el cerebro.

La estimulación transcraneal por corriente alterna (ETCA) parece trabajar no polarizando el tejido cerebral, sino estimulando rítmicamente —y, por lo tanto, potenciando— las funciones habituales del cerebro actuando en los circuitos corticales. Parte de la corriente alterna se administra en oleadas, con aumentos y descensos de intensidad de corriente; y otra parte se transmite en cargas pulsátiles. La estimulación con este tipo de corriente no constante es el método generalmente empleado en la estimulación cerebral profunda y la TEC. Una variante —llamada corriente de Limoge— se utiliza para aumentar los efectos de los anestésicos, reduciendo así las dosis de narcóticos necesarias para mantener a un paciente inconsciente. Diversos estudios muestran que la ETCA altera las ondas cerebrales medidas en los electroencefalogramas, lo que demuestra una mayor relajación, pero apenas hay pruebas de que esos cambios duren más allá de la aplicación activa de la corriente. Algunas evidencias sí sugieren que esta estimulación causa la liberación de neurotransmisores, e incluso de endorfinas. También estimula la afluencia de sangre al tronco cerebral y el tálamo.

Estos aparatos se prescriben para una desconcertante variedad de diagnósticos, y todavía no hay una teoría coherente acerca de cómo funcionan.²¹ Esa es la norma en los tratamientos para la depresión; al fin y al cabo, tampoco hay ninguna teoría coherente detrás de la TEC, y tampoco mucha detrás de la medicación antidepresiva. La principal teoría subyacente a la EEC es que las cargas eléctricas aumentan la producción de serotonina, noradrenalina, beta-endorfina y otros neurotransmisores, y, según algunos científicos, reducen los niveles de cortisol, una hormona del estrés.²² Diversos estudios electroencefalográficos y de RM sugieren que la EEC cambia las pautas de activación neural del cerebro. La EEC parece ser menos tóxica que muchas terapias experimentales; si resulta eficaz o no es todavía objeto de debate, independientemente de algunos excelentes protocolos.²³ Si es eficaz, presentará una maravillosa alternativa para las personas con depresión. Una máquina de EMT cuesta sesenta mil dólares y debe utilizarla un técnico entrenado, mientras que una receta de Latuda puede suponer un gasto de dos mil dólares al mes. Un aparato de EEC cuesta seiscientos dólares y puede emplearse en casa de manera indefinida. Además, el aparato no lleva aparejados los efectos secundarios antisexuales o en forma de ganancia de peso que agobian a muchos usuarios de medicaciones psiquiátricas.

Igor Galynker, director del Centro Familiar para Bipolares y presidente

adjunto del Departamento de Psiquiatría y Ciencias del Comportamiento del Mount Sinai Beth Israel de Nueva York, ha realizado un pequeño estudio ciego sobre la EEC en la depresión bipolar, y ha encontrado que el tratamiento resultaba beneficioso aproximadamente para las dos terceras partes de sus pacientes. «No es un milagro, pero es un tratamiento válido —declaraba—. Hay cambios objetivos en el cerebro.» Galynker encontró una fuerte respuesta inicial de placebo a un dispositivo falso, pero en el transcurso de dos semanas dicho efecto desapareció, mientras que en los pacientes que usaban el aparato de EEC la mejora se mantenía. En dos de los dieciséis pacientes involucrados hubo que suspender el tratamiento porque comenzaron a desarrollar hipomanía. «Mi impresión personal es que puede ser mejor para la ansiedad que para la depresión —señalaba Galynker—. Lo he utilizado un par de veces conmigo mismo, y al cabo de treinta minutos me sentía como si me hubiera tomado un Xanax; estaba un poco confuso y más relajado, aunque tal vez no pensaba con tanta claridad.» Galynker postula que no ha habido demasiadas investigaciones de calidad sobre estos aparatos debido al hecho de que sus beneficios son relativamente bajos, y espera que alguien emprenda un gran estudio para compararlo específicamente con la medicación antidepressiva.²⁴

Para su estudio, Galynker usó el Estimulador Fisher Wallace, un aparato de EEC ETCA diseñado para utilizarlo en casa durante veinte minutos dos veces al día.²⁵ El paciente se coloca una cinta en la cabeza, introduce dos pequeñas esponjas circulares en los electrodos, empapa las esponjas, mete los electrodos con las esponjas bajo la cinta justo sobre las sienes, y conecta una débil corriente alterna. En un intento de entender mejor la EEC, me hice con un Estimulador Fisher Wallace y lo usé dos veces al día durante varias semanas. El estimulador es de plástico beige y se parece al mando a distancia de un acondicionador de aire en un hotel de segunda categoría del Tercer Mundo; durante el tratamiento puede sujetarse en el cinturón. Sujetarme los electrodos me hizo sentirme como un extra en *Alguien voló sobre el nido del cuco*; cuando mi hijo de cinco años me vio llevándolo por primera vez, me dijo que parecía un marciano malo. Las luces del dispositivo destellan durante los veinte minutos en que permanece conectado; luego se apaga automáticamente. Ahora llevo un nuevo peinado al que denomino «la onda EEC»: cuando sujetas esponjas empapadas sobre tu pelo, este cambia de forma. Debe de haber personas en las que este estilo resulte más atractivo que en mí. Es difícil evitar el sentimiento de que uno se está dejando engañar por una nueva orgonita o una tabla de ouija. Cuando conectas y te pones el dispositivo se produce un leve parpadeo en tu visión periférica, como si alguien hiciera destellar una luz estroboscópica a unos treinta metros por detrás de ti; eso me hizo sentir durante todo el rato que las Supremes se disponían a entrar en la disco. También te

produce un hormigueo en las sienes, como si los electrodos estuvieran hechos de lana de acero.

La FDA ha considerado que estos aparatos son, en el peor de los casos, inofensivos.²⁶ Pero los dispositivos diseñados para el uso doméstico a menudo resultan sumamente problemáticos. Roland Nadler, investigador del Centro de Derecho y Biociencias de Stanford y codirector del Grupo Interdisciplinar de Stanford sobre Neurociencia y Derecho (SIGNAL, por sus siglas en inglés), menciona un estudio que ha demostrado que un dispositivo de ETCC que aumentaba las habilidades matemáticas de la gente cuando se aplicaba correctamente en realidad podría reducir dichas habilidades cuando se aplicaba de forma incorrecta. Y prosigue: «Disparar electricidad a través del cerebro de alguien probablemente no es una tarea para aficionados. Es verdad que hay montones de cosas con las que la gente podría hacerse daño y que solo regulamos mínimamente o nada en absoluto. Pero la electrocécutica puede que se parezca mucho más a los fármacos con receta, en cuanto que su uso prudente requiere pericia. Al menos deberíamos suponer que así es en tanto no tengamos un argumento convincente, apoyado por amplias evidencias, en sentido contrario.»²⁷

Soy agnóstico con respecto a la eficacia del Estimulador Fisher Wallace. No es que estuviera muy deprimido cuando empecé con él, pero creo que realmente me levantó el ánimo. No me pareció que hubiera una gran transformación, pero sí me puso en (o quizá solo coincidió con) un agradable estado hipomaníaco que a veces experimento de todos modos. En definitiva, no me hizo dormir; de hecho, me sentí más bien estimulado después de usarlo. Parecía ayudar a mi estado de ánimo matutino, ya que la mañana es el momento del día en que suelo sentirme más abrumado. Me sentía un poco menos ansioso, un poco más descarado. Soy consciente de que las intervenciones psiquiátricas tienen una elevada tasa de placebo, lo que hace especialmente difícil cuantificar qué parte de mi experiencia reflejaba la propia intervención, y qué parte se debía a mi optimismo. Seguí usándolo durante un tiempo, y luego dejé que siguiera el camino de mi audífono, los diversos ejercicios prescritos para mi dolor de riñones, y alguna higiene dental extrema que he mantenido poco tiempo y luego he descartado. Quizá sea de chiflados bombardear el cerebro de alguien, pero cuando has padecido de depresión grave parece que merece la pena cualquier solución no invasiva que venga sin efectos secundarios significativos. Sigo teniendo la intención de volver a mi estimulador, y quizá algún día lo haga.

Una terapia eléctrica más invasiva, la estimulación del nervio vago (ENV), anteriormente usada para tratar la epilepsia, fue aprobada en 2005 por la FDA para

el tratamiento de la depresión. El nervio vago, uno de los doce pares de nervios craneales, pasa a través del cuello y comunica el cerebro con muchos otros órganos y sistemas. En la ENV se enrolla un cable alrededor del nervio vago y se conecta a una batería permanentemente insertada bajo la piel cerca de la clavícula. No está claro cómo actúa esto sobre la depresión, aunque se ha postulado que modula la noradrenalina y el GABA. Los resultados de las pruebas de ENV han sido heterogéneos, pero parece haber algún posible beneficio para ciertas personas con depresión resistente al tratamiento. Como todas las intervenciones quirúrgicas, esta implica un riesgo. Entre los efectos secundarios se incluyen ronquera, tos, dolor de garganta o de mandíbula, náuseas y apnea del sueño.²⁸

Más invasiva, pero también más eficaz, la estimulación cerebral profunda (ECP) ha sido promovida para el tratamiento de la depresión por Helen Mayberg, que actualmente está en la Universidad Emory.²⁹ Mayberg trabajó durante muchos años en neuroimagen funcional. A comienzos de la década de 2000 encontró irregularidades repetitivas en el cerebro de pacientes depresivos en el área 25 de Brodmann, en la región cingulada subcallosa. Hasta entonces nadie había observado nunca tal correlación; de hecho, el área 25 apenas había sido objeto de estudio. Cuando Mayberg desarrolló nuevas estrategias de exploración por imagen, se convenció de que existía un vínculo entre la depresión y el área 25. Observó asimismo que las irregularidades de esta región se corregían en las personas que respondían bien al tratamiento antidepresivo, y conjeturó que la desregulación que había identificado podría ser clave en los estados de ánimo de sus pacientes.

Acudió entonces a su colega y neurocirujano de Toronto Andrés Lozano, un experto en el uso de la estimulación cerebral profunda para tratar la enfermedad de Parkinson, con quien crearía un nuevo protocolo, confiando en que su idea pudiera ser la base de un tratamiento. Mayberg planteó la hipótesis de que los implantes eléctricos cerebrales desarrollados para los pacientes con Parkinson podían utilizarse para estimular el área 25, con el efecto de regularizar la hiperactividad de esta. Diseñar un procedimiento neuroquirúrgico completamente nuevo no es fácil, puesto que la neuroanatomía es muy compleja y cualquier interferencia con ella debe realizarse con enorme cuidado. Obtener tal procedimiento a través de comités examinadores institucionales y otros organismos reguladores puede resultar desalentador, pero en solo dos años Mayberg había sentado las bases para tratar a pacientes deprimidos con ECP. El aparato que utiliza parece un marcapasos para el cerebro. Guiándose por un procedimiento estereotáctico, el cirujano inserta físicamente un delgado cable, el electrodo ECP, a través de una apertura en el cráneo, luego lo dirige guiándose por

RM hasta la sustancia blanca adyacente al área 25, y finalmente lo conecta a una batería instalada bajo la piel, cerca de la clavícula. La batería envía un estímulo constante al cerebro, y dura de dos a cuatro años, según la corriente requerida, antes de que sea preciso reemplazarla. A diferencia de la EEC y la EMT, donde se utiliza una ubicación aproximada en el córtex prefrontal, la ECP se basa en una colocación absolutamente precisa.

Trabajando solo con pacientes resistentes sometidos a una permanente discapacidad como consecuencia de su enfermedad —y que no responden a las terapias conversacionales, las medicaciones ni la TEC—, Mayberg ha devuelto la vida a muchos de los participantes en el estudio. Durante el procedimiento tienen que estar conscientes, y ella no les dice cuándo conecta el dispositivo, pero la respuesta suele ser inmediata. Un paciente preguntó en cuestión de segundos: «¿Qué es lo que acaba de hacer?», a lo que Mayberg preguntó a su vez: «¿Por qué?». Él le respondió: «Es como si hubiera estado encerrado en una habitación con diez niños chillando; ruido constante, sin descanso, sin escapatoria. Sea lo que sea lo que acaba de ocurrir, los niños han salido del edificio». En estudios publicados por Mayberg y su equipo, y otros estudios adicionales de otros grupos, entre el 40 y el 60 por ciento de los pacientes han respondido a este procedimiento quirúrgico, y un grupo sustancial ha experimentado una remisión significativa. Los primeros pacientes implantados han llevado el dispositivo durante más de una década, y según los datos publicados, a alrededor de las dos terceras partes de quienes respondieron inicialmente les sigue yendo bien. Cuando, como experimento, se han apagado sus dispositivos, la depresión ha vuelto al cabo de unas semanas. Obviamente, la mayoría de las personas con depresión no van a optar por la cirugía cerebral; el protocolo siempre se utilizará con un criterio muy selectivo. Pero la innovación de Mayberg es importante por dos razones. En primer lugar, ayuda a personas a las que anteriormente parecía que no se podía tratar: tiene la mejor tasa de respuesta de cualquiera de las terapias para personas con depresión resistente al tratamiento. Y en segundo lugar, ha descubierto a los investigadores el papel crucial del área 25, y habrá entre ellos quienes busquen formas menos invasivas de regularizar su actividad.

Mayberg me ha explicado que recibe montones de cartas de depresivos que quieren participar en las pruebas; es evidente que la posibilidad de tal tratamiento les parece un salvavidas a unas personas irremisiblemente sumidas en la desesperación. Pero hurgar en el cerebro de alguien es siempre arriesgado, y al igual que otras neurocirugías, también esta puede ir mal. Algunos pacientes no mejoran, y otros sufren importantes complicaciones. Un estudio multicéntrico en el que no participó Mayberg, llamado BROADEN (acrónimo inglés de BROdmann

Area 25 DEep brain Neuromodulation, o «neuromodulación cerebral profunda del área 25 de Brodmann»), fue supervisado por una empresa que fabrica dispositivos de ECP, St. Jude Medical. La FDA suspendió la prueba después de que esta no superara un «análisis de futilidad», realizado para determinar si a los pacientes que recibían el tratamiento les iba suficientemente mejor que al grupo de control en la consecución de los objetivos fijados antes del estudio. La interrupción por futilidad refleja el rendimiento del estudio en relación con unos objetivos prefijados, pero no tiene que ver con la seguridad del procedimiento. St. Jude no ha hecho pública ninguna explicación, pero probablemente la suspensión de la prueba indica que a las personas con dispositivos falsos les iba mejor de lo previsto, o que a las que llevaban los dispositivos reales no les iba tan bien como se esperaba. Así, una interrupción por futilidad puede reflejar simplemente que a la prueba inicial se han incorporado unos sistemas de medición incorrectos.

No obstante, este es un hecho inquietante para un estudio de un procedimiento con el potencial de causar daño. Una revisión publicada en *Nature* señalaba que la ECP todavía está «asociada a riesgos quirúrgicos (por ejemplo, hemorragia) y complicaciones psiquiátricas (atenuación suicida, hipomanía), además de unos elevados costes». John Horgan, en un artículo publicado en *Scientific American*, ha expresado dudas sobre el trabajo de Mayberg, pero resulta difícil identificar sus objeciones, salvo que encuentra demasiado ingenua toda la prensa positiva de la que es objeto y que cree que sus estudios son demasiado reducidos. Señala que la cobertura mediática del trabajo de Mayberg se centra solo en los pacientes que mejoran y no en los que no lo hacen, y que el fracaso de una cirugía cerebral invasiva es una experiencia muy desagradable. La periodista Alison Bass ha criticado los vínculos financieros no revelados de Mayberg con empresas que fabrican dispositivos de ECP, por más que la mayoría de los innovadores suelen verse recompensados por sus inventos. Mayberg, por su parte, dijo que BROADEN probablemente se había fijado unos objetivos demasiado globales. «Odiar ver algo abandonado porque no tenías la tecnología necesaria para hacerlo tan bien como tenía que hacerse —añadía—. Por desgracia, la única forma de hacer progresos es seguir haciendo cirugía.»

Es muy difícil separar aquí el grano de la paja. Algunos de los cirujanos que participaron en BROADEN realizaban este tipo de cirugía por primera vez, y eso cuenta; hasta los cirujanos que trabajan con Mayberg han ido dominando mejor el procedimiento después de haberlo realizado unas cuantas veces. Un paciente que había participado en la prueba BROADEN, Steve Ogburn, me escribió: «Yo fui el paciente número tres en la Universidad de Stanford, una de las últimas personas implantadas en el estudio. Me extrajeron el implante el 4 de diciembre de 2013

debido a múltiples complicaciones, dolor de cabeza severo crónico, tejido cicatrizado llamado “deformidad en arco”, anclaje de cable, y lesión quirúrgica o cicatricial en el nervio espinal accesorio y el nervio occipital. En este punto soy un daño colateral del estudio, sigo teniendo un fuerte dolor de cabeza y de pecho, tengo el hombro y el brazo derecho atrofiados, y he intentado todas las vías de ayuda que se me ocurren». Más adelante añadía: «Hace poco conocí a otro participante BROADEN de otro estudio de la Universidad de California, y también él ha desarrollado “deformidad en arco”; afortunadamente, de momento no tiene dolor. Pero en su caso el trauma psicológico de su participación supone una amenaza para su vida». No parece claro cuántos de los problemas de estos pacientes son resultado de la cirugía fallida en sí, y cuántos reflejan el trastorno subyacente que esta no logró remitir. Pero la cirugía cerebral nunca se puede tomar a la ligera, y hasta ahora este procedimiento solo se ha probado en una población muy reducida. Mayberg me reconocía: «Cuando metes el electrodo puedes producir tejido cicatricial, y si tocas un nervio focal, puede producir un síndrome doloroso».

Mayberg ha señalado que la respuesta a los implantes de ECP puede verse socavada por «numerosos factores además de la colocación ideal del electrodo: afecciones psiquiátricas comórbidas no identificadas que afectan a las escalas de evaluación, características de personalidad, y factores psicológicos o ambientales que se evidencian tras la implantación». Subraya la tremenda importancia de elegir a los pacientes adecuados; así, por ejemplo, la ECP no funciona bien en las personas cuyo diagnóstico primario es la ansiedad. «Nosotros cambiamos los cerebros, no las vidas —decía—. Incluso cuando funciona, en el plazo de cuatro a seis meses termina la luna de miel: se espera que hagas cosas. Intentas conseguir trabajo y no te va bien. Tu estado emocional, como el de todo el mundo, se verá influenciado por el estrés de la vida.» En otras palabras: la cirugía arregla solo lo que arregla. «El médico que te ha reemplazado la cadera puede celebrar que corras la maratón, pero el mérito no es suyo; y tampoco tú deberías enfadarte con tu médico si no puedes correr la maratón: muchos de nosotros no podemos. La ECP es capaz de soltar el freno en personas que no pueden moverse, pero son ellas las que tienen que poner la primera y apretar el acelerador. Ellas tienen que extinguir todos sus malos hábitos emocionales y adquirir otros buenos.»

También hay que considerar lo que a menudo se conoce como el ciclo de sobreexpectación de Gartner, que postula que cualquier nueva tecnología primero alcanza un «pico de expectativas sobredimensionadas», luego se hunde en un «abismo de desilusión», y finalmente resurge hasta alcanzar una «meseta de productividad». La propia Mayberg se ha quejado de que la gente «me tomaba por

un mesías»; y añadía: «La ciencia nunca va lo bastante rápido como para satisfacer la necesidad clínica. Creo en el tratamiento, pero solo el tiempo dirá cuáles son sus usos». La ECP es muy nueva. Los resultados iniciales de Mayberg han sido sorprendentes, pero no debemos olvidar lo prometedoras que parecían otras técnicas al principio. Mientras que algunas (TEC) resultaron ser casi milagrosas, otras (choque de insulina, lobotomía) acabaron desacreditadas en última instancia no como meramente inútiles, sino positivamente dañinas.³⁰ Incluso los tratamientos para la depresión más benignos —desde la medicación hasta el psicoanálisis— tienden a llevar aparejados efectos secundarios que algunos pacientes pueden no tolerar; todavía nadie ha encontrado nada que ayude a la enfermedad mental grave sin que a veces no cause también un perjuicio. Lo que se necesita, considerando las actuales evidencias, es una investigación cautelosa pero constante de la técnica.

Mayberg y sus colegas han publicado un artículo en 2014, tras la interrupción del estudio BROADEN, que refleja la ulterior investigación sobre quiénes habían respondido bien a la ECP y quiénes no. Han encontrado que en el cerebro de las personas que responden al tratamiento se forman unas conexiones que no se forman en aquellas que no responden; unas conexiones que se extienden más allá del área 25, e incluso más allá de la región cingulada subcallosa. Han identificado una «huella distintiva» de tres conexiones que deben alcanzarse para que los dispositivos funcionen de manera óptima. Esta idea ayudará a los médicos a colocar los dispositivos con mayor precisión; puede ser útil para localizar, mediante escáner y antes de la cirugía, dónde debería colocarse exactamente el dispositivo de cualquier paciente concreto para acceder al mayor rango de conexiones deseadas. Además, puede indicar cómo debería calibrarse la estimulación proporcionada a cualquier paciente individual. Ello sugiere un posible nuevo algoritmo para la selección del objetivo dentro del cerebro; un algoritmo que podría haber sido de utilidad a los progenitores del estudio BROADEN. Thomas Insel expresaba así sus reservas en torno a la prueba de St. Jude: «Por lo que yo sé, no planificaron el lugar o el impacto de la estimulación de una forma que permitiera que un resultado negativo resultara informativo — comentaba—. Podía ser como hacer la prueba de un fármaco con una dosis inadecuada. La huella distintiva representa exactamente el enfoque correcto: identificar un objetivo que debe ser alterado para saber que tienes una dosis suficiente para una respuesta antidepresiva».

Otras tecnologías no farmacológicas en desarrollo incluyen el ultrasonido focalizado, la terapia de luz infrarroja cercana y la estimulación optogenética (esta última hasta ahora útil solo en ratones). El ultrasonido se podría utilizar para

realizar ablaciones (como la cingulotomía que le hicieron a Frank Rusakoff, y que le reportó tan notable mejoría) sin necesidad de cirugía; también podría emplearse como estimulante en la línea del magnetismo. La luz infrarroja puede despolarizar las neuronas y modular su crecimiento; pero las aplicaciones de esta tecnología todavía están por explorar. Se ha descubierto que unas proteínas microbianas llamadas opsinas abren canales iónicos neuronales cuando se ven expuestas a la luz; esta sensibilidad podría conducir a una variante de la ECP en la que la sonda emita luz en lugar de corriente eléctrica, estimulando así objetivos situados más profundamente en el cerebro. Existe un prometedor trabajo con roedores basado en este principio.³¹ Hace falta más investigación para definir con mayor precisión dónde un cirujano debería insertar opsinas o utilizar la estimulación focalizada o la ablación con ultrasonido. Como la ECP, todos estos procedimientos requieren mejorar el conocimiento sobre los circuitos de la depresión. Hemos descubierto que la depresión es una arritmia, pero todavía hemos de determinar cómo contenerla.

• • •

Para quienes no deseen someterse al tratamiento basado en la electricidad, actualmente han entrado en uso varias técnicas cuasi-conductuales. El Botox se utiliza generalmente con fines cosméticos: paraliza los músculos y, con ello, suaviza las arrugas. Norman Rosenthal, que fue el primero que identificó el trastorno afectivo estacional (TAE), probó a utilizar Botox en un grupo de pacientes depresivos para paralizar los músculos empleados para fruncir el ceño, y descubrió que con ello se reducía significativamente su depresión. En el estudio que emprendió Rosenthal, junto con un dermatólogo cosmético, se inyectó a los pacientes o Botox o solución salina; seis semanas después, los que habían recibido Botox mostraban una tasa de mejora del 52 por ciento, mientras que los que habían recibido inyecciones de solución salina mostraban una mejora de solo el 15 por ciento. Esta investigación puede repetirse, y los estudios realizados en Brasil y Suiza han dado resultados similares.³² Que las expresiones faciales no solo indican el estado de ánimo, sino que también lo crean o lo sustentan, no es una idea nueva. Darwin postulaba que las expresiones faciales modulan estados psíquicos, y el psicólogo-filósofo decimonónico William James escribía: «Sentimos pena porque lloramos, enfado porque golpeamos, miedo porque temblamos, y no lloramos, golpeamos o temblamos porque estemos enfadados, apenados o temerosos, respectivamente».³³

Otro grupo de estudios sugiere que resolver el insomnio aumenta la eficacia del tratamiento de la depresión. En un estudio reducido, los pacientes cuyo

insomnio se resolvió mostraban una tasa de respuesta del 87 por ciento a sus antidepresivos, el doble de la tasa de los que no pudieron quitarse su insomnio de encima.³⁴ Parecería que no solo dormimos mal porque estamos deprimidos, sino que también padecemos depresión porque tenemos problemas de sueño. Los participantes en la mayoría de los estudios de sueño relevantes recibieron una forma de terapia cognitivo-conductual para el insomnio, y aprendieron a regularizar la hora de acostarse y de levantarse; a no meterse en la cama durante el día; a evitar ver la televisión y leer en la cama, y a renunciar a dormir la siesta. Gran parte de esta investigación ha sido dirigida por Andrew Krystal, de la Universidad Duke, quien describe el sueño como una «enorme frontera, todavía inexplorada, de la psiquiatría», y añade: «El cuerpo tiene complejos ciclos circadianos, y en psiquiatría mayoritariamente los hemos ignorado. Nuestros tratamientos se guían por la comodidad. Tratamos durante el día y hacemos pocos esfuerzos para averiguar qué pasa de noche».³⁵

Muchas de las terapias más novedosas están diseñadas para la depresión resistente al tratamiento. De lejos podrían parecer marginales: o bien de dudosa eficacia, o bien tan traumáticas que solo resultan apropiadas para una pequeña proporción de pacientes. Pero basta conocer a uno de tales pacientes para reconocer su urgencia. Poco después de la publicación original de este libro reanudé el contacto con un conocido que había estado combatiendo una arquetípica depresión resistente al tratamiento durante muchísimo tiempo, y cuya trayectoria vital en estos últimos quince años ha incluido pruebas de casi todo lo nuevo que aparece en este ámbito. Su historia ilustra la horrorosa complejidad del trastorno y la no menos desconcertante complejidad de tratarlo.

De niño, Rob Frankel tenía «incapacidad de prosperar».³⁶ Luego, durante toda su vida, tuvo depresión estacional la tercera o cuarta semana de marzo. «Siempre lo sé porque todo sabe distinto. Recuerdo tenerla ya al menos en segundo o tercer curso. Me acuerdo de que me sentía obligado a salir a jugar, cuando durante todo el resto del año, independientemente del frío o calor que hiciera, no había quien me hiciera quedarme dentro.» La pauta persistió en el instituto y se intensificó en la universidad, donde los episodios se extendieron bastante más allá del mes de marzo. Rob todavía no había encontrado una palabra para describir su angustia. «Sobre todo sabía a fracaso. Yo no paraba de debatirme. ¿Por qué no puedo empezar nada? ¿Por qué pierdo la atención? ¿Por qué no me importa la gente, o las cosas, o yo mismo? ¿Por qué no me involucro en el mundo? ¿Por qué no hablo con nadie?»

Después de graduarse se trasladó a la Costa Oeste, encontró trabajo como

profesor en un centro de tratamiento para niños problemáticos, se casó con su novia de la universidad y tuvo un hijo. Tenía días malos, pero al principio eran manejables. Luego empezaron a producirse más a menudo, a durar más y a resultar más incapacitantes. No tardó en vivir en un estado de infelicidad casi constante. Un psiquiatra le diagnosticó trastorno por déficit de atención (TDA) y le recetó estimulantes, Dexedrine y Tegretol. El diagnóstico parecía explicar su incapacidad de concentrarse en nada. Con la medicación perdió mucho peso y se puso en forma, pero pasó a tener ideas suicidas. Entonces su esposa encontró trabajo en Washington, y se mudaron allí. Rob fue a ver a un nuevo especialista en TDA, quien le dijo que en realidad no tenía dicho trastorno, sino epilepsia del lóbulo temporal, de modo que a Rob le retiraron la medicación para el TDA y le prescribieron otra para la epilepsia. Su angustia siguió intensificándose, y fue a ver a otro médico, quien finalmente le diagnosticó depresión y le hospitalizó. Rob empezó a tomar imipramina (que no le sirvió de nada), luego litio (que mató su apetito), luego Prozac (que sí le ayudó) y luego Zoloft (que le ayudó aún más). «Seis semanas después de empezar con el Zoloft, me desperté una mañana y me dije: “¡Eh, esto es impresionante!”», recordaba. Corría el año 1996, él tenía treinta, y pensó que estaba fuera de peligro.

Con lo que Rob describiría como una «vaga ironía», su médico le dijo: «Esta es una época apasionante para tener depresión, con todos los avances que estamos haciendo». Pero la eficacia del Zoloft no duró, y Rob no tardó en estar de nuevo profundamente deprimido. Su médico empezó a crear un cóctel farmacológico: le añadió Effexor, luego Wellbutrin. A Rob le preocupaba no sentir ningún efecto secundario, que «habrían sido una evidencia de que al menos los fármacos hacían *algo*», comentaba. Sin dejar los fármacos, empezó a seguir toda clase de terapias conversacionales. Como su esposa fue consiguiendo mejores trabajos, ambos se mudaron de nuevo, primero a Albuquerque y luego a Nueva York. Él apenas podía funcionar, y a la larga ella pidió el divorcio.

Vivir solo fue un alivio en algunos aspectos, pero el aislamiento agravó su depresión. Pasaba de una medicación a otra. Los IMAO (inhibidores de la monoaminoxidasa, una clase más antigua de antidepresivos) no hicieron desaparecer su depresión, pero sí eliminaron el imperativo suicida. Sin embargo, explicaba, «yo pensaba constantemente: “¿Cuántos años podré arrastrarme así hasta que mi hijo sea lo bastante mayor como para que yo me permita matarme?”». En cambio, a la larga la paternidad mantendría vivo a Rob. «Siempre es mejor con mi hijo —explicaba—, incluso ahora, que tiene catorce años y prefiere ver a sus amigos que a sus padres. Incluso ahora, eso ayuda.»

En los últimos años su médico quiso darle ketamina, pero no logró meterle en el protocolo experimental. «Lo ha intentado todo —comentaba Rob—. Un ionizador. Cosas absolutamente fuera de indicación que habían revelado una ligera ayuda para alguien. Y cuanto más probaba él, menos respondía yo.» Rob hizo una ronda de TEC, y perdió alrededor de ocho meses de memoria previa, además de pasar por tres semanas de «puro atontamiento». Pero no se sentía mucho más feliz. Se interesó en la ECP, que imaginó como una moneda electrificada introducida en su cráneo por una ranura. Pero tampoco estaba cualificado para aquel protocolo, puesto que padece de apnea del sueño, lo que podría complicar los resultados quirúrgicos.

«Sé cómo levantarme. Sé cómo encontrar trabajo. Sé lo que es una familia y una carrera. Pero simplemente no me levanto de la cama. Y si me levanto de la cama, entonces no me levanto de la silla o del sofá. O me paso el día en el suelo. Levantarme y salir de casa solía ser una sola cosa. Ahora, hasta tomar una ducha quizá tiene doce partes, y aunque la primera es la más difícil, puedo quedarme atascado en cualquier punto. Ahora estoy cruzando el apartamento. Me he quedado atascado en la mesa. Me he quedado atascado en la nevera. Me he quedado atascado en el cuarto de baño. He abierto el grifo y luego lo he cerrado quince minutos más tarde. Me he mojado, pero no he sido capaz de apañarme con la toalla.»

Con tan reducidos movimientos, Rob ganó un montón de peso. Describía cómo iba al hospital una y otra vez y le pedían que calificara su estado de ánimo del uno al diez. «Yo lo situaba en 0,001 —explicaba—. Mi depresión era como caminar por el fondo de un lago de mantequilla de cacahuete. No sabía hacia dónde estaba la orilla. No sabía cuán arriba estaba el aire.»

Por difícil que resultara, comentaba Rob, «ha habido días buenos. Ha habido horas buenas. Incluso cuando las cosas van peor, hay minutos buenos. Nunca he perdido mi deseo sexual durante más de un día o dos. Por más deprimido que esté, puedo reaccionar ante alguien cuando hablo con él o con ella. Por más ideas suicidas que tenga, todavía puedo contar chistes». Cuando en la admisión de los hospitales le preguntaban si podía garantizar que no intentaría suicidarse, «yo siempre era honesto —decía—. De modo que me veía en habitaciones con nada más que un colchón, y gritaba, y todo era horrible. Y luego leía un libro de David Rakoff y me reía. Ellos pensaban que estaba fingiendo». La gente que no muestra todos los signos externos siempre obtiene menos compasión, pero casi nadie con depresión presenta todas sus características durante todo el tiempo, y la capacidad de reírse, aunque sea una cosa maravillosa, no indica que alguien que tiene a la vez

ideas suicidas y se siente paralizado no lo esté pasando tan mal. En su intento de consagrarse como ciencia, la psicología se aferra a escalas numéricas y listas de síntomas, pero la depresión no resulta tan bien definida. Aunque Rob ha padecido esa discapacidad durante años, a veces exhibe unas emociones incongruentes con la gravedad de su enfermedad. «Yo tengo *todos* los síntomas —explicaba—, pero no siempre todos a la vez. Cambian. A veces mi apetito está perfecto, y a veces puedo reír, y a veces puedo dormir, y así...»

El médico actual de Rob pensó que valía la pena probar la EMT. La primera ronda se centró en el hemisferio izquierdo del cerebro. Le causó dolor y no ayudó en nada, de modo que al cabo de unos meses el médico cambió al hemisferio derecho. «Sentía como pelotas de ping-pong rebotando en mi cabeza —explicaba Rob—. Pero no hubo resultados.» Un año después, el médico le dijo a Rob que la máquina se había perfeccionado y le sugirió volver a intentarlo, pero fue en vano. «Me convertí en un estúpido. Me costaba mucho seguir las conversaciones. Estoy a diez desviaciones estándar por debajo en el apartado de memoria del test de CI. No podía seguir una frase. Ni podía escribir una frase.»

Su médico se puso en contacto con investigadores de Harvard que habían trabajado en la EMT, y estos le dijeron sin mucha convicción que quizá valdría la pena probar a hacer un uso bilateral de los imanes. «De modo que hicimos el derecho y luego el izquierdo unos minutos después —contaba Rob—. Enseguida supe que aquello iba a funcionar.» La última vez que hablé con él, Rob llevaba catorce meses experimentando una remisión parcial gracias a la EMT bilateral. Por primera vez, solo había sufrido un ligerísimo bajón en marzo. «Sentí la sombra el lunes, y el jueves se había ido», comentaba. Rob me explicó que durante cada uno de los diez años anteriores su propósito de Año Nuevo había sido seguir vivo al cabo de un año. «Mi propósito de este año —me dijo— ha sido tener algo mejor que proponerme el año que viene.»

Recibía tratamiento de EMT seis días a la semana durante solo cuatro minutos en cada hemisferio del cerebro. La última vez que hablamos comía con más regularidad, se había apuntado a un gimnasio, y había perdido casi catorce kilos. Tomaba un cóctel de medicamentos: Nardil (un IMAO), Lamictal (un anticonvulsivo con efectos estabilizadores del estado de ánimo) y Synthroid (tiroides sintética), además de aceite de pescado, ácido fólico y vitamina D. Finalmente le dieron acceso a la ketamina, que su médico le administró por vía intramuscular. Su único efecto fue el de hacerle sentir cansado, de modo que dejó de tomarla. Yo me pregunté si Rob podría volver a ejercer la docencia, pero él decía que no podía defraudar a más niños. Todavía tenía miedo de salir de su

vecindario. «Ni siquiera puedo ir a Brooklyn —me explicó—. Me asusta ir al centro.» Yo le escuchaba y pensaba en la Antártida. «Durante los últimos doce años, por muy bien que me fuera al principio, siempre me he derrumbado y he terminado en el hospital —añadió—. Esta vez no creo. Por unas horas aquí y allá, siento realmente que no estoy deprimido. He estado pensando: “¡Ah, es hora de llamar a los viejos amigos”. Todavía tengo “incapacidad de prosperar”, pero simplemente me tomo las píldoras y me dejo magnetizar y hago todo lo que puedo. Ya no estoy en el fondo de aquel lago de mantequilla de cacahuete. Ahora es como si me hubiera subido a la plataforma de un trapecio. La vida es ese trapecio, y voy a intentar dar el salto y agarrarla. Puede que falle y me desplome de nuevo. Pero al menos estoy en la plataforma.»

Aunque ha habido algunos progresos en nuevos tratamientos, también ha habido un preocupante retroceso de otros viejos. En la década de 1990 se puso de moda desdeñar el psicoanálisis en general y a Freud en particular. Habíamos llegado a comprender que los trastornos mentales eran enfermedades cerebrales, y ya no necesitábamos toda esa jerigonza mitificadora del complejo de Edipo y las relaciones objetuales. Pero por más que el paradigma freudiano necesitara ciertamente una revisión, como le ocurre a cualquier teoría o perspectiva con el paso del tiempo, era un error echar por la borda sus ideas. El conocimiento del cerebro nunca debería excluir el conocimiento de la complejidad del pensamiento humano. El psicodinámico es uno de los numerosos vocabularios útiles para la interpretación de la conciencia humana.

Ha disminuido el uso de cualquier terapia conversacional. Las compañías de seguros aseguran que la medicación, prescrita en una única visita al médico y objeto de solo un seguimiento ocasional, constituye una mejor inversión. La terapia es demasiado indefinida y demasiado difícil de cuantificar. Este punto de vista es un disparate en múltiples niveles. En primer lugar, algunas personas responden mejor a los fármacos que otras, y proponer fármacos como cura universal es una ingenuidad. La depresión es una enfermedad de soledad, y existen enormes evidencias que sustentan que el contacto humano informado se cuenta entre sus mejores soluciones. La percepción de que alguien está prestando atención a lo que tú experimentas es enormemente tranquilizadora. La necesidad de medicación hace que la gente se sienta quebrantada; la terapia la hace sentirse entera.³⁷ Además, hay sólidas evidencias de que, por regla general, la combinación de terapia y medicación funciona mejor que cualquiera de las dos por sí sola. La terapia puede ayudar a la gente a evitar una recaída grave, lo que resulta

económicamente preferible (incluso para las aseguradoras) a estar constantemente entrando y saliendo de hospitales. La terapia cognitivo-conductual tiene un sólido historial en el tratamiento de la depresión leve o moderada, pero esta y otras estrategias de similar eficacia se utilizan no muy habitualmente. Al mismo tiempo, a toda una serie de charlatanes sin preparación no les cuesta nada montar un consultorio prometiendo curas imposibles. Los peligros son menos graves que los ligados a una cirugía cerebral incompetente, pero las cosas pueden ir seriamente mal allí donde se viola la confianza, se ofrecen malos consejos y se permite que la enfermedad se intensifique.

Una vez tirada por el desagüe la pequeña terapia conversacional, el ataque a la psiquiatría biológica puso la directa. Mientras que las terapias conversacionales se han visto socavadas por el desdén, las biológicas a menudo se cuestionan por el miedo. Se ha culpado a los antidepresivos de casi todo lo que va mal en el mundo. El hecho de que uno de los autores de la matanza de Columbine, Eric Harris, hubiera tomado antidepresivos condujo a una serie de reportajes periodísticos en los que se daba a entender que dichos fármacos habían sido un factor causal. Una víctima declaró: «¿Por qué nos preocupamos por los terroristas de otros países cuando las empresas farmacéuticas son nuestros mayores terroristas proporcionando esos fármacos a un público confiado? ¿Cómo se supone que vamos a sentirnos seguros si no podemos confiar en que la FDA haga aquello para lo que le pagamos?». En un artículo publicado poco después de la tragedia, un médico decía: «Estoy muy avergonzado de lo mal que hemos servido a la nación en cuanto a educar sobre los peligros de los efectos secundarios de los antidepresivos», y a continuación pasaba a disculparse personalmente con «cualquiera cuyos hijos se hayan visto afectados desfavorablemente por los antidepresivos».³⁸ Libros como *Legally Drugged* (Legalmente drogado), *Pharmageddon* (Farmapocalipsis), *Mad Science* (Ciencia demencial) y *Prozac: Panacea or Pandora?* (Prozac: ¿Panacea o Pandora?) acusaban a estos medicamentos no solo de adormecernos ante nuestra propia experiencia vital, sino también de desencadenar la mortandad.³⁹

En una declaración pública ante la FDA, una autoproclamada «experta» culpaba a los antidepresivos de una larga lista de males: «Durante décadas la investigación ha demostrado que perjudicar el metabolismo de la serotonina producirá pesadillas, sofocaciones, migrañas, dolores en torno al corazón, dificultad para respirar, empeoramiento de afecciones bronquiales, tensión y ansiedad que aparecen sin motivo, depresión, suicidio (especialmente suicidio

muy violento y tentativas repetidas), hostilidad, crimen violento, incendio provocado, abuso de sustancias tóxicas (incluidos los deseos de tomar alcohol y otras drogas), psicosis, manía, enfermedad cerebral orgánica, autismo, anorexia, conducción imprudente, Alzheimer, comportamiento impulsivo sin preocupación por el castigo, y comportamiento agresivo. Cómo alguien ha podido pensar alguna vez que sería terapéutico inducir químicamente estas reacciones es algo que se me escapa, pero estas reacciones son exactamente lo que estamos presenciando en nuestra sociedad durante la última década y media como resultado del uso generalizado de esos fármacos». ⁴⁰ La implicación de que los antidepresivos son el origen de los males de la sociedad, desde autismo hasta el Alzheimer, puede parecer ridícula, pero en la medida en que aparezcan en los medios de comunicación cada vez más noticias relativas a tales acusaciones, estas pueden influir en la percepción pública y, a su vez, en los legisladores.

Entre los científicos más creíbles, ha habido dos ramas principales en la crítica a los antidepresivos. En primer lugar, una serie de investigadores han argumentado que su eficacia es íntegramente un efecto placebo. En segundo término, muchos han afirmado que dichos fármacos impelen a la gente al suicidio. Además, postulan que la medicalización de la psiquiatría de estados normales alimenta la misma desesperación que profesa tratar; que el uso generalizado de antidepresivos se debe casi enteramente a la voracidad de la industria farmacéutica, y que nuestra incapacidad de localizar las enfermedades mentales en el cerebro implica que no hay ninguna base para tratarlas. Estos argumentos han sido planteados especialmente en Irving Kirsch, *The Emperor's New Drugs* (Los nuevos fármacos del emperador); Robert Whitaker, *Anatomy of an Epidemic* (Anatomía de una epidemia); Daniel Carlat, *Unhinged* (Desquiciado); varios libros de Peter Breggin, y dos influyentes artículos de Marcia Angell, ex directora de la publicación *The New England Journal of Medicine*. Algunos de sus escritos han conjugado el discurso académico. ⁴¹ Otros han captado a una audiencia popular: el argumento de que los placebos funcionan igual de bien que los fármacos fue el tema de un segmento del programa de la televisión estadounidense *60 Minutes*. ⁴²

La mayoría de los principales argumentos de estos autores se han refutado. El trabajo de Kirsch en el que mostraba que los placebos pueden ser igual de eficaces que las medicinas en el tratamiento de la depresión se ha cuestionado desde múltiples ángulos. ⁴³ Las evidencias sugieren que la elevada tasa de respuesta al placebo que él documenta le debe mucho al modo como tales estudios se estructuran, cuánto duran y cómo se recluta a los pacientes. ⁴⁴ Un análisis de Pim Cuijpers et al. con datos más extensos que los de Kirsch indica que los placebos son sumamente efectivos, pero que los antidepresivos se muestran constantemente

más eficaces.⁴⁵ Konstantinos Fountoulakis ha revelado que Kirsch calculó mal la diferencia media fármaco-placebo.⁴⁶ Incluso Carlat ha observado «una inequívoca aunque desconcertante verdad sobre los fármacos psiquiátricos: en general, *funcionan*».⁴⁷ Kirsch sostiene que, por más que los antidepresivos sean relativamente eficaces para las personas con depresión intensa, resultan casi inútiles para quienes sufren depresiones más leves. En el *Journal of the American Medical Association*, Robert Gibbons y sus colegas de la Universidad de Chicago apuntaban a los defectos metodológicos de estudios como el de Kirsch, analizaban de nuevo los datos de casi cinco mil pacientes, y concluían: «Los pacientes de todas las edades y grupos de fármacos experimentaban una mejora significativamente mayor en comparación con los pacientes de control que recibían placebos».⁴⁸ Diversos estudios han demostrado que, aunque muchas personas manifiestan una potente respuesta inicial a los placebos —atribuida en parte a la gran atención de la que son objeto en las pruebas clínicas—, más del 40 por ciento no tardan en recaer, mientras que entre los que han recibido medicación, esto les ocurre a menos del 20 por ciento.⁴⁹ Los estudios sobre la retirada de la medicación presentan evidencias todavía más contundentes. Cuando a los pacientes que han mejorado con antidepresivos se les retiran estos en condiciones de doble ciego —lo que significa que algunos de ellos siguen recibiendo antidepresivos, mientras que otros pasan a recibir placebos—, prácticamente todos los estudios realizados muestran unas tasas de recaída más elevadas en quienes reciben placebos. En conjunto, los pacientes responden a los placebos alrededor de una tercera parte del tiempo, y a una medicación determinada alrededor de la mitad del tiempo, lo que constituye una diferencia notable.⁵⁰

En una elocuente respuesta a los artículos de Angell minimizando la eficacia del tratamiento psiquiátrico, John Krystal, catedrático de psiquiatría de la Universidad de Yale y presidente del Colegio Estadounidense de Neuropsicofarmacología, escribía: «Rebajando los desafíos reales que afrontan los psiquiatras y sus pacientes, ignorando selectivamente el progreso científico que cuestiona sus afirmaciones, y presentando una información tendenciosa y extremadamente selecta sobre el estatus de la neurociencia psiquiátrica, Angell hace un mal uso de su reputación como ex directora de *The New England Journal of Medicine* para estigmatizar aún más el ámbito de la psiquiatría y a los pacientes con trastornos mentales. Angell ha escrito un artículo lleno de medias verdades que parecen abogar por que la sociedad abandone los diagnósticos psiquiátricos, las medicaciones antidepresivas y la neurociencia psiquiátrica. Angell muestra un absoluto menosprecio por el impacto negativo de cada una de estas acciones en las personas con trastornos psiquiátricos y en la sociedad. No proporciona ninguna alternativa al *statu quo* ni una agenda constructiva que en última instancia pudiera

acelerar el alivio del sufrimiento humano. Lejos de ello, ataca la única vía clara hacia unos mejores diagnósticos y unas farmacoterapias más eficaces, la neurociencia traslacional». ⁵¹

Me siento cualificado para comentar de forma anecdótica la respuesta al placebo, puesto que yo la he experimentado. En varias ocasiones he iniciado una medicación que al principio parecía ser la respuesta correcta, pero que en última instancia se reveló inútil para mí. En cada ocasión, una brizna de optimismo me hacía pensar que me hallaba en plena recuperación, y yo atribuía al nuevo fármaco cada momento de lucidez. Pero al cabo de un mes o dos tenía que reconocer que aquella medicación concreta no influía en mi afección; solo me ayudaba mi optimismo congénito. De modo que conozco el salto de esperanza que comporta todo nuevo principio, y sé cómo puede desvanecerse. La respuesta al placebo refleja el enorme alivio de haber intentado finalmente algo, la revelación que acompaña al hecho de mostrarse proactivo, la embriagadora fiebre de las expectativas positivas. Un estudio en el que a la mitad de los pacientes deprimidos se les dijo que iban a recibir definitivamente una medicación antidepresiva, mientras que a la otra mitad se les indicó que tenían solo una probabilidad del 50 por ciento de recibir antidepresivos en lugar de placebos, mostró que la respuesta al fármaco activo venía modulada por las expectativas del paciente. Los que sabían que se les estaba administrando el fármaco mostraron casi el doble de mejora con este que aquellos a quienes se les había dicho que formaban parte de un grupo con la mitad de probabilidades.

En *Psychiatric News*, John M. Oldham, entonces presidente de la Asociación Psiquiátrica Estadounidense, señalaba que en general la opinión pública equipara el placebo a una «píldora de azúcar» de charlatán de feria, mientras que los pacientes, en estudios cuidadosamente diseñados, toman placebos en el contexto «de un programa de tratamiento que implica visitas a profesionales asistenciales, en un marco de apoyo y esperanza». ⁵² Este contexto asistencial y de atención es un elemento importante que se ignora con demasiada frecuencia. Hablar de los propios actos y estados de ánimo con un médico que se muestra profundamente interesado alivia considerablemente el propio sentimiento de impotencia y derrota. Y ese es un componente sustancial de la denominada respuesta al placebo. Un artículo publicado en 2013 en *American Journal of Psychiatry* señalaba que necesitamos entender la respuesta al placebo para poder minimizarla en las pruebas clínicas, garantizando así que no enturbie la señal de la medicación eficaz, y a fin de poder maximizarla en la práctica clínica, donde se podría utilizar un conocimiento más profundo de cómo y por qué funciona para ayudar a las personas deprimidas. ⁵³ Los estudios que utilizan placebos deberían limitar y

controlar el contacto humano y los mensajes de esperanza que crean la respuesta al placebo. Y los que administran tratamientos deberían reconocer que vale la pena explorar los mensajes de esperanza y el contacto humano en todas sus numerosas formas. El lugar más fácilmente asequible para administrar estos últimos es la terapia conversacional: la conexión con un guía entrenado y comprometido puede sustentar a muchas personas con trastornos del estado de ánimo de manera completamente independiente del método que pueda utilizar el guía.

Los cruzados de la antimedicación a veces utilizan como arma el hecho de que no entendemos los mecanismos de los fármacos. Su discurso sigue apuntando a la teoría del «desequilibrio químico», que las personas con problemas de salud mental tienen un déficit de neurotransmisores; una teoría que, por lo demás, lleva una década fuera de circulación.⁵⁴ El hecho de que aumentar la serotonina en las sinapsis ayude a aliviar la depresión no indica que esta esté causada por unos bajos niveles de serotonina más de lo que —como señalaba irónicamente el científico alemán Werner Wöhlbier— el hecho de que un dolor de cabeza remita con una aspirina podría indicar que aquel está causado por un déficit de esta.⁵⁵ Además, quienes argumentan en contra de la medicación a menudo ignoran las evidencias más recientes en el sentido de que algunos antidepresivos se hallan asociados al crecimiento de las neuronas, una posible explicación de su eficacia.

La objeción de estos críticos es, en parte, que no podemos entender el tratamiento dado que no entendemos la afección que tratamos, la cual es un auténtico enigma. Por ahora no entendemos la biología de la enfermedad mental ni comprendemos realmente cómo actúan las medicaciones contra ella. Pero eso a duras penas puede considerarse algo peculiar de la psiquiatría: tampoco entendemos del todo la etiología de la mayoría de los cánceres, y solo ahora estamos reclasificándolos por genotipos en lugar de por el órgano o sistema donde se originan. Los psiquiatras se basan principalmente en lo que les explican los pacientes acerca de cómo se sienten antes que en los biomarcadores, pero existe un importante movimiento en el seno del NIMH estadounidense para poner fin a la imprecisión de esta abrumadora subjetividad. Un nuevo programa del NIMH, el proyecto denominado Criterios de Dominio de Investigación (RDoC, por sus siglas en inglés) aspira a «definir dimensiones básicas de funcionamiento (como la circuitería del miedo o la memoria de trabajo) para ser estudiadas a través de múltiples unidades de análisis, desde los genes hasta los circuitos neurales pasando por los comportamientos, superando la definición tradicional de los trastornos».⁵⁶ Ello permitiría unos enfoques de tratamiento «fiables, válidos y centrados en la persona». En otras palabras, los investigadores deben descubrir la biología de los síntomas sin recurrir a la clasificación familiar de las enfermedades

mentales, permitiéndonos identificar el riesgo y la resistencia potencial, aprovechar la plasticidad del cerebro, y abordar la prevención en lugar de aguardar a los síntomas intensos. Estas afecciones se originan en genes, que se expresan en moléculas, que afectan a células, que cambian circuitos, que alteran la fisiología, lo que lleva al comportamiento que tratamos. Observaba Insel: «Los síntomas son una última manifestación de trastornos cerebrales». Pero la criba genética, los escáneres cerebrales y otras tecnologías de modelado raras veces se utilizan para la detección precoz, el diagnóstico o la resolución del problema. La depresión es el resultado común de numerosos procesos distintos; y a menudo es también objeto de mejora a través de cambios en las circunstancias vitales o simplemente por el paso del tiempo. Insel decía: «Yo comparo la depresión con la fiebre. No tiene nada de raro que veamos una tasa de respuesta del 50 por ciento a la mayoría de las intervenciones. Eso viene a ser igual a lo que tendríamos si diéramos un antibiótico a todo el que tuviera fiebre». Algunas personas se recuperarían gracias al fármaco; otras mejorarían por su propia inmunidad sin obtener apenas beneficios del medicamento, y otras no mejorarían en absoluto. Pero eso no indica que en realidad los antibióticos no funcionen: sin ellos, la tasa de víctimas sería mucho más elevada.

Ha habido una intensa alarma pública en torno a las afirmaciones de que en ciertas circunstancias los antidepresivos pueden instigar ideas suicidas y llevar a las personas vulnerables a matarse, un resultado que parece ser particularmente frecuente en niños y adolescentes, y especialmente probable en las primeras fases de tratamiento. Los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos sostienen que en dicho país cada año intentan suicidarse dos millones de adolescentes, casi uno de cada doce.⁵⁷ Esta cifra representa aproximadamente una tercera parte de los estudiantes de instituto con depresión. Su biología cerebral difiere en varios aspectos de la de las personas de más edad. Un reciente estudio concluía: «El uso de ISRS [la clase de antidepresivos que incluye el Prozac, el Zoloft y el Lexapro] puede asociarse a un riesgo reducido de suicidio en adultos con depresión. Entre los adolescentes, el uso de ISRS puede aumentar las tendencias suicidas».⁵⁸ Un metaanálisis realizado por la FDA en el que se revisaron todos los estudios disponibles y se cotejaron sus resultados, aunque desde entonces criticado por su metodología, sugería que, aunque los antidepresivos reducen las tasas de suicidio en las poblaciones adultas y geriátricas, pueden causar un repunte del 2 por ciento de actos suicidas (de hecho no hubo suicidios reales en las veinticuatro pruebas clínicas examinadas por la FDA) en el grupo de edad de dieciocho a veinticuatro años.⁵⁹ Vale la pena señalar, no obstante, que pocos suicidas adolescentes muestran niveles de antidepresivos en sangre en la autopsia, lo que sugiere que la mayoría de los adolescentes que se quitan la vida, o bien no están en

tratamiento, o bien no toman los fármacos que se les han prescrito.⁶⁰ Asimismo, estas pruebas demuestran un potente efecto placebo: la tasa de suicidio en adultos jóvenes sin tratar es cinco veces mayor que la tasa que encontró la FDA en pacientes que recibían placebos,⁶¹ mientras que en la vida real la elección es entre someterse o no a tratamiento, no entre tratamiento y placebos.

En 2004 la FDA obligó a poner en los ISRS un recuadro negro, la advertencia de mayor nivel que puede llevar un medicamento aprobado en Estados Unidos, con un texto informando de que estos pueden provocar ideas suicidas en niños. En 2007 se amplió dicha advertencia para abarcar también a los adolescentes.⁶² El recuadro negro ha hecho que muchos médicos recelen de prescribir antidepresivos; el año siguiente al de la entrada en vigor de la advertencia hubo un descenso del 22 por ciento en las prescripciones de ISRS, y asimismo un aumento del 12 por ciento del suicidio juvenil, lo que representa el mayor incremento producido en un año desde que se iniciara la recogida de datos en 1979. También en Canadá y los Países Bajos el aumento de los suicidios de jóvenes y adolescentes coincidió con la reducción del uso de antidepresivos.⁶³ En ese período hubo también un incremento del uso de medicamentos antipsicóticos en niños y adolescentes, lo que podría haber desempeñado un papel en el fuerte aumento de las tasas de suicidio. Un trabajo realizado en Yale sugiere que la disminución de prescripciones de ISRS guarda una correlación con el incremento de la delincuencia juvenil, el fracaso académico y el consumo de estupefacientes, aunque la relación causal parece algo tenue.⁶⁴

En conjunto, escribía Robert Gibbons en *Archives of General Psychiatry*, «un mayor número de prescripciones de ISRS se asocia a menores tasas de suicidio en niños», mientras que «las tasas de prescripción de ISRS se asocian a menores tasas de suicidio en adolescentes muy jóvenes». Y afirmaba: «Los datos sugieren, pues, que la reciente extensión a los adultos jóvenes de la advertencia del recuadro negro acerca del riesgo de ideas y comportamiento suicidas en pacientes pediátricos tratados con antidepresivos puede reducir aún más el tratamiento de la depresión con antidepresivos en Estados Unidos y aumentar las tendencias suicidas en las personas con depresión». Gibbons examinaba los datos de Estados Unidos condado por condado, y mostraba que aquellos condados en los que la tasa de prescripción de ISRS era más elevada tenían menores tasas de suicidio juvenil.⁶⁵ La causa no es siempre tan evidente como estas correlaciones parecerían sugerir: unas mayores tasas de prescripción de ISRS presumiblemente significan que también se trata a más padres, lo que a su vez favorece la salud mental de los niños. Pero la investigación de Gibbons apunta claramente a la idea de que la administración de estos fármacos en niños y adolescentes tiene un efecto beneficioso.

La cuestión, más moderada, del posible impulso suicida debido a los antidepresivos en adultos también ha sido objeto de considerable estudio. En el metaanálisis de Gibbons sobre personas tratadas en el sistema del Departamento de Asuntos de los Veteranos de Estados Unidos, en el que se revisaron casi un cuarto de millón de casos, el riesgo de intento de suicidio entre las personas que tomaban ISRS era, aproximadamente, solo un tercio mayor que el de las personas no tratadas, por más que las tratadas con ISRS fueran, con mucha probabilidad, las que padecían una forma de depresión más intensa.⁶⁶ Las zonas de Estados Unidos con mayor aumento de prescripciones de ISRS (principalmente centros urbanos) han demostrado el mayor descenso de suicidios.⁶⁷ De todos los suicidios registrados en la ciudad de Nueva York, donde las tasas de prescripción de antidepresivos son extremadamente altas, solo una cuarta parte los cometen personas que toman medicación antidepresiva; este dato sugiere que la depresión no tratada es, con mucho, la causa más significativa de suicidio.⁶⁸ En conjunto, las tasas de suicidio en Estados Unidos subieron hasta la introducción de los ISRS, y desde entonces han ido a la baja. Varios estudios independientes han demostrado asimismo un descenso de los suicidios en las últimas décadas en Dinamarca, Hungría, Suecia, Italia, Japón y Australia.⁶⁹

La atención de los medios de comunicación se ha centrado en las afirmaciones de que algunas personas se suicidan o lo intentan poco después de iniciar la medicación. Esto parece ser cierto, pero no está claro que la medicación sea la causa de los suicidios. La mayoría de las personas que toman antidepresivos empiezan a hacerlo en un momento en que están extremadamente deprimidas. Estos fármacos suelen tardar unas semanas en empezar a hacer efecto, y el mayor riesgo de tentativa de suicidio se da en el período anterior a aquel en el que la medicación es plenamente eficaz, es decir, cuando la depresión es más severa e irresoluta.⁷⁰ De hecho, los sentimientos suicidas suelen ser el factor que ha llevado a estas personas a buscar una medicación. Gregory Simon, del Instituto de Investigación de Salud Colectiva de Seattle, encontró que la tasa de riesgo estadística de tales personas alcanzaba de hecho un máximo el mes anterior al del inicio de la medicación; descendía antes de que esta hiciera efecto, cuando la anticipación de una mejoría puede hacer que los síntomas actuales resulten ligeramente más soportables, y se mantenía regularmente baja durante el período en el que la medicación se hacía efectiva.⁷¹ La misma trayectoria se aplica a la psicoterapia: el riesgo de suicidio llega al máximo el mes anterior al inicio de esta, se reduce un poco durante el primer mes, y baja considerablemente en adelante.⁷²

Sin embargo, no hay duda alguna de que muchos fármacos producen un paradójico efecto contrario en un pequeño número de aquellas personas a las que

deberían ayudar; personas a las que los somníferos les desvelan o cuyos dolores se multiplican con los analgésicos.⁷³ Así, aunque no se haya probado la existencia de una correlación general entre los ISRS y el suicidio, merece la pena considerar los datos anecdóticos en ese sentido. Una medicación inapropiada puede tener efectos catastróficos; así, por ejemplo, antidepresivos prescritos a pacientes bipolares les han catapultado a la psicosis. Es cuestión de sopesar los pros y los contras, no de considerar los fármacos siempre seguros o siempre traicioneros. Es evidente que hay peligro en una u otra dirección. Si no somos conscientes del riesgo de estos medicamentos, pondremos en peligro a las personas que los tomen; si sobrestimamos el riesgo, desincentivaremos a la gente de recibir medicaciones que potencialmente pueden salvarles la vida.⁷⁴ La probabilidad de ideas suicidas en alguien que empieza a tomar un antidepresivo muestra una fuerte correlación con las ideas suicidas de aquella persona antes de la medicación. Esto subraya la importancia de formular al paciente deprimido las preguntas correctas.

Examinar el historial entero del pensamiento suicida puede revelar más que limitarse a preguntar por el estado de ánimo de alguien en el momento presente. Dos entrevistas de evaluación semiestructuradas —el Algoritmo de Clasificación para la Evaluación del Suicidio de Columbia (C-CASA, por sus siglas en inglés), para el análisis retrospectivo, y la Escala de Clasificación de la Gravedad del Suicidio de Columbia (C-SSRS, por sus siglas en inglés), para el análisis prospectivo— miden el pensamiento y la conducta suicida.⁷⁵ Existe cierta confusión tanto entre los profesionales como entre los pacientes con respecto a lo que constituye un intento de suicidio.⁷⁶ Los protocolos de Columbia lo definen como un acto de daño autoinfligido emprendido con la intención de poner fin a la propia vida. Esta designación no se aplica a las personas que se infligen cortes a sí mismas sin intención de morir. Tampoco incluye las autolesiones causadas para llamar la atención (manipulación) o aliviar el dolor interior (gesto suicida). Pero sí se aplica, por ejemplo, a alguien que cree erróneamente que puede morir de una sobredosis de vitaminas y se toma una docena de ellas de golpe. Estos protocolos requieren la evidencia de un vínculo entre intención y comportamiento.

Algunos actos que no son intentos de suicidio se han clasificado como tales, al tiempo que otros realmente suicidas se han pasado por alto. Tampoco ha habido un consenso generalizado en torno a lo que constituye un pensamiento suicida: algunos médicos insisten en que un paciente que dice que estaría mejor muerto es suicida; otros afirman que no hay ninguna conexión inmediata entre esa desesperación y la consideración real de la posibilidad de quitarse la vida. Estas inconsistencias resultan obviamente distorsionadoras cuando se reúnen datos cuantitativos. La escala de clasificación intenta estandarizar esto; así, evalúa el

comportamiento preparatorio (acumular píldoras o tener un arma cargada), los intentos abortados (estar al borde del suicidio, pero no ejecutar el plan), y las tentativas previas.

Hasta hace unos años, ya entrado el nuevo milenio, los porcentajes de ideas suicidas no se examinaban en las pruebas clínicas previas a la aprobación de los fármacos. Eso significa que la información sobre ideas suicidas se ha ofrecido de manera espontánea en lugar de obtenerse de forma sistemática, y, en consecuencia, muchos pensamientos suicidas han pasado desapercibidos. Dado que el posible efecto en el suicidio no estaba establecido como uno de los puntos que se debían determinar en las pruebas clínicas de los fármacos, la información sobre ideas suicidas en dichas pruebas no ha dejado de ser anecdótica. Kelly Posner, que desarrolló la C-SSRS, cree que en los datos enviados a la FDA se ha sobrestimado el pensamiento suicida y subestimado los actos suicidas, y pretende que las escalas aporten una claridad significativa en ese sentido.⁷⁷ Desde 2008, la FDA ha recomendado que se utilice este protocolo en las pruebas de nuevos fármacos.⁷⁸ El nuevo sistema AVERT™, que actualmente se emplea en algunas pruebas clínicas, gestiona esos instrumentos *online*, con acceso automático a asesores para cualquiera que obtenga una puntuación elevada.

Los CDC estadounidenses han adoptado los protocolos de Columbia para elaborar su kit de Vigilancia de la Violencia Autoinfligida. También se han adoptado en escuelas, donde hasta un 25 por ciento de los profesores informan de que en algún momento ha acudido a ellos un niño del que han percibido que se hallaba en situación de riesgo. Pueden utilizarse, y de hecho se utilizan, en los cuestionarios de admisión en urgencias y en los centros de drogodependencia. El suicidio es habitual, asimismo, entre quienes afrontan la brutalidad en su trabajo cotidiano: en 2011, en Estados Unidos, murieron casi el triple de policías por suicidio que en acto de servicio, y durante la guerra de Irak fallecieron más soldados por suicidio que en combate. El ejército estadounidense ha incorporado el uso de la escala de clasificación en su portal de datos de salud conductual y su sistema de registro de ingresos hospitalarios. Por su parte, los marines han instituido su uso en todo el cuerpo, además de formar en su utilización a todo su personal de apoyo: cada vez que un abogado o un capellán habla con un marine, se requiere que realice la entrevista de evaluación. Estos instrumentos también se emplean en la fuerza aérea, la marina, la Guardia Nacional y el Departamento de Asuntos de los Veteranos. La entrevista podría resultar enormemente beneficiosa en entornos de atención primaria para determinar quién necesita con urgencia servicios de salud mental, y varios estados norteamericanos han establecido su uso obligatorio en escuelas, instalaciones penitenciarias y hospitales.

El suicidio representa una crisis permanente. Es la cuarta causa de muerte entre adultos, y casi la mitad de los que se quitan la vida han visto a su médico el mes anterior al acto. En la mayoría de los casos, dichos médicos se han sentido consternados por la muerte de sus pacientes. El metaanálisis sugiere que la implementación de estas evaluaciones puede reducir de manera significativa la tasa de suicidios al identificar a las personas que se hallan en situación de un riesgo más grave.

Alrededor del 15 por ciento de las mujeres sufren depresión durante el embarazo, y el uso de antidepresivos en mujeres embarazadas va en aumento: en Estados Unidos, entre 1999 y 2003, la tasa aumentó en más del doble en las mujeres tratadas en el marco del sistema Medicaid —un programa de asistencia médica gratuita—, y en la actualidad alrededor del 6 o 7 por ciento de las mujeres embarazadas reciben dicha medicación. En el caso de las mujeres con un historial de depresión la tasa es mucho más elevada. El embarazo puede provocar fácilmente una recaída, y quienes abandonan la medicación durante el embarazo tienen una probabilidad de recaer cinco veces mayor que quienes la mantienen.

Las muestras de sangre del cordón umbilical en el parto indican que el nivel de estos fármacos en el torrente sanguíneo del feto no baja nunca de la mitad del nivel de la madre, y los fármacos también están presentes en el líquido amniótico. Algunos estudios sugieren una asociación entre ISRS y ciertos tipos de defectos cardíacos infantiles (mientras que otros estudios han correlacionado los ISRS con una *menor* incidencia de ciertos defectos cardíacos). Igualmente contradictorios son los datos sobre un posible vínculo causal entre los antidepresivos y el aborto espontáneo, el parto prematuro y el bajo peso al nacer, y existen ciertas evidencias de un pequeño aumento del riesgo de una afección pulmonar denominada hipertensión pulmonar persistente en el recién nacido. En aproximadamente una tercera parte de los casos, los bebés nacidos de madres que reciben medicación de ISRS desarrollan el síndrome de adaptación neonatal, que implica temblores, reflujo y estornudos; sin embargo, estos síntomas son generalmente leves y a menudo se resuelven en cuarenta y ocho horas, aunque en ocasiones se han detectado convulsiones neonatales. Los ratones expuestos a elevados niveles de ISRS durante las primeras fases del desarrollo muestran una reducción de la actividad sexual en los machos adultos, inhibición del comportamiento exploratorio y alteraciones del sueño REM.⁷⁹ Todo esto, obviamente, resulta terrible para las futuras madres, que a menudo deciden dejar los antidepresivos debido a los mencionados riesgos, inespecíficos y difíciles de cuantificar, pero

innegables.

Algunas autoridades han sugerido que el uso de ISRS durante el embarazo puede incrementar la tasa de autismo de la prole. Hasta la fecha se han publicado cinco estudios sobre el tema; los primeros tres encontraron cierta relación.⁸⁰ Sin embargo, dado que existe una considerable bibliografía que apoya la idea de que el historial parental o familiar de depresión y otras enfermedades psiquiátricas constituye un factor de riesgo en el autismo, resulta difícil saber si las madres tratadas daban a luz a niños autistas porque tomaban la medicación o porque eran portadoras de una genética de fragilidad psíquica. El mayor de los estudios, una encuesta de población realizada en 2013 en Dinamarca, intentaba controlar la depresión materna, y no encontró asociación alguna entre los fármacos y el autismo.⁸¹

Por más que los fármacos representen un riesgo, la depresión durante el embarazo resulta, cuando menos, igualmente problemática. Diversos estudios realizados con animales demuestran que, en los mamíferos, las madres estresadas probablemente tendrán una prole con un neurodesarrollo insuficiente.⁸² Las mujeres embarazadas que experimentan depresión o ansiedad sufren un mayor estrés, y pueden tener alterada su propia neurobiología, lo que podría afectar al desarrollo fetal mediante cambios en el ambiente uterino. De hecho, la depresión no tratada durante el embarazo puede aumentar las tasas de aborto espontáneo, parto prematuro y bajo peso al nacer, algunos de los mismos riesgos asociados al uso materno de ISRS.⁸³ Las madres deprimidas tienen un mayor riesgo de preeclampsia. Recientes investigaciones han demostrado que el feto de una madre embarazada deprimida presenta alteraciones en la microestructura de la amígdala cerebral. Incluso existen algunas evidencias de que las madres extremadamente estresadas pueden tener más probabilidades de tener hijos que posteriormente desarrollen esquizofrenia.⁸⁴ Un estudio señala que la experiencia de estrés de las mujeres embarazadas crea un mayor riesgo de ambidextrismo, autismo, trastornos afectivos y capacidad cognitiva reducida.⁸⁵ La ansiedad y la depresión durante el embarazo se asocian a un mayor riesgo de futura enfermedad mental en la prole. Un estudio longitudinal realizado con mujeres embarazadas de barrios urbanos pobres reveló que los hijos de las que habían estado deprimidas durante el embarazo tenían una probabilidad casi cinco veces mayor de ser depresivos que los que no habían estado expuestos a la depresión *in utero*.⁸⁶ Otra investigación señala que los recién nacidos de madres deprimidas tienen «un tono motor y una resistencia menores, son menos activos, menos robustos, más irritables y más difíciles de calmar». ⁸⁷ Y otro estudio reciente revelaba que, mientras que los hijos de madres tratadas con antidepresivos manifestaban unas habilidades lingüísticas

y cognitivas estándar, los hijos de madres deprimidas que no habían sido tratadas mostraban un lenguaje y una cognición reducidos.⁸⁸ En otro estudio se reconoce: «La noción de que la alteración del estado de ánimo o los niveles de estrés de la madre durante el embarazo puede influir en el desarrollo del niño tiene un historial consistente en distintas culturas y se halla extensamente arraigada en la psicología popular».⁸⁹

Al mismo tiempo, es importante no culpar a las madres de los problemas neurológicos de sus hijos. La «madre nevera», de la que se decía que provocaba autismo y esquizofrenia, proyecta su alargada sombra en esta investigación. Puede ser contraproducente decirles a unas mujeres sometidas a un estrés que no pueden evitar que, siendo infelices —o tratando su angustia—, están perjudicando a sus hijos. Culpar a unas mujeres de perjudicar a sus hijos por tomar antidepresivos y a otras de perjudicarles por estar deprimidas crea una situación sin salida que en sí misma resulta deprimente. Por otra parte, entender las consecuencias de la depresión y sus tratamientos durante el embarazo puede ayudar a las mujeres a sortear el campo de minas de la atención psiquiátrica prenatal.

Elizabeth Fitelson, una psiquiatra de Columbia que trabaja principalmente con mujeres embarazadas, me escribía diciendo: «La exposición a ISRS tiene efectos en el neurodesarrollo de algunos bebés (pero ciertamente no todos) expuestos *in utero*, pero básicamente todavía está por ver qué efectos de neurodesarrollo a largo plazo se producen, en el caso de haberlos. No sabemos si los efectos de neurodesarrollo relativamente débiles observados en bebés expuestos siguen siendo significativos más avanzada la niñez, qué bebés tienen más probabilidades de verse afectados *in utero* o por la medicación o por el estado de ánimo de la madre, y cómo diferenciar los efectos de uno y otro caso. Existe una constante ambivalencia social acerca de si las mujeres “necesitan” tomar medicación antidepresiva durante el embarazo e incluso después. Cuando hablo de ello con mujeres, lo enmarco como una cuestión de equilibrar los riesgos conocidos y los desconocidos».⁹⁰

Un artículo publicado en *The New York Times* en septiembre de 2014 destacaba los inconvenientes del tratamiento antidepresivo durante el embarazo, vinculando el uso de ISRS a toda una serie de infortunios, incluyendo autismo, TDAH, menor competencia lingüística a los tres años, parto prematuro, defectos cardíacos, pie deforme congénito, hipertensión pulmonar persistente, puntuación de Apgar inferior y bajo peso al nacer. «Otros expertos piensan que es hora de reconsiderar totalmente el uso generalizado de estos fármacos en mujeres embarazadas», escribía Roni Caryn Rabin, para a continuación citar las palabras de

uno de dichos expertos: «Este es un mensaje que la gente no querrá oír necesariamente. Todo el mundo es más feliz con esta idea de que los medicamentos están bien».

El grupo Postpartum Support International, líder en temas de salud mental para mujeres embarazadas y madres recientes, respondió con considerable indignación al artículo. Afirmaron que el trabajo de Rabin probablemente iba a «fomentar un miedo innecesario», y añadieron: «La implicación de que las mujeres deciden despreocupadamente empezar a tomar o seguir tomando antidepresivos o cualquier otra medicación durante el embarazo es insultante y degradante. La autora ha elegido estudios cuidadosamente seleccionados para apoyar su torpe e inexacta hipótesis, y ha ignorado los estudios que no han encontrado que exista un aumento del riesgo asociado al uso de ISRS en el embarazo. Mientras que en el artículo de Rabin se subrayaban múltiples “riesgos” de exposición a los ISRS, se restaba importancia sistemáticamente a los riesgos reales, bien establecidos y repetidamente documentados, asociados a la exposición fetal a la depresión y la ansiedad no tratadas. La depresión durante el embarazo aumenta de dos a tres veces el riesgo de parto prematuro. La depresión y la ansiedad durante el embarazo también aumentan significativamente el riesgo de depresión posparto, lo que puede tener profundos efectos negativos tanto en el desarrollo del bebé como en el de cualesquiera posibles hermanos». Y concluían: «No hay excusa para tal clase de información, que busca claramente disuadir a las mujeres de recibir el tratamiento que requieren. Lejos de condenar las decisiones adoptadas, es hora de que la sociedad apoye a estas mujeres y muestre compasión por el doloroso calvario que sufren».

El Centro de Salud Mental Femenina del Hospital General de Massachusetts replicó de forma igualmente consternada al artículo del *Times*: «La señora Rabin parece trivializar la depresión, convirtiéndola en algo parecido al acné o el pie del atleta —declaraba por una parte; luego añadía—: La situación empeora con la distribución de artículos, como el de la señora Rabin, que o bien presentan malos resultados en términos sensacionalistas, o bien presentan solo *algunos* de los datos científicos disponibles. Indudablemente, todas las mujeres, si se les da la opción, preferirían evitar tomar cualquier medicación durante el embarazo. En general, no podemos concluir que la exposición fetal a los antidepresivos (o, para el caso, a cualesquiera otras medicaciones) esté completamente libre de riesgos. Ninguna decisión clínica, especialmente una de esta complejidad, carece de riesgos o es perfecta. Sin embargo, tenemos considerables datos para indicar que muchos antidepresivos, especialmente los ISRS, pueden utilizarse cuidadosamente durante el embarazo. Presentar de manera superficial la complejidad de las decisiones

tomadas en torno al uso de antidepresivos durante el embarazo tiene el potencial real de poner a los pacientes en una situación de peligro. En el mejor de los casos, tal presentación es solo incompleta; en el peor, es también irresponsable».

Puede haber muy bien embarazos que se vean afectados desfavorablemente por antidepresivos; el número en el que los problemas son significativos y persistentes es probablemente reducido. Para las mujeres capaces de controlar su depresión durante el embarazo con TCC u otras terapias no farmacológicas, esa es a menudo la mejor opción. La mayoría de las mujeres intentarán hacerlo así. Pero la terapia conversacional por sí sola no es suficiente para muchas personas deprimidas, embarazadas o no, y actualmente la bibliografía más general sugiere que los riesgos asociados a la depresión grave a menudo pueden ser más serios que los asociados a las medicaciones. El debate es encarnizado, y la decisión es difícil: estar deprimida durante el embarazo, con consecuencias problemáticas, o recibir medicación durante el embarazo, con ramificaciones confusas.

El cerebro y el yo son demasiado complejos como para entenderlos a través de un solo vocabulario, y resulta que «Conócete a ti mismo» es la instrucción más difícil que alguien haya dado jamás. La psiquiatría se halla aún en su infancia; es imperfecta, incluso defectuosa, pero *defectuosa* no significa *inútil*. Muchas personas reciben un tratamiento que no necesitan, pero hay muchas más que no reciben un tratamiento del que podrían beneficiarse. Los hipocóndricos a veces pierden tiempo y dinero en ir a ver a terapeutas que prosperan gracias a los problemas que profesan resolver. Las empresas farmacéuticas han utilizado dinero para influir en los médicos, creando una red de lealtades contradictorias que a menudo sesgan el tratamiento. Sin embargo, hace un siglo uno apenas habría conseguido nada buscando un diagnóstico para sus males mentales; todo lo que podía decirse era que tal aflicción era endémica de la condición humana. En la actualidad, reconocer nuestra agitación interior nos da acceso a tecnologías que pueden aliviarla. Dado que hoy el diagnóstico es factible, también es más abundante. Y mientras que muchas personas atacan la expansión del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición* (el DSM-V, por sus siglas en inglés), la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (o ICD, por sus siglas en inglés) se está expandiendo a un ritmo comparable, delineando constantemente nuevas enfermedades físicas.

Cada vez está más claro que la depresión tiene montones de causas, incluyendo vulnerabilidades genéticas (que, a su vez, están sujetas a factores externos y epigenéticos), estrés, enfermedades endocrinas, traumatismos craneales,

problemas inflamatorios (algunos de los cuales afectan al cerebro), degeneración cerebral (como en el Parkinson o el Alzheimer), problemas nutricionales (especialmente déficit de ácido fólico o de vitamina D), diabetes y ciertos cánceres. Es evidente que diferentes personas responden a distintos tratamientos, pero los médicos siguen luchando para determinar quién responderá a qué. En un estudio publicado en JAMA en 2013, Callie McGrath, Helen Mayberg y sus colegas identifican un biomarcador que diferencia a las personas que responderán mejor a la medicación (actividad por encima de la media en la ínsula anterior derecha) de las que responderán mejor a la terapia conversacional (actividad por debajo de la media en esa misma región).⁹¹ Utilizando instrumentos de representación óptica funcional y estructural, han establecido algoritmos que ayudarán a los facultativos a delinear subgrupos de pacientes deprimidos de cara a optimizar su tratamiento. En condiciones ideales, esta idea permitiría a los médicos evaluar la depresión por tipo y abogar por las terapias con más probabilidad de resultar eficaces en cada paciente. Entre otros posibles biomarcadores se cuentan el cortisol en el suero, la saliva o el pelo; la longitud de los telómeros; los niveles de dehidroepiandrosterona (DHEA); los niveles de factor de crecimiento de fibroblastos; los análisis de neuropéptido Y, y los niveles en sangre de las hormonas ghrelina y leptina.⁹²

Aunque los avances médicos de los últimos veinte años han aumentado nuestra capacidad de ayudar a las víctimas de depresión, sigue habiendo cinco grandes problemas. En primer lugar, solo un pequeño porcentaje de personas depresivas que buscan ayuda reciben el tratamiento óptimo. De hecho, el profesor Simon Wessely, cuando fue nombrado presidente del Real Colegio de Psiquiatras del Reino Unido en 2014, señaló que solo una tercera parte de las personas con problemas de salud mental en dicho país recibían *cualquier clase* de tratamiento, lo que significa que el número de las que reciben un tratamiento eficaz y beneficioso debe de ser mucho menor. Actualmente, en Estados Unidos, los trastornos neuropsiquiátricos constituyen casi una quinta parte de la carga de morbilidad, y los trastornos mentales y conductuales representan la afección más incapacitante en todos los grupos de edad hasta los sesenta y cinco años. Sesenta millones de estadounidenses sufren de estas afecciones. Actualmente en el país hay más niños atendidos en el sistema sanitario que hace veinte años, y más personas con ayudas asistenciales, y más pagos de salud mental gestionados a través del sistema Medicaid de asistencia médica gratuita. Sin embargo, menos de la mitad de los estadounidenses con este tipo de afecciones reciben tratamiento de ninguna clase, y de ellos, menos de la mitad reciben siquiera una atención sanitaria mínimamente aceptable, y de estos últimos, menos de una tercera parte se benefician plenamente de ella.

En segundo término, la comunidad de investigación es difusa, y a menudo la investigación no se traduce en intervenciones útiles. Thomas Insel, director del NIMH de Estados Unidos, señala que la eficacia de la TCC en la depresión leve o moderada ha resultado evidente en la investigación desde hace tres décadas: puede verse en los escáneres cómo la TCC cambia la activación cerebral. Sin embargo, menos del 20 por ciento de los trabajadores sociales (el grupo más numeroso de terapeutas en Estados Unidos) reciben una formación supervisada sobre esta forma de terapia. Y aunque ha habido cierto interés académico en la ketamina, su uso se paralizó por razones comerciales hasta que intervino la FDA. «Tenemos evidencias de la eficacia de la ketamina a partir de pequeñas pruebas clínicas desde hace al menos cinco años —me escribía Insel—. Imagínese pasar de tratamientos que duran seis semanas a un tratamiento que dura seis horas. Pero el fármaco está libre de patente, de modo que no hay ningún incentivo para que la industria farmacéutica lo desarrolle. Como resultado, ha languidecido en estudios de investigación.» Hemos realizado enormes avances en la comprensión de la genética de la enfermedad mental, con más de ciento cincuenta hallazgos genéticos psiquiátricos confirmados, pero no tenemos casi ninguna terapia desarrollada en respuesta a ello. Insel añadía que tenemos que mejorar no solo «el acceso y la cantidad», sino también «las opciones y la calidad».

En tercer lugar, el estigma sigue persiguiendo a los depresivos, haciendo sus vidas aún más difíciles y solitarias de lo que las hace la enfermedad, y haciendo asimismo menos probable que busquen un tratamiento, sobre todo porque el tratamiento está tan estigmatizado como el propio trastorno. Las percepciones sociales resultan notoriamente difíciles de cambiar, pero parece razonable esperar que los avances científicos y el activismo puedan alimentarse mutuamente para construir una sociedad en la que haya más posibilidades de mejorar y de sentirse más seguro que de encontrarse mal. Sin embargo, en los formularios tradicionales de búsqueda de empleo se pregunta: «¿Alguna vez le han diagnosticado cáncer o una dolencia cardíaca? ¿Alguna vez le han tratado de alguna enfermedad mental?». Lo disparatado de la fórmula representa el presupuesto social subyacente de que incluso alguien que ha respondido de manera satisfactoria al tratamiento sigue estando amenazadoramente enfermo.

En cuarto término, sin paridad —el principio de que la financiación del tratamiento de las enfermedades mentales debería estar al mismo nivel que la financiación del tratamiento de las denominadas «enfermedades físicas»—, a muchas personas que sufren de depresión se las deja sumirse cada vez más, y sin apoyo alguno, en la desesperación. En algunos países, como Estados Unidos, esto es un problema de las aseguradoras; en otros, como el Reino Unido, del sistema de

sanidad pública y/o de las mutuas de salud. Pero en cualquier caso, las diferencias de financiación que existen reflejan la percepción de que se trata de enfermedades menores y que ayudar a quienes las padecen representa una prioridad secundaria y un molesto coste.

Por último, las personas deprimidas no están capacitadas para cuidar de sí mismas ni siquiera en los aspectos más básicos. En palabras de Insel, la depresión viene «acompañada de desesperación, impotencia y una profunda discapacidad. Hoy es difícil encontrar una atención competente, pero resulta especialmente improbable que alguien que es víctima de esta enfermedad realice la investigación necesaria. Yo suelo decir que el reto de la depresión es que la propia enfermedad impide su tratamiento, algo que no vemos en el cáncer o la dolencia cardíaca».

Una forma de paliar estos problemas es la creación de centros de depresión, basados en el modelo de los centros de cáncer establecidos en Estados Unidos en la década de 1970, y los centros de corazón y de diabetes que luego los siguieron. El primer centro de depresión nacional estadounidense se propuso en la Universidad de Michigan en 2001, y se inauguró en 2006, con más de ciento treinta y cinco expertos en depresión y en trastorno bipolar de diez de las escuelas e institutos de Michigan. El centro cuenta con un extenso programa de tratamiento clínico, participa en varias iniciativas públicas, y patrocina una amplia gama de investigaciones sociales y biológicas. Gracias a ello se ha encontrado en una excelente posición para crear una base de datos genéticos con muestras de decenas de miles de pacientes depresivos y bipolares, la mayor base de datos de este tipo jamás reunida. Disponer de una muestra a la vez sustancial y diversa constituye el requisito previo necesario para una investigación genética útil, que hasta ahora ha sido bastante primitiva.⁹³ El centro también patrocina estudios de más largo alcance que los realizados por la industria farmacéutica. En palabras de John Greden, director ejecutivo del centro: «El cáncer tiene estudios de cinco años; nosotros los tenemos de doce semanas».⁹⁴

El Centro de Depresión Integral de la Universidad de Michigan se fundó bajo el liderazgo de Greden; su idea incluía una Red Nacional de Centros de Depresión (NNDC, por sus siglas en inglés) para asegurar un mejor tratamiento, un acceso más fácil a los médicos y una mayor coherencia en la investigación. En 2007 se reunieron en el centro de Michigan representantes de dieciséis centros médicos para planear la NNDC. En 2008 formalizaron una alianza nacional sin fines lucrativos, y en 2014 se habían creado veintiuno de dichos centros. Los miembros de la NNDC han colaborado para fomentar una mayor difusión de los avances médicos, declarando que su objetivo es tener «a expertos en depresión y

trastorno bipolar dentro de un radio de unos trescientos veinte kilómetros de cada residente». Destacados facultativos e investigadores de este ámbito celebran reuniones anuales, y se está planificando la publicación de una revista científica bajo los auspicios de la NNDC. Recientemente se ha constituido una federación con la nueva Red de Investigación y Tratamiento de la Depresión de Canadá, que opera tres centros basados en el modelo de los de la NNDC. Greden espera crear una red global.

Una red que defina la depresión como una enfermedad médica en el imaginario público ayudará a reducir el aura de vergüenza que rodea a sus víctimas. Los centros de cáncer son lugares muy concurridos donde personas con un problema común se reúnen y se apoyan entre sí, tomando conciencia de que hay muchas otras personas que comparten su difícil viaje. Las salas de espera de los centros de depresión alivian el sufrimiento porque atestiguan la omnipresencia de la enfermedad y anulan el aislamiento que es el corolario del estigma.

Recientemente, en 2014, he mantenido una sorprendente conversación con un notable crítico cultural que me dijo: «Fue muy valiente por su parte escribir tan abiertamente sobre su depresión como usted lo hizo. Ahora no haría falta tanto coraje». Sus amables palabras contenían el presupuesto de que el estigma se halla en retirada, de que ahora la gente es capaz de mostrarse más abierta que antes. Eso es cierto, aunque con reservas. Se ha extendido la idea de que la gente con enfermedades mentales debería salir del armario. El cambio se inició con la aprobación del Prozac en 1987, y desde entonces se ha acelerado con numerosas campañas de salud pública. Programas como la campaña *Love is Louder* (el amor es más fuerte), respaldada por la cadena MTV y diseñada para ayudar a dar voz a los marginados de todas clases, ha llevado a las escuelas debates abiertos en torno a la enfermedad mental. Diversos famosos hablan regularmente sobre sus enfermedades psiquiátricas, y algunos programas de televisión como la serie *En terapia* han proporcionado a la opinión pública en general un vocabulario con el que hablar de estos retos. La actriz Glenn Close y su grupo Bring Change 2 Mind han producido ingeniosos anuncios orientados al reconocimiento y la desestigmatización de la enfermedad mental.⁹⁵ Close me decía que, si la gente descubría con qué frecuencia trataba con hombres y mujeres con enfermedades mentales, tendría menos miedo a estas. «El estigma es consecuencia de la ignorancia —me explicaba—. No puedes tener miedo a algo que afecta a uno de cada cuatro de nosotros.»⁹⁶

Sin embargo, regularmente aparece en la prensa divulgativa una desconcertante hostilidad hacia quienes sufren depresión. En la primavera de 2014, el prepotente periodista irlandés John Waters escribía: «Yo no creo en la depresión. No existe tal cosa. Es una invención. Una gilipollez. Una excusa».⁹⁷ ¿Podemos imaginarnos a una figura pública diciendo lo mismo del cáncer o de la cardiopatía o del VIH? Tras el suicidio del actor Robin Williams en 2014, su hija Zelda se vio obligada a borrarse de Twitter por una serie de *trolls* de internet que la culparon de la muerte de su padre y enviaron espantosas fotos trucadas supuestamente de su cadáver. La depresión todavía parece provocar una reacción histérica de antagonismo.

Más inquietante que cualquier brote de agresión individual es el hecho de que los prejuicios contra las personas depresivas siguen estando arraigados en el sistema de atención sanitaria y en el gobierno federal de Estados Unidos. En 2013 se negó la entrada en el país como turista a una mujer canadiense con el argumento de que un año y medio antes había estado hospitalizada por depresión. Ellen Richardson no podía visitar Estados Unidos, le dijeron, a menos que obtuviera una «autorización médica» de uno de los tres médicos de Toronto aprobados por el Departamento de Seguridad Nacional estadounidense. Un certificado de su propio psiquiatra «no bastaba». Richardson se dirigía a Nueva York, donde tenía la intención de embarcarse en un crucero por el Caribe.⁹⁸

El agente de fronteras le dijo que actuaba conforme a la Ley de Inmigración y Nacionalidad de Estados Unidos, Sección 212, que permite a las patrullas impedir a cualquiera entrar en el país si padece un trastorno físico o mental que amenace «la propiedad, la seguridad o el bienestar» de alguien. El agente redactó un documento firmado declarando que Richardson necesitaría una evaluación médica debido a su «episodio de enfermedad mental».

El de Richardson no fue el primer caso público de una víctima de tales medidas. En 2011 se impidió la entrada en Estados Unidos a Lois Kamenitz, una profesora y bibliotecaria canadiense, argumentando que en cierta ocasión había intentado suicidarse.⁹⁹ Ryan Fritsch, antiguo copresidente de la Coalición de Control del Registro Policial de Salud Mental de Ontario, explicaba que el mismo año había sabido de ocho casos similares. Tras el incidente de Richardson, me escribió: «Mi impresión es que se está rechazando a mucha gente. También he sabido de representantes de nivel ejecutivo de varias organizaciones canadienses y provinciales de defensa y concienciación sobre salud mental a quienes se ha rechazado en la frontera cuando se dirigían a dar conferencias y a otras funciones y apariciones oficiales», presumiblemente por sus propios historiales de salud

mental.¹⁰⁰

Poner la depresión en la picota es un retroceso a un período eugenésico en el que cualquier signo de enfermedad mental era fundamento de exclusión social. La Ley de Norteamericanos con Minusvalías de 1990 impide a las empresas discriminar a las personas que tengan una enfermedad mental.¹⁰¹ Se defiende, pues, el derecho de las personas con depresión a trabajar en cualquier sitio; ¿y no debería defenderse su derecho a entrar en el país? Incardinar el prejuicio en cualquier parte de la sociedad lo fomenta en otras. La mayoría de los estadounidenses que lucharon por el derecho de los homosexuales a servir en el ejército lo hicieron no porque ellos mismos esperaran convertirse en soldados homosexuales, sino porque cualquier sistema de prejuicios sancionado por el gobierno socavaba la dignidad de todos los homosexuales. Del mismo modo, la política de fronteras que rechazó a Ellen Richardson no solo es injusta con los extranjeros, sino que asimismo constituye una afrenta para los millones de estadounidenses que afrontan retos de salud mental.

Estigmatizar la afección es malo; pero aún es peor estigmatizar el tratamiento. Richardson fue rechazada no debido a su afección psiquiátrica, sino por haber sido hospitalizada por ella. Las personas que han buscado ayuda tienen muchas más probabilidades de controlar sus demonios que las que no lo han hecho. Sin embargo, el incidente de Richardson solo sirve para desincentivar a la gente de buscar tratamiento para la enfermedad mental. Si asustamos a otros para que no hagan terapia no sea que más tarde se les pueda echar en cara, estamos fomentando la negación, el incumplimiento médico y el subterfugio, y construyendo una sociedad más enferma, no más sana. En 1993 el Congreso estadounidense aprobó una ley que prohibía la entrada en el país a personas con VIH. Estados Unidos fue uno de los pocos países que adoptaron tan intolerante postura; los otros fueron Armenia, Brunéi, Irak, Libia, Moldavia, Omán, Qatar, Rusia, Arabia Saudí, Corea del Sur y Sudán. Un grupo de presión activista luchó contra la prohibición, que finalmente se levantó en 2009. El presidente Obama expresó su creencia de que dicha prohibición había instigado los prejuicios contra las personas con VIH/sida, y que esto, a su vez, impedía que la gente se sometiera a la prueba, causando indirectamente la propagación de la enfermedad.¹⁰²

Ellen Richardson, que en 2001 intentó suicidarse y como resultado quedó parapléjica, ha declarado que ha recibido el tratamiento apropiado y ahora vive una vida satisfactoria y con sentido. Debemos aplaudir a las personas que reciben tratamiento y logran vivir intensamente pese a los retos que deben afrontar. Es una cuestión humanitaria, al tiempo que redundante en nuestro propio interés, garantizar

que el mayor número de personas posible se valgan de todo el conjunto de apoyos que pueden ayudarlas, sin la desaprobación de los organismos oficiales.

Todavía sigo en contacto con la mayoría de las personas a las que entrevisté cuando escribía *El demonio de la depresión*. Algunas han estado bien desde 2001; otras siguen luchando activamente. La mayoría tienen sus momentos buenos y sus momentos malos. Varias han sufrido graves pérdidas recientes; en particular, la pérdida de los padres que tan a menudo acompaña a la madurez. Otras han tenido hijos. Les he pedido que piensen en la trayectoria de su depresión, en cómo esta ha afectado a sus vidas desde nuestras entrevistas en el cambio de milenio.

Angel Starkey ha mostrado un coraje casi implacable. Su madre era su principal contacto con el mundo exterior; desde su muerte, Angel ha tenido que hacerse más independiente.¹⁰³ A comienzos de 2014 llevaba tres años sin tener que acudir al hospital, el período más largo de toda su vida. Se disponía a pasar del ambiente tutelado en el que estaba a un entorno más independiente, y lógicamente eso la inquietaba. En absoluto liberada de sus demonios, ahora sin embargo vivía la vida lo más plenamente que sabía. Hace poco tiempo le habían diagnosticado una afección pulmonar grave derivada del tabaquismo y le habían ordenado renunciar al tabaco de inmediato. Fumar había sido uno de sus pocos placeres. La dependencia de la nicotina no es inusual entre las personas con tendencia a la psicosis, ya que actúa como una forma de automedicación. Pero con su determinación habitual, Angel estaba haciendo todo lo posible para dejarlo.

Bill Stein describía su vida como «sorprendentemente estable» a lo largo de los trece años transcurridos desde que lo entrevisté por última vez, pese a la pérdida de su madre y el final de su relación romántica a largo plazo.¹⁰⁴ «La muerte de mi madre, que era el baluarte de la familia y una sólida fuerza de la naturaleza, era una eventualidad que yo había estado temiendo durante años —escribió—. Sin embargo, fui capaz de afrontar las llamadas de condolencia y las cuestiones legales derivadas de su partida. Es una sensación extraña, especialmente para una persona que vive sola, sentirse de repente tan desarraigada, privada de progenitor alguno. Sin embargo, y pese a la sensación de estar totalmente solo, me puse a la altura de las circunstancias y supe manejar mi propia aflicción, auténticamente real.» Yo me preguntaba si eso le había dado confianza en sí mismo. «Solo los que han sufrido de una afección mental tan incapacitante pueden apreciar lo preciosa que es la cordura, o quizá la mera funcionalidad —me respondió—. Esencialmente funcional desde finales de 1987, después de una caída de casi dos años en el

abismo, temo, no obstante, la reaparición de otro gran episodio; tales pensamientos nunca se alejan mucho de la superficie de mi conciencia cotidiana.» Él se preguntaba si los supervivientes del cáncer viven con una ansiedad similar. «Me enorgullezco de estar convirtiéndome en un corredor decente de media distancia. Nunca se subyugará lo bastante el efecto de este ejercicio en los estados de ánimo. Al acercarme a toda prisa a los sesenta, recuerdo especialmente cómo mi padre, cuyas recurrentes depresiones fueron el telón de fondo de su propia juventud y adolescencia, se vino abajo a los ochenta y tres, para no volver a recuperarse en los siete últimos años de su vida, de manera que de vez en cuando me viene el pensamiento de que los ancianos son particularmente vulnerables. Pero ya no me veo a mí mismo igual que cuando accedí a ser entrevistado a comienzos de este siglo.»

Frank Rusakoff se ha casado y tiene dos hijos.¹⁰⁵ Es un periodista científico de éxito. Pasó una gran parte de la década que siguió a la publicación de este libro cuidando de su madre, que tenía un cáncer terminal, y de su padre, enfermo de Alzheimer. «Cuando ella se animaba, mamá y yo dábamos paseos juntos — escribía—. Un día le pregunté cómo ella y papá habían sido capaces de aguantarme durante todos aquellos años de mi enfermedad. En realidad ella no sabía la respuesta, pero recordó que a mi padre se le daban bien ciertas cosas, como lo de llevarme al hospital, mientras que a ella se le daban bien otras. Me dijo por primera vez que, cuando yo ya llevaba un tiempo bien, mis médicos les pidieron a papá y a ella que hablaran sobre su experiencia como cuidadores en las Jornadas del Hospital Johns Hopkins. Mamá respondió a la invitación diciendo: “Solo hicimos lo que harían todos los padres”. Pero los médicos no estuvieron de acuerdo: “Lo que ustedes han hecho ha sido extraordinario, y la mayoría de los padres no lo habrían hecho”, respondieron. Mis padres nunca llegaron a dar la charla, pero yo me alegré de enterarme de aquella conversación tantos años después de que hubiera sucedido. Cuando mi madre compartió amablemente la historia conmigo, parecía haber un matiz de orgullo en su voz.»

El cuidado de su padre tras la muerte de su madre ha definido una gran parte de la vida de Frank. «Hoy, después del trabajo, he ido a Baltimore a ver a mi padre —me decía—. Papá dormía, pero le he cogido la mano durante un rato. En la residencia para personas con Alzheimer o demencia donde vive mi padre, pasa los días casi enteramente en una única planta con las puertas cerradas. Lo mismo me ocurría a mí durante mis hospitalizaciones. Cuando estaba enfermo me aliviaba la pequeñez y la seguridad de aquella sala de hospital cerrada. Confío en que mi padre sienta algo similar, y creo que en efecto lo siente. Cuando yo estaba en el hospital, mis padres me traían una pinta de helado Ben & Jerry cada vez que

venían a verme. Ahora, cuando voy a ver a mi padre, le llevo un batido de leche de McDonald's.»

Yo me preguntaba qué pensaba Frank de los años en que su depresión era intensa y aplastante. «¡Ha habido tantas cosas buenas después de eso...!», me dijo. Le pregunté si todavía necesitaba tratamiento. «Sigo tomando los mismos tres medicamentos que tomaba en la época de la cingulotomía —me explicó—. Mi médico no quiso cambiar algo que parecía funcionar. Por la mañana y por la noche son recordatorios de la enfermedad, pero para mí es más como cepillarme los dientes. Simplemente lo hago.»

Una percepción no había traído en absoluto la misma paz a todos aquellos a los que yo había entrevistado. Tina Sonogo me escribió diciendo que la compañía aérea en la que trabajaba había cerrado, y que no había encontrado ningún otro trabajo como auxiliar de vuelo.¹⁰⁶ «Quisiera poder decirle a todo el mundo que estoy felizmente casada, con un perro en el patio trasero, un gran trabajo y un doctorado; en cambio, logro entender cuándo voy a volverme loca, y estoy aprendiendo maneras de abordarlo —me explicaba—. Aprendí a enseñar inglés como segunda lengua, lo cual me encanta, y trabajo en el centro de acogida local para personas sin hogar. Sigo buscando marido. La gente dice que ocurre cuando menos te lo esperas. Bueno, yo llevo dieciocho años sin esperarlo, así que quizá debería probar a esperarlo, ¿no?» A Tina le habían diagnosticado un trastorno bipolar de tipo II, y todavía estaba saliendo de su última depresión bipolar. «Iba de maravilla —me escribía—, y entonces, ¡paf!, empecé a ir cuesta abajo. Pero afortunadamente esta vez tenía amigos y no tuve que acabar en otra unidad psiquiátrica. Entiendo mejor mi enfermedad, y me han dado una nueva medicación. Pero lo que hago es vivir al día.» Me sentí profundamente conmovido por la valentía con la que seguía adelante, pero también sentí la soledad que había en ella. Las maneras abiertas y alegres de Tina y su turbación interior siempre habían formado una extraña pareja, y con la pérdida de su trabajo, donde más se estimulaba su lado gregario, ahora pasaba más tiempo consciente de su dolor psíquico.

Maggie Robbins ha publicado un brillante y polémico libro de poemas sobre su viaje bipolar titulado *Suzy Zeus Gets Organized*.¹⁰⁷ En ingeniosas estrofas rimadas, a menudo devastadoras, cuenta la historia de Suzy, que muestra un estrecho paralelismo con la suya propia: de la cordura a las crisis, y vuelta a una cordura más sabia. Se trata de una novela en verso que yo recomendaría a cualquiera que está luchando con el trastorno bipolar (y a cualquiera que no lo esté). Unos años después de su publicación, Maggie se sacó el título de

psicoanalista y montó un consultorio privado en Manhattan. Una de sus pacientes es amiga mía, y afirma que Maggie le ha salvado la vida.

Le pregunté a Maggie por sus constantes luchas con el trastorno bipolar. «Tengo suerte. En mi caso, el Wellbutrin y el Depakote han seguido funcionando, con un complemento de terapia. Para ser justos, puede ser que lo que funcione sea la terapia, con la medicación como complemento. En mi caso, la depresión siempre sigue a un episodio maníaco, y mi médico y yo sabemos cómo irrumpir en un episodio maníaco y detenerlo con solo unos días de Zyprexa. Esa necesidad ya no me surge con frecuencia, pero cuando lo hace, mi salud mental depende por completo de escoger no ser maníaca. En los ochenta eso me resultaba más fácil de decir que de hacer: la manía es muy emocionante, y en mi caso incluso solía sentirme extrañamente “como en casa”. No estoy segura de poder decir que el principio de la experiencia me haya parecido alguna vez “malo”, pero ahora sé que no puedo manejar en absoluto cualquier cosa que pueda venir. Es parecido a que te den la opción de agarrarte a un rayo. Como opción resulta bastante alucinante, pero es una idea bastante mala.»

La experiencia de Maggie con la enfermedad mental ha modulado su trabajo como psicoanalista. Durante la entrevista para su formación de posgrado, le preguntaron «si creía que podría mantener íntegra mi “materia primordial” frente a lo revuelta que podría resultar parte de la “materia primordial” de mis clientes —me contó—. Por lo que respecta a la capacidad de ayudar a otros, no hay nada como la experiencia de tener tu materia primordial realmente desquiciada, y luego ir volviendo a ponerla poco a poco bajo control. Esto fortalece la musculatura emocional. No tengo que aportar mi propia experiencia a las sesiones. Simplemente sé (en mis huesos, en mi sangre) que he estado en un sitio parecido a donde está ahora la persona que tengo frente a mí, y que he podido volver a salir. Creo que la gente puede sentir eso cuando está conmigo». Ayudar a otros ha reforzado y aprovechado la capacidad de Maggie de ayudarse a sí misma. «Pero en mi propia vida todavía me pongo triste, y me enfado con furia, y a menudo me avergüenzo de cosas de las que no debería —me explicó—. Lo que usted decía de que lo contrario de la depresión no es la felicidad, sino la vitalidad, es cierto. Lo contrario de la depresión es la vida.»

A comienzos de 2014, Claudia Weaver estaba en proceso de rehacer su vida.¹⁰⁸ «Estoy sin ninguna medicación desde 2001 —me dijo—. No me he molestado en tomar opciones alternativas que, o bien no funcionan, o bien son demasiado sutiles para que yo note alguna diferencia en cómo me siento. En 2004, poco después de que naciera mi primer bebé, mi mejor amiga se suicidó. Pasé por

un período de dos años de duelo, pero llegué a aceptarlo entendiendo su historia vital.» El marido de Claudia había estado en paro durante ocho años, lo que había creado un considerable estrés conyugal, y en Claudia el estrés ha sido el desencadenante de la depresión. «Después de que naciera mi tercer bebé le dije que teníamos que buscar consejo; me daba la impresión de que yo estaba sufriendo el mismo tipo de desmoronamiento por el estrés que había sufrido en el internado de adolescente —me explicó—. Él hizo diez meses y luego dejó la terapia, alegando que no le ayudaba.»

Aunque Claudia no tardó en iniciar el proceso de divorcio, siguió con la terapia. «Ahora entiendo mucho mejor por qué me sentía deprimida durante tanto tiempo. Tengo ansiedad, como la tiene todo el mundo en mi familia; nunca había tenido ni idea de ello porque me parecía normal, ya que todo el mundo a mi alrededor estaba igual. Entiendo qué desencadena la depresión en mí y lo percibo cuando viene. También me las arreglo mejor para reconocer y afrontar la ansiedad. La terapia conversacional ha sido inestimable. Requiere mucho más tiempo que la medicina, pero he hecho cambios que están teniendo un efecto positivo en todos los que me rodean. Parece que estoy teniendo una segunda oportunidad en la vida.» Un divorcio puede ser el desencadenante de una crisis catastrófica, pero para Claudia fue una liberación. Parecía haber cambiado tanto que tenía que reajustar todas sus relaciones emocionales, y un principio nuevo y puro clarificaba y materializaba aquellas transformaciones.

Incapaz de tolerar los antidepresivos, Laura Anderson se centró en la nutrición, y encontró que se sentía mejor con montones de proteínas y grasas de alta calidad.¹⁰⁹ En los años que siguieron a la publicación inicial de este libro, se fue haciendo cada vez más estable. Cuando supo que estaba embarazada, a los treinta y cinco años, se casó. «Mi marido era dinámico y fuerte y deseaba muchísimo una familia, y yo estaba encantada con ello», me escribía. Más o menos a las ocho semanas descubrió que llevaba gemelos. «En aquel punto yo todavía no tenía ningún sentimiento de depresión *per se*; nada como lo que pasó en Austin: vivía una vida plenamente ocupada, y rica en amigos, compañía, perros, un buen trabajo..., todo eso. Mi marido estaba entusiasmado con los gemelos, y yo también —¿cómo podría admitirse lo contrario??—, pero la ansiedad estaba ahí, igual que el sentimiento de culpa.»

Aunque el marido de Laura fuera un buen padre, ella consideraba que no simpatizaba con sus amistades. Eso, y la tensión de cuidar de los gemelos, provocaron un estrés insoportable en el matrimonio, y a la larga Laura sintió que se desmoronaba de nuevo. Esta vez todo fue a cámara lenta: al principio creyó que

podría manejarlo, pero luego creció de golpe como un cantil de desesperación. Finalmente, Laura sintió que se estaba ahogando. «A cualquiera que esté pasando un momento difícil le pregunto siempre algo tan básico que apenas puedo creer que yo lo ignorara durante tanto tiempo —me dijo—. Le pregunto: “¿Cuáles son sus ‘grupos de alimentos emocionales’: lo que usted necesita para estar bien, sentirse rico y vital y conectado?”. Para mí, estas son auténticas barreras contra la depresión. Amigos, música, un perro, comunicación... Siendo, obviamente, los amigos y la comunicación lo más importante. Uno de mis antiguos novios, que era encantador, al saber de mi tristeza en aquel momento, me dijo: “Siempre habrá noches de malas estrellas para las personas como tú y como yo, cariño. Ese es nuestro destino. El truco está en saber cómo seguir adelante”.»

Laura huyó, dejando a sus hijas de cinco años con su marido. «No podía soportar ver a mis hijas luchando contra mi depresión —explicaba—. Estando sola, empecé a sentir que recuperaba un poco el aliento. Fue un momento difícil, como si nadara hacia arriba en busca de aire sin tener adónde ir, para luego volver a sumergirme en aguas desconocidas. Pero mis hijas me sorprendieron. Una vez que estuve fuera de mi matrimonio me encontré de nuevo riendo con ellas sin reservas ni titubeos, divirtiéndonos a nuestro propio nivel y en nuestros propios términos. Una de ellas me dijo: “¡Mamá, ya no estás llorando todo el tiempo!”, lo que, por supuesto, me hizo saltar las lágrimas. No sabes que tu vitalidad ha vuelto hasta que tus hijos lo saben. Necesité un año o así para darme cuenta de que había una Laura (una vitalidad) que había recuperado. Pienso que parte de la tristeza y el delirio de la depresión consiste en que simplemente no somos conscientes de la lenta pérdida de nosotros mismos.» Laura ha adquirido el hábito de perderse y volverse a encontrar, sintiéndose cada vez un poco más vital que en la anterior pérdida, en un ciclo recurrente de desesperación y claridad. Ella odiaba ese ciclo, pero este preservaba su difusa y resonante bondad, su don para retomar la intimidad con alegría en el punto donde la había dejado la aflicción. Una intimidad sostenida no resulta fácil para las personas depresivas en general; en el caso de Laura, perder su matrimonio le permitió recuperar a sus hijas al tiempo que se recuperaba a sí misma.

He encontrado una comunidad en la depresión. Las personas que hablan públicamente de la enfermedad mental tienden a terminar en los mismos simposios, y muchas se hacen amigas: son mis colegas de depresión. Le sorprendería saber lo divertidos que son. Uno de mis amigos más graciosos y simpáticos es alguien a quien conocí cuando dimos conjuntamente un discurso de

apertura en un congreso sobre la depresión en St. Louis. Tengo asimismo un vínculo jovial con mi psicofarmacóloga y su esposo. Y conocí al que hoy es mi marido cuando me entrevistó en la gira de promoción de *El demonio de la depresión*. Puede que una entrevista sobre la depresión en Saint Paul, Minnesota, no parezca el probable principio de una gran historia de amor, pero para nosotros lo fue.¹¹⁰

Es asombroso sentirse tan amado por personas que te comprenden tan bien, y, no obstante, de vez en cuando sentirse tan aislado por la depresión: la soledad que esta comporta parece insensible a la bondad. En este libro hablo de estar agradecido a mi depresión, y sigo estándolo en la medida en que esta siga siendo histórica; pero odio su reaparición, y la pertinaz posibilidad de dicha reaparición. Es difícil escribir sobre la depresión sin dulcificarla o demonizarla, y en algunos aspectos yerro en ambas direcciones. Pero ese es quizá el enfoque más honesto. No es que yo sienta algo situado entre la gratitud y el horror, sino que más bien siento ambas cosas, y de maneras extremas. Yo soy mi depresión. Yo soy yo, y la depresión es una intrusión ocasional. Ambos postulados son verdaderos. Vivo con la eterna pregunta de cómo la depresión podría alterar una futura tristeza. Cuando muera mi padre; si mi matrimonio pasa por un período difícil; si le ocurre algo malo a alguno de mis hijos... No puedo imaginar cómo podría tolerar tales acontecimientos y temo que la depresión se interponga en mi aflicción, que tenga que preocuparme de la Escala de Depresión de Hamilton y de médicos y dosis de medicamentos en lugar de centrarme en la tristeza y en la pérdida. No quiero sentirme desgraciado cuando la vida es buena; pero tampoco quiero que la depresión enturbie las aguas cuando la vida es mala.

La realidad actual de uno a menudo parece eterna. Me resulta difícil comprar un grueso abrigo en agosto, y del mismo modo, cuando me siento bien, (como en el momento de escribir estas líneas), me parece inverosímil que alguna vez pueda volver a sentirme tan mal como sé que me he sentido. Pero la depresión es una estación, y yo paso cíclicamente por ella como por el invierno, una y otra vez. Actualmente me obligo a proveerme de bufandas y ropa interior térmica hasta en los días en que todos los demás están junto a la piscina. Me preparo cada hora para el demonio que viene de vez en cuando. ¿Cómo han cambiado las cosas para mí? No solo me organizo para el invierno durante el verano, sino que también he aprendido a imaginar la primavera mientras me hielo. Mi lucha por estar preparado para la reaparición de la depresión —por recordar, incluso cuando estoy en el mejor momento, lo mal que se ponen las cosas— de algún modo me ayuda también a estar atento a su complementaria desaparición. El verano, como el invierno, volverá otra vez. He aprendido a imaginarme sintiéndome bien incluso cuando estoy en mi punto más bajo, y esa habilidad que tanto me ha costado

adquirir, invade la demoníaca oscuridad como la luz del mediodía.

Bibliografía

Abraham, H. D., *et al.*: «Order of onset of substance abuse and depression in a sample of depressed outpatients», *Comprehensive Psychiatry*, 40, núm. 1 (1999), 44-50.

Abraham, Karl: *Selected Papers of Karl Abraham, M. D.*, 6.^a ed., The Hogarth Press, Londres, 1965.

Abrams, Richard: *Electroconvulsive Therapy*, 2.^a ed., Oxford University Press, Nueva York, 1992.

Adams, Peter: *The Soul of Medicine: An Anthology of Illness and Healing*, Penguin Books, Londres, 1999.

Aguirre, J. C., *et al.*: «Plasma Beta-Endorphine Levels in Chronic Alcoholics», *Alcohol*, 7, núm. 5 (1990), 409-412.

Aigner, T. G., *et al.*: «Choice behavior in rhesus monkeys: Cocaine versus food», *Science*, 201 (1978), 534-535.

Albert, R.: «Sleep deprivation and subsequent sleep phase advance stabilizes the positive effect of sleep deprivation in depressive episodes», *Nervenarzt*, 69, núm. 1 (1998), 66-69.

Aldridge, David: *Suicide: The Tragedy of Hopelessness*, Jessica Kingsley, Londres y Filadelfia, 1998.

Allen, Hannah: «A Narrative of God's Gracious Dealings with That Choice Christian Mrs. Hannah Allen», en Allan Ingram (ed.): *Voices of Madness*, Sutton Publishing, Thrupp (Reino Unido), 1997.

Allen, Nick: «Towards a Computational Theory of Depression», *ASCAP*, 8, núm. 7 (1995).

Allison, Alexander W., *et al.*: *Norton Anthology of Poetry*, W. W. Norton, Nueva York, 1975.

Altshuler, Kenneth, *et al.*: «Anorexia Nervosa and Depression: A Dissenting

View», *American Journal of Psychiatry*, 142, núm. 3 (1985), 328-332.

Alvarez, A.: *The Savage God: A study of suicide*, Weidenfeld and Nicolson, Londres, 1971.

Ambrose, Stephen E.: *Undaunted Courage*, Touchstone, Nueva York, 1996.

Ambrosini, Paul: «A review of pharmacotherapy of major depression in children and adolescents», *Psychiatric Services*, 51, núm. 5 (2000), 627-633.

American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, American Psychiatric Association, Washington, D. C., 1994.

Andersen, Grethe: «Treatment of Uncontrolled Crying after Stroke», *Drugs & Aging*, 6, núm. 2 (1995), 105-111.

— *et al.*: «Citalopram for poststroke pathological crying», *Lancet*, 342 (1993), 837-839.

Andrews, Bernice, y George W. Brown: «Stability and change in low self-esteem: The role of psychosocial factors», *Psychological Medicine*, 25 (1995), 23-31.

Annett, Marian: *Left, Right, Hand and Brain: The Right Shift Theory*, Lawrence Erlbaum, New Jersey (1982), 5-24.

Anthony, James, *et al.*: «Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances, and inhalants: Basic findings from the National Comorbidity Survey», *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 2, núm. 3 (1994), 244-268.

Anthony, W. A., *et al.*: «Supported employment for persons with psychiatric disabilities: An historical and conceptual perspective», en *Psychosocial Rehabilitation Journal* 11, núm. 2 (1982), 5-24.

— «Predicting the vocational capacity of the chronically mentally ill: Research and implications», *American Psychologist*, 39 (1984); 537-544.

Aquino, Tomás de (santo): *Summa theologiae* I-II, q. 25, a. 4, en *Sancti Thomae de Aquino opera omnia*, vol. 6, Leonine Commission, Roma, 1882. [Hay trad. cast.: *Suma teológica*, Biblioteca de autores cristianos, Madrid, 1960.]

Arana, José, *et al.*: «Continuous Care Teams in Intensive Outpatient Treatment of Chronic Mentally Ill Patients», en *Hospital and Community Psychiatry*, 42, núm. 5 (1991), 503-507.

Araya, O. S., y E. J. Ford: «An investigation of the type of photosensitization caused by the ingestion of St. John's Wort (*Hypericum perforatum*) by calves», *Journal of Comprehensive Pathology*, 91, núm. 1 (1981), 135-141.

Archer, John: *The Nature of Grief*, Routledge, Londres, 1999.

Ardila, Alfredo, *et al.*: «Neuropsychological Deficits in Chronic Cocaine Abusers», *International Journal of Neuroscience*, 57 (1991), 73-79.

Arieno, Marlene A.: *Victorian Lunatics: A Social Epidemiology of Mental Illness in Mid-Nineteenth-Century England*, Susquehanna University Press, Selinsgrove, Pennsylvania, 1989.

Aristóteles [Aristotle]: «Problemata», en *The Works of Aristotle Translated into English*, vol. 7, Clarendon Press, Oxford, 1971. [Hay trad. cast.: *Obras*, Aguilar, Madrid, 1967.]

Arnold, Matthew: *The Poems of Matthew Arnold*, Kenneth Allot, Longman's, Londres, 1965.

Artaud, Antonin: *Antonin Artaud: Works on Paper*, Margit Rowell, Museo de Arte Moderno, Nueva York, 1996.

Åsberg, Marie: «Neurotransmitters and Suicidal Behavior: The Evidence from Cerebrospinal Fluid Studies», *Annals of the New York Academy of Sciences*, 836 (1997), 158-181.

Aseltine, R. H., *et al.*: «The co-occurrence of depression and substance abuse in late adolescence», *Developmental Psychopathology*, 10, núm. 3 (1998), 549-570.

Åsgård, U., *et al.*: «Birth Cohort Analysis of Changing Suicide Risk by Sex and Age in Sweden 1952 to 1981», *Acta Scandinavica*, 76 (1987), 456-463.

Astbury, Jill: *Crazy for You: The Making of Women's Madness*, Oxford University Press, Oxford, 1996.

Atay, Joanne, *et al.*: *Additions and Resident Patients at End of Year, State and*

County Mental Hospitals, by Age and Diagnosis, by State, United States, 1998, U. S. Department of Health and Human Services, Washington, D. C., 2000.

Axline, Virginia M.: *Dibs in Search of Self*, Ballantine Books, Nueva York, 1964.

Babb, Lawrence: *The Elizabethan Malady: A Study of Melancholia in English Literature from 1580 to 1642*, Michigan State College Press, East Lansing, 1951.

Baca-García, Enrique, *et al.*: «The Relationship Between Menstrual Cycle Phases and Suicide Attempts», *Psychosomatic Medicine*, 62 (2000), 50-60.

Baldessarini, Ross J.: «Neuropharmacology of S-Adenosyl-L-Methionine», *The American Journal of Medicine*, 83, supl. 5A (1987), 95-103.

Ball, H. Irene, *et al.*: «Update on the incidence and mortality from melanoma in the United States», *Journal of the American Academy of Dermatology*, 40 (1999), 35-42.

Ball, J. R., *et al.*: «A controlled trial of imipramine in treatment of depressive states», *British Medical Journal*, 21 (1959), 1.052-1.055.

Barbey, J. T., y S. P. Roose: «SSRI safety in overdose», *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, supl. 15 (1998), 42-48.

Barinaga, Marcia: «A New Clue to How Alcohol Damages Brains», *Science* (11-2-2000), 947-948.

Barker, Juliet: *The Brontës*, St. Martin's Press, Nueva York, 1994.

Barlow, D. H., y M. G. Craske: *Mastery or Your Anxiety and Panic: Client workbook for anxiety and panic*, Graywind Publications Incorporated/The Psychological Corporation, San Antonio, Texas, 2000.

— *et al.*: «Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial», *Journal of the American Medical Association*, 283 (2000), 2.529-2.536.

Baron, Richard: «Employment Policy: Financial Support versus Promoting Economic Independence», *International Journal of Law and Psychiatry*, 23, núm. 3-4 (2000), 375-391.

— *The Past and Future Career Patterns of People with Serious Mental Illness: A Qualitative Inquiry*, auspiciado por el Switzer Fellowship Grant del National Institute on Disability and Rehabilitation Research, premio H133F980011.

— «Employment Programs for Persons with Serious Mental Illness: Drawing the Fine Line Between Providing Necessary Financial Support and Promoting Lifetime Economic Dependence», manuscrito.

Barondes, Samuel H.: *Mood Genes*, W. H. Freeman and Company, Nueva York, 1998.

Barthelme, Donald: *Sadness*, Farrar, Straus and Giroux, Nueva York, 1972.

Bassuk, Ellen, *et al.*: «Prevalence of Mental Health and Substance Use Disorders Among Homeless and Low-Income Housed Mothers», *American Journal of Psychiatry*, 155, núm. 11 (1998), 1.561-1.564.

Bateson, Gregory: *Steps to an Ecology of Mind*, University of Chicago Press, Chicago, 1972. [Hay trad. cast.: *Una unidad sagrada. Pasos ulteriores hacia una ecología de la mente*, Gedisa, Barcelona, 1993.]

Batten, Guinn: *The Orphaned Imagination: Melancholy and Commodity Culture in English Romanticism*, Duke University Press, Durham (Carolina del Norte) y Londres, 1998.

Baudelaire, Charles: *Les Fleurs du Mal*, Garnier Frères, París, 1961. [Hay trad. cast.: *Las flores del mal*, Alianza, Madrid, 1997.]

Beatty, William, *et al.*: «Neuropsychological performance of recently abstinent holics and cocaine abuser», *Drug and Alcohol Dependence*, 37 (1955), 247-253.

Beck, Aaron T.: *Depression Causes and Treatment*, University of Pennsylvania Press, Filadelfia, 1967. [Hay trad. cast.: *Diagnóstico y tratamiento de la depresión*, Merck Sharp & Dohme de España, Madrid, 1980.]

— y Marjorie Weishaar: «Cognitive Therapy», en Arthur Freeman, Karen M. Simon, Larry E. Beutler y Hal Arkowitz: *Comprehensive Handbook of Cognitive Theory*, Plenum Press, Nueva York, 1989.

Becker, Ernst: *The Denial of Death*, Free Press, Nueva York, 1973.

Beckett, Samuel: *The Complete Dramatic Works of Samuel Beckett*, Faber & Faber, Londres, 1986.

— *Molloy, Malone Dies, The Unnamable*, Alfred A. Knopf, Nueva York, 1997. [Hay trad. cast.: *Molloy*, Altaya, Barcelona, 1995; *Malone muere*, Alianza, Madrid, 1997; *El innumerable*, Alianza, Madrid, 2001.]

Beckham, E. Edward, y William Leber (eds.): *The Handbook of Depression*, 2.^a ed., Guilford Press, Nueva York, 1995.

Bell, Kate M., et al.: «S-Adenosylmethionine Treatment of Depression: A Controlled Clinical Trial», *American Journal of Psychiatry*, 145, núm. 9 (1988), 1.110-1.114.

— «S-adenosylmethionine blood levels in major depression: Changes with drug treatment», *Acta Neurologica Scandinavica*, 89, supl. 154 (1994), 15-18.

Belsky, Jay, Laurence Steinberg, y Patricia Draper: «Childhood Experience, Interpersonal Development, and Reproductive Strategy: An Evolutionary Theory of Socialization», *Child Development*, 62 (1991), 647-670.

Benjamin, Walter: *The Origin of German Tragic Drama*, Verso, Londres, 1985. [Hay trad. cast.: *El origen del drama barroco alemán*, Taurus, Madrid, 1990.]

Benshoof, Janet, y Laura Ciolkoski: «Psychological Warfare», *Legal Times* (4-1-1999).

Berg, J. H. van den: *The Changing Nature of Man*, Norton, Nueva York, 1961.

Berger, M., et al.: «Sleep deprivation combined with consecutive sleep phase advance as fast-acting therapy in depression», *American Journal of Psychiatry*, 154, núm. 6 (1997), 870-872.

Bergmann, Uri: «Speculations on the Neurobiology of EMDR», *Traumatology*, 4, núm. 1 (1998).

Bernard de Clunney [Bernard of Cluny]: *Scorn for the World: Bernard of Cluny's «De contemptu mundi»* (ed. R. E. Pepin), Colleagues Press, East Lansing, 1991.

Bernardini, Paolo: «*Melancholia gravis*: Robert Burton's *Anatomy*, (1621) and the Links between Suicide and Melancholy», manuscrito.

Berndt, Ernst, *et al.*: «Workplace performance effects form chronic depression and its treatment», *Journal of Health Economics*, 17, núm. 5 (1998), 511-535.

Bernet, C. Z., *et al.*: «Relationship of childhood maltreatment to the onset and course of major depression», *Depression and Anxiety*, 9, núm. 4 (1999), 169-174.

Bickerton, Derek: *Language and Species*, University of Chicago Press, Chicago, 1990. [Hay trad. cast.: *Lenguaje y especies*, Alianza, Madrid, 1994.]

Birtchnell, John: *How Humans Relate*, Westport, Praeger, Connecticut, 1993.

Blair-West, G. W., G. W. Mellsop, y M. L. Eyesonannan: «Down-rating lifetime suicide risk in major depression», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95 (1997), 259-263.

Blakeslee, Sandra: «Pulsing Magnets Offer New Method of Mapping Brain», *New York Times* (21-5-1996).

— «New Theories of Depression Focus on Brain's Two Sides», *New York Times* (19-1-1999).

Blazer, Dan G., *et al.*: «The Prevalence and Distribution of Major Depression in a National Community Sample: The National Comorbidity Survey», *American Journal of Psychiatry*, 151, núm. 7 (1994), 979-986.

Blok, F. F.: *Caspar Barlaeus: From the Correspondence of a Melancholic*, Van Gorcum, Asen, 1976.

Bloom, Harold: *Shakespeare: The Invention of the Human*, Riverhead Books, Nueva York, 1998. [Hay trad. cast.: *Shakespeare: La invención de lo humano*, Anagrama, Barcelona, 2002.]

Blumenthal, J. A., *et al.*: «Effects of exercise training on older patients with major depression», *Archives of Internal Medicine*, 159 (1999), 2.349-2.356.

Bodkin, J. Alexander, *et al.*: «Treatment Orientation and Associated Characteristics of North American Academic Psychiatricians», *Journal of Nervous Mental Disorders*, 183 (1995), 729-735.

Boerhaave, Hermann: *Boerhaave's Aphorisms: Concerning the Knowledge and*

Cure of Diseases, W. Innys and C. Hitch, Londres, 1742.

Boor, M., *et al.*: «Suicide Rates, Handgun Control Laws, and Sociodemographic Variables», *Psychological Reports*, 66 (1990), 923-930.

Bostwick, J. M., y S. Pancratz: «Affective disorders and suicide risk: A re-examination», *American Journal of Psychiatry* (en prensa).

Bottiglieri, T., *et al.*: «S-adenosylmethionine levels in psychiatric and neurological disorders: A review», *Acta Neurologica Scandinavica*, 89, supl. 154 (1994), 19-26.

Bower, Bruce: «Depressive aftermath for new mothers», *Science News* (25-8-1990).

— «Depression therapy gets interpersonal», *Science News*, 140 (1991), 404.

— «Depression: Rates in women, men... and stress effects across the sexes», *Science News*, 147 (1995), 346.

Bowie, Andrew: *Schelling and Modern European Philosophy*, Routledge, Londres, 1993.

Bowlby, John: *Loss: Sadness and Depression*, vol. 3 de *Attachment and Loss*, Hogarth Press, Londres, 1980. [Hay trad. cast.: *La pérdida afectiva: tristeza y depresión*, Paidós, Barcelona, 1997.]

Braun, Wilhelm Alfred: *Types of Weltschmerz in German Poetry*, AMS Press, Nueva York, 1966.

Breggin, Peter R., y Ginger Ross Breggin: *Talking Back to Prozac*, St. Martin's Paperbacks, Nueva York, 1994.

Brenna, Susan: «This Is Your Child. This Is Your Child on Drugs», *New York*, 30, núm. 45 (1997), 46-53.

Bressa, G. M.: «S-adenosyl-l-methionine (SAME) as antidepressant», *Acta Neurologica Scandinavica*, 89, supl. 154 (1994), 7-14.

Brink, Susan: «I'll say I'm suicidal», *U. S. News & World Report* (19-1-1998).

Brody, Jane: «Changing thinking to change emotions», *New York Times* (21-8-1996).

— «Despite the Despair of Depression, Few Men Seek Treatment», *New York Times* (30-12-1997).

Brown, George W.: «Clinical and Psychosocial Origins of Chronic Depressive Episodes. 1. A Community Survey», *British Journal of Psychiatry*, 165 (1994), 447-456.

— «Clinical and Psychosocial Origins of Chronic Depressive Episodes. 2. A Patient Inquiry», *British Journal of Psychiatry*, 165 (1994), 457-465.

— «Life events and Endogenous Depression», *Archives of General Psychiatry*, 51 (1994), 525-534.

— «Psychosocial factors and depression and anxiety disorders – some possible implications for biological research», *Journal of Psychopharmacology*, 10, núm. 1 (1996), 23-30.

— «Genetics of depression: A social science-perspective», *International Review of Psychiatry*, 8 (1996), 387-401.

— «Loss and Depressive Disorders», en B. P. Dohrenwend (ed.): *Adversity, Stress and Psychopathology*, American Psychiatric Press, Washington, D. C., 1997.

— *et al.*: «Aetiology of anxiety and depressive disorders in an inner-city population. 1. Early adversity», *Psychological Medicine*, 23 (1993), 143-154.

— *et al.*: «Aetiology of anxiety and depressive disorders in an inner-city population. 2. Comorbidity and adversity», *Psychological Medicine*, 25 (1993), 155-165.

— *et al.*: «Loss, humiliation and entrapment among women developing depression: A patient and nonpatient comparison», *Psychological Medicine*, 25 (1995), 7-21.

— *et al.*: «Social Factors and Comorbidity of Depressive and Anxiety Disorders», *British Journal of Psychiatry*, 168, supl. 30 (1996), 50-57.

— *et al.*: «Single mothers, poverty, and depression», *Psychological Medicine*,

27 (1997), 21-33.

Brown, Richard, Teodoro Bottiglieri, y Carol Colman: *Stop Depression Now: SAM-e*, G. P. Putnam's Sons, Nueva York, 1999.

Brown, Theodore, M.: «Descartes, dualism, and psychosomatic medicine», en W. F. Bynum, Roy Porter y Michael Shepherd (eds.): *The Anatomy of Madness*, vol. 1, Tavistock Publications, Londres, 1985.

Brown Thomas M.: «Acute St. John's Wort Toxicity», *American Journal of Emergency Medicine*, 18, núm. 2 (2000), 231-232.

Bruder, G. E., *et al.*: «Outcome of cognitive-behavioral therapy for depression: Relation to hemispheric dominance for verbal processing», *Journal of Abnormal Psychology*, 106, núm. 1 (1997), 138-144.

Buck, Jeffrey, *et al.*: «Behavioral Health Benefits in Employer-Sponsored Health Plans, 1997», *Health Affairs*, 18, núm. 2 (1999), 67-78.

Bucknill, John Charles, y Daniel H. Tuke: *A Manual of Psychological Medicine*, Blanchard and Lea, Filadelfia, 1858.

Bulgákov, Mijaíl [Mikhail Bulgakov]: *The White Guard*, The Harvill Press, Londres, 1996. [Hay trad. cast.: *La guardia blanca*, Destino, Barcelona, 1971.]

Burns, Barbara, *et al.*: «General Medical and Specialty Mental Health Service Use for Major Depression», *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 30, núm. 2 (2000), 127-143.

Burton, Robert: *The Anatomy of Melancholy*, 3 vols., Clarendon Press, Oxford, 1997. [Hay trad. cast.: *Anatomía de la melancolía*, 2 vols., Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid, 1997-1998.]

Bush, Carol, *et al.*: «Operation Outreach: Intensive Case Management for Severely Psychiatrically Disabled Adults», *Hospital and Community Psychiatry*, 41, núm. 6 (1990), 647-651.

Byrd, Max: *Visits to Bedlam: Madness and Literature in the Eighteenth Century*, University of South Carolina Press, Columbia, 1974.

Byrne, Gayle, y Stephen Suomi: «Social Separation in Infant *Cebus Apella*:

Patterns of Behavioral and Cortisol Response», en *International Journal of Developmental Neuroscience*, 17, núm. 3 (1999), 265-274.

Cadore, Remi, *et al.*: «Somatic Complaints. Harbinger of Depression in Primary Care», *Journal of Affective Disorders*, 2 (1980), 61-70.

— «Depression Spectrum Disease, I: The Role of Gene-Environment Interaction», *American Journal of Psychiatry*, 153, núm. 7 (1996), 892-899.

Cain, Lillian: «Obtaining Social Welfare Benefits for Persons with Serious Mental Illness», *Hospital and Community Psychiatry*, 44, núm. 10 (1993), 977-980.

Calabrese, J. R., *et al.*: «Fish Oils and Bipolar Disorder», *Archives of General Psychiatry*, 56 (1999), 413-414.

Callahan, Roger J., y Joanne Callahan: *Stop the Nightmares of Trauma: Thought Field Therapy*, Professional Press, Nueva York, 2000.

Camus, Albert: *The Myth of Sisyphus and Other Essays*, traducido por Justin O'Brien, Vintage International, Nueva York, 1991. [Hay trad. cast.: *El mito de Sísifo*, Alianza, Madrid, 2001.]

Caplan, Paula J.: *They Say You're Crazy*, Addison-Wesley, Reading (Massachusetts), 1995.

Carling, Paul J.: «Major Mental Illness, Housing and Supports», *American Psychologist* (agosto de 1990), 969-971.

Carlyle, Thomas: *Sartor Resartus*, Odyssey Press, Indianápolis, 1937. [Hay trad. cast.: *Sartor Resartus*, Fundamentos, Madrid, 1976.]

Carney, Michael W. P., *et al.*: «S-Adenosylmethionine and Affective Disorder», *American Journal of Medicine*, 83, supl. 5A (1987), 104-106.

— «Switch Mechanism in Affective Illness and Oral S-Adenosylmethionine», *British Journal of Psychiatry*, 150 (1987), 724-725.

Catalán, José (ed.): *Mental Health and HIV Infection*, UCL Press, Londres, 1999.

Chagnon, Napoleon A.: *Yanomamö: The Last Days of Eden*, Harcourt Brace

Jovanovich, San Diego, 1992.

Chaisson-Stewart, G. Maureen (ed.): *Depression in the Elderly: An Interdisciplinary Approach*, John Wiley & Sons, Nueva York, 1985.

Chance, M. R. A. (ed.): *Social Fabrics of the Mind*, Lawrence Erlbaum, Londres, 1988.

Charness, Michael: «Brain Lesions in Alcoholics», *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17, núm. 1 (1993), 2-11.

Chaucer, G.: *Canterbury Tales Complete* (trad. y ed. James J. Donohue), Iowa, 1979.

Chéjov, Antón [Anton Chekhov]: *Lady with Lapdog and Other Stories*, Penguin, Londres, 1964. [Hay trad. cast.: *La dama del perrito y otros relatos*, Círculo de Lectores, Barcelona, 2001.]

– *The Party and Other Stories*, Penguin, Londres, 1985.

Chomsky, Noam: *Reflections on Language*, Pantheon Books, Nueva York, 1975. [Hay trad. cast.: *Reflexiones sobre el lenguaje*, Planeta-De Agostini, Barcelona, 1985.]

Christie, Deborah: «Assessment», manuscrito en elaboración.

– «Cognitive-behavioral therapeutic techniques for children with eating disorders», manuscrito.

– y Russell VINER: «Eating disorders and self-harm in adolescent diabetes», *Journal of Adolescent Health*, 27 (2000).

Chua-Eoan, Howard: «How to Spot a Troubled Kid», *Time*, 153, núm. 21 (1999), 44-49.

Cioran, E. M.: *A Short History of Decay*, Quartet Encounters, Nueva York, 1990. [Hay trad. cast.: *Breviario de podredumbre*, Suma de Letras, Madrid, 2001.]

– *Tears and Saints*, University of Chicago Press, Chicago, 1995. [Hay trad. cast.: *De lágrimas y de santos*, Tusquets, Barcelona, 1988.]

Clark, R. E., *et al.*: «A cost-effectiveness comparison of supported employment and rehabilitation day treatment», *Administration and Policy in Mental Health*, 24, núm. 1 (1996), 63-77.

Cochran S. D., y V. M. Mays: «Lifetime Prevalence of Suicide Symptoms and Affective Disorders among Men Reporting Same-Sex Sexual Partners: Results from NHANES III», *American Journal of Public Health*, 90, núm. 4 (2000), 573-578.

— «Relation between Psychiatric Syndromes and Behaviorally Defined Sexual Orientation in a Sample of the U. S. Population», *American Journal of Epidemiology*, 151, núm. 5 (2000), 516-523.

Cohen, Carl: «Poverty and the Course of Schizophrenia: Implications for Research and Policy», *Hospital and Community Psychiatry*, 44, núm. 10 (1993), 951-958.

Coleridge, Samuel Taylor: *The Collected Letters of Samuel Taylor Coleridge* (ed. Earl Leslie Griggs), Clarendon Press, Oxford, 1956.

Collinge, Nancy, C: *Introduction to Primate Behavior*, Kendall/Hunt Publishing Company, Dubuque (Iowa), 1993.

Colt, George Howe: *The Enigma of Suicide*, Summit Books, Nueva York, 1991.

Colton, Michael: «You Need It Like... A hole in the Head?», *Washington Post* (31-51998).

Commission for racial equality: *The Sorrow Is in My Heart... Sixteen Asian women Speak about Depression*, Commission for Racial Equality, Londres, 1993.

Corballis, Michael: *The Lopsided Ape: Evolution of the Generative Mind*, Oxford University Press, Nueva York, 1991.

Costa, E., y G. Racagni (eds.): *Typical and Atypical Antidepressants: Clinical Practice*, Raven Press, Nueva York, 1982.

Cowper, William (Esq.): *Memoir of the Early Life of William Cowper (Esq.)*, Philo B. Pratt, Newburgh, Nueva York, 1817.

— *The Poetical Works of William Cowper* (ed. H. S. Milford), Oxford University Press, Oxford, 1950.

Coyne, James C. (ed.): *Essential Papers on Depression*, New York University Press, Nueva York, 1985.

Craske, M. G., et al.: *Mastery of your anxiety and panic: Therapist guide for anxiety, panic, and agoraphobia*, Graywind Publications/The Psychological Corporation, San Antonio, 2000.

Crellin, John K., y Jane Philpott: *Herbal Medicine Past and Present: A Reference Guide to Medicinal Plants*, 2 vols., Duke University Press, Durham (Carolina del Norte), 1990.

Cross, Alan: «Serotonin in Alzheimer-Type Dementia and Other Dementing Illnesses», *Annals of the New York Academy of Sciences*, 600 (1990), 405-415.

— et al.: «Serotonin Reception Changes in Dementia of the Alzheimer Type», *Journal of Neurochemistry*, 43 (1984), 1.574-1.581.

Cross-National Collaborative Group: «The Changing Rate of Major Depression», *Journal of the American Medical Association*, 268, núm. 21 (1992), 3.098-3.105.

Crow, T. J.: «Sexual selection, Machiavellian intelligence and the origins of psychosis», *Lancet*, 342 (1993), 594-598.

— «Childhood precursors of psychosis as clues to its evolutionary origins», *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 245 (1995), 61-69.

— «Constraints on concepts of Pathogenesis», *Archives of General Psychiatry*, 52 (1995), 1.011-1.015.

— «A Darwinian Approach to the Origins of Psychosis», *British Journal of Psychiatry*, 167 (1995), 12-25.

— «Location of the Handedness Gene on the X and Y Chromosomes», *American Journal of Medical Genetics*, 67 (1996), 50-52.

— «Sexual selection as the mechanism of evolution of Machiavellian intelligence: A Darwinian theory of the origins of psychosis», *Journal of Psychopharmacology*, 10, núm. 1 (1996), 77-87.

— «Is schizophrenia the price that *Homo sapiens* pays for language?»,

Schizophrenia Research, 28 (1997), 127-141.

— «Schizophrenia as failure of hemispheric dominance for language», *Trends in Neuroscience*, 20 (1997), 339-343.

— «Evidence for Linkage to Psychosis and Cerebral Asymmetry (Relative Hand Skill) on the X Chromosome», *American Journal of Medical Genetics*, 81 (1998), 420-427.

— «Nuclear schizophrenic symptoms as a window on the relationship between thought and speech», manuscrito.

— «Relative hand skill predicts academic ability», manuscrito.

Cullen, William: *The First Lines of the Practice of Physic*, 3 vols., Isaiah Thomas, Worcester (Massachusetts), 1790.

— *Synopsis and Nosology, Being an Arrangement and Definition of Diseases*, Edward Gray, Springfield (Massachusetts), 1793.

Curtis, Tine, y Peter Bjerregaard: *Health Research in Greenland*, DICE, Copenhagen, 1995.

Cutbush, Edward: *An Inaugural Dissertation on Insanity*, Zachariah Poulson Jr., Filadelfia, 1794.

Daedalus, «The Brain» (primavera de 1998).

Dain, Norman: *Concepts of Insanity in the United States, 1789-1865*, Rutgers University Press, New Brunswick (New Jersey), 1964.

Damasio, Antonio, R.: *Descartes' Error*, Grosset/Putnam, Nueva York, 1994. [Hay trad. cast.: *El error de Descartes*, Crítica, Barcelona, 1996.]

Danquah, Meri Nana-Ama: *Willow Weep for Me*, W. W. Norton, Nueva York, 1998.

Danziger, Sandra, *et al.*: «Barriers to the Employment of Welfare Recipients», University of Michigan, Poverty Research and Training Center, Ann Arbor, 1999.

Darwin, Charles: *The Expressions of the Emotions in Man and Animals*, 3.^a ed., Oxford University Press, Oxford, 1998. [Hay trad. cast.: *La expresión de las emociones en los animales y en el hombre*, Alianza, Madrid, 1998.]

Davidson, Park O. (ed.): *The Behavioral Management, of Anxiety, Depression, and Pain*, Brunner/Mazel, Nueva York, 1976.

Davidson, Richard J.: «Affective style, psychopathology and resilience: Brain mechanisms and plasticity», *American Psychologist* (en prensa).

— y Nathan FOX: «Frontal Brain Asymmetry Predicts Infants' Response to Maternal Separation», *Journal of Abnormal Psychology*, 98, núm. 2 (1989), 127-131.

— *et al.*: «Approach-Withdrawal and Cerebral Asymmetry: Emotional Expression and Brain Physiology I», *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, núm. 2 (1990), 330-341.

Dean, Laura, *et al.*: «Lesbian, Bisexual and Transgender Health: Findings and Concerns», Gay and Lesbian Medical Association (www.glma.org).

De Leo, Diego, y René F. W. Diekstra: *Depression and Suicide in Late Life*, Hogrefe & Huber Publishers, Toronto, 1990.

Delgado T., *et al.*: «Serotonin function and the mechanism of antidepressant action: Reversal of antidepressant by rapid depletion of plasma tryptophan», *Archives of General Psychiatry*, 47 (1990), 411-418.

Depaulo, J. Raymond, Jr., y Keith Russell Ablow: *How to Cope with Depression*, Fawcett Columbine, Nueva York, 1989.

Derosis, Helen A., y Victoria Y. Pellegrino: *The Book of Hope*, Bantam Books, Nueva York, 1977.

Derubeis, R. J., *et al.*: «Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients: Mega-analysis of four randomized comparisons», *American Journal of Psychiatry*, 156, núm. 7 (1999), 1.007-1.013.

Devanand, D. P., *et al.*: «Does ECT Alter Brain Structure?», *American Journal of Medicine*, 151, núm. 7 (1994), 957-970.

De Wester, Jeffrey: «Recognizing and Treating the Patient with Somatic

Manifestation of Depression», *Journal of Family Practice*, 43, supl. 6 (1996), S3-15.

Dickens, Charles: *Nicholas Nickleby*, Oxford University Press, Nueva York, 1987. [Hay trad. cast.: *Nicholas Nickleby*, Bruguera, Barcelona, 1975.]

Dickinson, Emily: *The Complete Poems of Emily Dickinson* (ed. Thomas H. Johnson), Little, Brown, Boston, 1960. [Hay trad. cast.: *Poemas*, Juventud, Barcelona, 1994.]

Diefendorf, A. Ross: *Clinical Psychiatry: A Text-Book for Students and Physicians*, resumido y adaptado de la séptima edición alemana de la obra de Kraepelin, *Lehrbuch der Psychiatrie*, Macmillan, Nueva York, 1912.

Diepold, John H., Jr.: «Touch and Breath (TAB)», trabajo presentado en Innovative and Integrative Approaches to Psychotherapy: A Conference, Edison, New Jersey, 14-15 de noviembre de 1998.

Donne, John: *Biathanatos* (ed. Michael Rudick y M. Pabst Battin), Garland Publishing, Nueva York, 1982.

Dorn, Lorah, et al.: «Biopsychological and cognitive differences in children with premature vs. on-time adrenarche», *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 153, núm. 2 (1999), 137-146.

Dostoievski, Fiódor [Fedor Dostoyevsky]: *The House of The Dead*, Penguin, Nueva York, 1985. [Hay trad. cast.: *La casa de los muertos*, Bruguera, Barcelona, 1971.]

— *The Idiot*, Modern Library, Nueva York, 1983. [Hay trad. cast.: *El idiota*, Bruguera, Barcelona, 1986.]

— *Notes from the Underground*, Signet Classic, Nueva York, 1961. [Hay trad. cast.: *Apuntes del subsuelo*, Alianza, Madrid, 1998.]

— *The Possessed*, Heritage Press, Nueva York, 1959. [Hay trad. cast.: *Los endemoniados*, Bruguera, Barcelona, 1975.]

Dozier, Rush W., Jr.: *Fear Itself*, St Martin's Press, Nueva York, 1998.

Dunn, Sara, Blake Morrison, y Michèle Roberts (eds.): *Mind Readings: Writers' Journeys through Mental States*, Minerva, Londres, 1996.

Dunner, D. L.: «An Overview of Proxetine in the Elderly», *Gerontology*, 40, supl. 1 (1994), 21-27.

Durant, Robert, *et al.*: «Factors Associated with the Use of Violence among Urban Black Adolescents», *American Journal of Public Health*, 84 (1994), 612-617.

Dworkin, Ronald: *Life's Dominion*, Alfred A. Knopf, Nueva York, 1993. [Hay trad. cast.: *El dominio de la vida: una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual*, Ariel, Barcelona, 1998.]

Ebert, D., *et al.*: «Eye-blink rates and depression. Is the antidepressant effect of sleep deprivation mediated by the dopamine system?», *Neuropsychopharmacology*, 15, núm. 4 (1996), 332-339.

Economist, The: «Depression: The Spirit of the Age» (19-12-1998).

— «The Tyranny of Time» (18-12-1999).

Edgson, Vicki, y Ian Marber: *The Food Doctor*, Collins & Brown, Nueva York, 1999. [Hay trad. cast.: *El poder curativo de los alimentos*, Parramón, Barcelona, 2001.]

Edward, J. Guy: «Depressions, antidepressants, and accidents», *British Medical Journal*, 311 (1995), 887-888.

Egelko, Susan, *et al.*: «Relationship among CT Scans, Neurological Exam, and Neuropsychological Test Performance in Right-Brain-Damaged Stroke Patients», *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 10, núm. 5 (1998), 539-564.

Eliot, George: *Daniel Deronda*, Penguin, Londres, 1983.

Eliot, T. S.: *The Complete Poems and Plays*, Harcourt, Brace & World, Nueva York, 1971. [Hay trad. cast.: *La tierra baldía. Cuatro cuartetos: poesía selecta (1909-1942) y otros poemas*, Círculo de Lectores, Barcelona, 2001.]

Ellis, Bruce, y Judy Garber: «Psychosocial antecedents of variation in girls' pubertal timing: Maternal depression, stepfather presence, and marital and family stress», *Child Development*, 71, núm. 2 (2000), 485-501.

Epicuro [Epicurus]: *A Guide to Happiness*, Phoenix, Londres, 1995. [Hay trad. cast.: *Máximas para una vida feliz*, Temas de hoy, Madrid, 1994.]

Eriksson, P. S., *et al.*: «Neurogenesis in the adult human hippocampus», *Neuro Medicine*, 4 (1998), 1.313-1.317.

Esquirol, J. E. D.: *Mental Maladies. A Treatise on Insanity*, Hafner Publishing, Nueva York, 1965.

Evans, Dylan: «The Social Competition Hypothesis of Depression», *ASCAP*, 12, núm. 3 (1999).

Evans, Glen, y Norman L. Farberow: *The Encyclopedia of Suicide, Facts on File*, Nueva York, 1998.

Fassler, David, y Lynne Dumas: *Help Me, I'm Sad: Recognizing, Treating, and Preventing Childhood Depression*, Penguin, Nueva York, 1998.

Faulkner, A. H., y K. Cranston: «Correlates of Same-Sex Behavior in a Random Sample of Massachusetts High School Students», *American Journal of Public Health*, 88, núm. 2 (1998), 262-266.

Fava, Maurizio, *et al.*: «Folate, Vitamin B12, and Homocysteine in Major Depressive Disorder», *American Journal of Psychiatry*, 154, núm. 3 (1997), 426-428.

Feld, Steven: *Sound and Sentiment*, 2.^a ed., University of Pennsylvania Press, Filadelfia, 1982.

Felman, Shoshana: *What Does a Woman Want? Reading and Sexual Difference*, Johns Hopkins University Press, Baltimore y Londres, 1993.

Ferber, Jane S., y Suzanne Levert: *A Woman Doctor's Guide to Depression*, Hyperion, Nueva York, 1997.

Fergusson, D. M., *et al.*: «Is Sexual Orientation Related to Mental Health Problems and Suicidality in Young People?», *Archives of General Psychiatry*, 56, núm. 10 (1999), 876-886.

Ferro, Tova, *et al.*: «Screening for Depression in Mothers Bringing Their Offspring for Evaluation or Treatment of Depression», *American Journal of Psychiatry*, 157 (2000), 375-379.

Field, Tiffany: «Maternal Depression: Effects on Infants and Early Interventions», *Preventive Medicine*, 27 (1998), 200-203.

— *et al.*, «Effects of Parent Training on Teenage Mothers and Their Infants», *Pediatrics*, 69, núm. 6 (1982), 703-707.

Fischer, Joannie Schrof: «Taking the shock out of electroshock», *U. S. News & World Report* (24-1-2000).

Fitzgerald, F. Scott: *The Crack-Up* (ed. Edmund Wilson), New Directions, Nueva York, 1993. [Hay trad. cast.: *El crack-up*, Anagrama, Barcelona, 1991.]

— *The Great Gatsby*, Charles Scribner's Sons, Nueva York, 1953. [Hay trad. cast.: *El Gran Gatsby*, Alfaguara, Madrid, 1998.]

Flowers, Arthur: *Another Good Loving Blues*, Ballantine Books, Nueva York, 1993.

Flynn, John: *Cocaine*, A Birch Lane Press Book, Nueva York, 1991.

Foucault, Michel: *Madness and Civilization*, Vintage Books, Nueva York, 1965.

Frank, Ellen, *et al.*: «Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression: A randomized controlled trial in patients older than 59 years», *Journal of the American Association*, 281, núm. 1 (1999), 39-45.

— «The treatment effectiveness project. A comparison of paroxetine, problem-solving therapy, and placebo in the treatment of minor depression and dysthymia in primary care patients: Background and research plan», *General Hospital Psychiatry*, 21, núm. 4 (1999), 260-273.

Freeman, Arthur, Karen M. Simon, Larry E. Beutler, y Hal Arkowitz (eds.): *Comprehensive Handbook of Cognitive Theory*, Plenum Press, Nueva York, 1989.

Freud, Sigmund: *A General Selection from the Works of Sigmund Freud*, John Rickman, Liveright, Nueva York, 1957.

— *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, 24 vols., Hogarth Press, Londres, 1953-1974. [Hay trad. cast.: *Obras completas*, 9 vols., Biblioteca Nueva, Madrid, 1972.]

Friedman, Richard C., y Jennifer Downey: «Internalized Homophobia and the Negative Therapeutic Reaction», *Journal of the American Academy of*

Psychoanalysis, 23, núm. 1 (1995), 99-113.

— «Internal Homophobia and Gender-Valued Self-Esteem in the Psychoanalysis of Gay Patients», *Psychoanalytic Review*, 86, núm. 3 (1999), 325-347.

— «Psychoanalysis and Sexual Orientation: Sexual Science and Clinical Practice», manuscrito.

Friedman, Raymond J., y Martin M. Katz (eds.): *The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research*, V. H. Winston & Sons, Washington, D. C., 1974.

Friedrich, William N.: *Psychotherapy with Sexually Abused Boys*, Sage Publications, Thousand Oaks (California), 1995.

Fromm, Erich: *Escape from Freedom*, Farrar & Rinehart, Nueva York, 1941. [Hay trad. cast.: *El miedo a la libertad*, Paidós, Barcelona, 1998.]

Fugh-Berman, A.: «Herb-drug interactions», *Lancet*, 355, núm. 9.198 (2000), 134-138.

Galanter, Marc, y Herbert D. Kleber: *Textbook of Substance Abuse Treatment*, 2.^a ed., American Psychiatric Press, Washington, D. C., 1999. [Hay trad. cast.: *Tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias de la American Psychiatric Press*, Masson, Barcelona, 1997.]

Galdston, Iago (ed.): *Historic Derivations of Modern Psychiatry*, MacGraw Hill, Nueva York, 1967.

Gallerani, M., et al.: «The time for suicide», *Psychological Medicine*, 26 (1996), 867-870.

Gallichio, Vincent, y Nicholas BIRCH (eds.): *Lithium: Biochemical and Clinical Advances*, Weidner Publishing Group, Cheshire (Connecticut), 1996.

Gallo, Fred P.: *Energy Psychology*, CRC Press, Boca Ratón (Florida), 1999.

Gamwell, Lynn, y Nancy Tomes: *Madness in America*, Cornell University Press, Ithaca (Nueva York), 1995.

Garcia-Borreguero, Diego, et al.: «Hormonal Responses to the Administration of M-Chlorophenylpiperazine in Patients with Seasonal Affective

Disorder and Controls», *Biological Psychiatry*, 37 (1995), 740-749.

Gardner, Russell, Jr.: «Mechanisms in Manic-Depressive Disorder. An Evolutionary Model», *Archives of General Psychiatry*, 39 (1982), 1.436-1.441.

— «Sociophysiology as the Basic Science of Psychiatry», *Theoretical Medicine*, 18 (1997), 335-356.

— «Mati: The Angry Depressed Dog Who Fought On and Won», *ASCAP*, 11, núm. 12 (1998).

Garofalo, R., *et al.*: «The Association between Health Risk Behaviors and Sexual Orientation among a School-Based Sample of Adolescents», *Pediatrics*, 101 (1998), 895-902.

— «Sexual Orientation and Risk of Suicide Attempts among a Representative Sample of Youth», *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 153 (1999), 487-493.

Gasner, Rose, *et al.*: «The Use of Legal Action in New York City to Ensure Treatment of Tuberculosis», *New England Journal of Medicine*, 340, núm. 5 (1999), 359-366.

Gazaniga, Michael S.: *The Mind's Past*, University of California Press, Berkeley, 1998.

George, Mark, *et al.*: «SPECT and PET imaging in mood disorders», *Journal of Clinical Psychiatry*, 54 (1993), 6-13.

— «Daily repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) improves mood in depression», *Neuroreport*, 6, núm. 14 (1995), 1.853-1.856.

Ghadirian, Abdu'l-Missagh A., y Heinz E. Lehmann (eds.): *Environment and Psychopathology*, Springer, Nueva York, 1993.

Gilbert, David: *Smoking*, Taylor & Francis, Washington, D. C., 1995.

Gillin, J. C.: «Are sleep disturbances risk factors for anxiety, depressive and addictive disorders?», *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 393 (1998), 39-43.

Gladstone, Gemma, Gordon Parker, Kay Wilhelm y Philip Mitchell: «Characteristics of depressed patients who report childhood sexual abuse», *American Journal of Psychiatry*, 156, núm. 3 (1999), 431-437.

Gladwell, Malcolm: «Damaged», *The New Yorker* (24-2-1997 y 3-3-1997).

Glantz, Kalman, y John K. Pearce: *Exiles from Eden: Psychotherapy from an Evolutionary Perspective*, W. W. Norton, Nueva York, 1989.

Glenmullen, Joseph: *Prozac Backlash*, Simon & Schuster, Nueva York, 2000.

Gloaguen, V., et al.: «A meta-analysis of cognitive therapy in depressed patients», *Journal of Affective Disorders*, 49, núm. 1 (1998), 59-72.

Goethe, Johann Wolfgang von: *Faust*, Nick Hearn Books, Londres, 1995. [Hay trad. cast.: *Fausto*, Espasa-Calpe, Barcelona, 1998.]

— *The Sorrows of Young Werther*, Frederick Ungar Publishing, Nueva York, 1957. [Hay trad. cast.: *Las desventuras del joven Werther*, Cátedra, Madrid, 1989.]

Gold, Mark S., y Andrew E. Slaby (eds.): *Dual Diagnosis in Substance Abuse*, Marcel Dekker, Nueva York, 1991.

Goldstein, Rise, et al.: «The Prediction of Suicide», *Archives of General Psychiatry*, 48 (1991), 418-422.

Goode, Erica: «Federal Report Praising Electroshock Stirs Uproar», *New York Times* (6-10-1999).

— «Viewing Depression as a Tool for Survival», *New York Times* (1-2-2000).

— «Chronic-Depression Study Backs the Pairing of Therapy and Drugs», *New York Times* (18-5-2000).

Goodman, Walter: «In Confronting Depression the First Target is Shame», *New York Times* (6-1-1998).

Goodwin, Donald W.: *Alcoholism, the Facts*, 3.^a ed., Oxford University Press, Oxford, 2000.

Goodwin, Frederick K., y Kay Redfield Jamison: *Manic-Depressive Illness*,

Oxford University Press, Oxford, 1990.

Gore, Tipper: «Strip Stigma from Mental Illness», *USA Today* (7-5-1999).

Gorman, Christine: «Anatomy of Melancholy», *Time* (5-5-1997).

Gottfries, C. G., *et al.*: «Treatment of Depression in Elderly Patients with and without Dementia Disorders», *International Clinical Psychopharmacology*, supl. 6, núm. 5 (1992), 55-64.

Grand, David: *Defining and Redefining EMDR*, BioLateral Books, Bellmore, Nueva York, 1999.

— «EMDR Performance Enhancement and Auditory Stimulation», manuscrito.

— «Integrating EMDR into the Psychodynamic Treatment Process», *Eye Movement Desensitization and Reprocessing International Association Newsletter* (junio de 1996).

Grant, Bridget, *et al.*: «The Relationship between DSM-IV Alcohol Use Disorders and DSM-IV Major Depression: Examination of the Primary-Secondary Distinction in a General Population Sample», *Journal of Affective Disorders*, 38 (1996), 113-128.

Gray, Thomas: *The Complete Poems of Thomas Gray* (ed. H. W. Starr and J. R. Hendrickson), Clarendon Press, Oxford, 1996.

Greden, John F.: «Do long-term treatments alter lifetime course? Lessons learned, actions needed», *Journal of Psychiatric Research*, 32 (1998), 197-199.

— «Serotonin: How Much We Have Learned! So Much to Discover...», *Biological Psychiatry*, 44 (1998), 309-312.

Green, Graham: *Ways of Escape*, Simon and Schuster, Nueva York, 1980.

Griaule, Marcel: *Conversations with Ogotemmêli*, Oxford University Press, Londres, 1965.

Griesinger, W.: *Mental Pathology and Therapeutics*, 2.^a ed., New Sydenham Society, Londres, 1867.

Griffen, Donald R.: *Animal Minds*, University of Chicago Press, Chicago, 1992.

Griffith, John, *et al.*: «Dextroamphetamine: Evaluation of Psychomimetic Properties in Man», *Archives of General Psychiatry*, 26 (1972), 97-100.

Group for the Advancement of Psychiatry, *Adolescent Suicide*, American Psychiatric Press, Washington, D. C., 1996.

Gut, Emmy: *Productive and Unproductive Depression*, Basic Books, Nueva York, 1989.

Guyton, A. C., *et al.*: «Circulation: Overall regulation», *Annual Review of Physiology*, 34 (1972).

Guze, S. B., y E. Robbins: «Suicide and affective disorders», *British Journal of Psychiatry*, 117 (1970), 437-438.

Hacking, Ian: *Mad Travelers*, University Press of Virginia, Charlottesville, 1998.

Hagen, Edward, H.: «Is Postpartum Depression functional? An Evolutionary Inquiry», fragmento de un trabajo presentado en el Human Behavior and Evolutionary Society Annual Meeting, Northwestern University, junio de 1996.

— «The Defection Hypothesis of Depression. A Case Study», *ASCAP*, 11, núm. 4 (1998), 13-17.

Halbreich, Uriel, y Lucille Lumley: «The multiple interactional biological processes that might lead to depression and gender differences in its appearance», *Journal of Affective Disorders*, 29, núm. 2-3 (1993), 159-173.

Hall, Stephen S.: «Fear Itself», *New York Times Magazine* (28-2-1999).

Hall, Thomas S.: *Ideas of Life and Matter: Studies in the History of General Physiology, 600 B. C.-1900 A. D.*, 2 vols., University of Chicago Press, Chicago, 1969.

Halligan, Marion: «Melancholy», en Ross Fitzgerald (ed.): *The Eleven Deadly Sins*, William Heinemann Australia, Port Melbourne, 1993.

Hamsum, Knut: *Hunger*, Noonday Press, Nueva York, 1967.

— *Night Roamers and Other Stories*, Fjord Press, Seattle, 1992.

Hanna, E. Z., *et al.*: «Parallels to early onset alcohol use in the relationship of early onset smoking with drug use and *DSM-IV* drug and depressive disorders: Findings from the National Longitudinal Epidemiologic Survey», *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 23, núm. 3 (1999), 513-522.

Hannay, Alastair, y Gordon D. Marino (eds.): *The Cambridge Companion to Kierkegaard*, Cambridge University Press, Cambridge, 1998.

Hantz, Paul, *et al.*: «Depression in Parkinson's Disease», *American Journal of Psychiatry*, 151, núm. 7 (1994), 1.010-1.014.

Harrington, Scott: «The History of Federal Involvement in Insurance Regulation: An Historical Overview», en Peter Wallison (ed.): *Optional Federal Chartering of Insurance*, AEI Press, Washington, D. C., 2000.

Harris, E. Clare, y Brian Barraclough: «Suicide as an Outcome for Medical Disorders», *Medicine*, 73 (1994), 281-296.

— «Excess Mortality of Mental Disorder», *British Journal of Psychiatry*, 173 (1998), 11-53.

Harris, M. Jackuelyn, *et al.*: «Recognition and treatment of depression in Alzheimer's disease», *Geriatrics*, 44, núm. 12 (1989), 26-30.

Hart, Sybil, *et al.*: «Depressed Mothers' Neonates Improve Following the MABI and Brazelton Demonstration», *Journal of Pediatric Psychology*, 23, núm. 6 (1998), 351-356.

Hassoun, Jacques: *The Cruelty of Depression: On Melancholia*, Addison-Wesley, Reading (Massachusetts), 1997.

Hauenstein, Emily: «A Nursing Practice Paradigm for Depressed Rural Women: Theoretical Basis», *Archives of Psychiatric Nursing*, 10, núm. 5 (1996), 283-292.

Hays, Judith, *et al.*: «Social Correlates of the Dimensions of Depression in the Elderly», *Journal of Gerontology*, 53B, núm. 1 (1998), P31-39.

Healy, David: *The Psychopharmacologists*, Chapman and Hall, Londres, 1996.

— *The Antidepressant Era*, Harvard University Press, Cambridge (Massachusetts), 1997.

Heidegger, Martin: *Being and Time*, traducido por Joan Stambaugh, State University of New York Press, Nueva York, 1996. [Hay trad. cast.: *El ser y el tiempo*, Fondo de Cultura Económica, Madrid, 2000.]

Heldman, Kevin: «7 1/2 Days», en *City Limits* (junio-julio de 1998).

Hellinger, Bert, *et al.*: *Love's Hidden Symmetry*, Zeig, Tucker, Phoenix, 1998.

Hendin, Herbert: *Suicide in America*, W. W. Norton, Nueva York, 1995.

Herrel, R., *et al.*: «Sexual Orientation and Suicidality: A Co-Twin Control Study in Adult Men», *Archives of General Psychiatry*, 56 (1999), 867-874.

Herrmann, Nathan, *et al.*: «Behavioral Disorders in Demented Elderly Patients», *CNS Drugs*, 6, núm. 4 (1996), 280-300.

Hertzberg, Hendrik: «The Narcissus Survey», *New Yorker* (5-1-1998).

Hickey, Dave: *Air Guitar*, Art Issues Press, Los Ángeles, 1997.

Hipócrates [Hippocrates]: *Hippocrates*, 4 vols., William Heinemann, Londres, 1952. [Hay trad. cast.: *Tratados hipocráticos*, 7 vols., Gredos, Madrid, 1999.]

Hirschfeld, Robert, M. A., *et al.*: «The National Depressive and Manic-Depressive Association Consensus Statement on the Undertreatment of Depression», *Journal of the American Medical Association*, 277, núm. 4 (1997), 333-340.

Hoffman, Friedrich: *A System of the Practice of Medicine*, 2 vols., Londres, 1783.

Holick, Michael J., y Ernst G. JUNG (eds.): *Biologic Effects of Light*, 1995, Nueva York, Walter de Gruyter, 1996.

Hollander, Eric (ed.): «TMS», *CNS Spectrums* 2, núm. 1 (1997).

Hollingsworth, Ellen Jane: «Use of Medicaid for Mental Health Care by Clients of Community Support Programs», *Community Mental Health Journal*, 30, núm. 6 (1994), 541-549.

Holloway, Lynette: «Seeing a Link Between Depression and Homelessness», *New York Times* (7-2-1999).

Homero [Homer]: *The Iliad*, Viking, Nueva York, 1990. [Hay trad. cast.: *La Iliada*, Gredos, Madrid, 1996.]

Hooley, Jill M., et al.: «Predictors of Relapse in Unipolar Depressives: Expressed Emotion, Marital Distress, and Perceived Criticism», *Journal of Abnormal Psychology*, 98, núm. 3 (1989), 229-235.

Hooper, Judith: «A New Germ Theory», *Atlantic Monthly* (febrero de 1999), 41-53.

Horgan, John: «Why Freud Isn't Dead», *Scientific American* (diciembre de 1996), 74-79.

House, Allan, et al.: «Depression Associated with Stroke», *Journal of Neuropsychiatry*, 8, núm. 4 (1996), 453-457.

Hrdina, Pavel, et al.: «Pharmacological Modification of Experimental Depression in Infant Macaques», *Psychopharmacology*, 64 (1979), 89-93.

Hugo, Victor: *Les Misérables*, Modern Library, Nueva York, 1992. [Hay trad. cast.: *Los miserables*, Ediciones B, Barcelona, 1998.]

Hunter, Richard, y Ida Macalpine (eds.): *300 Years of Psychiatry: A History, 1535-1860. Presented in Selected English Texts*, Oxford University Press, Londres, 1982.

Huysmans, Joris-Karl: *Against Nature*, Penguin, Suffolk, 1997.

Hyman, Steven E.: «Statement on Fiscal Year 2000 President's Budget Request for the National Institute of Mental Health», Department of Health and Human Services, Washington, D. C., fotocopia.

— «Political Science», *The Economics of Neuroscience*, 2, núm. 1 (2000), 6-7.

Ingram, Allan: *The Madhouse of Language: Writing and Reading Madness in the Eighteenth Century*, Routledge, Londres, 1991.

Inskip, H. M., E. Clare Harris y Brian Barraclough: «Lifetime risk of suicide

for affective disorder, alcoholism, and schizophrenia», *British Journal of Psychiatry*, 172 (1998), 35-37.

Ishihara, K., *et al.*: «Mechanism underlying the therapeutic effects of electroconvulsive therapy on depression», *Japanese Journal of Pharmacology*, 80, núm. 3 (1999), 185-189.

Jack, Dana Crowley: *Silencing the Self: Women and Depression*, Harvard University Press, Cambridge (Massachusetts), 1991.

Jackson, Stanley W.: *Melancholia and Depression: From Hippocratic Times to Modern Times*, Yale University Press, New Haven (Connecticut), Londres, 1986. [Hay trad. cast.: *Historia de la melancolía y la depresión*, Turner, Madrid, 1989.]

Jacobsen, Neil S., *et al.*: «Couple Therapy as a Treatment for Depression: II. The Effects of Relationship Quality and Therapy on Depressive Relapse», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, núm. 3 (1993), 516-519.

James, William: *The Will to Believe and Other Essays in Popular Philosophy*, Harvard University Press, Cambridge (Massachusetts), 1979.

— *The Varieties of Religious Experience*, Harvard University Press, Cambridge (Massachusetts), 1985. [Hay trad. cast.: *Variedades de la experiencia religiosa*, Planeta-De Agostini, Barcelona, 1994.]

Jamison, Kay Redfield: *Touched with Fire*, Free Press, Nueva York, 1993.

— *An Unquiet Mind*, Vintage Books, Nueva York, 1996.

— *Night Falls Fast*, Alfred A. Knopf, Nueva York, 1999.

Jarms, Daniil: *Incidences*, Serpent's Tail, Cornwall, Londres, 1993.

Javorsky, James: «An Examination of Language Learning Disabilities in Youth with Psychiatric Disorders», *Annals of Dyslexia*, 45 (1995), 215-231.

Jayakody, R., y H. Pollack: «Barriers to Self-Sufficiency among Low-Income, Single Mothers: Substance Use, Mental Health Problems, and Welfare Reform», trabajo presentado en la Association for Public Policy Analysis and Management, Washington, D. C., noviembre de 1997.

Jenkins, Philip: *Synthetic Panics*, New York University Press, Nueva York, 1999.

Jensen, Peter S., *et al.*: «Evolution and Revolution in Child Psychiatry: ADHD as Disorder of Adaptation», *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, núm. 12 (1997), 1.672-1.679.

Jimenez, Mary Ann: *Changing Faces of Madness: Early American Attitudes and Treatment of the Insane*, University Press of New England, Hanover (New Hampshire), 1987.

Jobe, T. H.: «Medical Theories of Melancholia in the Seventeenth and Early Eighteenth Centuries», *Clio Medica*, 11, núm. 4 (1976), 217-231.

Johnson, Richard E., *et al.*: «Lithium Use and Discontinuation in a Health Maintenance Organization», *American Journal of Psychiatry*, 153 (1996), 993-1.000.

Jones, Mary Lynn F.: «Mental health lobbyists say Capitol shooting avoidable», *The Hill* (5-8-1998).

Jones, Nancy Aaron, *et al.*: «EEG Stability in Infants/Children of Depressed Mothers», *Child Psychiatry and Human Development*, 28, núm. 2 (1997), 59-70.

Joseph-Vanderpool, Jean R., *et al.*: «Seasonal Variation in Behavioral Responses to m-CPP in Patients with Seasonal Affective Disorder and Controls», *Biological Psychiatry*, 33 (1993), 496-504.

Kafka, Franz: *The Metamorphosis and Other Stories*, Donna Freed, Barnes & Noble Books, Nueva York, 1996. [Hay trad. cast.: *La metamorfosis*, Alianza, Madrid, 1997.]

Kahn, Jack: *Job's Illness: Loss, Grief and Integration: A Psychological Interpretation*, Gaskell, Londres, 1986.

Kalen, N. H., *et al.*: «Asymmetric frontal brain activity, cortisol, and behavior associated with fearful temperament in Rhesus monkeys», *Behavioral Neuroscience*, 112 (1998), 286-292.

Kang, Duck-Hee, *et al.*: «Frontal Brain Asymmetry and Immune function», *Behavioral Neuroscience*, 105, núm. 6 (1991), 860-869.

Kant, Immanuel: *Observations on the Feeling of the Beautiful and Sublime*, University of California Press, Berkeley, 1960. [Hay trad. cast.: *Observaciones acerca de lo bello y lo sublime*, Alianza, Madrid, 1997.]

— *The Philosophy of Kant*, Modern Library, Nueva York, 1949.

Kaplan, Bert: *The Inner World of Mental Illness*, Harper Row, Nueva York, 1964.

Kaplan, Harold I., y Benjamin J. Sadock (eds.): *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 5.^a ed., Williams & Wilkins, Baltimore, 1989. [Hay trad. cast.: *Tratado de psiquiatría*, Masson, Barcelona, 1999.]

Karen, Robert: *Becoming Attached*, Oxford University Press, Oxford, 1998.

Karp, David, A.: *Speaking of Sadness*, Oxford University Press, Oxford, 1996.

Katz, Jack: *How Emotion Work*, University of Chicago Press, Chicago, 1999.

Katz, Neal, y Linda Marks: «Depression's Staggering Cost», *Nation's Business* (junio de 1994).

Kaufman, Joan, *et al.*: «Serotonergic Functioning in Depressed Abused Children: Clinical and Familial Correlates», *Biological Psychiatry*, 44, núm. 10 (1998), 973-981.

Keats, John: *The Poems*, Gerald Bullet, Alfred A. Knopf, Nueva York, 1992. [Hay trad. cast.: *Obra poética*, 2 vols., Ediciones 29, Barcelona, 1999.]

Kee, Howard Clark: *Medicine, Miracle, and Magic in New Testament Times*, Cambridge University Press, Cambridge (Reino Unido), 1986. [Hay trad. cast.: *Medicina, milagro y magia en tiempos del Nuevo Testamento*, El Almendro de Córdoba, Madrid, 1992.]

Keitner, Gabor I., *et al.*: «Recovery and Major Depression: Factors Associated with Twelve-Month Outcome», *American Journal of Psychiatry*, 149, núm. 1 (1992), 93-99.

Keller, Martin, *et al.*: «A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression», *New England Journal of Medicine*, 342, núm. 20

(2000), 1.462-1.470.

Kelose, John R.: «The Genetics of Mental Illness», Departamento de Psiquiatría, Universidad de California, San Diego, manuscrito.

Kendler, Kenneth S.: «A Population-Based Twin Study of Major Depression in Women», *Archives of General Psychiatry*, 49 (1992), 257-266.

— «A Longitudinal Twin Study of 1-Year Prevalence of Major Depression in Women», *Archives of General Psychiatry*, 50 (1993), 843-852.

— «The Prediction of Major Depression in Women: Toward an Integrated Etiologic Model», *American Journal of Psychiatry*, 10 (1993), 1.139-1.148.

Kendler, Kenneth S., *et al.*: «Stressful life events and previous episodes in the etiology of major depression in women: An evaluation of the “kindling” hypothesis», *American Journal of Psychiatry*, 157, núm. 8 (2000), 1.243-1.251.

Kenyon, Jane: *Constance*, Graywolf Press, St. Paul, Minnesota, 1993.

Kessler, Ronald C., *et al.*: «Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States», *Archives of General Psychiatry*, 51 (1994), 8-19.

Kettlewell, Caroline: *Skin Game*, St. Martin's Press, Nueva York, 1999.

Kierkegaard, Søren: *The Sickness Unto Death*, Penguin, Londres, 1989. [Hay trad. cast.: *La enfermedad mortal*, Alba, Madrid, 1998.]

Kiesler, A.: «Mental Hospitals and alternative Care: Noninstitutionalization as Potential Public Policy for Mental Patients», *American Psychologist*, 349 (1982), 357-358.

Klein, Donald F., y Paul H. Wender: *Understanding Depression*, Oxford University Press, Oxford, 1993.

Klein, Melanie: *The Selected Melanie Klein* (ed. Juliet Mitchell), Penguin, Nueva York, 1986. [Hay trad. cast.: *Obras completas*, Paidós, Barcelona, 1990.]

Kleinman, Arthur, y Byron Good (eds.): *Culture and Depression*, University of California Press, Berkeley, 1985.

Klerman, Gerald, *et al.*: «Treatment of depression by drugs and psychotherapy», *American Journal of Psychiatry*, 131 (1974), 186-191.

Klibansky, Raymond, Erwin Panofsky y Fritz Saxl: *Saturn and Melancholy: Studies in the History of Natural Philosophy, Religion, and Art*, Nelson, Londres, 1964. [Hay trad. cast.: *Saturno y la melancolía*, Alianza, Madrid, 1991.]

Klinkenborg, Verlyn: «Sleepless», *New York Times Magazine* (5-1-1997).

Klitzman, Robert: *In a house of Dreams and Glass*, Ivy Books, Nueva York, 1995.

Knishinsky, Ran: *The Prozac Alternative*, Healing Arts Press, Rochester (Vermont), 1998.

Kobler, Arthur, L., y Ezra Stotland: *The End of Hope: A Social-Clinical Study of Suicide*, Free Press of Glencoe, Londres, 1964.

Kochanska, Grazyna: «Children of Normal and Affectively Ill Mothers», *Child Development*, 62 (1991), 250-263.

Koestler, Arthur: *The Ghost in the Machine*, Macmillan, Nueva York, 1967.

Kolb, Elzy: «Serotonin: Is there anything it can't do? *College of Physicians and Surgeons of Columbia University* (primavera de 1999).

Kosten, Thomas R., *et al.*: «Depression and Stimulant Dependence», *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, núm. 12 (1998), 737-745.

– «Regional cerebral blood flow during acute and chronic abstinence from combined cocaine-alcohol abuse», *Drug and Alcohol Dependence*, 50, núm. 3 (1998), 187-195.

Kraemer, Gary: «The Behavioral Neurobiology of Self-Injurious Behavior in Rhesus Monkeys: Current Concepts and Relations to Impulsive Behavior in Humans», *Annals of the New York Academy of Sciences*, 836, núm. 363 (1997), 12-38.

– *et al.*: «Rearing experience and biogenic amine activity in infant rhesus monkeys», *Biological Psychiatry*, 40, núm. 5 (1996), 338-352.

Kraepelin, Emil: *Manic-Depressive Insanity and Paranoia*, Ayer Co., 1921.

Krafft-Ebing, R. von: *Text-book of Insanity*, F. A. Davis, Filadelfia, 1904.

Kramer, Peter D.: *Listening to Prozac*, Viking Press, Nueva York, 1993. [Hay trad. cast.: *Escuchando al Prozac*, Seix-Barral, Barcelona, 1994.]

Kristeller, Paul Oskar: *The Philosophy of Marsilio Ficino*, Columbia University Press, Nueva York, 1943.

Kristeva, Julia: *Black Sun: Depression and Melancholia*, Columbia University Press, Nueva York, 1989.

Kuhn, Reinhard: *The Demon of Noontide: Ennui in Western Literature*, Princeton University Press, Princeton (New Jersey), 1976.

Kuhn, Roland: «The Treatment of Depressive States with G22355 (Imipramine Hydrochloride)», trabajo leído en el Galesburg State Hospital, 19 de mayo de 1958.

Kye, Christopher, y Neal Ryan: «Pharmacologic Treatment of Child and Adolescent Depression», *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 4, núm. 2 (1995), 261-281.

Lambert, Craig: «Deep Cravings», *Harvard Magazine*, 102, núm. 4 (2000), 60-68.

Lamison-White, L.: *U. S. Bureau of the Census: Current Populations Report*, series P60-198, U. S. Government Printing Office, Washington, D. C., 1997.

Lattal, K. A., y M. Perrone (eds.): «Handbook of Research Methods in Human Operant Behavior», manuscrito.

Lawlor, B. A., *et al.*: «Evidence for a decline with age in behavioral responsivity to the serotonin agonist, m-chlorophenylpiperazine, in healthy human subjects», *Psychiatry Research*, 29, núm. 1 (1989), 1-10.

Lear, Jonathan: *Love and Its Place in Nature*, Noonday Press, Nueva York, 1990.

— *Open Minded*, Harvard University Press, Cambridge, 1998.

Ledoux, Joseph: *The Emotional Brain*, Touchstone, Nueva York, 1996. [Hay

trad. cast.: *El cerebro emocional*, Planeta, Barcelona, 2000.]

Lee, Catherine M., e Ian H. Gotlib: «Adjustment of Children of Depressed Mothers: A 10-Month Follow-Up», *Journal of Abnormal Psychology*, 100, núm. 4 (1991), 473-477.

Lee, Soong, *et al.*: «Community Mental Health Center Accessibility», *Archives of General Psychiatry*, 31 (1974), 335-339.

Leibenluft, Ellen, *et al.*: «Is Sleep Deprivation Useful in the Treatment of Depression?», *American Journal of Psychiatry*, 149, núm. 2 (1992), 159-168.

— «Relationship between sleep and mood inpatients with rapid-cycling bipolar disorder», *Psychiatry Research*, 63 (1996), 161-168.

Lemley, Brad: «Alternative Medicine Man», *Discover* (agosto de 1999).

Leopardi, Giacomo: *Poems*, Las Americas Publishing, Nueva York, 1963. [Hay trad. cast.: *Obras*, Círculo de Lectores, Barcelona, 1997.]

Lepenes, Wolf: *Melancholy and Society*, Harvard University Press, Cambridge (Massachusetts), 1992.

Lester, David (ed.): *Current Concepts of Suicide*, Charles Press, Filadelfia, 1992.

— *Patterns of Suicide and Homicide in the World*, Nova Science Publishers, Nueva York, 1996.

— *Making Sense of Suicide*, Charles Press, Filadelfia, 1997.

Levi, Primo: *The Drowned and the Saved*, Vintage International, Nueva York, 1989.

— *The Drowned and the Saved*, Abacus, Londres, 1989. [Hay trad. cast.: *Los hundidos y los salvados*, Muchnick, Barcelona, 2000.]

Levy, Robert M., y Leonard S. Rubinstein: *The Rights of People with Mental Disabilities*, Southern Illinois University Press, Carbondale, 1996.

Lewinsohn, Peter M., Julia L. Steinmetz, Douglas W. Larson, y Franklin

Judita: «Depression-related cognitions: Antecedent or consequence?», *Journal of Abnormal Psychology*, 90 (1981), 213-219.

Lewis, C. S.: *Studies in Words*, Cambridge University Press, Cambridge (Massachusetts), 1967.

Lewis, Ricki: «Manic-Depressive Illness», *FDA Consumer*, 30, núm. 5 (1996), 26-29.

Lidz, Theodore: «Adolf Meyer and the Development of American Psychiatry», *American Journal of Psychiatry*, 123 (1996).

Light, Luise: «How Energy Heals», *New Age Magazine* (febrero de 1998).

Linde, Klaus, *et al.*: «St. John's wort for depression – an overview and meta-analysis of randomized clinical trials», *British Medical Journal*, 313 (1996), 253-258.

Lindner, Robert: *The Fifty-Minute Hour*, Rinehart, Nueva York, 1955.

Lipinski, Joseph, F., *et al.*: «Open Trial of S-adenosylmethionine for Treatment of Depression», *American Journal of Psychiatry*, 143, núm. 3 (1984), 448-450.

López, Juan F., *et al.*: «Regulation of 5-HT Receptors and the Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis: Implications for the Neurobiology of Suicide», *Annals of the New York Academy of Sciences*, 836 (1997), 106-134.

– «Regulation of 5-HT_{1A} Receptor, Glucocorticoid and Mineralcorticoid Receptor in Rat and Human Hippocampus: Implications for the Neurobiology of Depression», *Biological Psychiatry*, 43 (1998), 547-573.

– «Neural circuits mediating stress», *Biological Psychiatry*, 46 (1999), 1.461-1.471.

Luhrmann, T. M.: *Of Two Minds*, Alfred A. Knopf, Nueva York, 2000.

Lukács, Georg: *Soul and Form*, MIT Press, Cambridge (Massachusetts), 1971.

Lynch, John, *et al.*: «Cumulative Impact of Sustained Economic Hardship on Physical Cognitive, Psychological, and Social Functioning», *New England Journal of Medicine*, 337 (1997), 1.889-1.895.

Lynge, Inge: «Mental Disorders in Greenland: Past and Present», *Man & Society*, 21 (1997).

Lyons, David, *et al.*: «Separation Induced Changes in Squirrel Monkey Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Physiology Resemble Aspects of Hypercortisolism in Humans», *Psychoneuroendocrinology*, 24 (1999), 131-142.

MacDonald, Michael: *Mystical Bedlam: Madness, Anxiety, and Healing in Seventeenth-Century England*, Cambridge University Press, Cambridge (Reino Unido), 1981.

Maclean, Paul D.: *The Triune Brain in Evolution: Role in Paleocerebral Functions*, Plenum Press, Nueva York, 1990.

Madden, Pamela, A. F., *et al.*: «Seasonal Changes in Mood and Behavior», *Archives of General Psychiatry*, 53 (1996), 47-55.

Maj, M., F. Starace, y N. Sartorius: *Mental Disorders in HIV-1 Infection and AIDS*, Hogrefe & Huber, Seattle, 1993.

Major, Ralph H.: *A History of Medicine*, 2 vols., Thomas, Springfield (Illinois), 1954.

Makanjuola, Roger O.: «Socio-Cultural Parameters in Yoruba Nigerian Patients with Affective Disorders», *British Journal of Psychiatry*, 155 (1989), 337-340.

Malan, André, y Bernard Canguilhem (eds.): *II Symposium on Living in the Cold* (Le Hohwald, Francia, 1989), J. Libbey Eurotext, Londres, 1989.

Malaurie, Jean: *The Last Kings of Thule*, traducido por Adrienne Foulke, E. P. Dutton, Nueva York, 1982. [Hay trad. cast.: *Los esquimales (Los últimos reyes de Thule, 1)* y *Expedición al ártico (Thule, 2)*, Grijalbo-Mondadori, Barcelona, 1981.]

Maltsberger, John: *Suicide Risk: The Formulation of Clinical Judgment*, New York University Press, Nueva York, 1986.

Manfield, Philip (ed.): *Extending EMDR*, W. W. Norton, Nueva York, 1998.

Mann, John: «The Neurobiology of Suicide», *Lifesavers*, 10, núm. 4 (1998), 1-7.

— *et al.*: «Toward a Clinical Model of Suicidal Behavior in Psychiatric Patients», *American Journal of Psychiatry*, 156, núm. 2 (1999), 181-189.

Manning, Martha: *Undercurrents*, HarperSan Francisco, San Francisco, 1994.

— «The Legacy», *Family Therapy Networker* (enero de 1997), 34-41.

Marcus, Eric: *Why Suicide?*, HarperSan Francisco, San Francisco, 1996.

Margolis, Simeon, y Karen L. Swartz: *The Johns Hopkins White Papers: Depression and Anxiety*, Johns Hopkins Medical Institutions, Baltimore, 1998-2000.

Marinoff, Lou: *Plato, Not Prozac!*, HarperCollins, Nueva York, 1999. [Hay trad. cast.: *Más Platón y menos Prozac*, Ediciones B, Barcelona, 2000.]

Maris, Ronald (ed.): *The Biology of Suicide*, Guilford Press, Nueva York, 1986.

Mark, Tami, *et al.*: *National Expenditures for Mental Health, Alcohol and Other Drug Abuse Treatment*, U. S. Department of Health and Human-Services, Rockville (Maryland), 1996.

Marlowe, Ann: *How to stop time: heroin from A to Z*, Basic Books, Nueva York, 1999.

Mather, Cotton: *The Angel of Bethesda*, American Antiquarian Society and Barre Publishers, Barre (Massachusetts), 1972.

Mathew, Roy, y William Wilson: «Substance Abuse and Cerebral Blood Flow», *American Journal of Psychiatry*, 148, núm. 3 (1991), 292-305.

Maudsley, Henry: *The Pathology of Mind*, 5.^a ed., D. Appleton, Nueva York, 1882.

— *The Pathology of the Mind*, Macmillan, Londres, 1895.

Maupassant, Guy de: *Selected Short Stories*, Penguin, Londres, 1971. [Hay trad. cast.: *Obras completas*, Aguilar, Madrid, 1999.]

May, Rollo: *The Meaning of Anxiety*, W. W. Norton, Nueva York, 1977.

Maylon, A. K.: «Biphasic aspects of homosexual identity formation»,

Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 19 (1982), 335-340.

Mays, John Bentley: *In the Jaws of the Black Dogs*, Harper-Collins, Nueva York, 1995.

McAlpine, Donna, y David Mechanic: «Utilization of Specialty Mental Health Care among Persons with Severe Mental Illness: The Roles of Demographics, Need, Insurance, and Risk», *Health Services Research*, 35, núm. 1 (2000), 277-292.

McCann, U., *et al.*: «Serotonin Neurotoxicity after 3,4-Methylenedioxymethamphetamine: A controlled Study in Humans», *Neuropsychopharmacology*, 10 (1994), 129-138.

McCauley, Elizabeth, *et al.*: «The Role of Somatic Complaints in the Diagnosis of Depression in Children and Adolescents», *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, núm. 4 (1991), 631-635.

McDowell, David M., y Henry I. Spitz: *Substance Abuse: From Principles to Practice*, Taylor & Francis Group, Nueva York, 1999.

McGuire, Michael, y Alfonso Troisi: *Darwinian Psychiatry*, Oxford University Press, Oxford, 1998.

Mchugh, Paul R.: «Psychiatric Misadventures», *American Scholar*, 61, núm. 4 (1992), 497-510.

— y Phillip R. Slavney: *The Perspectives of Psychiatry*, Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1986. [Hay trad. cast.: *Las perspectivas de la psiquiatría*, Prensas Universitarias de Zaragoza, Zaragoza, 2001.]

Mckeown, L. A.: «The Healing Profession on an Alternative Mission», *Medical World News* (abril de 1993), 48-60.

Mead, Richard: *Medical Precepts and Cautions*, J. Brindley, Londres, 1751.

— *The medical works of Richard Mead, M. D.*, C. Itch *et al.*, Londres, 1760.

Medical Inquiries and Observations, 4 vols., 3.^a ed., Mathew Carey *et al.*, Filadelfia, 1809.

Medical Inquiries and Observations Upon the Diseases of the Mind, Grigg and Elliot, Filadelfia, 1835.

Meisol, Patricia: «The Dark Cloud», *The Sun* (1-5-1999).

Mehlman, P. T., *et al.*: «Low CSF 5-HIAA Concentrations and Severe Aggression and Impaired Impulse Control in Nonhuman Primates», *American Journal of Psychiatry*, 151 (1994), 1.485-1.491.

Melfi, Catherine, *et al.*: «Access to Treatment for Depression in a Medicaid Population», *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 10, núm. 2 (1999), 201-215.

Mellman, T. A., y T. W. Uhde: «Sleep and Panic and Generalized Anxiety Disorders», en James Ballenger (ed.): *The Neurobiology of Panic Disorder*, Wiley-Liss, Nueva York, 1990.

Menander: *Comicorum Atticorum fragmenta*, Teubner, Leipzig, 1888.

Mendelson, Myer: *Psychoanalytic Concepts of Depression*, Spectrum Publications, Nueva York, 1974.

Menninger, Karl: *Man Against Himself*, Harcourt, Brace World, Nueva York, 1983. [Hay trad. cast.: *El hombre contra sí mismo*, Península, Barcelona, 1989.]

Merkin, Daphne: «The Black Season», *New Yorker* (8-1-2001).

Meyer, Adolf: «The "Complaint" as the Center of Generic-Dynamic and Nosological Thinking in Psychiatry», *New England Journal of Medicine*, 199 (1928), 360-370.

— *The Collected Papers of Adolf Meyer*, 4 vols., Johns Hopkins Press, Baltimore, 1951.

— *Psychobiology: A Science of Man*, Charles C. Thomas, Springfield, Illinois, 1957.

Meyer, R. E. (ed.): *Psychopathology and Addictive Disorder*, Nueva York, Guilford Press, 1986.

— Miletich, John J.: *Depression in the Elderly: A Multimedia Sourcebook*,

Greenwood Press, Westport, Connecticut, 1997.

Milgram, Stanley: *Obedience to Authority*, Harper Colophon, Nueva York, 1974. [Hay trad. cast.: *Obediencia a la autoridad*, Desclée de Brouwer, Bilbao, 1984.]

Millay, Edna St. Vincent: *Collected Sonnets*, Harper and Row, Nueva York, 1988.

Miller, Alice: *The Drama of the Gifted Child*, Basic Books, Nueva York, 1994. [Hay trad. cast.: *El drama del niño dotado y la búsqueda del verdadero yo*, Tusquets, Barcelona, 1998.]

Miller, Ivan W., Gabor I. Keitner, *et al.*: «Depressed Patients with Dysfunctional Families: Description and Course of Illness», *Journal of Abnormal Psychology*, 101, núm. 4 (1992), 637-646.

Miller, John (ed.): *On Suicide: Great Writers on the Ultimate Question*, Chronicle Books, San Francisco, 1992.

Milton, John: *Complete Poems and Major Prose*, Merritt Y. Hughes (ed.), Englewood Cliffs, Prentice-Hall, New Jersey, 1957.

— *Paradise Lost*: Scott Elledge, W. W. Norton (eds.), Nueva York, 1993. [Hay trad. cast.: *El paraíso perdido*, Planeta-De Agostini, Barcelona, 1997.]

Miranda, Jeanne: «Introduction to the special section on recruiting and retaining minorities in psychotherapy research», *Journal of Consulting Clinical Psychologists*, 54, núm. 5 (1996), 868-874.

— «One in five women will become clinically depressed...», manuscrito.

— «Unmet mental health needs of women in public-sector gynecologic clinics», *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 178, núm. 2 (1998), 212-217.

— «Current Psychiatric Disorders Among Women in Public Sector Family Planning Clinics», Georgetown University Medical Center, manuscrito.

— y Bonnie L. Green: «Poverty and Mental Health Services Research», Georgetown University Medical Center, manuscrito.

— *et al.*: «Recruiting and retaining low-income Latinos in psychotherapy

research», *Journal of Consulting Clinical Psychologists*, 64, núm. 5 (1996), 868-874.

Mirman, Jacob J.: *Demystifying Homeopathy*, New Hope Publishers, New Hope (Minnesota), 1999.

Mondimore, Francis Mark: *Depression: The Mood Disease*, Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1995.

Montgomery, S. A.: «Suicide prevention and serotonergic drugs», *International Clinical Psychopharmacology*, 8, núm. 2 (1993), 83-85.

Montplaisir, J., y R. Godabout (eds.): *Sleep and Biological Rhythms*, Oxford University Press, Nueva York, 1990.

Moore, K., *et al.*: «The JOBS Evaluation: How Well Are They Faring? AFDC Families with Preschool-Aged Children in Atlanta at the Outset of the JOBS Evaluation», U. S. Department of Health and Human Services, Washington, D. C., 1995.

— «The Association Between Physical Activity and Depression in Older Depressed Adults», *Journal of Aging and Physical Activity*, 7 (1999), 55-61.

Moore, Thomas: *Care of the Soul*, HarperCollins, Nueva York, 1998. [Hay trad. cast.: *El cuidado del alma*, Urano, Barcelona, 1993.]

Mora, George (ed.): *Witches, Devils and doctors in the Renaissance: Johann Weyer, De praestigiis daemonum*, Medieval & Renaissance Texts & Studies, Binghamton, Nueva York, 1991.

Morse, Gary, *et al.*: «Experimental Comparison of the Effects of Three Treatment Programs for Homeless Mentally Ill People», *Hospital and Community Psychiatry*, 43, núm. 10 (1992), 1.005-1.010.

Moss, L., y D. Hamilton: «The Psychotherapy of the Suicidal Patient», *American Journal of Psychiatry*, 122 (1956), 814-819.

Mufson, Laura, *et al.*: «Efficacy of Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents», *Archives of General Psychiatry*, 56 (1999), 573-579.

Murphy, Elaine (ed.): *Affective Disorders in the Elderly*, Churchill Livingstone, Londres, 1986.

Murphy, George: *Suicide in Alcoholism*, Oxford University Press, Nueva York, 1992.

Murray, Albert: *Stomping the Blues*, De Capo, Nueva York, 1976.

Murray, Michael T.: *Natural alternatives to Prozac*, Morrow, Nueva York, 1996.

Musetti, Laura, *et al.*: «Depression Before and After Age 65: A Reexamination», *British Journal of Psychiatry*, 155 (1989), 330-336.

Mutrie, Tim: «Aspenite helps spread word on teen depression», *Aspen Times*, 12, núm. 169 (1999).

Nagel, Thomas: *The Possibility of Altruism*, Princeton University Press, Princeton (New Jersey), 1970.

National Advisory Mental Health Council: «Minutes of the 184th Meeting», 16 de septiembre de 1996, manuscrito.

— «Bridging Science and Service: A Report by the National Advisory Mental Health Council's Clinical Treatment and Services Research Workgroup», manuscrito.

National Institute of Health's Genetic Workgroup: «Genetics and Mental Disorders», National Institute of Mental Health, manuscrito.

National Institute of Mental Health: *Suicide Research Workshop: From the Bench to the Clinic*, 14-15 de noviembre de 1996.

— «Report to the National Advisory Mental Health Council Director of the NIMH», 28-29 de enero de 1997.

Depression: What Every Woman Should Know, Depression Awareness, and Treatment (F/ART) Campaign.

National Mental Health Association: «Tipper Gore Announces Major Mental Health Initiative», NMHA Legislative Alert.

National Mental Health Consumers' Self-help Clearinghouse, *et al.*: *Amici Curiae Brief for the October 1998 Supreme Court Case of Tommy Olmstead*, Commissioner

of the Department of Human Resources of the State of Georgia, et al.: vs. L. C. and E. W., Each by Jonathan Zimring, as Guardian ad Litem and Next Friend, NMHCSHC, Filadelfia (Pennsylvania), 1998.

Nazroo, J. Y., et al.: «Gender differences in the onset of depression following a shared life event; A study of couples», *Psychological Medicine*, 27 (1997), 9-19.

Neaman, Judith S.: *Suggestion of the Devil: The Origins of Madness*, Anchor Books, Garden City (Nueva York), 1975.

Nemeroff, Charles B.: «The Neurobiology of Depression», *Scientific American* (junio de 1998).

Nesse, Randolph: «Evolutionary Explanations of Emotions», *Human Nature*, 1, núm. 3 (1990), 281-289.

– «What Good is Feeling Bad?», *The Sciences* (diciembre de 1991).

– «Is Depression an Adaptation?», *Archives of General Psychiatry*, 57, núm. 1 (2000), 14-20.

Newton, Isaac: *Newton's Principia: The Mathematical Principles of Natural Philosophy*, Daniel Adee, Nueva York, 1848. [Hay trad. cast.: *Principios matemáticos de la filosofía natural*, Alianza, Madrid, 2002.]

Nicholson, Barbara L., y Diane M. Kay: «Group Treatment of Traumatized Cambodian Women: A Culture-Specific Approach», *Social Work*, 44, núm. 5 (1999), 470-479.

Nielsen, D., et al.: «Suicidality and 5-Hydroxyindoleacetic Acid Associated with Tryptophan Hydroxylase Polymorphism», *Archives of General Psychiatry*, 51 (1994), 34-38.

Nierenberg, Andrew, et al.: «Mania Associated with St. John's Wort», *Biological Psychiatry*, 46 (1999), 1.707-1.708.

Niesink, R. J. M., et al. (eds.): *Drugs of Abuse and Addiction*, CRC Press, Boca Ratón (Florida), 1998.

Nietzsche, Friedrich: *Beyond Good and Evil*, Penguin, Londres, 1990. [Hay trad. cast.: *Más allá del bien y del mal*, Alianza, Madrid, 1997.]

— *Thus Spoke Zarathustra*, Modern Library, Nueva York, 1995. [Hay trad. cast.: *Así habló Zaratustra*, Alianza, Madrid, 2001.]

— *The Will to Power*, Vintage Books, Nueva York, 1967. [Hay trad. cast.: *La voluntad de poderío*, EDAF, Madrid, 1981.]

Nolen-Hoeksema, Susan: *Sex Differences in Depression*, University Press, Stanford (California), 1990.

Norden, Michael J.: *Beyond Prozac: Brain Toxic Lifestyles, Natural Antidotes and New Generation Antidepressants*, ReganBooks, Nueva York, 1995.

Nuland, Sherwin B.: *How We Die*, Vintage, Londres, 1997. [Hay trad. cast.: *Cómo morimos*, Alianza, Madrid, 1997.]

Nutt, David: «Substance-P antagonists: A new treatment for depression?», *Lancet*, 352 (1998), 1644-1645.

O'Connor, Lynn E., *et al.*: «Guilt, Fear, and Empathy in College Students and Clinical Depressed Patients», trabajo presentado en los encuentros de la Human Behavior and Evolution Society, Davis (California), julio de 1998.

Olney, Buster: «Harnisch Says He Is Being Treated for Depression», *New York Times* (26-4-1997).

Olsen, K., y L. Pavetti: *Personal and Family Challenges to the Successful Transition from Welfare to Work*, Urban Institute, Washington, D. C., 1996.

Opler, Marvin, y S. Mouchly Small: «Cultural Variables Affecting Somatic Complaints and Depression», *Psychosomatics*, 9, núm. 5 (1968), 261-266.

Oppenheim, Janet: *Shattered Nerves*, Oxford University Press, Oxford, 1991.

Oquendo, M. A., *et al.*: «Suicide: Risk Factors and Prevention in Refractory Major Depression», *Depression and Anxiety*, 5 (1997), 202-211.

— «Inadequacy of Antidepressant Treatment for Patients with Major Depression Who Are at Risk for Suicidal Behavior», *American Journal of Psychiatry*, 156, núm. 2 (1999), 190-194.

Organización Mundial de la Salud [World Health Organization], *Prevention*

of Suicide, Public Health Paper 35, World Health Organization, Ginebra, 1968.

— *The World Health Report 1999*, World Health Organization, Ginebra, 1999.

Osler, sir William: *Aequanimitas*, H. K. Lewis, Londres, 1904.

Overstreet, D. H., *et al.*: «Alcoholism and depressive disorder; Is cholinergic sensitivity a biological marker?», *Alcohol & Alcoholism*, 24 (1989), 253-255.

Overstreet, S., *et al.*: «Availability of family support as a moderator of exposure to community violence», *Journal of Clinical Child Psychology*, 28, núm. 2, (1999), 151-159.

Oxford English Dictionary, 12 vols., Clarendon Press, Oxford, 1978.

Pagel, Walter: *Religion and Neoplatonism in Renaissance Medicine*, Variorum Reprints, Londres, 1985.

Papolos, Demitri y Janice: *Overcoming Depression*, HarperCollins, Nueva York, 1997.

Pascual-Leone, Alvaro, *et al.*: «Cerebral atrophy in habitual cocaine abusers: A planimetric CT study», *Neurology*, 41 (1991), 34-38.

— «Rapid-rate transcranial magnetic stimulation of left dorsolateral prefrontal cortex in drug-resistant depression», *Lancet*, 348 (1996), 233-237.

Patros, Philip, G., y Tonia K. Shamo: *Depression and Suicide in Children and Adolescents*, Allyn & Bacon, Boston, 1989.

Patton, Stacey Pamela: «Electrogirl», *Washington Post* (19-9-1999).

Pear, Robert: «Insurance Plans Skirt Requirement on Mental Health», *New York Times* (26-12-1998).

Peláez-Nogueras, Martha, *et al.*: «Depressed Mothers' Touching Increases Infants' Positive Affect and Attention in Still-Face Interaction», *Child Development*, 67 (1996), 1.780-1.792.

Petti, T. A.: «Depression in hospitalized child psychiatry patients: Approaches to measuring depression», *Journal of the American Academy of Child*

Psychiatry, 22 (1978), 11-21.

Phillips, Adam: *Darwin's Worms*, Faber & Faber, Londres, 1999.

Physicians' Desk Reference, Medical Economics Company, 53.^a ed., Montvale, New Jersey, 1999.

Pinel, Philippe: *A Treatise on Insanity, in Which Are Contained the Principles of a New and More Practical Nosology of Maniacal Disorder*, W. Todd, Sheffield, 1806. [Hay trad. cast.: *Tratado médico filosófico de la enfermedad mental y la manía*, Nieva, Madrid, 1988.]

Pirkis, Jane, y Philip Burgess: «Suicide and recency of health care contacts: A systematic review», *British Journal of Psychiatry*, 173 (1998), 462-475.

Plath, Sylvia: *The Bell Jar*, Harper & Row, Nueva York, 1971. [Hay trad. cast.: *La campana de cristal*, Planeta-De Agostini, Barcelona, 2001.]

Pletscher, A., *et al.*: «Serotonin Release as a Possible Mechanism of Reserpine Action», *Science*, 122 (1955), 374.

Pollan, Michael: «A Very Fine Line», *New York Times Magazine* (12-9-1999).

Pollice, Christine, *et al.*: «Relationship of Depression, Anxiety, and Obsessionality to State of Illness in Anorexia Nervosa», *International Journal of Eating Disorders*, 21 (1997), 367-376.

Porter, Roy: *Mind-Forg'd Manacles: A history of madness in England from the Restoration to the Regency*, Athlone Press, Londres, 1987.

Post, Robert M.: «Transduction of Psychosocial Stress into Neurobiology of Recurrent Affective Disorder», *American Journal of Psychiatry*, 149, núm. 8 (1992), 999-1.010.

— «Malignant Transformation of Affective Illness: Prevention and Treatment», *Directions in Psychiatry*, 13 (1993), 2-7.

— *et al.*: «Cocaine, Kindling, and Psychosis», *American Journal of Psychiatry*, 133, núm. 6 (1976), 627-634.

— *et al.*: «Recurrent affective disorder: Roots in developmental neurobiology

and illness progression based on changes in gene expression», *Development and Psychopathology*, 6 (1994), 781-813.

— *et al.*: «Developmental psychobiology of cyclic affective illness: Implications for early therapeutic intervention», *Development and Psychopathology*, 8 (1996), 273-305.

— *et al.*: «Rational polypharmacy in the bipolar affective disorders», *Epilepsy Research*, supl. 11 (1996), 153-180.

Powell, Barbara, *et al.*: «Primary and Secondary Depression in Alcoholic Men: An Important Distinction?», *Journal of Clinical Psychiatry*, 48, núm. 3 (1987), 98-101.

Poznanski, E., y J. P. Zrull: «Childhood depression: Clinical characteristics of overtly depressed children», *Archives of General Psychiatry*, 23 (1970), 8-15.

Price, John S.: «Generic and Phylogenetic Aspects of Mood Variation», *International Journal of Mental Health*, 1 (1972), 124-144.

— «Agonistic versus Prestige Competition», *ASCAP*, 8, núm. 9 (1995), 7-15.

— «The Expression of Hostility in Complementary Relationships – Change due to Depressed Mood», *ASCAP* 9, núm. 7 (1996), 6-14.

— «Goal Setting: A Contribution from Evolutionary Biology», *ASCAP*, 10, núm. 10 (1997).

— «Job's Battle with God», *ASCAP*, 10, núm. 12 (1997).

— «Do Not Underestimate the Dog!», *ASCAP*, 11, núm. 12 (1998).

— y Anthony Stevens, *Evolutionary Psychiatry*, Routledge, Londres, 1996.

— *et al.*: «The Social Competition Hypothesis of Depression», *British Journal of Psychiatry*, 164 (1994), 309-315.

Prichard, James Cowles: *A Treatise on Insanity and Other Disorders Affecting the Mind*, Sherwood, Gilbert & Piper, Londres, 1835.

Pritchard, C.: «New patterns of suicide by age and gender in the United

Kingdom and the Western World, an indicator of social change?», *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31 (1996), 227-234.

Quen, Jacques, M., y Eric T. Carlson (eds.): *American Psychoanalysis: Origins and Development, The Adolf Meyer Seminars*, Brunner/Mazel, Nueva York, 1978.

Quint, J. C., et al.: *New Chance: Interim Findings on a Comprehensive Program for Disadvantaged Young Mothers and Their Children*, Manpower Demonstration Research Corp., Nueva York, 1994.

Radke-Yarrow, Marian, et al.: «Affective Interactions of Depressed and Nondepressed Mothers and Their Children», *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, núm. 6 (1993), 683-695.

— «Depressed and Well Mothers», *Child Development*, 65 (1994), 1.405-1.414.

Rado, Sandor: *Psychoanalysis of Behavior: The Collected Papers of Sandor Rado*, 2 vols., Grune & Stratton, Nueva York, 1956.

Raleigh, Michael, y Michael McGuire: «Bidirectional Relationships between Tryptophan and Social Behavior in Vervet Monkeys», *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 294 (1991), 289-298.

— et al.: «Social and Environmental Influences on Blood Serotonin Concentrations in Monkeys», *Archives of General Psychiatry*, 41 (1984), 405-410.

— «Serotonergic Mechanisms Promote Dominance Acquisition in Adult Male Vervet Monkeys», *Brain Research*, 559 (1991), 181-190.

Readings from the Hurricane Island Outward Bound School, Hurricane Island Outward Bound, Rockland, Maine.

Real, Terrence: *I Don't Want to Talk About It*, Scribner, Nueva York, 1997.

Rees, Jonathan: «Patents and intellectual property: A salvation for patient-oriented research?», *Lancet*, 356 (2000), 849-850.

Regier, D. A., et al.: «Comparing age at onset of major depression and other psychiatric disorders by birth cohorts in five U. S. community populations», *Archives of General Psychiatry*, 48, núm. 9 (1991), 789-795.

— «The de facto mental and addictive disorders service system. Epidemiologic Catchment Area prospective 1 year prevalence rates of disorders and services», *Archives of General Psychiatry*, 50, núm. 2 (1993), 85-94.

Relman, Arnold S.: «A Trip to Stonesville», *New Republic*, 219, núm. 24 (1998), 28-37.

Remafedi, G., *et al.*: «The Relationship between Suicide Risk and Sexual Orientation: Results of a Population-Based Study», *American Journal of Public Health*, 88, núm. 1 (1998), 57-60.

Rich, C. L., *et al.*: «San Diego Suicide Study I: Young vs. Old Subjects», *Archives of General Psychiatry*, 43, núm. 6 (1986), 577-582.

Richter, Gerhard: *The Daily Practice of Painting*, MIT Press, Cambridge (Massachusetts), 1998.

Ridley, Matt: *Genome*, Fourth Estate, Londres, 1999.

Riley, Anne W.: «Effects on children of treating maternal depression», premio R01 MH58394 del National Institute of Mental Health.

Rilke, Rainer María: *The Selected Poetry of Rainer Maria Rilke*, Vintage International, Nueva York, 1989. [Hay trad. cast.: *Nueva antología poética* (ed. y trad. Jaime Ferreiro Alemparte), Espasa-Calpe, Madrid, 2000].

Rimer, Sara: «Gaps Seen in Treatment of Depression in Elderly», *New York Times* (5-9-1999).

Ritterbush, Philip C.: *Overtures to Biology: The Speculations of Eighteenth-Century Naturalists*, Yale University Press, New Haven (Connecticut), 1965.

Roan, Shari: «Magic Pill or Minor Hope?», *Los Angeles Times* (14-6-1999).

Robbins, Jim: «Wired for Miracles?», *Psychology Today*, 31, núm. 3 (1998), 40-76.

Robinson, James Harvey: *Petrarch: The First Scholar and Man of Letters*, G. P. Putnam's Sons, Nueva York, 1909.

Robinson, Nicholas: *A New System of the Spleen, Vapours, and Hypochondriack*

Melancholy, A. Betteworth, W. Innys y C. Rivington, Londres, 1729.

Roccatagliata, Giuseppe: *A History of Ancient Psychiatry*, Greenwood Press, Nueva York, 1986.

Rodgers, L. N., y D. A. Regier (eds.): *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*, Free Press, Nueva York, 1991.

Rogers, E. S., *et al.*: «A benefit-cost analysis of a supported employment model for persons with psychiatric disabilities», *Evaluation and Program Planning*, 18, núm. 2 (1995), 105-115.

Romach, M. K., *et al.*: «Long-term codeine use is associated with depressive symptoms», *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 19, núm. 4 (1999), 373-376.

Rose, Henry: *An Inaugural Dissertation on the Effects of the Passions upon the Body*, William W. Woodward, Filadelfia, 1794.

Rose, R. M., *et al.*: «Endocrine Activity in Air Traffic Controllers at Work. II. Biological, Psychological and Work Correlates», *Psychoneuroendocrinology*, 7 (1982), 113-123.

Rose, William: *From Goethe to Byron: The Development of «Weltschmerz» in German Literature*, George Routledge & Sons, Londres, 1924.

Rosen, David H.: *Transforming Depression*, Penguin, Nueva York, 1993.

Rosen, Laura Epstein, y Xavier Francisco Amador: *When Someone You Love Is Depressed*, Free Press, Nueva York, 1996.

Rosen, Peter, *et al.* (eds.): *Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice*, 3 vols., 4.^a ed., Mosby, St. Louis (Missouri), 1998.

Rosenfeld, Alvin, *et al.*: «Psychiatry and Children in the Child Welfare System», *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 7, núm. 3 (1998), 515-536.

Rosenthal, Norman E.: «Diagnosis and Treatment of Seasonal Affective Disorder», *Journal of the American Medical Association*, 270, núm. 22 (1993), 2.717-2.720.

– *Winter Blues*, Guilford Press, Nueva York, 1993.

– *St. John's Wort*, HarperCollins, Nueva York, 1998.

– *et al.*: «Seasonal Affective Disorder», *Archives of General Psychiatry*, 41 (1984), 72-80.

Rossow, I.: «Alcohol and suicide-beyond the link at the individual level», *Addiction*, 91 (1996), 1.463-1.469.

Rothman, David J., y Sheila M. Rothman: *The Willowbrook Wars*, Harper & Row, Nueva York, 1984.

Roukema, Marge: «Capitol shootings could have been prevented», *New Jersey Herald* (16-8-1998).

– *et al.*: «Mental Health Parity Act of 1996 (H. R. 4058)», Cámara de Representantes.

– *et al.*: «Mental Health and Substance Abuse Parity Amendments of 1998 (H. R. 3658)», Cámara de Representantes.

Rounsaville, Bruce J., *et al.*: «Psychiatric Diagnoses of Treatment-Seeking Cocaine Abusers», *Archives of General Psychiatry*, 48 (1991), 43-51.

Roy, Alec, *et al.*: «Genetics of Suicide in Depression», *Journal of Clinical Psychiatry*, supl. 2 (1999), 12-17.

Rubin, Julius, H.: *Religious Melancholy and Protestant Experience in America*, Oxford University Press, Oxford, 1994.

Rush, Benjamin: *Benjamin Rush's Lectures on the Mind* (ed. Eric T. Carlson, Jeffrey, L. Wollock y Patricia S. Noel), American Philosophical Society, Filadelfia, 1981.

Rutter, Michael, y David J. Smith (eds.): *Psychosocial Disorders in Young People*, John Wiley & Sons, Chichester, 1995.

Ryabinin, Andrey: «Role of Hippocampus in Alcohol-Induced Memory Impairment: Implications from Behavioral and Immediate Early Gene Studies», *Psychopharmacology*, 139 (1998), 34-43.

Ryan, Neal, *et al.*: «Imipramine in adolescent major depression: Plasma level and clinical response», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 73 (1986), 275-288.

Sack, David, *et al.*: «Deficient Nocturnal Surge of TSH Secretion During Sleep and Sleep Deprivation in Rapid-Cycling Bipolar Illness», *Psychiatry Research*, 23 (1987), 179-191.

Sacks, Oliver: *Seeing Voices*, University of California Press, Berkeley, 1989. [Hay trad. cast.: *Veo una voz*, Anaya & Mario Muchnik, Madrid, 1991.]

Sackein, Harold, *et al.*: «A Prospective, Randomized, Double-Blind Comparison of Bilateral and Right Unilateral Electroconvulsive Therapy at Different Stimulus Intensities», *Archives of General Psychiatry*, 57, núm. 5 (2000), 425-434.

Safran, Jeremy D.: «Breaches in the Therapeutic Alliance: An Arena for Negotiating Authentic Relatedness», *Psychotherapy*, 30 (1993), 11-24.

— *Widening the Scope of Cognitive Therapy*, John Aronson, Northvale (New Jersey), 1998.

— «Faith, Despair, Will, and the Paradox of Acceptance», *Contemporary Psychoanalysis*, 35, núm. 1 (1999), 5-23.

Sakado, K., *et al.*: «The Association between the High Interpersonal Sensitivity Type of Personality and a Lifetime History of Depression in a Sample of Employed Japanese Adults», *Psychological Medicine*, 29, núm. 5 (1999), 1.243-1.248.

Saloman, Charlotte: *Charlotte Saloman Life? or Theatre?* Waander Publishers, Zwolle, 1998.

Sameroff, A. J., R. Seifer, y M. Zax: «Early development of children at risk for emotional disorder», *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 47, núm. 7 (1982).

Sanchez, C., *et al.*: «The role of serotonergic mechanisms in inhibition of isolation-induced aggression in male mice», *Psychopharmacology*, 110, núm. 1-2 (1993), 53-59.

Sandfort, T. G., *et al.*: «Same-Sex Sexual Behavior and Psychiatric Disorders: Findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study

(NEMESIS)», *Archives of General Psychiatry*, 58, núm. 1 (2001), 85-91.

Sands, James R., *et al.*: «Psychotic Unipolar Depression at Follow-Up: Factors Related to Psychosis in the Affective Disorders», *American Journal of Psychiatry* 151, núm. 7 (1994), 995-1.000.

Sapolsky, Robert: «Stress in the Wild», *Scientific American*, 262, núm. 1 (1990), 116-123.

— «Social subordination as a marker of hypercortisolism: Some unexpected subtleties», *Annals of the New York Academy of Sciences*, 771 (1995), 626-639.

— *et al.*: «Hippocampal damage associated with prolonged glucorticoid exposure in primates», *Journal of Neuroscience*, 10, núm. 9 (1990), 2.897-2.902.

Sartre, Jean-Paul: *Being and Nothingness*, Washington Square Press, Nueva York, 1966. [Hay trad. cast.: *El ser y la nada*, Alianza, Madrid, 1989.]

— *Nausea*, New Directions, Nueva York, 1964. [Hay trad. cast.: *La náusea*, Bibliotex, Barcelona, 1999.]

Satel, Sally L.: «Mentally Ill or Just Feeling Sad?», *New York Times* (15-12-1999).

Savage, George H.: *Insanity and Allied Neuroses: Practical and Clinical*, Henry C. Lea's Son & Co., Filadelfia, 1884.

Schaffer, Carrie Ellen, *et al.*: «Frontal and Parietal Electroencephalogram Asymmetry in Depressed and Nondepressed Subjects», *Biological Psychiatry*, 18, núm. 7 (1983), 753-762.

Schelling, Friederich Wilhelm Joseph von: «On the Essence of Human Freedom», *Saemmtliche Werke*, vol. 7, Cotta, Stuttgart, 1.856-1.861.

Schiesari, Juliana: *The Gendering of Melancholy*, Cornell University Press, Ithaca, Nueva York, 1992.

Schildkraut, J. J.: «The Catecholamine Hypothesis of Affective Disorders: A Review of Supporting Evidence», *American Journal of Psychiatry*, 122, 1965, 509-522.

Schleiner, Winfried, y Otto Harrassowitz: *Melancholy, Genius, and Utopia in*

the Renaissance, Wiesbaden, 1991.

Schopenhauer, Arthur: *Complete Essays of Schopenhauer*, Willey Book, Co., Nueva York, 1942.

— *Essays and Aphorisms*, Penguin, Londres, 1970.

— *The Works of Schopenhauer*, Simon & Schuster, Nueva York, 1931.

— *The World as Will and Representation*, vol. 2, Dover Publications, Nueva York, 1958. [Hay trad. cast.: *El mundo como voluntad y representación*, 2 vols., Planeta-De Agostini, Barcelona, 1999.]

Schrambling, Regina: «Attention Supermarket Shoppers!», *Food and Wine* (octubre de 1995).

Schrof, Joannie M., y Stacey Schultz: «Melancholy Nation», *U. S. News & World Report* (8-3-1999).

Schuckit, Marc: «Along-Term Study of Sons of Alcoholics», *Alcohol Health & Research World*, 19, núm. 3 (1995), 172-175.

— «Response to Alcohol in Daughters of Alcoholics: A Pilot Study and a Comparison with Sons of Alcoholics», *Alcohol & Alcoholism*, 35, núm. 3 (1999), 242-248.

Scott, Sarah: «Workplace Secrets», *MacLeans's* (1-12-1997).

Screech, M. A.: *Montaigne & Melancholy*, Gerald Duckworth, Londres, 1983.

Scull, Andrew: *Social Order/Mental Disorder: Anglo-American Psychiatry in Historical Perspective*, University of California Press, Berkeley, 1989.

Searle, John R.: «Consciousness», manuscrito.

Segal, Boris, y Jacqueline Stewart: «Substance Use and Abuse in Adolescence: An Overview», *Child and Human Development*, 26, núm. 4 (1996), 193-210.

Seligman, Martin: *Learned Optimism*, Simon & Schuster, Nueva York, 1990.

Shaffer, D., *et al.*: «Sexual Orientation in Adolescents Who Commit Suicide», *Suicide and Life Threatening Behavior*, 25, supl. 4 (1995), 64-71.

— «The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): Description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA Study. Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders Study», *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, núm. 7 (1996), 865-877.

Shakespeare, William: *The Complete Works*, G. B. Harrison (ed.), Harcourt, Brace & World, Nueva York, 1968. [Hay trad. cast.: *Obras completas*, 16.^a ed., Aguilar, Madrid, 1999.]

— *Hamlet*, Penguin Books, Nueva York, 1987. [Hay trad. cast.: *Hamlet*, Ediciones B, Barcelona, 1997.]

Shaw, Fiona: *Composing Myself*, Steerforth Press, South Royalton, Vermont, 1998.

Sheehan, Susan: *Is There No Place on Earth for Me*, Vintage Books, Nueva York, 1982.

Shelley, Percy Bysshe: *The Complete Poems of Percy Bysshe Shelley*, Modern Library, Nueva York, 1994.

Shem, Samuel: *Mount Misery*, Fawcett Columbine, Nueva York, 1997. [Hay trad. cast.: *Monte Miseria*, Anagrama, Barcelona, 2001.]

Sherrington, C. S.: *The Integrative Action of the Nervous System*, Cambridge University Press, Cambridge (Reino Unido), 1947.

Shiromani, P., *et al.*: «Acetylcholine and the regulation of REM sleep», *Annual Review of Pharmacology Toxicology*, 27 (1987), 137-156.

Shneidman, Edwin S. (ed.): *Essays in Self-Destruction*, Science House, Nueva York, 1967.

— *The Suicidal Mind*, Oxford University Press, Nueva York, 1996.

Shorter, Edward: *A History of Psychiatry From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*, John Wiley & Sons, Nueva York, 1997. [Hay trad. cast.: *Historia de la*

psiquiatría: desde la época del manicomio a la era de la fluoxetina, J&C Ediciones Médicas, 1998.]

Showalter, Elaine: *The Female Malady: Women, Madness, and English Culture, 1830-1980*, Pantheon Books, Nueva York, 1985.

Shute, Nancy, *et al.*: «The Perils of Pills», *U. S. News & World Report* (6-3-2000).

Sickels, Eleanor M.: *The Gloomy Egoist: Moods and Themes of Melancholy from Gray to Keats*, Columbia University Press, Nueva York, 1932.

Silver, Cheryl Simon, con Ruth S. Defries, para la Academia Nacional de Ciencias: *One Earth, One Future: Our Changing Global Environment*, National Academy Press, Washington, D. C., 1990.

Simmons, William S.: *Eyes of the Night: Witchcraft among a Senegalese People*, Little, Brown, Boston, 1971.

Simon, Bennett: *Mind and Madness in Ancient Greece: The Classical Roots of Modern Psychiatry*, Cornell University Press, Ithaca, Nueva York, 1980. [Hay trad. cast.: *Razón y locura en la antigua Grecia*, Akal, Madrid, 1984.]

Simon, Linda: *Genuine Reality: A Life of William James*, Harcourt Brace, Nueva York, 1998.

Simpson, Jeffrey A., y W. Steven Rholes (eds.): *Attachment Theory and Close Relationships*, Guilford Press, Nueva York, 1998.

Skultans, Vieda: *English Madness: Ideas on Insanity, 1580-1890*, Routledge & Kegan Paul, Londres, 1979.

Sloman, Leon, *et al.*: «Adaptive Function of Depression: Psychotherapeutic Implications», *American Journal of Psychotherapy*, 48, núm. 3 (1994).

Smith, C. U. M.: «Evolutionary Biology and Psychiatry», *British Journal of Psychiatry*, 162 (1993), 149-153.

Smith, Jeffery: *Where the Roots Reach for Water*, North Point Press, Nueva York, 1999.

Smith, K., *et al.*: «Relapse of Depression After Rapid Depletion of Tryptophan», *Lancet*, 349 (1997), 915-919.

Snow, C. P.: *The Light and the Dark*, Penguin Books, Middlesex (Reino Unido), 1962.

Soares, J., y John Mann: «The functional neuroanatomy of mood disorders», *Journal of Psychiatry Research*, 31 (1997), 393-432.

Solomon, Jolie: «Breaking the Silence», *Newsweek* (205-1996).

Sontag, Susan: *Under the Sign of Saturn*, Farrar, Straus & Giroux, Nueva York, 1980. [Hay trad. cast.: *Bajo el signo de Saturno*, Edhasa, Barcelona, 1987.]

Spinoza, Baruch: *The Ethics of Spinoza*, Citadel Press, Nueva York, 1995. [Hay trad. cast.: *Ética*, Aguilar, Madrid, 1961.]

Spitz, Herman H.: *The Raising of Intelligence*, Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale (New Jersey), 1986.

Spitz, René: «Anaclitic Depression», *Psychoanalytic Study of the Child*, 2 (1946).

— *et al.*: «Anaclitic Depression in an Infant Raised in an Institution», *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 4, núm. 4 (1965), 545-553.

Spungen, Deborah: *And I Don't Want to Live This Life*, Ballantine Books, Nueva York, 1993. [Hay trad. cast.: *Y no quiero vivir esta vida*, Planeta, Barcelona, 1984.].

Stabler, Sally P.: «Vitamin B12 deficiency in the elderly: Current dilemmas», *American Journal of Clinical Nutrition*, 66 (1997), 741-749.

Starobinski, Jean: *La Mélancolie au miroir*, Juilliard, París, 1989.

Stefan, Susan: «Preventative Commitment: The Concept and Its Pitfalls», *MPDLR*, 11, núm. 4 (1987), 288-302.

Stepansky, Paul E. (ed.): *Freud: Appraisals and Reappraisals*, 3 vols., Analytic Press, Hillsdale (New Jersey), 1988.

Sterne, Laurence: *The Life and Opinions of Tristram Shandy*, Penguin Books, Nueva York, 1967. [Hay trad. cast.: *La vida y opiniones del caballero Tristram Shandy*, Alfaguara, Madrid, 1997.]

Stevens, Anthony, y John Price: *Evolutionary Psychiatry: A New Beginning*, Routledge, Londres y Nueva York, 1996.

Stone, Gene: «Magic Fingers», *New York* (9-5-1994).

Stone, Michael H.: *Healing the Mind: A History of Psychiatry from Antiquity to the Present*, W. W. Norton, Nueva York, 1997.

Storr, Anthony: *Churchill's Black Dog, Kafka's Mice and Other Phenomena of the Human Mind*, Grove Press, Nueva York, 1988.

Strupp, Hans, y Suzanne Hadley: «Specific vs. nonspecific factors in psychotherapy: A controlled study of outcome», *Archives of General Psychiatry*, 36, núm. 10 (1979), 1.125-1.136.

Styron, William: *Darkness Visible: A Memoir of Madness*, Jonathan Cape, Londres, 1991. [Hay trad. cast.: *Esa visible oscuridad*, Grijalbo-Mondadori, Barcelona, 1991.]

Substance Abuse and Mental Health Services Administration: «House Appropriations Subcommittee Hearings», 11 de febrero de 1999.

Sullivan, Mark D., *et al.*: «Depression, Competence, and the Right to Refuse Lifesaving Medical Treatment», *American Journal of Psychiatry*, 151, núm. 7 (1994), 971-978.

Summers, Montague (ed.): *The Malleus Maleficarum*, Dover Publications, Nueva York, 1971. [Hay trad. cast.: *Compendium Maleficarum*, Club Universitario, Alicante, Valencia, 2001.]

Sutherland, Stuart: *Breakdown*, Oxford University Press, Oxford, 1998.

Swift, Jonathan: *Gulliver's Travels*, Dover Publications, Nueva York, 1996. [Hay trad. cast.: *Los viajes de Gulliver*, Anaya, Madrid, 2001.]

Szasz, Thomas: *The Second Sin*, Anchor Press, Nueva York, 1973. [Hay trad. cast.: *El segundo pecado*, Martínez Roca, Barcelona, 1992.]

Primary Values and Major Contentions (ed. Richard Vatz y Lee Weinberg), Prometheus Books, Nueva York, 1992.

Cruel Compassion, John Wiley & Sons, Nueva York, 1994.

Talbot, Margaret: «Attachment Theory: The Ultimate Experiment», *New York Times Magazine* (24-5-1998).

Tan, Shawn: «Little Boy Blue», *Brave*, edición final, 1999.

Tannon, Deborah: *You Just Don't Understand*, Ballantine Books, Nueva York, 1990.

Taylor, Shelley E.: *Positive Illusions*, Basic Books, Nueva York, 1989. [Hay trad. cast.: *Seamos optimistas: ilusiones positivas*, Martínez Roca, Barcelona, 1991.]

Taylor, Steve: *Durkheim and the Study of Suicide*, Macmillan Press, Londres, 1982.

— *et al.*: «Anxiety Sensitivity and Depression: How Are They Related?», *Journal of Abnormal Psychology*, 105, núm. 3 (1996), 474-479.

Taylor, Verta: *Rock-A-By Baby: Feminism, Self-Help, and Postpartum Depression*, Routledge, Nueva York, 1996.

Tennyson, Alfred: *Tennyson's Poetry* (ed. Robert Hill, Jr.), W. W. Norton, Nueva York, 1971.

Thakore, Jogin, y David John: «Prescriptions of Antidepressants by General Practitioners: Recommendations by FHSA's and Health Boards», *British Journal of General Practice*, 46 (1996), 363-364.

Thase, Michael: «Treatment of Alcoholism Comorbid with Depression», presentación en la Escuela de Medicina de la Universidad de Pittsburgh.

Thompson, Tracy: *The Beast*, G. P. Putnam's Sons, Nueva York, 1995.

Thomson, James: *The City of Dreadful Night*, Canongate Press, Edimburgo, 1993.

Thorne, Julia: *A Change of Heart*, HarperPerennial, Nueva York, 1996.

— *et al.*: *You Are Not Alone*, HarperPerennial, Nueva York, 1993.

Tiller, William A.: *Science and Human Transformation*, Pavior Publishers, Walnut Creek (California), 1997.

Tocqueville, Alexis de: *Democracy in America*, traducido por George Lawrence, HarperCollins, Nueva York, 1988. [Hay trad. cast.: *La democracia en América*, Aguilar, Madrid, 1989.]

Todorov, Tzvetan: *The Conquest of America: The Question of the Other*, traducido por Richard Howard, Harper & Row, Nueva York, 1984.

Tolley, Barbara: «The Languages of Melancholy in *Le Philosophe Anglais*», disertación.

Tolstói, Liev [Leo Tolstoy]: *Anna Karenina*, Penguin, Londres, 1978. [Hay trad. cast.: *Ana Karenina*, Ediciones B, Barcelona, 1995.]

Tomarken, A. J., *et al.*: «Psychometric properties of resting anterior EEG asymmetry: Temporal stability and internal consistency», *Psychophysiology*, 29 (1992), 576-592.

Torrey, E. Fuller: *Nowhere to Go*, Harper & Row, Nueva York, 1988.

— y Mary Zdanowicz: «We need to ask again: Why do severely mentally ill go untreated?», *Boston Globe* (1-8-1998).

— «Why Deinstitutionalization Turned Deadly», *Wall Street Journal* (4-8-1998).

Treisman, Glenn: «Psychiatric care of HIV-infected patients in the HIV-specialty clinic», manuscrito.

Triggs, W. J., *et al.*: «Effects of left frontal transcranial magnetic stimulation on depressed mood, cognition, and corticomotor threshold», *Biological Psychiatry*, núm. 11 (1999), 1.440-1.446.

Tsuang, Ming T., y Stephen V. Faraone: *The Genetics of Mood Disorders*, Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1990.

Turner, J. J. D., y A. C. Parrott: «"Is MDMA a Human Neurotoxin?": Diverse

Views from the Discussants», *Neuropsychobiology*, 42 (2000), 42-48.

United States House of Representatives, Committee On Ways and Means: *Green Book*, 1998.

Valenstein, Elliot S.: *Great and Desperate Cures*, Basic Books, Nueva York, 1986.

Van Bommel, A. L.: «The link between sleep and depression: The effects of antidepressants on EEG sleep», *Journal of Psychosomatic Research*, 42, núm. 6 (1997), 555-564.

Van der Post, Laurens: *The Night of the New Moon*, Penguin, Middlesex (Reino Unido), 1970.

Vartanian, Aram: *La Mettrie's L' Homme Machine*, Princeton University Press, Princeton (New Jersey), 1960.

Vasari, Giorgio: *Lives of the Artists*, 2 vols., Penguin, Londres, 1987. [Hay trad. cast.: *Vida de grandes artistas*, Mediterráneo-Argedime, Madrid, 1966.]

Venter, Craig J., *et al.*: «The Sequence of the Human genome», *Science*, 291, núm. 5.507 (2001), 1.304-1.351.

Vicari, Eleanor Patricia: *The View from Minerva's Tower: Learning and Imagination in «The Anatomy of Melancholy»*, University of Toronto Press, Toronto, 1989.

Virkkunen, M., *et al.*: «Personality Profiles and State Aggressiveness in Finnish Alcoholics, Violent Offenders, Fire Setters, and Healthy Volunteers», *Archives of General Psychiatry*, 51 (1994), 28-33.

Volk, S. A., *et al.*: «Can response to partial sleep deprivation in depressed patients be predicted by regional changes of cerebral blood flow?», *Psychiatry Research*, 75, núm. 2 (1997), 67-74.

Volkow, Nora, *et al.*: «Cerebral Blood Flow in Chronic Cocaine Users: A Study with Positron Emission Tomography», *British Journal of Psychiatry*, 152 (1988), 641-648.

— «Effects of Chronic Cocaine Abuse on Postsynaptic Dopamine

Receptors», *American Journal of Psychiatry*, 147 (1990), 719-724.

— «Brain Imaging of an Alcoholic with MRI, SPECT, and PET», *American Journal of Physiological Imaging*, 34 (1992), 194-198.

— «Long-Term Frontal Brain Metabolic Changes in Cocaine Abusers», *Synapse*, 11 (1992), 182-190.

— «Imaging Brain Structure and Function», *Annals of the New York Academy of Sciences*, 820 (1997), 41-56.

— «Imaging studies on the role of dopamine in cocaine reinforcement and addiction in humans», *Journal of Psychopharmacology*, 13, núm. 4 (1999), 337-345.

— «Addiction, a Disease of Compulsion and Drive: Involvement of the Orbitofrontal Cortex», *Cerebral Cortex*, 10 (2000), 318-325.

Voltaire: *Candide*, Penguin, Nueva York, 1947. [Hay trad. cast.: *Cándido*, Espasa-Calpe, Madrid, 2001.]

Waal, Frans de: *Good Natured*, Harvard University Press, Cambridge (Massachusetts), 1996. [Hay trad. cast.: *Bien natural*, Herder, Barcelona, 1997.]

Waddington, John, y Peter Buckley (eds.): *The Neurodevelopmental Basis of Schizophrenia*, R. G. Landes, Londres, 1996.

Walker, C. E., y M. C. Roberts (eds.): *Handbook of Clinical Child Psychology*, 2.^a ed., John Wiley & Sons, Nueva York, 1992.

Watson, Paul J., y Paul W. Andrews: «An Evolutionary Theory of Unipolar Depression as an Adaptation for Overcoming Constraints of the Social Niche», manuscrito.

— «Niche Change Model of Depression», *ASCAP*, 11, núm. 5 (1998), 17-18.

— «Unipolar depression and human social life: An evolutionary analysis», manuscrito.

Wehr, Thomas A.: «Phase Advance of the Circadian Sleep-Wake Cycle as an Antidepressant», *Science*, 206 (1979), 711-713.

– «Sleep Reduction as the Final Common Pathway in the Genesis of Mania», *American Journal of Psychiatry*, 144, núm. 2 (1987), 201-204.

– «Sleep Loss: A Preventable Cause of Mania and Other Excited States», *Journal of Clinical Psychiatry*, 50, supl. 12 (1989), 576-578.

– «Reply to Healy, D., Waterhouse, J. M.: The circadian system and affective disorders: Clocks or rhythms», *Chronobiology International*, 7 (1990), 11-14.

– «Sleep-Loss as a Possible Mediator of Diverse Causes of Mania», *British Journal of Psychiatry*, 159 (1991), 576-578.

– «Improvement of Depression and Triggering of Mania by Sleep Deprivation», *Journal of the American Medical Association*, 267, núm. 4 (1992), 548-551.

– *et al.*: «48-Hour Sleep-Wake Cycles in Manic-Depressive Illness», *Archives of General Psychiatry*, 39 (1982), 559-565.

– *et al.*: «Eye Versus Skin Phototherapy of Seasonal Affective Disorder», *American Journal of Psychiatry*, 144, núm. 6 (1987), 753-757.

– *et al.*: «Rapid Cycling Affective Disorder: Contributing Factors and Treatment Responses in 51 Patients», *American Journal of Psychiatry*, 145 (1988), 179-184.

– *et al.*: «Treatment of a Rapidly Cycling Bipolar Patient by Using Extended Bedrest and Darkness to Pro-mote Sleep», *NIMH*, Bethesda (Maryland), 1997.

– *et al.*: «Melatonin Response to Seasonal Changes in the Length of the Night in SAD and Patient Controls», *NIMH*, Bethesda (Maryland).

– y Norman E. Rosenthal: «Seasonality and Affective Illness», *American Journal of Psychiatry*, 146 (1989), 829-839.

Weiner, Dora: «“Le geste de Pinel”: The History of a Psychiatric Myth», en Mark Micale y Roy Porter (eds.): *Discovering the History of Psychiatry*, Oxford University Press, Oxford, 1994.

Weiner, Myron F., *et al.*: «Prevalence and Incidence of Major Depression in Alzheimer’s Disease», *American Journal of Psychiatry*, 151, núm. 7 (1994), 1.006-

1.009.

Weiss, Suzanne, y Robert Post: «Kindling: Separate vs. shared mechanisms in affective disorder and epilepsy», *Neuropsychology*, 38, núm. 3 (1998), 167-180.

Weissman, Myrna M.: *IPT: Mastering Depression*, Graywind Publications, Nueva York, 1995.

— y Eugene Paykel: *The Depressed Woman: A Study of Social Relationships*, University of Chicago Press, Chicago, 1974.

— *et al.*: «Cross-National Epidemiology of Major Depression and Bipolar Disorder», *Journal of the American Medical Association*, 276, núm. 4 (1996), 293-299.

— *et al.*: «Offspring of Depressed Parents», *Archives of General Psychiatry*, 54 (1997), 932-940.

— *et al.*: «Depressed Adolescents Grown Up», *Journal of the American Medical Association*, 281 (1999), 1.707-1.713.

— *et al.*: «Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries», *Psychological Medicine*, 29 (1999), 9-17.

— *et al.*: *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*, Basic Books, Nueva York, 2000.

Weissman, S., M. Sabshin, y H. Eist (eds.): *21st Century Psychiatry: The Foundations*, American Psychiatric Press, Washington, D. C. (en prensa).

Wellon, Arthur: *Five Years in Mental Hospitals*, Exposition Press, Nueva York, 1967.

Wells, Kenneth, *et al.*: *Caring for Depression*, Harvard University Press, Cambridge (Massachusetts), 1996.

— «Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: A randomized controlled trial», *Journal of the American Medical Association*, 283, núm. 2 (2000), 212-220.

Wender, Paul, *et al.*: «Psychiatric disorders in the biological and adoptive families of adopted individuals with affective disorder», *Archives of General*

Psychiatry, 43 (1986), 923-929.

— y Donald Klein: *Mind, Mood, and Medicine: A Guide to the New Biopsychiatry*, Farrar, Straus & Giroux, Nueva York, 1981.

Wenzel, Siegfried: *The Sin of Sloth: Acedia*, University of North Carolina Press, Chapel Hill, 1967.

Wetzel, Richard, y James McClure, Jr.: «Suicide and the Menstrual Cycle: A Review», *Comprehensive Psychiatry*, 13, núm. 4 (1972), 369-374.

White, S. R., et al.: «The Effects of Methylenedioxymethamphetamine on Monoaminergic Neurotransmission in the Central Nervous System», *Progress in Neurobiology*, 49 (1996), 455-479.

Whooley, Mary A., y Gregory E. Simon: «Managing Depression in Medical Outpatients», *The New England Journal of Medicine*, 343, núm. 36 (2000), 1.942-1.950.

Whybrow, Peter C.: *A Mood Apart: Depression, Mania and Other Afflictions of the Self*, Basic Books, Nueva York, 1997.

Wilde, Oscar: *Complete Poetry*, Oxford University Press, Oxford, 1997. [Hay trad. cast.: *Poemas*, Ediciones 29, Barcelona, 2001.]

— *Complete Short Fiction*, Penguin, Londres y Nueva York, 1994. [Hay trad. cast.: *Cuentos*, Casals, Barcelona, 1996.]

Wilcox, Monica, y David N. Sattler: «The Relationship Between Eating Disorders and Depression», *Journal of Social Psychology*, 136, núm. 2 (1996), 269-271.

Williams, J. Mark G.: *The Psychological Treatment of Depression*, 2.^a ed., Routledge, Londres, 1992.

Williams, Tennessee: *Five O' Clock Angel: Letters of Tennessee Williams to Maria St. Just, 1948-1982*, Alfred A. Knopf, Nueva York, 1990.

Willis, Thomas: *Two Discourses Concerning the Soul of Brutes*, Scholars' Facsimiles and Reprints, Gainesville (Florida), 1971.

Winerip, Michael: «Bedlam on the Streets», *New York Times Magazine* (23-5-1999).

Winnicott, D. W.: *Home Is Where We Start From*, W. W. Norton, Nueva York, 1986.

Winstead, Ted: «A New Brain: Surgery for Psychiatric Illness at Massachusetts General Hospital», manuscrito.

Winston, Julian: «Welcome to a Growing Health Care Movement», en Julian Winston (ed.): *Homeopathy: Natural Medicine for the 21st Century*, National Center for Homeopathy, Alexandria (Virginia), 1993.

Wirz-Justice, A., et al.: «Sleep deprivation in depression: What we know, where do we go?», *Biological Psychiatry*, 46, núm. 4 (1999), 445-453.

Wittkower, Rudolph, y Margot Wittkower, *Born Under Saturn*, Norton, Nueva York, 1963. [Hay trad. cast.: *Nacidos bajo el signo de Saturno*, Cátedra, Madrid, 1988.]

Wolf, Naomi R.: *The Beauty Myth*, Chatto & Windus, Londres, 1990.

Wolkowitz, O. M., et al.: «Antiglucocorticoid treatment of depression: Double-blind ketoconazole», en *Biological Psychiatry*, 45, núm. 8 (1999), 1.070-1.074.

Wolman, Benjamin B. (ed.): *Between Survival and Suicide*, Gardner Press, Nueva York, 1976.

Wolpert, Lewis: *Malignant Sadness*, Free Press, Nueva York, 1999.

Woolf, Leonard: *Beginning Again*, A Harvest/HBJ Book, San Diego, 1964.

Woolf, Virginia: *The Diary of Virginia Woolf* (ed. Oliver Bell), vol. 3, Harcourt Brace Jovanovich, Nueva York, 1980. [Hay trad. cast.: *Diario íntimo*, Grijalbo-Mondadori, Barcelona, 1993-1994.]

— *Jacob's Room*, A Harvest/HBJ Book, San Diego, 1950. [Hay trad. cast.: *El cuarto de Jacob*, Lumen, Barcelona, 1980.]

— *The Letters of Virginia Woolf* (eds. Nigel Nicolson y Joanne Trautmann), 6 vols., Hogarth Press, Londres, 1980.

— *To the Lighthouse*, Harcourt Brace Jovanovich, Nueva York, 1981. [Hay trad. cast.: *Al faro*, Cátedra, Madrid, 1999.]

— *The Years*, Hogarth Press, Londres, 1937. [Hay trad. cast.: *Los años*, Lumen, Barcelona, 1983.]

Wordsworth, William: *Favorite Poems*, Dover Thrift Editions, Canadá, 1992. [Hay trad. cast.: *Poemas de Wordsworth*, edición bilingüe, Editora Nacional, Madrid, 1976.]

— *The Prelude Selected Poems and Sonnets* (ed. Carlos Baker), Holt, Rinehart & Winston, Nueva York, 1954. [Hay trad. cast.: *Preludio*, Orbis, Barcelona, 1998.]

Wortman, Marc: «Brain Chemistry», *Yale Medicine*, 31, núm. 1 (1996), 2-11.

Yapko, Michael D.: *Hypnosis and the Treatment of Depression*, Brunner/Mazel, Nueva York, 1992.

— *Breaking the Patterns of Depression*, Doubleday, Nueva York, 1997.

Yokel, R. A., et al.: «Amphetamine-type reinforcement by dopaminergic agonists in the rat», *Psychopharmacology*, 58 (1978), 282-296.

Young, Edward: *The Complaint, or Night-Thoughts*, 2 vols., Londres, 1783.

Zerbe, Jerome, y Cyril Connolly: *Les Pavillons of the Eighteenth Century*, Hamish Hamilton, Londres, 1962.

Zima, Bonnie, et al.: «Mental Health Problems among Homeless Mothers», *Archives of General Psychiatry*, 53 (1996), 332-338.

Zubenko, George S., et al.: «Impact of Acute Psychiatric Inpatient Treatment on Major Depression In Late Life and Prediction of Response», *American Journal of Psychiatry*, 151, núm. 7 (1994), 987-993.

Zuess, Jonathan: *The Natural Prozac Program*, Three Rivers Press, Nueva York, 1997. [Hay trad. cast.: *El hipérico: un remedio natural contra la depresión*, Oniro, Barcelona, 1999.]

Zwillich, Todd: «Mental Illness and HIV Form a Vicious Circle», *International Medical News Group*, fax.

Agradecimientos

A finales de diciembre de 1999, una amiga me vio de muy buen humor y me preguntó qué estaba haciendo. Le contesté con entusiasmo que me acababan de conceder una entrevista en un hospital psiquiátrico situado en una zona rural de Polonia para el día de Fin de Año, y que, además, había encontrado algunas notas de suicidio que había perdido. Meneó la cabeza, muy seria, y me dijo que debía poner fin a esta locura. Ahora que mi libro está acabado siento un gran alivio. La locura ha terminado.

Mi representante, Andrew Wylie, me acompaña desde hace doce años, es decir, antes de que yo hubiera publicado mi primer libro, y ha orientado siempre todos mis esfuerzos. Me ha defendido a mí y a esta obra hasta el cansancio; aprecio en especial su amistad y su sagacidad. También debo agradecer a Liza Walworth, de la Agencia Wylie, que hizo que todo esto comenzara de manera agradable, y a Jeff Posternak, quien facilitó con su amabilidad todos los compromisos posteriores. Nan Graham, mi brillante editora en Estados Unidos, ha sido constantemente generosa y sabia y ha trabajado en todo de acuerdo conmigo, y ha sido esa clase de entusiasta alborozada que siempre quise encontrar. Brant Rumble, su competente asistente, ha mantenido viva la idea de orden en medio del caos. Alison Samuel, mi editora en el Reino Unido, ha sido una lectora extraordinariamente perspicaz y una fiel partidaria. Estoy agradecido a Pat Eisemann por su excelente y vigorosa conducción del equipo publicitario norteamericano, y a Giulia Melucci, Beth Wareham, y al resto de los que se han ocupado de la promoción del libro, así como a Patrick Hargadon, por su trabajo en la publicidad de la obra en el Reino Unido. También agradezco a Christopher Hayes por coordinar la tarea de relaciones públicas de esta obra a través de internet. También quiero agradecer a mi abogado, Chuck Googe, la minuciosa atención que dispensó a mis contratos.

Partes de este libro han aparecido previamente en *The New Yorker*, *The New York Times Magazine* y *Food and Wine*. Debo agradecer a Tina Brown por publicar «An Anatomy of Depression» en *The New Yorker*, en 1998. Mi mayor deuda con esa revista es la que contraje con mi editor, Henry Finder. No hay otra persona en el mundo que posea tanto tacto, amabilidad, erudición, prudencia y lealtad. Yo nunca me habría atrevido a escribir sobre un tema tan difícil si no hubiera estado seguro de su paciencia y liberalidad. Una parte más pequeña del libro apareció en *The New York Times Magazine*. Jack Rosenthal me ofreció un lugar incalculable en *Times*, y Adam Moss apoyó mi prolongado trabajo acerca de la depresión, la

pobreza y la política, y me ayudó a encontrar la verdad detrás de la ambigüedad de las anécdotas. Diane Cardwell también me ayudó en la edición de este material. Dana Cowin, en nombre de *Food and Wine*, me envió en momentos claves a la más agradable de los muchos tratamientos que intenté, y le estoy agradecido por su tolerancia. Stephen Rossoff me invitó amablemente a continuar mi investigación en la Universidad de Michigan para *The University of Michigan Alumni Magazine*. Escribí las partes que abren este libro durante una estancia en la Villa dei Pini, de la fundación Bogliasco, en Liguria, en febrero de 1998. Valoro profundamente el generoso apoyo de esta fundación.

Por su ayuda en lo referente a mi trabajo en Camboya, agradezco a Laurie Beckelman, Fred Frumberg, Bernard Krishna y John Stubbs. Por su ayuda en lo concerniente a mi trabajo en Groenlandia, agradezco en particular a René Birger Christiansen y Lisbet Lyager, así como a Flemming Nicolaisen, Johanne Olson, y al pueblo de Illiminaq. También expreso mi gratitud por la ayuda de Erik Sprunk-Jansenn y Hanne Skoldager-Ravn, pues sin ellos no habría podido comenzar mi proyecto en Groenlandia. Por su asistencia en lo concerniente a mi trabajo en Senegal, agradezco a David Hecht y Hélène Saivet, cuyos esfuerzos fueron mucho más allá de lo que dictan el deber o la amistad. Estoy agradecido a Anne Applebaum y Radek Sikorski por facilitarme mi tarea en Polonia. Estoy en deuda con Enrico Marone-Cinzano, quien me ayudó sustancialmente en la investigación para el capítulo 6. También agradezco a Mary Bisbee-Beek y Chris Hayes su incalculable ayuda en la difusión de este proyecto.

Tanto amigos como profesionales de la especialidad han dedicado tiempo a comentar los borradores de este libro. Por la extraordinaria tarea de revisión que han hecho, quiero agradecer a mis dos lectores más cercanos: la doctora Katherine Keenum y la doctora Claudia Swan. Su extraordinaria atención fue no solo inspiradora sino también incalculable, y su perspicacia y cariño me permitieron alcanzar un poco de claridad tanto en mi propio pensamiento como en el modo de expresarlo. También agradezco a aquellos que leyeron y comentaron las versiones posteriores del manuscrito: la doctora Dorothy Arnsten, Sarah Billingham, Mary Bisbee-Beek, Christian Caryl, Dana Cowin, Jennie Dunham, el doctor Richard A. Friedman, el doctor Richard C. Friedman, la doctora Rhonda K. Garelick, el doctor David Grand, John G. Hart, el doctor Steven Hyman, Eve Kahn, Fran Kiernan, Betsy Joly de Lotbinière, Sue Macartney-Snape, el doctor David McDowell, Alexandra Munroe, el doctor Randolph M. Nesse, la doctora Julie S. Peters, Margaret Robbins, el doctor Peter Sillem, Amanda Smithson, David Solomon, Howard Solomon, Bob Weil, Edward Winstead y Helen Whitney.

Quiero agradecer a Philippe de Montebello, Emily Rafferty y Harold Holzer su notable apoyo a este proyecto y su enorme generosidad, que me permitió un acceso pleno al Metropolitan Museum of Art.

Estoy en deuda con Eugene Cory, Carol Czarnecki y Brave New Words por haber transcrito más de diez mil páginas de entrevistas grabadas. Valoro la ayuda de Fred Courtwright en la obtención de las autorizaciones para reproducir el material citado en este libro. Emma Lukic fue incansable en su tarea de rastrear referencias, y le agradezco su colaboración en la investigación.

Agradezco a los muchos profesionales que aceptaron compartir conmigo sus puntos de vista cuando comencé a trabajar en este proyecto. El doctor Frederick Eberstadt me dedicó mucho tiempo y me facilitó numerosos contactos. El doctor Steven Hyman, del Instituto Nacional de Salud Mental y su equipo, se mostraron maravillosamente accesibles. La doctora Kay Redfield Jamison me aconsejó en la primera etapa de la investigación, y en 1996 tuvo la amabilidad de invitarme a su conferencia sobre el suicidio. El doctor David McDowell fue igualmente generoso y, además, me guió por los misteriosos laberintos de la Asociación Psiquiátrica Americana, una contribución que no tiene precio. Sally Mink, de la Depression & Related Affective Disorders Association del hospital Johns Hopkins, fue en extremo generosa y me procuró numerosos contactos y sus puntos de vista personales. El doctor Randolph Nesse fue quien primero me introdujo en el campo de la psicología evolutiva, que a partir de entonces ejerció una profunda influencia sobre mi proyecto. La doctora Anne Stanwix me dispensó su lúcida sabiduría y me ofreció muchos de los epigramas que he incorporado a estas páginas. El doctor Peter Whybrow fue muy generoso a la hora de señalarme muchas de las cuestiones generales que trato en este libro.

Cualquiera que lea este libro se dará cuenta con facilidad cuántas otras personas me dispensaron su tiempo. No es posible nombrar a todos aquellos cuyas ideas y puntos de vista se han incorporado a los míos, pero me gustaría agradecer en especial a aquellos con quienes tuve la oportunidad de encontrarme personalmente para realizar extensas entrevistas grabadas: la doctora Dorothy Arnsten, el doctor James Ballanger, el doctor Ricard Baron, Agata Bielik-Robson, el doctor Poul Bisgaard, el doctor George Brown, Deborah Bullwinkle, el doctor René Birger Christiansen, la doctora Deborah Christie, la doctora Joyce Chung, el doctor Mirosław Dabkowski, Hailey Dart, el doctor Richard Davidson, el doctor J. Raymond DePaulo, el senador Pete Domenici, Vicki Edgson, Laurie Flynn, la doctora Ellen Frank, el doctor Richard A. Friedman, el doctor Edward Gardener, el doctor David Grand, el doctor John Greden, la doctora Anna Halberstadt, la

doctora Emily Hauenstein, el doctor M. Jabkowski, el doctor Mieczylsaw Janiszewski, Karen Johnson, el doctor Paramjit T. Joshi, la congresista Marcy Kaptur, el doctor Herb Kleber, el doctor Don Klein, Gladys Kreutzman, Marian Kyner, el doctor Bob Levin, el doctor Reihard Lier, el doctor Juan López, Sara Lynge, el doctor John Mann, el doctor Melvin McGuinness, el doctor Henry McCurtiss, la doctora Jeanne Miranda, el doctor William Normand, Phaly Nuon, Kristen Peilman, el congresista John Porter, el doctor Robert Post, el doctor William Potter, el senador Harry Reid, el doctor Norman Rosenthal, la congresista Marge Roukema, el doctor Arnold Sameroff, el senador Chuck Schumer, la doctora Sylvia Simpson, el doctor Colin Stine, la doctora Glenn Treismann, el doctor Elliot Valenstein, el doctor James D. Watson, el doctor Thomas Wehr, el senador Paul Wellstone, la doctora Myrna Weissman, el congresista Bob Wise y la doctora Elizabeth Young.

Fueron muchas las personas que me brindaron su franqueza y me contaron sus difíciles historias mientras trabajaba en este libro, y yo disfruté de su confianza y he llegado a cultivar la amistad de muchas de ellas. De todos los proyectos en los que me he embarcado en mi vida ninguno ha sido más triste que este, pero ninguno me ha convencido como este de que la comunicación es posible y de que el mundo es un lugar de historias íntimas. Mi mayor agradecimiento es para las personas que me autorizaron a contar sus experiencias en este libro: Laura Anderson, Janet Benshoof, Robert Boorstin, Brian D'Amato, Walt Devine, Sarah Gold, Ruth Ann Janesson, Amalia Joelson, Karen Johansen, Eve Kahn, Amelia Lange, Carlita Lewis, Betsy de Lotbinière, Martha Manning, Pearl Bailey Mason, Theresa Morgan, Dièry Prudent, Lynn Rivers, Maggie Robbins, Joe Rogers, Joel P. Smith, Tina Sonogo, Angel Starkey, Mark Weiss, y las personas a quienes he llamado Sheila Hernandez, Frank Rusakoff, Bill Stein, Danquille Stetson, Lolly Washington, Claudia Weaver, Fred Wilson, John Habich, Kathleen Seidel, Kelly Posner, Helen Mayberg, Richard A. Friedman, Rob Frankel, Jeffrey A. Lieberman y Tom Insel. Estos hombres y mujeres, y muchos otros, me contaron con nobleza sus difíciles historias; solo espero haber sido un vehículo adecuado para su valor.

Este es un libro acerca de la depresión, de modo que también agradezco a las personas sin las cuales yo no habría podido recuperarme como para escribir mi historia. Agradezco, pues, a los muchos médicos que me trataron durante mi depresión; me siento afortunado por haber puesto mi mente en manos tan capaces. El trabajo de los médicos fue complementado por la generosidad de amigos a quienes no nombraré, pero que saben que han contribuido de distintas maneras a mantenerme vivo. Mi fórmula para superar la depresión incluiría, por encima de todo, un amor como el que todas estas personas me han dispensado; son buenos y

sinceros hasta la médula, y sus amables consejos y su sentido de la solidaridad y la racionalidad definieron el espacio dentro del cual pude sentirme a salvo mientras estaba trastornado. Agradezco a Juan y Amalia Fernandez, cuyos amorosos cuidados y atención durante el período de escritura me dieron la libertad que necesitaba para dedicarme de lleno a la tarea.

Nunca había empleado un asistente de investigación hasta que comencé a trabajar en este libro. Tuve la enorme suerte de conocer a Stephen Bitterolf, un artista muy dotado que ha abandonado sus lienzos por cientos de horas, y ha trabajado en esta obra con tanta intensidad como yo. Si he alcanzado cierto rigor ha sido gracias al suyo, y muchas de mis ideas provienen de sus ideas. Este libro no habría alcanzado la forma que hoy muestra sin su contribución. Más aún, ha demostrado ser un hombre de carácter; su ingenio, afecto y bondad, han sido para mí una fuente constante de placer.

Mi padre tenía sesenta y siete años cuando yo sufrí mi primer episodio depresivo. Merece el elogio no solo por su amor y generosidad, sino por su flexibilidad mental y espiritual, que le ha permitido comprender y mantener bajo control mi enfermedad a lo largo de estos seis últimos años. Nunca he conocido a nadie que armonizara tan bellamente la vitalidad imaginativa de la juventud con la reflexiva sabiduría de los años. Él ha sido, siempre, mi constante soporte y mi gran inspiración. Le he dedicado este libro de todo corazón.

Glosario de medicamentos

En ocasiones los nombres comerciales de los medicamentos citados en el texto varían en los distintos países. A continuación se ofrece una lista de los fármacos citados en esta obra y los principios activos que contienen.

Anafranil

Ambien

Asendin

Ativan

BuSpar

Celexa

Depakote

Dexedrine

Dilaudil

Effexor

Elavil

Klonopin

Luvox

Nardil

Navane

Neurontin

Norpramin

clomipramina

zolpidem

amoxapina

lorazepam

bupiriona

citalopram

depakena

dextroanfetamina

hidromorfona

venlafaxina

amitriptilina

clonazepam

fluvoxamina

fenelzina

thiothixeno

gabapentina

desipramina

Pamelor

Parnate

Paxil

Prozac

Restoril

Risperdal

Seconal

Seroxat

Sertraline

Serzone

Tegretol

Tofranil

Valium

Wellbutrin

Xanax

Zoloft

Zyprexa

nortriptilina

tranilcipromina

paroxetina

fluxetina

temazepam

risperidona

secobarbital

paroxetina

sertralina

nefazodona

carbamazepina

imipramina

diazepam

bupoprion

alprazolam

sertralina

olanzapina

Notas

Muchas obras excelentes sobre la depresión han influido en la elaboración de este libro. Entre ellas, mencionaría especialmente la digna y accesible *A Mood Apart*, de Peter Whybrow; la conmovedora *Una mente inquieta*, de Kay Redfield Jamison; la impenetrable pero por momentos brillante *Black Sun*, de Julia Kristeva; *Nacido bajo el signo de Saturno*, de Rudolph y Margot Wittkower; y la rigurosa *Historia de la melancolía y la depresión*, de Stanley Jackson. He identificado todas las citas directas de las fuentes publicadas.* Todas las otras citas están tomadas de entrevistas personales realizadas entre 1995 y 2000.

1. El epígrafe corresponde al párrafo final de la novela *The White Guard*, de Mijaíl Bulgákov, p. 302. [Hay trad. cast.: *La guardia blanca*.]

SOBRE EL MÉTODO

1. El artículo del *New Yorker* apareció como «Anatomy of Melancholy», en el número del 12 de enero de 1998.

2. La cita de Graham Greene corresponde a su obra *Ways of Escape*, p. 285.

3. La empresa de mi padre se llama Forest Laboratories. Participó en el desarrollo de Celexa, aunque también ha trabajado en la producción de su enantiómero.

4. Kay Redfield Jamison, Martha Manning y Meri Danquah se encuentran entre los autores que han debatido sobre la toxicidad de esta materia.

1. DEPRESIÓN

1. He tomado la historia de san Antonio en el desierto de una conferencia dictada por Elaine Pagels.

2. Los conceptos «depresión» y «melancolía» son muy generales y, a pesar de los esfuerzos de algunos autores para distinguir entre uno y otro, son

sinónimos. El término «depresión grave», sin embargo, se refiere al trastorno psiquiátrico definido bajo el título «Trastorno depresivo mayor» en *DSM-IV*, pp. 339-345.

3. La primera cita de *Jacob's Room* aparece en las páginas 140-141. La segunda es de la página 168.

4. Un debate del tema «legalmente muerto», en Sherwin Nuland, *How We Die*, p. 123.

5. Anhedonia es «la incapacidad de experimentar placer», como la definió Francis Mondimore en *Depression: The Mood Disease*, p. 22.

6. La fórmula «depresión» surge de la edición de 1989 del *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, p. 870.

7. Ambas citas están extraídas de Schopenhauer, *Essays and Aphorisms*: la primera en las pp. 42-43 y la segunda en la p. 43.

8. La cifra de 19 millones proviene de la página web del Instituto Nacional de Salud Mental, <www.nimh.nih.gov/depression/index1.htm>. De la compilación de una serie de estadísticas puede deducirse que aproximadamente dos millones y medio de niños sufren depresión. «The MECA Study», de D. Shaffer *et al.*: en *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, núm. 7 (1996), descubrió que aproximadamente el 6,2 por ciento de los niños entre nueve y diecisiete años tuvieron un trastorno del estado de ánimo en un período de seis meses, y que el 4,9 por ciento sufrieron un trastorno depresivo grave. Agradezco a Faith Bitterolf y a la Sewickley Academy Library por la ayuda que me brindaron en este tema.

9. La cifra de 2.300.000 proviene de la página web del Instituto Nacional de Salud Mental, <www.nimh.nih.gov/publicat/manic.cfm>.

10. La idea de que la depresión unipolar es la principal causa de incapacidad en Estados Unidos y en el mundo entero a partir de los cinco años de edad está extraída de la página web del Instituto Nacional de Salud Mental, <www.nimh.nih.gov/publicat/invisible.cfm>. El dato estadístico que pone de manifiesto que el segundo gasto sanitario del mundo desarrollado lo genera la depresión mayor, se ha obtenido de la página del Instituto Nacional de Salud Mental, <www.nimh.nih.gov/publicat/burden.cfm>.

11. La Organización Mundial de la Salud afirma que la depresión roba más años que las guerras, el cáncer y el VIH juntos. El *World Health Report 2000* está disponible en www.who.int/whr/2000/index.htm. La información ha sido extraída del Anexo Tabla 4, y es válida para el cáncer de pulmón y el cáncer de piel, en algunos rangos de mortalidad en las Américas y el Mediterráneo oriental, y en todos los rangos de mortalidad en Europa, el Sudeste Asiático y el Pacífico oriental. Para el Anexo Tabla 4 específicamente, véase www.who.int/whr/2000/en/statistics.htm.

12. La idea de que la enfermedad somática enmascara la depresión es un lugar común. En su artículo «Recognizing and Treating the Patient with Somatic Manifestations of Depression», *Journal of Family Practice*, 43, suplemento 6 (1996), p. S4, Jeffrey De Wester escribe que mientras que «se ha calculado que el 77 por ciento de todas las visitas de salud mental en Estados Unidos se producen en la consulta de un médico, ... menos del 20 por ciento de esos pacientes se quejan de síntomas o de problemas psicológicos». Elizabeth McCauley *et al.*: en «The Role of Somatic Complaints in the Diagnosis of Depression in Children and Adolescents», *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, núm. 4 (1991), p. 631, afirman que «la somatización ha estado bien documentada como una de las formas en que se presenta la depresión, sobre todo en aquellos individuos y/o culturas en los que el conocimiento y la expresión de los estados afectivos no son aceptables». Más detalles, en Remi Cadoret *et al.*: «Somatic Complaints», *Journal of Affective Disorders*, 2 (1980).

13. La afirmación según la cual más del 95 por ciento de la población general que sufre de depresión recibe tratamiento de médicos de cabecera aparece en Jogin Thakore y David John: «Prescriptions of Antidepressants by General Practitioners: Recommendations by FHSAs and Health Boards», *British Journal of General Practice*, 46 (1996).

14. Los porcentajes ofrecidos aquí pueden encontrarse en D. A. Regier *et al.*: «The de facto mental and addictive disorders service system. Epidemiologic Catchment Area prospective 1 year prevalence rates of disorders and services», *Archives of General Psychiatry*, 50, núm. 2 (1993). El estudio afirma: «Las personas que sufrían de depresión unipolar grave presentaban un índice intermedio de uso del servicio de salud mental, en el que casi la mitad (49 por ciento) recibía algún cuidado profesional, el 27,8 por ciento utilizaba el sector [adictivo/de la especialidad en salud mental] y el 25,3 por ciento el sector de cuidados [médicos generales], p. 91. La idea de que la depresión se diagnostica solo en el 40 por ciento de los casos en adultos, y solo el 20 por ciento en niños corresponde a Steven

Hyman, director del Instituto Nacional de Salud Mental en una entrevista personal realizada el 29 de enero de 1997.

«Las tasas de mortalidad para la depresión han sido estudiadas ampliamente y los resultados no son en absoluto congruentes. La cifra del 15 por ciento la estableció en un principio S. B. Guze y E. Robbins: «Suicide and affective disorders», *British Journal of Psychiatry*, 117 (1970), y la confirmaron Frederick Goodwin y Kay Jamison en una amplia reseña de treinta estudios incluidos en su libro *Manic-Depressive Illness* (véase el gráfico de las pp. 152-153). Las tasas más bajas están basadas en el trabajo de G. W. Blair-West, G. W. Mellsop y M. L. Eyeson-Annan: «Down-rating lifetime suicide risk in major depression», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95 (1997). Este estudio demostró que si tomamos los cálculos actuales de los niveles de depresión y aplicamos la cifra del 15 por ciento obtendremos un número de suicidas al menos cuatro veces mayor que los registrados en la actualidad. Algunos investigadores han propuesto una cifra del 6 por ciento, pero esto se basa en una muestra de población que parece contener un número aparentemente elevado de personas tratadas como pacientes internos; véase H. M. Inskip, E. Clare Harris y Brian Barraclough: «Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism, and schizophrenia», *British Journal of Psychiatry*, 172 (1998). La obra más reciente es la de J. M. Bostwick y S. Pancratz: «Affective disorders and suicide risk: a re-examination», *American Journal of Psychiatry* (en prensa). Este trabajo establece una tasa del 6 por ciento para quienes han sido hospitalizados a causa de la depresión, del 4,1 por ciento para quienes han recibido tratamiento como pacientes internos y del 2 por ciento para quienes no han recibido estos tratamientos. Se debería subrayar que los problemas estadísticos implicados en estos cálculos son en extremo complejos, y que los distintos métodos de calcular la mortalidad proporcional han dado lugar a tasas diferentes, en general más elevadas que las establecidas por Bostwick y Pancratz. Las tasas comparativas de depresión acumulativa fueron tomadas de Cross-National Collaborative Group: «The Changing Rate of Major Depression», *Journal of the American Medical Association*, 268, núm. 21 (1992); véase la Figura 1, p. 3.100. La noción de que la depresión está afectando a una población más joven ha sido tomada de D. A. Regier *et al.*: «Comparing age at onset of major depression and other psychiatric disorders by birth cohorts in five U. S. community populations», *Archives of General Psychiatry*, 48, núm. 9 (1991).

15. Para una exégesis especialmente elocuente de los efectos negativos del supermodelo en las mujeres, véase Naomi R. Wolf: *The Beauty Myth*.

16. La cantidad aproximada de personas que utilizan Prozac y los demás

ISRS está tomada de Joseph Glenmullen, *Prozac Backlash*, p. 15.

17. Herman Spitz en *The Raising of Intelligence*, p. 4, afirma: «Con respecto a la Escala de Inteligencia de Wechsler, el retraso leve es consecuencia de un CI de 55 a 69, y en el caso de la Escala de Inteligencia de Stanford-Binet, de un CI de 52 a 67».

18. Las píldoras que conozco de estos colores son BuSpar y Zyprexa (blanco), Effexor de alivio inmediato (rosado), Effexor de alivio sostenido (rojo oscuro) y Wellbutrin (turquesa).

19. Los porcentajes de cáncer de piel están aumentando, según indican diversos estudios. H. Irene Ball *et al.*: «Update on the incidence and mortality from melanoma in the United States», *Journal of the American Academy of Dermatology*, 40 (1999), p. 35, afirman: «En las últimas décadas, el melanoma se ha vuelto mucho más corriente; el incremento de su incidencia y de los porcentajes de mortalidad es uno de los más marcados de todos los tipos de cáncer».

20. De la visión de Hipócrates sobre la depresión se habla en detalle en el capítulo 8.

21. Los horrores de los jermes rojos están ampliamente documentados. Para tener una vívida reconstrucción de las atrocidades, yo recomendaría la película *Los gritos del silencio*.

22. La cita de Ovidio está tomada de Kay Jamison: *Night Falls Fast*, p. 66.

2. CRISIS

1. La historia de mi vida con los rusos aparece narrada en mi primer libro, *The Irony Tower*, y en los siguientes artículos publicados en *The New York Times Magazine*: «Three Days in August» (29-9-1991), «Artist of the Soviet Wreckage» (20-9-1992) y «Young Russia's Defiant Decadence» (18-7-1993).

2. La banda de rock en cuestión era Middle Russian Elevation.

3. La cita de Gerhard Richter aparece en su diario poético, publicado como *The Daily Practice of Painting*, p. 122.

4. El artículo que estaba concluyendo cuando tuve cálculos renales se publicó en la edición del 28 de agosto de 1994 en *The New York Times Magazine* con el título de «Defiantly Deaf».

5. La idea de que la función hipotalámica y la cortical coinciden se planteó en muchas ocasiones y aparece explicada en Peter Whybrow: *A Mood Apart*, pp. 153-165.

6. Los porcentajes están basados, según mi opinión, en datos científicos complejos y aún inciertos, y por lo tanto muestran enormes discrepancias. Sin embargo, he tomado estas estadísticas, que reflejan un consenso general, del ensayo de Eric Fombonne: «Depressive Disorders: Time Trends and Possible Explanatory Mechanisms», en Michael Rutter y David J. Smith: *Psychosocial Disorders in Young People*, p. 576.

7. No he tratado demasiado la enfermedad maníaco-depresiva; es un tema que merece un libro aparte. Para un análisis erudito de los detalles de la enfermedad, véase Fred Goodwin y Kay Jamison: *Manic-Depressive Illness*.

8. Las observaciones de Julia Kristeva están tomadas de *Black Sun*, p. 53.

9. El poema de Emily Dickinson, que se encuentra entre mis poemas preferidos en toda la historia del mundo, aparece en *The Complete Poems of Emily Dickinson*, pp. 128-129.

10. La cita de Daphne Merking apareció en *The New Yorker* (8-1-2001), p. 37.

11. El poema de Elizabeth Prince es inédito.

12. La cita de Leonard Woolf se puede encontrar en su libro *Beginning Again*, pp. 163-164.

13. El catálogo de lo que ocurre durante la depresión está extraído de múltiples fuentes, demasiado numerosas para ofrecer una lista, así como de infinidad de entrevistas con médicos, clínicos y especialistas. Para descripciones vívidas y magníficas de las cuestiones básicas de la mayoría de estos procesos, véase Peter Whybrow: *A Mood Apart*, pp. 150-167. La edición de abril de 1999 de *Psychology Today* ofrece otro resumen de la biología de la depresión. El resumen de Charles Nemeroff de la neurobiología de la depresión, aparecido en el número de junio de 1998 de *Scientific American* también proporciona una discusión no académica, y más detallada, de muchos de los complejos temas planteados aquí.

14. La idea de que elevar los niveles de TRH puede ser un tratamiento útil en la depresión, al menos temporalmente, está explicada en Fred Goodwin y Kay Jamison: *Manic-Depressive Illness*, p. 465.

15. En la actualidad existe una importante serie de trabajos que sustentan la idea de que las depresiones se tornan más graves a lo largo de la vida. He hablado del tema detalladamente con Robert Post, del Instituto Nacional de Salud Mental, y con John Greden, de la Universidad de Michigan.

16. La cita de Kay Jamison está tomada de *Night Falls Fast*, p. 198.

17. La comprensión con respecto al tamaño del cerebro animal surge de la obra de Suzanne Weiss y Robert Post. Información sobre el fenómeno del «despertar» y su uso como modelo para trastornos afectivos, en el artículo que firmaron en colaboración, titulado: «Kindling: Separate vs. shared mechanisms in affective disorder and epilepsy», publicado en *Neuropsychology*, 38, núm. 3 (1998).

18. La información sobre la lesión de los sistemas de monoamina en cerebros animales proviene de Juan López *et al.*: «Regulation of 5-HT Receptors and the Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis: Implications for the neurobiology of suicide», *Annals of the New York Academy of Sciences*, 836 (1997). Sobre la depresión y el sistema de monoamina y el cortisol, véase Juan López *et al.*: «Neural circuits mediating stress», *Biological Psychiatry*, 46 (1999).

19. Esta explicación de las respuestas del estrés en la depresión se basa en el trabajo de Juan López y Elizabeth Young en la Universidad de Michigan, y de Ken Kendler en el Medical College of Virginia en Richmond. Existen tantas explicaciones de la depresión como estrellas en el cielo, pero creo que el modelo basado en el estrés, de los científicos de Michigan, es en especial convincente.

20. Con respecto al estudio que utiliza ketoconazol para la experimentación, véase O. M. Wolkowitz *et al.*: «Antiglucocorticoid treatment of depression: doubleblind ketoconazole», *Biological Psychiatry*, 45, núm. 8 (1999).

21. Los estudios de los babuinos fueron realizados por Robert Sapolsky, y me los describió Elizabeth Young en una entrevista. El trabajo sobre los controladores aéreos se puede encontrar en R. M. Rose *et al.*: «Endocrine Activity in Air Traffic Controllers at Work. II. Biological, Psychological and Work Correlates», *Psychoneuroendocrinology*, 7 (1982).

22. Que el corazón queda debilitado después de un infarto de miocardio es

una idea establecida. Sin embargo, la gravedad del daño causado al corazón depende del tamaño de la zona de tejido necrosado. Mientras que los datos indican que aislar las lesiones no necesariamente expone a la persona afectada a un índice más elevado de recaída que los controles, la enfermedad coronaria difusa lo hace casi con certeza. No obstante, se debe prestar mucha atención al corazón de cualquiera que haya sufrido un ataque, y las terapias que evitan una recaída son las más indicadas. Agradezco al doctor Joseph Hayes, de Cornell, por su ayuda en este tema.

23. El trabajo que Juan López llevó a cabo con los sistemas de estrés de las ratas se puede encontrar en Juan López *et al.*: «Regulation of 5-HT_{1A} Receptor, Glucocorticoid and Mineralocorticoid Receptor in Rat and Human Hippocampus: Implications for the Neurobiology of Depression», *Biological Psychiatry*, 43 (1998). El estudio sobre los niveles de cortisol y la dilatación suprarrenal tras suicidio se encuentra en Juan López *et al.*: «Regulation of 5-HT Receptors and the Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis: Implications for the Neurobiology of Suicide», *Annals of the New York Academy of Sciences*, 836 (1997).

24. El trabajo sobre los efectos que el estrés continuado ejerce en el cerebro puede encontrarse en una serie de artículos, una gran mayoría de ellos dirigidos por Robert Sapolsky. Información sobre la respuesta del cerebro al estrés, en Robert Sapolsky: «Hippocampal damage associated with prolonged glucocorticoid exposure in primates», *Journal of Neuroscience*, 10, núm. 9 (1990). Con respecto a los estudios relativos a la interacción del estrés biológico y la posición social, véase Robert Sapolsky: «Stress in the Wild», *Scientific American*, 262, núm. 1 (1990), y «Social subordination as a marker of hypercortisolism: Some unexpected subtleties», *Annals of the New York Academy of Sciences*, 771 (1995). La discusión de Greden acerca de la epidemiología de la depresión grave aparece en Barbara Burns *et al.*: «General Medical and Specialty Mental Health Service Use for Major Depression», *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 30, núm. 2 (2000).

25. La bibliografía acerca de los antidepresivos se basa principalmente en estudios a corto plazo e indica que los antidepresivos surten efecto entre las dos y las cuatro semanas, y alcanzan un resultado óptimo a las seis semanas. Mi propia experiencia me sugiere que requiere varios meses conseguir plenos resultados de estos medicamentos.

26. El hecho de que el 80 por ciento de los pacientes responden a la medicación pero solo el 50 por ciento lo hacen a alguna medicación particular se explica en Mary Whooley y Gregory Simon: «Managing Depression in Medical

Outpatients», *New England Journal of Medicine*, 343, núm. 26 (2000).

27. El amigo al que he aludido aquí es Dièry Prudent, cuya historia se cuenta en el capítulo 5.

28. El trabajo de George Brown sobre la relación entre depresión y pérdida está publicado en una serie de periódicos académicos, una pequeña selección de los cuales se menciona en la bibliografía. Con respecto a una introducción especialmente buena a su trabajo, yo recomendaría su ensayo «Loss and Depressive Disorders», en B. P. Dohrenwend (ed.): *Adversity, Stress and Psychopathology*.

29. La importante idea de Kay Jamison está perfectamente resumida en una línea de su libro sobre el suicidio, *Night Falls Fast*: «La absoluta desesperanza de la depresión suicida es, por su naturaleza, contagiosa, y deja impotentes a aquellos que podrían ayudar», p. 294.

30. Que el primer episodio de depresión está muy relacionado con acontecimientos de la vida, con episodios recurrentes que dependen menos de esos acontecimientos es una idea que expuso por primera vez Emil Kraepelin en *Manic-Depressive Insanity and Paranoia*. Esta idea se ha estudiado con bastante amplitud y los resultados han sido coherentes. Uno de los estudios más recientes —Ken Kendler *et al.*: «Stressful life events and previous episodes in the etiology of major depression in women: An evaluation of the “kindling” hypothesis», *American Journal of Psychiatry*, 157, núm. 8 (2000)— analiza la bibliografía sobre el tema, al tiempo que encuentra en su propia investigación «pruebas firmes y coherentes de una interacción negativa. Es decir, que con cada nuevo episodio depresivo, la asociación entre acontecimientos estresantes de la vida y el inicio de una depresión importante se torna progresivamente más débil».

31. Las observaciones de santo Tomás de Aquino con respecto al miedo aparecen en su *Summa theologiae*, I-II, núm. 25, a. 4, vol. 6, p. 187. Agradezco a los doctores John F. Wippel y Kevin White, de la Catholic University of America, por ayudarme a localizar, traducir e interpretar estos pasajes.

32. La superposición entre trastornos afectivos, alcoholismo y genética es en extremo compleja. Un excelente resumen de posiciones actuales, estudios y conclusiones en Frederick Goodwin y Kay Jamison: «Alcohol and Drug Abuse in Manic-Depressive Illness», que comienza en la p. 210 de su libro *Manic-Depressive Illness*. También recomiendo especialmente Henry Spitz: *Substance Abuse*, y Marc

Galanter y Herbert Kleber: *Textbook of Substance Abuse Treatment*.

33. Este dato estadístico sobre el trastorno de angustia está tomado de Stephen Hall: «Fear Itself», *New York Times Magazine* (28-2-1999), p. 45.

34. Para un análisis más profundo de la angustia y el sueño, véase T. A. Mellman y T. W. Uhde: «Sleep and Panic and Generalized Anxiety Disorders», en James Ballenger (ed.): *The Neurobiology of Panic Disorder*.

35. La cita de Sylvia Plath corresponde a *The Bell Jar*, p. 3. [Hay trad. cast.: *La campana de cristal*, Planeta, Barcelona, 2001.]

36. La cita de Jane Kenyon pertenece a «Having It Out with Melancholy», en *Constance*, p. 25.

37. La cita de Daniil Jarms pertenece a *Incidences*, p. 4.

38. La cita de Artaud está tomada del título de uno de sus dibujos. Véase el catálogo de Artaud de la muestra *Antonin Artaud: Works on Paper* (1996), del Museo de Arte Moderno.

39. La cita de F. Scott Fitzgerald, en *The Great Gatsby*, p. 66. [Hay trad. cast.: *El Gran Gatsby*.]

40. La cita de Jane Kenyon pertenece a «Back» en el volumen *Constance*, p. 32.

41. El texto sobre medicina de urgencias es de Peter Rosen *et al.*: *Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice*.

3. TRATAMIENTOS

1. La cita de T. M. Luhrmann aparece en su destacada obra *Of Two Minds*, p. 7.

2. Véase la cita de Luhrmann en *ibidem*, p. 290.

3. La cita original de *The Years* aparece en la p. 378. [Hay trad. cast.: *Los años*.]

4. Russ Newman, director ejecutivo de práctica profesional de la Asociación Psicológica Americana, escribe en una carta al editor del *U. S. News & World Report* (26-4-1999): «La investigación ha dejado bastante claro que en muchos casos de depresión, el tratamiento elegido es realmente un “tratamiento elegido”: una combinación de psicoterapia y farmacoterapia», p. 8. Un estudio reciente ha dado resultados similares. Véase Martin Keller *et al.*: «A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression», *New England Journal of Medicine*, 342, núm. 20 (2000). Un resumen de este estudio en la prensa de amplia difusión, en Erica Goode: «Chronic-Depression Study Backs the Pairing of Therapy and Drugs», *New York Times* (18-5-2000). Ellen Frank ha realizado una serie de estudios en los que ha comparado las psicoterapias y las farmacoterapias utilizando diferentes poblaciones específicas. Su estudio geriátrico titulado «Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression», *Journal of the American Medical Association*, 281, núm. 1 (1999), afirma: «El tratamiento combinado utilizando ambas [estrategias de tratamiento] parece ser la estrategia clínica óptima para afianzar la recuperación». Los estudios iniciales en este campo, como Gerald Klerman *et al.*: «Treatment of depression by drugs and psychotherapy», *American Journal of Psychiatry*, 131 (1974), y Myrna Weissman y Eugene Paykel, *The Depressed Woman: A Study of Social Relationships*, también apuntan a la mayor eficacia de una terapia combinada.

5. La descripción básica de la metodología de la TCC puede encontrarse en la obra fundamental de Beck, *Depression*. Entre otras publicaciones contemporáneas, véase especialmente *The Psychological Treatment of Depression*, de Mark Williams.

6. La expresión «optimismo aprendido» proviene de Martin Seligman y es el título de su libro de 1990.

7. La metodología básica de la terapia interpersonal aparece ampliamente descrita en Myrna Weissman, John Markowitz y Gerald Klerman: *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*.

8. El estudio relacionado con los profesores como terapeutas es de Hans Strupp y Suzanne Hadley: «Specific vs. nonspecific factors in psychotherapy: A controlled study of outcome», *Archives of General Psychiatry*, 36, núm. 10 (1979). Escriben: «Los resultados de esta investigación eran coherentes y claros. Los pacientes que se sometieron a una psicoterapia con profesores mostraron, como promedio, cuantitativamente tantas mejoras como los pacientes tratados por

psicoterapeutas profesionales con experiencia», p. 1.134.

9. Mi discusión sobre los niveles de neurotransmisores en las personas deprimidas se basa en libros, artículos y entrevistas demasiado numerosos para mencionarlos aquí. Sin embargo, muchas de estas ideas están claramente expuestas en Peter Whybrow: *A Mood Apart*.

10. Una discusión acerca del triptófano y la depresión, en T. Delgado *et al.*: «Serotonin function and the mechanism of antidepressant action: Reversal of antidepressant by rapid depletion of plasma tryptophan», *Archives of General Psychiatry*, 47 (1990), y K. Smith *et al.*: «Relapse of Depression After Rapid Depletion of Tryptophan», *Lancet*, 349 (1997).

11. Un análisis excelente y profundo de la síntesis y la función de la serotonina, en Peter Whybrow: *A Mood Apart*, pp. 224-227.

12. La teoría del receptor está ampliamente explicada en la excepcional obra de David Healy: *The Antidepressant Era*, pp. 161-163, 173-177.

13. La noción de función indirecta de los fármacos que afectan a los neurotransmisores, y el problema de la homeostasis, están planteados de una manera que invita a la reflexión en Peter Whybrow: *A Mood Apart*, pp. 150-167.

14. Los efectos de los ISRS en el sueño REM se describieron en la presentación de Michael Thase, «Sleep and Depression», en APA 2000, la conferencia anual de la Asociación Psiquiátrica Estadounidense, celebrada el 14 de mayo de 2000, en Chicago. Los efectos de los ISRS en la temperatura del cerebro forman parte de la química más amplia de la depresión. Se ha comprobado que en la depresión, la temperatura del cuerpo, sobre todo por la noche, suele ser elevada. Sin embargo, esta elevación solo es relativa; se trata sencillamente de que la temperatura del cuerpo por la noche desciende menos de lo normal en los casos de depresión. Esta temperatura nocturna más alta en los casos de depresión se presenta con otras medidas de hiperexcitación sexual e insomnio. Que los antidepresivos reduzcan esta temperatura elevada probablemente es positivo, una normalización, por así decirlo. Algunos de estos puntos se discuten en Michael Thase y Robert Howland: «Biological Processes in Depression: An Updated Review and Integration», en E. Edward Beckham y William Leber (eds.): *The Handbook of Depression*, pp. 213-279.

15. La mayor parte de la información relacionada con estudios de animales,

separación de la madre, agresividad y neurobiología alterada, proviene del «Suicide Research Workshop», patrocinado por el Instituto Nacional de Salud Mental celebrado el 14 y 15 de noviembre de 1996. Sin embargo, es mucho lo que se ha publicado sobre este tema en general. Recomendaría en especial el trabajo de Gary Kraemer *et al.*: «Rearing experience and biogenic amine activity in infant rhesus monkeys», *Biological Psychiatry*, 40, núm. 5 (1996), como introducción al tema.

16. Existen muchos trabajos sobre la relación entre la separación de la madre y el cortisol. Véase Gayle Byrne y Stephen Suomi, «Social Separation in Infant *Cebus Apella*: Patterns of Behavioral and Cortisol Response», *International Journal of Developmental Neuroscience*, 17, núm. 3 (1999), y David Lyons *et al.*: «Separation Induced Changes in Squirrel Monkey Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Physiology Resemble Aspects of Hypercortisolism in Humans», *Psychoneuroendocrinology*, 24 (1999). La idea de que los antidepresivos pueden aliviar esta afección está explicada en Pavel Hrdina y otros, «Pharmacological Modification of Experimental Depression in Infant Macaques», *Psychopharmacology*, 64 (1979).

17. El trabajo sobre los monos dominantes aparece en Michael Raleigh *et al.*: «Social and Environmental Influences on Blood Serotonin Concentrations in Monkeys», *Archives of General Psychiatry*, 41 (1984). El concepto de que el aumento de serotonina alivia estos problemas se discute en Michael Raleigh y Michael McGuire: «Bidirectional Relationships between Tryptophan and Social Behavior in Vervet Monkeys», *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 294 (1991), y Michael Raleigh *et al.*: «Serotonergic Mechanisms Promote Dominance Acquisition in Adult Male Vervet Monkeys», *Brain Research*, 559 (1991).

18. El trabajo sobre riesgos, agresividad y serotonina en los animales se puede encontrar en P. T. Mehlman *et al.*: «Low CSF 5-HIAA Concentrations and Severe Aggression and Impaired Impulse Control in Nonhuman Primates», *American Journal of Psychiatry*, 151 (1994). El trabajo sobre jerarquía entre los monos y serotonina aparece analizado en Michael McGuire y Alfonso Troisi: *Darwinian Psychiatry*, pp. 93-94, 172-174. La prueba de que los ISRS pueden invertir pautas de agresividad se encuentra en C. Sanchez *et al.*: «The role of serotonergic mechanisms in inhibition of isolation-induced aggression in male mice», *Psychopharmacology*, 110, núm. 1-2 (1993).

19. Existe cierta controversia con respecto a la frecuencia de efectos secundarios de muchos de los ISRS, sobre todo del Prozac. La mayoría de los médicos piensan que las compañías farmacéuticas subestimaron, en sus pruebas

iniciales, la frecuencia de muchos de los efectos secundarios, sobre todo el impulso sexual disminuido y la anorgasmia.

20. La información de Anita Clayton está tomada de su presentación «Epidemiology, Classification, and Assessment of Sexual Dysfunction», ofrecida el 13 de mayo en APA 2000, en Chicago.

21. La estadística sobre la falta de continuidad en la ingestión de antidepresivos después de seis meses surge de la presentación del doctor H. George Nurnberg: «Management of Antidepressant-Associated Sexual Dysfunction», pronunciada el 13 de mayo en APA 2000, en Chicago.

22. *Ibidem.*

23. *Ibidem.*

24. *Ibidem.*

25. El doctor Andrew Nierenberg presentó su investigación en «Prevalence and Assessment of Antidepressant-Associated Dysfunction»; la doctora Julia Warnock presentó su investigación en «Hormonal Aspects of Sexual Dysfunction in Women: Improvement with Hormone Replacement Therapy». Ambas presentaciones fueron realizadas el 13 de mayo en APA 2000, en Chicago.

26. Es preciso tener mucho cuidado al prescribir antidepresivos de cualquier clase cuando existe una enfermedad maníaco-depresiva. En general, las personas afectadas por esta dolencia deben tomar un estabilizador del estado de ánimo — litio o un anticonvulsivo— con los antidepresivos.

27. Agradezco al doctor David McDowell de la Universidad de Columbia por su debate con respecto al problema de la adicción a la benzodiazepina.

28. Las cifras relativas a la eficacia de la TEC varían: Peter Whybrow, en su libro *A Mood Apart*, p. 216, cita la cifra de 85-90 por ciento; Francis Mondimore, en su libro *Depression: The Mood Disease*, calcula un porcentaje de más del 90 por ciento, p. 65. Las cifras que he proporcionado reflejan un promedio aproximado de muchos índices de eficacia publicados.

29. La afirmación de que la TEC unilateral derecha es menos perjudicial — aunque igualmente efectiva— que la TEC bilateral aparece en Harold Sackein *et al.*: «A Prospective, Randomized, Double-Blind Comparison of Bilateral and Right

Unilateral Electroconvulsive Therapy at Different Stimulus Intensities», *Archives of General Psychiatry*, 57, núm. 5 (2000). Los investigadores informan que la TEC unilateral derecha, aplicada en un umbral de ataque de 500 por ciento, es tan efectiva como la TEC bilateral, pero causa menos de una sexta parte de los efectos secundarios cognitivos que la TEC bilateral.

30. Un debate general sobre los métodos de la TEC, en Francis Mondimore: *Depression: The Mood Disease*, y Elliot Valenstein: *Great and Desperate Cures*.

31. Las estadísticas sobre la muerte a partir de las complicaciones causadas por la TEC aparecen en Stacey Pamela Patton: «Electrogirl», *Washington Post* (19-9-1999).

32. La cita de Richard Abrams está tomada de su libro *Electroconvulsive Therapy*, p. 75.

33. Manning me describió estos piquetes, que incluían grupos de personas que se organizaban y lanzaban octavillas contra el «control electrónico de la mente». Una oposición similar se produjo en un acontecimiento patrocinado por una librería de Northampton, Massachusetts, pero celebrado en la biblioteca del Smith College.

34. El fragmento de Unabomber, Ted Kaczynski, está tomado de su manifiesto. Me gustaría afirmar que admiro su perspicacia y abomino de sus métodos.

35. Las palabras de Charlotte Brontë aparecen en la obra de Juliet Barker: *The Brontës*, p. 599. Agradezco a la artista Elaine Reichel por llamar mi atención sobre este fragmento.

4. ALTERNATIVAS

1. He tomado la cita de Chéjov del epígrafe del poema de Jane Kenyon «Having It Out with Melancholy», en el volumen *Constance*, p. 21.

2. Existen muchos estudios sobre ejercicio y depresión; uno de los más rigurosos es el de J. A. Blumenthal *et al.*: «Effects of exercise training on older patients with major depression», *Archives of Internal Medicine*, 159 (1999).

3. Un debate muy accesible del papel de la dieta en la tarea de combatir la depresión se puede encontrar en Vicki Edgson e Ian Marber: *The Food Doctor*, pp. 62-65. [Hay trad. cast.: *El poder curativo de los alimentos*.]

4. La relación del aceite de pescado y los ácidos grasos omega-3 con los síntomas de la depresión aparece descrita en J. R. Calabrese *et al.*: «Fish Oils and Bipolar Disorder», *Archives of General Psychiatry*, 56 (1999).

5. Se ha acosado simultáneamente a la ETM y la EMT repetitiva (ETMr) por unos bajos índices de eficacia y unos elevados índices de recaída. Para una introducción general del proceso, la teoría y el método de la ETM, véase Eric Hollander, «TMS», *CNS Spectrums* 2, núm. 1 (1997). Más información académica específica y orientada a la investigación, en W. J. Triggs *et al.*: «Effects of left frontal transcranial magnetic stimulation on depressed mood, cognition, and corticomotor threshold», *Biological Psychiatry*, 45, núm. 11 (1999), y Alvaro Pascual-Leone *et al.*: «Rapid-rate transcranial magnetic stimulation of left dorsolateral prefrontal cortex in drug-resistant depression», *Lancet*, 348 (1996).

6. Norman Rosenthal expone sus valoraciones sobre el TAE en su libro *Winter Blues*.

7. Las cifras de niveles lumínicos bajo luz artificial y natural pueden extraerse de Michael J. Norden: *Beyond Prozac: Brain Toxic Lifestyles, Natural Antidotes and New Generation Antidepressants*, p. 36. Los cálculos están basados en 300 lux para la iluminación interior doméstica; 10.000 lux para las nuevas mesas de luz, y 100.000 lux para un día soleado.

8. La bibliografía sobre la IRMO (insensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular; en inglés, EMDR) es desigual, pero la mejor obra sobre el tema y su relación con la depresión es el de Philip Manfield (ed.): *Extending EMDR*.

9. Para mis tratamientos en Sedona acudí al Enchantment Resort.

10. Las interesantes ideas de Callahan aparecen resumidas en Fred Gallo: *Energy Psychology*. Con respecto al debate de Callahan a propósito de sus técnicas relativas al trauma, véase Roger J. Callahan y Joanne Callahan: *Stop the Nightmares of Trauma: Thought Field Therapy*. No estoy convencido de que su obra tenga un verdadero significado clínico, aunque su modo de pensar resulta útil para personas que practican terapias más convencionales.

11. El fragmento de Kurt Hahn está tomado de *Readings from the Hurricane*

Island Outward Bound School, p. 71, publicado por Hurricane Island Outward Bound, y vendido a través de su librería, la School Locker.

12. Michael Yapko ha escrito una notable y útil monografía sobre el tema de la hipnosis y los trastornos del estado de ánimo titulada *Hypnosis and the Treatment of Depression*.

13. En relación con las teorías del sueño y la depresión, véase la obra de Michael Thase, de la Universidad de Pittsburg, y David Dingle, de la Universidad de Pennsylvania. Thomas Wehr, del Instituto Nacional de Salud Mental, también es un experto en el tema. La descripción de las fases del sueño alterado surge de una serie de fuentes, tanto impresas como orales. Véase Thomas Wehr: «Phase Advance of the Circadian Sleep-Wake Cycle as an Antidepressant», *Science*, 206 (1979); su «Reply to Healy, D., Waterhouse, J. M.: The circadian system and affective disorders: Clocks or Rhythms», *Chronobiology International*, 7 (1990); su «Improvement of Depression and Triggering of Mania by Sleep Deprivation», *Journal of the American Medical Association*, 267, núm. 4 (1992); y M. Bergel *et al.*: «Sleep deprivation combined with consecutive sleep phase advance as fast-acting therapy in depression», *American Journal of Psychiatry*, 154, núm. 6 (1997). Más información sobre este tema en Michael Thase y Robert Howland: «Biological Processes in Depression: An Updated Review and Integration», en E. Edward Beckham y William Leber (eds.): *The Handbook of Depression*, pp. 213-279.

14. La cita de F. Scott Fitzgerald pertenece a *The Crack-Up*, p. 75. [Hay trad. cast.: *El Crack-Up, Capitán Swing*.] Agradezco a la siempre alerta Claudia Swan por sugerirme este fragmento.

15. Con respecto a la resignación entre la población del Ártico, véase el material de A. S. Blix, en André Malan y Bernard Canguilhem (eds.): *Symposium on Living in the Cold*.

16. Existe abundante bibliografía sobre el hipérico, la mayoría reiterativa, una parte de ella sensacionalista, y mucha plagiada. Me he documentado acerca de este tema en el libro de Norman Rosenthal *St. John's Wort*. La información relativa al hipérico y la interleucina-6 fue tomada de la página web del Centro de Medicinas Alternativas y Complementarias del Instituto Nacional de Salud Mental, <www.nccam.nih.gov/nccam/fcp/factsheets/stjohnswort/stjohnswort.htm>.

17. La manera de escribir de Andrew Weil me resulta en extremo molesta, y

no puedo recomendar ninguna de sus obras. Sus puntos de vista sobre estos temas están perfectamente resumidos en Jonathan Zuess: *The Natural Prozac Program*, pp. 66-67.

18. El doctor Thomas Brown, de la Universidad Tulane, ha denunciado que el hipérico es «promocionado de una manera ilógica por muchos como natural, y por lo tanto, segura». Véase Thomas Brown: «Acute St. John's Wort Toxicity», *American Journal of Emergency Medicine*, 18, núm. 2 (2000), p. 231. Al igual que otros antidepresivos, esta planta ha provocado episodios de manía aguda. Véase Andrew Nierenberg *et al.*: «Mania Associated With St. John's Wort», *Biological Psychiatry*, 46 (1999). Existen pruebas de que a dosis elevadas la planta puede provocar sensibilidad en la piel de vacas y ovejas. Véase O. S. Araya y E. J. Ford: «An investigation of the type of photosensitization caused by the ingestion of St. John's Wort (*Hypericum perforatum*) by calves», *Journal of Comprehensive Pathology*, 91, núm. 1 (1981).

19. Más información acerca de las interacciones entre los medicamentos y el hipérico, en la página web del Instituto Nacional de Salud Mental, <www.nimh.nih.gov/events/stjohnwort.cfm>. Un artículo recientemente publicado también reseña los datos actuales sobre el tema; véase A. Fugh-Berman: «Herb-drug interactions», *Lancet*, 355, núm. 9.198 (2000).

20. El catálogo de medicamentos cuya eficacia queda reducida cuando se consumen junto con el hipérico está tomado de *Consumer Reports*, «Emotional "Asprin"?» (diciembre de 2000), pp. 60-63.

21. Con respecto a los estudios controlados de S-adenosilmetionina (SAME), véase G. M. Bressa: «S-adenosyl-l-methionine (SAME) as antidepressant: meta-analysis of clinical studies», *Acta Neurologica Scandinavica*, 89, supl. 154 (1994).

22. El modo en que la SAME tiende a precipitar la manía aparece descrita en *Consumer Reports*, «Emotional "Asprin"?» (diciembre de 2000), pp. 60-63.

23. La información acerca de la SAME y los niveles de neurotransmisores en los animales se puede encontrar en Richard Brown *et al.*: *Stop Depression Now*, pp. 74-75.

24. Quienes proponen la relación entre la SAME y la metionina son Joseph Lipinski *et al.*: «Open Trial of S-adenosylmethionine for Treatment of Depression», *American Journal of Psychiatry*, 143, núm. 3 (1984).

25. La cifra de los gastos anuales en acupuntura en Estados Unidos se puede encontrar en la página web del Centro de Medicinas Alternativas y Complementarias del Instituto Nacional de Salud Mental, <www.nccam.nih.gov/nccam/fcp/factsheets/stjohnswort/stjohnswort.htm>.

26. Los tratamientos homeopáticos de Claudia Weaver fueron prescritos y administrados por Pami Singh.

27. La obra fundamental de Hellinger es *Love's Hidden Symmetry*. Reinhard Lier administra el Centro de Terapias Linderhof en Baviera, que es donde ejerce casi exclusivamente la profesión. La visita de Reinhard Lier a Estados Unidos fue organizada por Regine Olsen.

28. Las citas de las obras de Frank Rusakoff están tomadas de manuscritos inéditos.

29. Sobre el análisis de la tradición de la brujería entre los senegaleses, véase William Simmons, *Eyes of the Night*.

30. La reboxetina ha pasado todas las pruebas y espera la aprobación de la FDA (Food and Drug Administration). En un reciente mensaje de correo electrónico, Pharmacia escribe: «Con respecto a la reboxetina, no hemos recibido la aprobación de la FDA en Estados Unidos, y no podemos especular acerca de una fecha en que el medicamento pueda estar disponible. Sobre la base de la carta de aprobación que Pharmacia recibió de la FDA, el 23 de febrero de 2000, se deben realizar pruebas clínicas adicionales en Estados Unidos antes de que el producto pueda ser aprobado». Si se desea más información, recomiendo visitar la página web de Pharmacia, <www2.pnu.com>.

31. Más información acerca de la sustancia P en la página web de Merck, <www.dupontmerck.com>. Una introducción a la sustancia P como antidepresivo se encuentra en David Nutt: «Substance-P antagonists: A new treatment for depression?», *Lancet*, 352 (1998).

32. He tomado la cifra «unos 30.000» de Craig J. Verter, “The Sequence of the Human Genome”, *Science*, 291, núm. 5.507 (2001), que decía en parte: «El análisis de la secuencia del genoma reveló 26.588 transcripciones de códigos de proteínas para los que hubo una fuerte prueba corroborativa y otros 12.000 genes adicionales derivados mediante ordenador en parejas de ratones u otras pruebas de apoyo menos firmes». Agradezco a Edward R. Winstead por sugerirme este

artículo, y a Polly Shulman por su asesoramiento acerca del significado matemático de las diez variaciones de cada uno de los 30.000 genes.

5. POBLACIONES

1. La idea de que las mujeres sufren de depresión con una frecuencia dos veces mayor que los hombres se repite a lo largo de la bibliografía general sobre el tema. El trabajo estadístico que sustenta esta afirmación fue realizado y recopilado internacionalmente por Myrna Weissman, en la Universidad de Columbia, y publicado como «Cross-National Epidemiology of Major Depression and Bipolar Disorder», *Journal of the American Medical Association*, 276, núm. 4 (1996).

2. Que las diferencias de sexo con respecto a la depresión comienzan en la pubertad es una idea bastante corriente que predomina en la mayor parte de la bibliografía sobre el tema. Véase Susan Nolen-Hoeksema: *Sex Differences in Depression*.

3. Si bien los argumentos sobre los componentes biológicos de la depresión de las mujeres no son concluyentes, es innegable la cuestión de que los efectos en el estado de ánimo derivan de las fluctuaciones de estrógeno y progesterona en el sistema hormonal del hipotálamo y la pituitaria. Un debate acerca de este fenómeno lo encontramos en Susan Nolen-Hoeksema: *Sex Differences in Depression*, pp. 64-76.

4. Las estadísticas sobre el suicidio entre mujeres embarazadas o que acaban de dar a luz se han tomado de E. Clare Harris y Brian Barraclough: «Suicide as an Outcome for Medical Disorders», *Medicine*, 73 (1994).

5. Esta cifra sobre la depresión posparto refleja un conjunto absolutamente variado de estadísticas sobre el tema. Existen dos problemas para llegar a una cifra exacta. El primero es que el grado de rigurosidad con que se define la depresión posparto afecta radicalmente a su evidente frecuencia. El segundo consiste en que muchos síntomas similares a los que aparecen durante la depresión pueden, de hecho, presentarse como repercusiones fisiológicas del parto. Susan Nolen-Hoeksema describe un estudio en el cual «los índices aparentemente elevados de depresión en madres primerizas provienen de su reconocimiento de los achaques y las dificultades para dormir que apareja el embarazo y del hecho de tener un bebé, más que de la presencia de la amplia gama de síntomas de la depresión». Y

continúa: «Se estima que la prevalencia de depresión no psicótica en las mujeres durante el período posparto varía entre el 3 y el 33 por ciento». Menciona un promedio del 8,20 por ciento. Estas citas pertenecen al libro *Sex Differences in Depression*, pp. 62-65. Verta Taylor, en su libro sobre la depresión posparto, titulado *Rock-A-By Baby*, informa que del 10 al 26 por ciento de las madres primerizas padecen esta enfermedad.

6. Las estadísticas sobre la depresión posparto grave y leve se tomaron del libro de Susan Nolen-Hoeksema, *Sex Differences in Depression*, pp. 62-64. La depresión menopáusica se describe en las pp. 70-71.

7. Las estadísticas sobre índices de síntesis de serotonina aparecen en Simeon Margolis y Karen L. Swartz: «Sex Differences in Brain Serotonin Production», *The Johns Hopkins White Papers* (1998), pp. 14.

8. La información sobre la naturaleza de la privación de derechos en las mujeres no se ha tomado textualmente de ninguna fuente. Numerosos autores han descrito y explicado estos diversos fenómenos de modos diferentes. El tema se discute ampliamente en diferentes libros y publicaciones, entre ellos: Susan Nolen-Hoeksema: *Sex Differences in Depression*; Jill Astbury: *Crazy for You*, y Dana Crowley Jack: *Silencing the Self*.

9. Las estadísticas sobre la depresión posparto en mujeres que padecen estrés se encuentran en Susan Nolen-Hoeksema, *Sex Differences in Depression*, p. 68. Su cita es de las pp. 60-61.

10. Sobre la paridad de las tasas de depresión entre estudiantes universitarios de ambos sexos, y sobre las explicaciones acerca del tema, véase *ibidem*, pp. 26-28.

11. Las dos explicaciones feministas de la depresión, además de diversos resúmenes relacionados con la conexión entre depresión y estado marital, se pueden encontrar en *ibidem*, pp. 96-101.

12. Las estadísticas generales sobre las tasas de depresión masculina en comparación con la femenina se encuentran en Myrna Weissman: «Cross-National Epidemiology of Major Depression and Bipolar Disorder», *Journal of the American Medical Association*, 276, núm. 4 (1996), sobre la base de sus estudios epidemiológicos (véase la primera nota del capítulo 5). La idea de que las mujeres presentan índices más elevados de trastornos de pánico y trastornos en la

alimentación, mientras que los hombres presentan mayores índices de autismo, trastornos por déficit de atención e hiperactividad y alcoholismo aparece tratada en la correspondencia personal con Steven Hyman.

13. Brown ha hecho un trabajo muy interesante con relación al «papel de los acontecimientos de la vida en el inicio de los trastornos depresivos». Diversos estudios realizados por él y sus colegas han descubierto que la humillación y la incitación al delito son factores descriptivos claves de acontecimientos depresógenos en las mujeres. Véase «Loss, humiliation and entrapment among women developing depression: A patient and non-patient comparison», *Psychological Medicine*, 25 (1995). Otros descubrimientos científicos sobre la importancia de los roles en la definición de la depresión se mencionan en numerosos artículos. La idea de que la preocupación de la mujer por su bebé podría ser para ella un acontecimiento depresógeno típico es coherente con los roles de género tradicionales. Sin embargo, un artículo afirma: «Cuando en la práctica el hombre también tenía una implicación significativa en los roles domésticos, esta diferencia de género no tenía lugar». Más información sobre este tema en J. Y. Nazroo *et al.*: «Gender differences in the onset of depression following a shared life event: A study of couples», *Psychological Medicine*, 27 (1997), p. 9.

14. He tomado las teorías evolucionistas de Myrna Weissman acerca de la depresión y las mujeres de una entrevista personal.

15. La información acerca de la depresión entre adultos que sufrieron abusos sexuales en la niñez aparece en Gemma Gladstone *et al.*: «Characteristics of depressed patients who report childhood sexual abuse», *American Journal of Psychiatry*, 156, núm. 3 (1999), pp. 431-437.

16. Más información acerca de la anorexia y la depresión en Christine Pollice *et al.*: «Relationship of Depression, Anxiety, and Obsessionality to State of Illness in Anorexia Nervosa», *International Journal of Eating Disorders*, 21 (1997), y Kenneth Altshuler *et al.*: «Anorexia Nervosa and Depression: A Dissenting View», *American Journal of Psychiatry*, 142, núm. 3 (1985).

17. La descripción que Freud hace de Dora aparece en su ensayo «Fragment of an Analysis of a Case of Hysteria», en el vol. 7 de *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. Para una discusión feminista del caso Dora, véase Jill Astbury: *Crazy for You*, pp. 109-132.

18. Con respecto a un debate de ideas sobre feminidad y depresión, véase

Susan Nolen-Hoeksema: *Sex Differences in Depression*. Con respecto a un debate sobre las expectativas de maternidad y depresión posparto, véase Verta Taylor: *Rock-A-By Baby*, pp. 35-58.

19. Las citas de Dana Crowley Jack se pueden encontrar en su obra *Silencing the Self*, pp. 32-48.

20. El análisis de Jill Astbury aparece en su libro *Crazy for You*. La cita figura en las pp. 2-3.

21. La tasa comparativa de suicidios entre hombres y mujeres aparece en Eric Marcus: *Why Suicide?*, donde afirma: «De las aproximadamente treinta mil personas que se quitan la vida cada año, veinticuatro mil son hombres y seis mil son mujeres», p. 15.

22. El debate sobre las tasas de depresión en hombres solteros, divorciados o viudos se puede encontrar en Myrna Weissman *et al.*: «Cross-National Epidemiology of Major Depression and Bipolar Disorder», *Journal of the American Medical Association*, 276, núm. 4 (1996).

23. Las estadísticas sobre depresión entre los hombres judíos aparecen en Bruce Bower: «Depression: Rates in women, men ... and stress effects across the sexes», *Science News* (3-6-1995), p. 346.

24. Las características de los niños con madres deprimidas están detalladas en Marian Radke-Yarrow *et al.*: «Affected Interactions of Depressed and Nondepressed Mothers and their Children», *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, núm. 6 (1993). Véase también la propuesta para una subvención del Instituto Nacional de Salud Mental realizada por Anne Riley, titulada «Effects on children of treating maternal depression», p. 32.

25. Bruce Bower: «Depressed aftermath for new mothers», *Science News* (25-8-1990), informa de una variedad de estudios que consideran que la depresión infantil aparece ya a los tres meses de edad. Los efectos de la depresión de la madre sobre su hijo parecen inmediatos y graves. Tiffany Field, que posee gran experiencia en el tema y lleva más de veinte años publicando sus trabajos, escribe acerca de una depresión casi «neonatal»: «Los bebés muestran una “desregulación” en su conducta, fisiología y bioquímica, que probablemente deriva de la exposición prenatal a un desequilibrio bioquímico de su madre», p. 200. Véase Tiffany Field: «Maternal Depression: Effects on Infants and Early Interventions», *Preventive*

Medicine, 27 (1998). Lamentablemente, estos efectos perjudiciales también parecen perdurar. Nancy Aaron Jones *et al.*: «EEG Stability in Infants/Children of Depressed Mothers», *Child Psychiatry and Human Development*, 28, núm. 2 (1997), describe un estudio en el que se realizó un seguimiento de hijos de madres deprimidas, desde los tres meses hasta los tres años de edad. Siete de los ocho niños que habían mostrado asimetría en el EEG cuando eran bebés seguían mostrando esta pauta de desregulación a los tres años de edad. Sin embargo, los estudios también han demostrado que incluso la más básica de las atenciones e interacciones maternas puede aliviar gran parte del problema. Martha Peláez-Nogueras *et al.*: «Depressed Mothers “Touching Increases Infants” Positive Affect and Attention in Still-Face Interaction», *Child Development*, 67 (1996), afirman que la calma y la interacción íntima de una madre que toca a su bebé pueden tener efectos absolutamente positivos en el estado de ánimo y la sociabilidad del bebé. Otros estudios, como Sybil Hart *et al.*: «Depressed Mothers Neonates Improved Following the MABI and Brazelton Demonstration», *Journal of Pediatric Psychology*, 23, núm. 6 (1998), y Tiffany Field *et al.*: «Effects of Parent Training on Teenage Mothers and Their Infants», *Pediatrics*, 69, núm. 6 (1982), demuestran que la educación de los padres puede mejorar mucho el daño ocasionado por la depresión de la madre.

26. El estudio de niños de madres deprimidas casi un año después de la mejoría de la madre es Catherine Lee e Ian Gotlib: «Adjustment of Children of Depressed Mothers: A 10-Month Follow-Up», *Journal of Abnormal Psychology*, 100, núm. 4 (1991).

27. La información de un seguimiento de diez años sobre daño social, depresión, trastornos de pánico y dependencia del alcohol aparece en Myrna Weissman *et al.*: «Offspring of Depressed Parents», *Archives of General Psychiatry*, 54 (1997).

28. La comparación de niños de madres deprimidas y de niños de madres esquizofrénicas aparece en la presentación para un subsidio del Instituto Nacional de Salud Mental realizada por Anne Riley y titulada «Effects on children of treating maternal depression», p. 32.

29. Los problemas del trastorno por déficit de atención, angustia de separación y trastornos de conducta en aumento se describen en el ensayo de Leonard Milling y Barbara Martin: «Depression and Suicidal Behavior in Preadolescent Children», en Walker y Robert: *Handbook of Clinical Child Psychology*, pp. 319-339. Véase también la monografía del doctor David Fassler y Lynne Dumas

sobre la depresión infantil titulada *Help Me, I'm Sad: Recognizing, Treating, and Preventing Childhood Depression*.

30. El trabajo de Sameroff sobre niños de entre dos y cuatro años de madres deprimidas aparece en Sameroff *et al.*: «Early development of children at risk for emotional disorder», *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 47, núm. 7 (1982).

31. El estudio sobre hipertensión arterial aparece en A. C. Guyton *et al.*: «Circulation: Overall regulation», *Annual Review of Physiology*, 34 (1972), editada por J. M. Luck y V. E. Hall. La información citada aquí se encuentra en la tabla de la p. 12.

32. La depresión anaclítica ha sido destacada por René Spitz: «Anaclitic Depression», *Psychoanalytic Study of the Child*, 2 (1946). Para un caso modelo, véase René Spitz *et al.*: «Anaclitic Depression in an Infant Raised in an Institution», *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 4, núm. 4 (1965).

33. Mi descripción de la «imposibilidad de prosperar» la he tomado de entrevistas personales con Paramjit T. Joshi del Johns Hopkins y Deborah Christie de la Adolescent Medical Unit del Colegio Universitario de Londres y del Middlesex Hospital.

34. El estudio que dio como resultado la cifra del 1 por ciento es de E. Poznanski *et al.*: «Childhood depression: Clinical characteristics of overtly depressed children», *Archives of General Psychiatry*, 23 (1970). El estudio que dio como resultado la estadística del 60 por ciento es de T. A. Petti: «Depression in hospitalized child psychiatry patients: Approaches to measuring depression», *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 22 (1978).

35. Las cifras sobre suicidio infantil están tomadas de Leonard Milling y Barbara Martin: «Depression and Suicidal Behavior in Preadolescent Children», en Walker y Roberts: *Handbook of Clinical Child Psychology*, p. 328. Según estadísticas de 1997, tomadas de la página web del Instituto Nacional de Salud Mental, el suicidio fue la tercera causa importante de muerte en niños de diez a catorce años. La opinión de que los tricíclicos no resultan efectivos en los niños y en los adolescentes aparece en N. D. Ryan *et al.*: «Imipramine in adolescent major depression: Plasma level and clinical response», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 73 (1986). Existen menos estudios relacionados con los IMAO y la depresión en niños y adolescentes, en gran parte porque —como escriben Christopher Kye y Neal

Ryan en «Pharmacologic Treatment of Child and Adolescent Depression», *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 4, núm. 2 (1995)— estos fármacos «requieren una sensibilidad especialmente elevada para la impulsividad, la conformidad y la madurez del adolescente deprimido», p. 276. La idea general que sostienen la mayoría de los médicos de cabecera en la actualidad está muy bien resumida en Paul Ambrosini, «A review of the pharmacotherapy of major depression in children and adolescents», *Psychiatric Services*, 51, núm. 5 (2000). Afirma que los estudios realizados hasta el momento «podrían sugerir que los trastornos afectivos entre niños y adolescentes representan una entidad biológica definida que tiene una pauta de respuesta diferente ante la farmacoterapia», p. 632.

36. El curso de vida de la depresión en quienes han estado deprimidos durante la infancia se describe en Myrna Weissman *et al.*: «Depressed Adolescents Grown Up», *Journal of the American Medical Association*, 281, núm. 18 (1999), pp. 1.707-1.713.

37. Solo en el mundo posfreudiano se han planteado finalmente muchas de las preguntas acerca de la depresión infantil. A pesar de que la depresión infantil está bien documentada como realidad clínica, los números parecen dispararse en los casos de adolescentes. Myrna Weissman *et al.* escriben en *ibidem*: «Ha quedado claro que el trastorno depresivo grave a menudo tiene su inicio en la adolescencia». La cifra de que aproximadamente el 5 por ciento de los adolescentes sufren depresión es un dato estadístico que se cita con frecuencia; yo la he tomado de Patricia Meisol: «The Dark Cloud», publicada en *The Sun* (1-5-1999).

38. Se puede deducir de una serie de estudios y estadísticas que los padres subestiman la depresión de sus hijos. Una estadística similar, de Howard Chua-Eoan, «How to Spot a Troubled Kid», *Time*, 153, núm. 21 (1999), indica que «el 57 por ciento de los adolescentes que han intentado suicidarse sufrían depresión grave. Pero solo el 13 por ciento de los padres de suicidas creían que sus hijos estaban deprimidos», pp. 46-47. Recomiendo especialmente el vídeo *Day for Night: Recognizing Teenage Depression*, producido por la Asociación de Depresión y Trastornos Afectivos Relacionados (DRADA, en inglés), que trabaja en colaboración con la facultad de medicina de la Universidad Johns Hopkins. Se trata de un elocuente e inspirador registro de las clases de depresión que afectan actualmente a los jóvenes.

39. La estadística de pensamientos suicidas entre los estudiantes de secundaria surge de George Colt: *The Enigma of Suicide*, p. 39.

40. El innovador trabajo realizado por Myrna Weissman *et al.* ha comenzado a arrojar luz sobre la realidad clínica de la depresión en la infancia y en la adolescencia. Muchos investigadores han empezado a observar los efectos a largo plazo del diagnóstico precoz. El artículo «Depressed Adolescents Grown Up», escrito en colaboración con Weissman y publicado en *The Journal of American Medical Association*, 281, núm. 18 (1999), subraya: «Los importantes descubrimientos son un resultado pobre del trastorno depresivo grave iniciado en la adolescencia y la continuidad y la especificidad del mismo que surge y continúa en la edad adulta», p. 1.171.

41. El multiplicando para la correlación entre depresión temprana y depresión adulta aparece en Eric Fombonne: «Depressive Disorders: Time Trends and Possible Explanatory Mechanisms», en Michael Rutter y David J. Smith: *Psychosocial Disorders in Young People*, p. 573.

42. La cifra de 70 por ciento la he tomado de Leonard Milling y Barbara Martin: «Depression and Suicidal Behavior in Preadolescent Children», en Walker y Roberts: *Handbook of Clinical Child Psychology*, p. 325.

43. La idea de que el abuso sexual causa depresión se menciona en Jill Astbury: *Crazy for You*, pp. 159-191. Gemma Gladstone *et al.*: «Characteristics of depressed patients who report childhood sexual abuse», *American Journal of Psychiatry*, 156, núm. 3 (1999), menciona el abuso sexual entre las causas indirectas de depresión, pp. 431-437.

44. La historia del orfanato de adopción ruso se relata en Margaret Talbot: «Attachment Theory: The Ultimate Experiment», *New York Times Magazine* (24-5-1998).

45. La idea de que los ancianos deprimidos reciben tratamiento insuficiente se menciona en una serie de artículos y estudios, tanto académicos como no especializados. Sara Rimer explora las diversas causas y consecuencias en «Gaps Seen in Treatment of Depression in Elderly», *New York Times* (5-9-1999). En el artículo se cita al doctor Ira Katz, director de psiquiatría geriátrica de la facultad de medicina de la Universidad de Pennsylvania, cuando dice: «Más de uno de cada seis pacientes ancianos que van a la consulta de un médico de cabecera padece un grado de depresión clínicamente significativo, pero solo una de cada seis de estas personas recibe un tratamiento adecuado». George Zubenko *et al.*: «Impact of Acute Psychiatric Inpatient Treatment on Major Depression in Late Life and Prediction of Response», *American Journal of Psychiatry*, 151, núm. 7 (1994),

explican: «Se ha observado que el reconocimiento de la depresión grave en los ancianos se vuelve difícil porque el estado de ánimo deprimido parece menos destacado en los pacientes mayores que entre los adultos más jóvenes. Además, la creciente carga de los trastornos físicos con el aumento de la edad complica el diagnóstico diferencial de depresión grave en los ancianos, sobre todo cuando se realiza una evaluación transversal».

46. Los comentarios de Emil Kraepelin sobre los ancianos deprimidos aparecen en C. G. Gottfries *et al.*: «Treatment of Depression in Elderly Patients with and without Dementia Disorders», *International Clinical Psychopharmacology*, supl. 6, núm. 5 (1992).

47. *Ibidem.*

48. Con respecto a las dimensiones sociales de la depresión en los mayores y la importancia de tener un buen amigo, véase Judith Hays *et al.*: «Social Correlates of the Dimensions of Depression in the Elderly», *Journal of Gerontology*, 53B, núm. 1 (1998).

49. Que los niveles de neurotransmisores son bajos en los ancianos queda confirmado en C. G. Gottfries *et al.*: «Treatment of Depression in Elderly Patients with and without Dementia Disorders», *International Clinical Psychopharmacology*, supl. 6, núm. 5 (1992).

50. *Ibidem.*

51. La idea de que la disminución de serotonina con el envejecimiento no tiene necesariamente consecuencias negativas inmediatas está planteada en una serie de estudios. B. A. Lawlor *et al.*: «Evidence for a decline with age in behavioral responsivity to the serotonin agonist, m-chlorophenylpiperazine, in healthy human subjects», *Psychiatry Research*, 29, núm. 1 (1989), afirma elocuentemente: «El significado funcional de las alteraciones en la serotonina del cerebro (5-HT), asociado con el envejecimiento normal en animales y en humanos es totalmente desconocido».

52. La información sobre la respuesta retrasada a los antidepresivos entre los ancianos aparece en George Zubenko *et al.*: «Impact of Acute Psychiatric Inpatient Treatment on Major Depression in Late Life and Prediction of Response», *American Journal of Psychiatry*, 151, núm. 7 (1994).

53. *Ibidem.*

54. Los síntomas de depresión entre los ancianos aparecen descritos en Diego de Leo y René F. W. Diekstra: *Depression and Suicide in Late Life*, pp. 21-38. El concepto «incontinencia emocional» lo utilizan Nathan Herrmann *et al.*: «Behavioral Disorders in Demented Elderly Patients», *CNS Drugs*, 6, núm. 4 (1996).

55. El papel de la depresión en la predicción de la enfermedad de Alzheimer y la senilidad está tratado en Myron Weiner *et al.*: «Prevalence and Incidence of Major Depression in Alzheimer's Disease», *American Journal of Psychiatry*, 151, núm. 7 (1994).

56. Con respecto a los niveles de serotonina en los pacientes de Alzheimer, véase *ibidem*. El trabajo acerca de si los niveles menores de serotonina pueden causar demencia se encuentra en Alan Cross *et al.*: «Serotonin Receptor Changes in Dementia of the Alzheimer Type», *Journal of Neurochemistry*, 43 (1984), y Alan Cross: «Serotonin in Alzheimer-Type Dementia and Other Dementing Illnesses», *Annals of the New York Academy of Sciences*, 600 (1990).

57. Con respecto al efecto de los ISRS sobre las habilidades intelectuales y motoras, véase C. G. Gottfries *et al.*: «Treatment of Depression in Elderly Patients with and without Dementia Disorders», *International Clinical Psychopharmacology*, supl. 6, núm. 5 (1992). M. Jackuelyn Harris *et al.*: «Recognition and treatment of depression in Alzheimer's disease», *Geriatrics*, 44, núm. 12 (1989), es mi fuente de uso prolongado de dosis bajas de ISRS. Los autores afirman: «Por lo general, los pacientes de Alzheimer necesitan dosis más bajas de medicamentos y tratamientos de prueba más largos que los pacientes más jóvenes tratados por la depresión», p. 26.

58. El empleo de trazodona y benzodiazepinas para la depresión en los ancianos aparece descrito en Nathan Herrmann *et al.*: «Behavioral Disorders in Demented Elderly Patients», *CNS Drugs*, 6, núm. 4 (1996).

59. *Ibidem*.

60. Con respecto al debate y a las estadísticas relacionadas con la depresión y la apoplejía, véase Allan House *et al.*: «Depression Associated with Stroke», *Journal of Neuropsychiatry*, 8, núm. 4 (1996).

61. *Ibidem*.

62. La anécdota del hombre con accesos de llanto y la del que regresó a su trabajo tras un parón de diez años por la depresión aparecen en Grethe Andersen:

«Treatment of Uncontrolled Crying after Stroke», *Drugs & Aging*, 6, núm. 2 (1995).

63. La cita de *Mad Travelers* está tomada de la introducción del libro, pp. 1-5.

64. La cita de *Willow Weep for Me* aparece en las pp. 18-19.

65. La revista de Singapur es *Brave*; el artículo lo escribió Shawn Tan y apareció en la edición final de 1999.

66. El estudio de los gemelos de 1999 aparece en R. Herrel *et al.*: «Sexual Orientation and Suicidality: A Co-Twin Control Study in Adult Men», *Archives of General Psychiatry*, 56 (1999). Los autores utilizaron un registro que había sido creado durante la guerra de Vietnam y compararon a los exclusivamente heterosexuales con los que habían tenido pareja del mismo sexo. Además de los impresionantes porcentajes de intentos de suicidio, el estudio indicaba que mientras los hombres heterosexuales mostraban una tasa del 25,5 por ciento de ideación suicida, entre la población gay la proporción era del 55,3 por ciento.

67. El estudio de 2000 con respecto a los intentos de suicidio en hombres entre los diecisiete y los treinta y nueve años fue dirigido por Cochran y Mays, y tomó en cuenta a 3.648 individuos seleccionados al azar. Se publicó como «Lifetime Prevalence of Suicide Symptoms and Affective Disorders among Men Reporting Same-Sex Sexual Partners: Results from NHANES III», *American Journal of Public Health*, 90, núm. 4 (2000). Los mismos investigadores que utilizaron una base de datos de 9.908 casos consideraron los ataques de pánico en personas que habían tenido relaciones sexuales solo con personas del sexo opuesto y en aquellos que habían tenido parejas del mismo sexo durante el año anterior. Este trabajo fue publicado como «Relation between Psychiatric Syndromes and Behaviorally Defined Sexual Orientation in a Sample of the U. S. Population», *American Journal of Epidemiology*, 151, núm. 5 (2000). De las personas elegidas para el último estudio, 2.479 tuvieron que ser descartadas porque (tristemente, creo) no habían tenido pareja sexual durante el año anterior.

68. El estudio longitudinal de Nueva Zelanda, que pedía a los individuos estudiados que hicieran comentarios sobre su orientación sexual y sus relaciones sexuales a partir de los dieciséis años, y que mostró factores de riesgo para muchas dolencias, fue publicado por D. M. Fergusson *et al.*: «Is Sexual Orientation Related to Mental Health Problems and Suicidality in Young People?», *Archives of General Psychiatry*, 56, núm. 10 (1999).

69. El estudio holandés efectuado en 1999 sobre 5.998 individuos reveló que tanto los hombres como las mujeres homosexuales tenían al menos un diagnóstico psiquiátrico del DMS-III-R con mayor frecuencia que los heterosexuales. Los gais presentaban porcentajes elevados de depresión y angustia en ese momento y a lo largo de su vida; las lesbianas mostraban un mayor predominio de depresión grave y de dependencia de las drogas y el alcohol. Véase el estudio de T. G. Sandfort *et al.*: «Same-Sex Sexual Behavior and Psychiatric Disorders: Findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS)», *Archives of General Psychiatry*, 58, núm. 1 (2001).

70. El estudio de la juventud de Minnesota basado en 36.254 estudiantes de séptimo a duodécimo grado fue publicado por G. Remafedi *et al.*: «The Relationship between Suicide Risk and Sexual Orientation: Results of a Population-Based Study», *American Journal of Public Health*, 88, núm. 1 (1998). No indicaba variación en cuanto a la propensión a concebir el suicidio entre lesbianas y mujeres heterosexuales, pero mostraba que mientras que ese mismo índice entre los hombres heterosexuales era del 4,2 por ciento, entre los gais era del 28,1 por ciento.

71. El estudio que notificaba que los hombres homosexuales mostraban una tendencia 6,5 veces mayor hacia el suicidio que los hombres heterosexuales se realizó entre una muestra de 3.365 individuos, y se encuentra en R. Garofalo *et al.*: «Sexual Orientation and Risk of Suicide Attempts among a Representative Sample of Youth», *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 153 (1999).

72. El estudio que mostró que el 7,3 por ciento de los homosexuales habían llevado a cabo cuatro o más intentos de suicidio en comparación con el 1 por ciento de los heterosexuales incluía a 1.563 individuos. Los estudiantes homosexuales/bisexuales que participaron mostraron una mayor incidencia de propensión al suicidio que los estudiantes heterosexuales; el 12 por ciento de los homosexuales habían intentado suicidarse, en comparación con el 2,3 por ciento de los heterosexuales, y en los doce meses anteriores el 7,7 por ciento de los homosexuales habían hecho un intento de suicidio con posterior atención médica, en comparación con el 1,3 por ciento de los jóvenes heterosexuales. Véase el estudio de A. H. Faulkner y K. Cranston: «Correlates of Same-Sex Sexual Behavior in a Random Sample of Massachusetts High School Students», *American Journal of Public Health*, 88, núm. 2 (1998). El estudio revelaba que los estudiantes gais tenían un elevado riesgo de lesiones, enfermedades, muerte por violencia, abuso de sustancias y conducta suicida.

73. El descubrimiento de que el 10 por ciento de los suicidios en el condado

de San Diego fueron cometidos por gays se menciona en C. L. Rich *et al.*: «San Diego Suicide Study 1: Young vs. Old Subjects», *Archives of General Psychiatry*, 43, núm. 6 (1986). Este fue un estudio no controlado. D. Shaffer *et al.* intentaron reproducir estos resultados en el área de la ciudad de Nueva York en 1995 en el artículo «Sexual Orientation in Adolescents Who Commit Suicide», *Suicide and Life Threatening Behaviors*, 25, supl. 4 (1995), pero no pudieron hacerlo; sin embargo, estos investigadores estaban trabajando solo con los suicidas jóvenes y recogieron información sobre la orientación sexual de miembros de la familia y pares que, en muchos casos, son desconocidos y en otros no están dispuestos a admitir ni siquiera ante ellos mismos los detalles de la orientación sexual de sus hijos.

74. Los pasajes sobre la depresión gay están tomados sobre todo de la obra de Richard C. Friedman y Jennifer Downey, especialmente de su «Internalized Homophobia and the Negative Therapeutic Reaction», *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 23, núm. 1 (1995), y su «Internal Homophobia and Gender-Valued Self-Esteem in the Psychoanalysis of Gay Patients», *Psychoanalytic Review*, 86, núm. 3 (1999). Esta obra será finalmente combinada y aumentada en un libro que se titulará *Psychoanalysis and Sexual Orientation: Sexual Science and Clinical Practice*. Consulté con Richard Friedman ciertas cuestiones y él me proporcionó anticipadamente información complementaria de ese libro, y mis citas en diversos casos tienden un puente entre los dos artículos con lenguaje aprobado por Friedman y Downey.

75. El trabajo acerca de la socialización de los gays y la crianza de los hijos en un entorno homofóbico y la incorporación temprana de actitudes homofóbicas aparece en A. K. Maylon: «Biphasic aspects of homosexual identity formation», *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19 (1982).

76. El estudio que muestra que los estudiantes gays tienen una mayor tendencia a ser víctimas de robos o de daños deliberados aparece en Garofalo *et al.*: «The Association between Health Risk Behaviors and Sexual Orientation among a School-Based Sample of Adolescents», *Pediatrics*, 101 (1998). Los autores consideran que los homosexuales del grupo también mostraban una mayor tendencia al abuso de drogas múltiples, a la conducta sexual de alto riesgo y a otras conductas de alto riesgo.

77. El dato de que las tasas de suicidio eran particularmente elevadas entre los judíos de Berlín en el período de entreguerras fue publicado en *Charlotte Salomon: Life? Or Theatre?*, p. 10, aunque está expuesto más ampliamente en los paneles de texto montados como parte de la muestra de la notable obra de

Salomon en el Museo Judío, a principios de 2001. Agradezco a Jennie Livingston por haberme guiado hasta este material y por proponer el nexo entre esta tendencia al suicidio en la Alemania pre-nazi y la propensión al suicidio entre los gays de Estados Unidos.

78. El cuestionario del *New Yorker* según el cual los padres prefieren tener hijos heterosexuales aunque desdichados antes que hijos felices que se identifiquen como gays aparece en Hendrik Hertzberg, «The Narcissus Survey», *The New Yorker* (5-1-1998).

79. *The Last Kings of Thule*, de Jean Malaurie, aunque muy difamado en los últimos años, ofrece un relato especialmente conmovedor y apasionado de la tradicional vida de los inuit en Groenlandia.

80. La tasa de suicidios en Groenlandia apareció publicada en Tine Curtis y Peter Bjerregaard: *Health Research in Greenland*, p. 31.

81. El fragmento de A. Alvarez: *A Savage God*, corresponde a la p. 103.

82. Las descripciones de la histeria polar, del síndrome del vagabundo de las montañas y de la angustia del kayak provienen de Inge Lynge: «Mental Disorders in Greenland», *Man & Society*, 21 (1997). Debo dar las gracias a John Hart por proporcionar el paralelismo de «actuar como un enajenado».

83. La cita de Malaurie que aparece aquí corresponde a *The Last Kings of Thule*, p. 109.

6. ADICCIÓN

1. La idea de que existen unas veinticinco sustancias comunes de las que se suele abusar fue tomada de la página web del Instituto Nacional de Abuso de Drogas, <www.nida.nih.gov/DrugsofAbuse>.

2. El mecanismo en tres fases de las sustancias de las que se abusa se describe en David McDowell y Henry Spitz: *Substance Abuse*, p. 19.

3. Peter Whybrow proporciona un resumen de las interacciones entre la cocaína y la dopamina en *A Mood Apart*, p. 213. Un análisis más profundo es el de Marc Galanter y Herbert Kleber, *Textbook of Substance Abuse Treatment*, pp. 21-31.

4. *Ibidem*, pp. 11-19.

5. *Ibidem*, pp. 6-7, 130-131.

6. El dato de que los niveles del neurotransmisor encefalina quedan afectados por muchas de las sustancias de las que se abusa está indicado en Craig Lambert: «Deep Cravings», *Harvard Magazine*, 102, núm. 4 (2000).

7. La respuesta del cerebro a los niveles elevados de dopamina se explica en Nora Volkow: «Imaging studies on the role of dopamine in cocaine reinforcement and addiction in humans», *Journal of Psychopharmacology*, 13, núm. 4 (1999).

8. La dinámica de las sustancias adictivas que conducen a la adicción se discute en cierta medida en Nora Volkow *et al.*: «Addiction, a Disease of Compulsion and Drive: Involvement of the Orbitofrontal Cortex», *Cerebral Cortex*, 10 (2000).

9. Las estadísticas acerca de las proporciones de adicción a sustancias específicas están tomadas de James Anthony *et al.*: «Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances, and inhalants: Basic findings from the National Comorbidity Survey», *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 2, núm. 3 (1994).

10. El trabajo sobre sustancias de las que se abusa y la barrera hematoencefálica puede encontrarse en David McDowell y Henry Spitz: *Substance Abuse*, pp. 22-24.

11. El número de años necesarios para desarrollar dependencia del alcohol y la cocaína se describe en H. D. Abraham *et al.*: «Order of onset of substance abuse and depression in a sample of depressed outpatients», *Comprehensive Psychiatry*, 40, núm. 1 (1999).

12. El trabajo con tomografías por emisión de positrones que muestran una recuperación limitada incluso en el período de tres meses ha sido realizado por Nora Volkow. Véase, por ejemplo, «Long-Term Frontal Brain Metabolic Changes in Cocaine Abusers», *Synapse*, 11 (1992). El dato de que el uso crónico de una droga tiene consecuencias neurológicas persistentes aparece ilustrado en Alvaro Pascual-Leone *et al.*: «Cerebral atrophy in habitual cocaine abusers: A planimetric CT study», *Neurology*, 41 (1991), y Roy Mathew y William Wilson: «Substance Abuse and Cerebral Blood Flow», *American Journal of Psychiatry*, 148, núm. 3 (1991). Para más información acerca de los problemas cognitivos, como déficit de memoria,

atención y abstracción, véase Alfredo Ardila *et al.*: «Neuropsychological Deficits in Chronic Cocaine Abusers», *International Journal of Neuroscience*, 57 (1991), y William Beatty *et al.*: «Neuropsychological performance of recently abstinent alcoholics and cocaine abusers», *Drug and Alcohol Dependence*, 37 (1995).

13. Se puede encontrar un minucioso resumen de las causas múltiples de lesiones en alcohólicos en Michael Charness: «Brain Lesions in Alcoholics», *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17, núm. 1 (1993). Existe una reseña más general y reciente del alcohol y el daño cerebral, en Marcia Barinaga: «A New Clue to How Alcohol Damages Brains», *Science* (11-2-2000). El dato de que la pérdida de memoria es un problema en esta población se debate en Andrey Ryabinin: «Role of Hippocampus in Alcohol-Induced Memory Impairment: Implications from Behavioral and Immediate Early Gene Studies», *Psychopharmacology*, 139 (1998).

14. La descripción del empleo de ISRS para apartar a los alcohólicos de la bebida aparece en David McDowell y Henry Spitz: *Substance Abuse*, p. 220. Mark Gold y Andrew Slaby, sin embargo, discrepan de esta posición en su libro *Dual Diagnosis in Substance Abuse*. En las pp. 210-211 afirman: «Los medicamentos antidepresivos no deberían prescribirse a alcohólicos activos, porque el tratamiento apropiado probablemente será un período de sobriedad».

15. El incremento de la latencia del sueño REM ha quedado establecida hace tiempo como un signo distintivo de depresión. Véase Francis Mondimore: *Depression: The Mood Disease*, pp. 174-178, donde se establece un debate general sobre depresión y sueño. El trabajo sobre el sueño REM, el alcoholismo y la depresión se ha tomado de dos estudios: D. H. Overstreet *et al.*: «Alcoholism and depressive disorder», *Alcohol & Alcoholism*, 24 (1989), y P. Shiromani *et al.*: «Acetylcholine and the regulation of REM sleep», *Annual Review of Pharmacological Toxicology*, 27 (1987). *Ibidem*, pp. 108-109.

16. La afirmación sobre el inicio temprano del alcoholismo y la depresión se ha tomado de Mark Gold y Andrew Slaby: *Dual Diagnosis in Substance Abuse*, pp. 7-10. Para las pruebas en el diagnóstico de depresión primaria y secundaria, véase *ibidem*, pp. 108-109.

17. Las cifras sobre la proporción de depresivos que sufren de alcoholismo secundario y viceversa se han tomado de Barbara Powell *et al.*: «Primary and Secondary Depression in Alcoholic Men: An Important Distinction?», *Journal of Clinical Psychiatry*, 48, núm. 3 (1987). Más datos sobre este complejo tema en

Bridget Grant *et al.*: «The Relationship between DSM-IV Alcohol Use Disorders and DMS-IV Major Depression: Examination of the Primary-Secondary Distinction in a General Population Sample», *Journal of Affective Disorders*, 38 (1996).

18. El dato de que el abuso de sustancias suele comenzar en la adolescencia se debate en Boris Segal y Jacqueline Stewart: «Substance Use and Abuse in Adolescence: An Overview», *Child Psychiatry and Human Development*, 26, núm. 4 (1996). Escriben con lucidez: «Si consideramos los factores epidemiológicos más detenidamente, debemos observar que la adolescencia es el principal período de riesgo para iniciarse en el uso de sustancias; los que no han experimentado con drogas lícitas o ilícitas a los veintiún años es poco probable que lo hagan más tarde», p. 196.

19. El dato de que quienes abusan de sustancias tienen más tendencia a recaer cuando están deprimidos aparece mencionado en Mark Gold y Andrew Slaby: *Dual Diagnosis in Substance Abuse*. «Los alcohólicos que sufren de depresión durante períodos de sobriedad vuelven a beber y lo hacen con mayor frecuencia que los que tienen estados de ánimo normales», p. 108.

20. Los puntos de vista de R. E. Meyer citados aquí provienen de *Psychopathology and Addictive Disorder*, pp. 3-16.

21. La remisión de los síntomas claramente esquizofrénicos (paranoia, delirios, alucinaciones, etc.) en pacientes con depresión y problemas de abuso de estimulantes está relacionado con el hecho de que la manía a menudo puede verse precipitada por un exceso de dopamina. La abstinencia de estimulantes puede ayudar a controlar tales excesos. Más acerca de las relaciones entre estimulantes, manía y psicosis, en Robert Post *et al.*: «Cocaine, Kindling, and Psychosis», *American Journal of Psychiatry*, 133, núm. 6 (1976), y John Griffith *et al.*: «Dextroamphetamine: Evaluation of Psychomimetic Properties in Man», *Archives of General Psychiatry*, 26 (1972).

22. La gravedad de cada enfermedad en los casos de diagnóstico dual se analiza en Mark Gold y Andrew Slaby: *Dual Diagnosis in Substance Abuse*.

23. *Ibidem*, 105-115.

24. El trabajo sobre la capacidad de las sustancias, especialmente el alcohol, para agudizar la propensión al suicidio aparece resumido en Ghadirian y Lehmann: *Environment and Psychopathology*, p. 112. Mark Gold y Andrew Slaby, en

Dual Diagnosis in Substance Abuse, sostienen que «los porcentajes de intento de suicidio notificados por los propios pacientes aumentan progresivamente con el uso incrementado de sustancias lícitas e ilícitas», p. 14.

25. La afirmación de que la depresión suele remitir debido a la abstinencia puede encontrarse en una serie de estudios. Mark Gold y Andrew Slaby, en *Dual Diagnosis in Substance Abuse*, afirman: «Para la mayoría de estos alcohólicos primarios, los síntomas depresivos secundarios tienden a remitir en la segunda semana de tratamiento y continúan descendiendo de manera más paulatina al cabo de tres o cuatro semanas de abstinencia», pp. 107-108.

26. El alcohol logra que todos los medicamentos se absorban más rápidamente; y se considera un principio primario de la terapia antidepresiva el hecho de que los picos de absorción agudizan los efectos secundarios.

27. La lamentable observación de Howard Shaffer con respecto a los riesgos adictivos fue publicada en Craig Lambert, «Deep Cravings», *Harvard Magazine*, 102, núm. 4 (2000). Los comentarios de Berta Madras aparecen en el mismo artículo.

28. El trabajo sobre los niveles de endorfinas y el consumo de alcohol ha sido publicado en J. C. Aguirre *et al.*: «Plasma Beta-Endorphin Levels in Chronic Alcoholics», *Alcohol*, 7, núm. 5 (1990).

29. Los cuatro orígenes de la adicción se han tomado de David McDowell y Henry Spitz: *Substance Abuse*.

30. Las estadísticas sobre los abstemios irlandeses e israelíes fueron debatidas en una entrevista personal con el doctor Herbert Kleber (9-3-2000).

31. La cita de Eliot aparece en su poema «Gerontion», en *The Complete Poems and Plays*, p. 22.

32. Estas observaciones sobre la sustitución provienen de Mark Gold y Andrew Slaby: *Dual Diagnosis in Substance Abuse*, p. 199.

33. La historia de la guindilla en el ojo del elefante se ha tomado de Sue Macartney-Snape, que ha pasado mucho tiempo en Nepal y ha entrevistado a numerosos guías de elefantes.

34. El trabajo acerca de la oxigenación disminuida de la sangre entre los

fumadores aparece reseñado en Marc Galanter y Herbert Kleber: *Textbook of Substance Abuse Treatment*, p. 216.

35. El trabajo acerca del hábito de fumar y la serotonina se puede encontrar en David Gilbert: *Smoking*, pp. 49-59.

36. Más detalles de mi vida con artistas rusos en *The Irony Tower: Soviet Artists in a Time of Glasnost*.

37. La idea de que las razones que se encuentran detrás de los impuestos al alcohol en Escandinavia incluyen los beneficios de una reducción en los suicidios se debatió con Hakan Leifman y Mats Ramstedt del Instituto Sueco de Investigación Social sobre Alcohol y Drogas (SoRAD, en sueco). La información estadística se proporciona en un estudio de Mats Ramstedt que se publicará en un futuro suplemento de *Addiction* con el título «Alcohol and Suicide in 14 European Countries». Más información sobre la relación entre consumo de alcohol y suicidio en George Murphy, *Suicide in Alcoholism*, e I. Rossow, «Alcohol and suicide: beyond the link at the individual level», *Addiction*, 91 (1996).

38. Los efectos del alcoholismo grave y el daño cognitivo se tratan en David McDowell y Henry Spitz: *Substance Abuse*, pp. 45-46. La afirmación de que la tasa de mortalidad es más elevada entre los alcohólicos que entre los no alcohólicos aparece en Donald Goodwin: *Alcoholism, the Facts*, p. 52.

39. La estadística según la cual el 90 por ciento de los estadounidenses han tomado alcohol y las cifras sobre la adicción fisiológica al alcohol en Estados Unidos provienen de David McDowell y Henry Spitz, *Substance Abuse*, pp. 41-42.

40. El papel de la serotonina y el cortisol para resistir el consumo de alcohol se debate en Marc Galanter y Herbert Kleber: *Textbook of Substance Abuse Treatment*, pp. 6-7 y 130-131. La información sobre los receptores GABA está tomada de mi correspondencia personal con Steven Hyman y David McDowell. Un debate en profundidad sobre alcohol, GABA y otros neurotransmisores cerebrales se encontrará en el citado libro de Galanter y Kleber, pp. 3-8. El trabajo sobre la serotonina como reforzador del consumo de alcohol aparece en R. J. M. Niesink *et al.*: *Drugs of Abuse and Addiction*, pp. 134-137.

41. La superioridad de las terapias psicodinámicas para los pacientes que reciben diagnóstico dual parece más una realidad clínica que un hecho bien estudiado. La mayor parte de los médicos clínicos con los que he hablado han

apoyado la creencia de que, para una verdadera recuperación, el paciente que ha recibido un diagnóstico dual debe comprender cómo el abuso afecta a la depresión y viceversa. Marc Galanter y Herbert Kleber escriben en su *Textbook of Substance Abuse Treatment* que para «los pacientes para quienes la regulación de los afectos representa un problema, la psicoterapia psicodinámica puede resultar especialmente valiosa», p. 312.

42. Los médicos de Columbia se encuentran en el programa S.T.A.R.S. (Servicio de Tratamiento e Investigación de Sustancias).

43. Se ha publicado mucho material sobre el Antabuse. David McDowell y Henry Spitz presentan una descripción detallada de su modo de acción en *Substance Abuse*, pp. 217-219.

44. *Ibidem*, pp. 48-51.

45. *Ibidem*, p. 68.

46. El tema de la toxicidad de la marihuana en los pulmones lo tratan Marc Galanter y Herbert Kleber: *Textbook of Substance Abuse Treatment*, pp. 172-173.

47. El trabajo sobre la depresión en familias de personas que abusan de los estimulantes pertenece a Mark Gold y Andrew Slaby: *Dual Diagnosis in Substance Abuse*, p. 18.

48. El porcentaje de consumidores de cocaína que se vuelven adictos aparece mencionado en David McDowell y Henry Spitz: *Substance Abuse*, p. 93.

49. El trabajo sobre las ratas de laboratorio que eligen estimulantes antes que el alimento y el sexo se encuentra en R. A. Yokel *et al.*: «Amphetamine-type reinforcement by dopaminergic agonists in the rat», *Psychopharmacology*, 58 (1978). También se han llevado a cabo numerosos estudios relacionados con los monos rhesus, con los mismos resultados. Véase, por ejemplo, T. G. Aigner *et al.*: «Choice behavior in rhesus monkeys: Cocaine versus food», *Science*, 201 (1978).

50. La neurofisiología de la caída producida por la cocaína se expone en Mark Gold y Andrew Slaby: *Dual Diagnosis in Substance Abuse*, pp. 109-110.

51. Los efectos generales de las anfetaminas y la cocaína sobre los neurotransmisores están descritos en R. J. M. Niesink *et al.*: *Drugs of Abuse and Addiction*, pp. 159-165.

52. El dato de que la ansiedad aguda puede durar varias décadas se menciona en Mark Gold y Andrew Slaby: *Dual Diagnosis in Substance Abuse*, p. 110.

53. El uso de antidepresivos en un tratamiento de diez semanas para soportar la caída aparece descrito en Bruce Rounsaville *et al.*: «Psychiatric Diagnoses of Treatment-Seeking Cocaine Abusers», *Archives of General Psychiatry*, 48 (1991).

54. El efecto permanente de las anfetaminas y la cocaína en el sistema de la dopamina se describe en Mark Gold y Andrew Slaby: *Dual Diagnosis in Substance Abuse*, p. 110. Escriben: «Los estudios con animales han documentado una degeneración neuronal dopaminérgica ocasional con administración crónica de estimulantes».

55. El trabajo sobre la cocaína y el CRF (factor de liberación de la corticotropina) aparece en Thomas Costeen *et al.*: «Depression and Stimulant Dependence», *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, núm. 12 (1998).

56. Las cifras sobre la depresión entre las personas que abusan de los opiáceos surgen de Ghadirian y Lehmann: *Environment and Psychopathology*, pp. 110-111.

57. El elevado índice de depresión entre las personas que consumen metadona se describe en Mark Gold y Andrew Slaby: *Dual Diagnosis in Substance Abuse*, p. 110.

58. Las estadísticas sobre veteranos de Vietnam y adicción a la heroína se encuentran en Craig Lambert: «Deep Cravings», *Harvard Magazine*, 102, núm. 4 (2000), p. 67.

59. El trabajo acerca del éxtasis y los axones de serotonina aparece resumido en R. J. M. Niesink *et al.*: *Drugs of Abuse and Addiction*, p. 164-165. El dato de que el éxtasis reduce los niveles de serotonina del 30 al 35 por ciento aparece en U. McCann y otros, «Serotonin Neurotoxicity after 3,4-Methylenedioxymethamphetamine: A Controlled Study in Humans», *Neuropsychopharmacology*, 10 (1994). Más información sobre el éxtasis y las monoaminas, en S. R. White y otros: «The Effects of Methylenedioxymethamphetamine on Monoaminergic Neurotransmission in the Central Nervous System», *Progress in Neurobiology*, 49 (1996). Con relación al éxtasis y la neurotoxicidad, se puede encontrar un debate variado en J. J. D. Turner

y A. C. Parrott: «“Is MDMA a Human Neurotoxin?”: Diverse Views from the Discussants», *Neuropsychobiology*, 42 (2000). David McDowell y Henry Spitz: *Substance Abuse*, proporcionan una breve historia del éxtasis, pp. 59-60.

60. Con respecto a mi discusión sobre las benzodiazepinas, me he basado en el trabajo del doctor Richard A. Friedman, de Cornell, y sobre todo en entrevistas personales particulares realizadas con él en la primavera de 2000. Los peligros de un exceso de benzodiazepinas se debaten en Mark Gold y Andrew Slaby: *Dual Diagnosis in Substance Abuse*, pp. 20-21. Una descripción más detallada de este tipo de fármacos, en David McDowell y Henry Spitz: *Substance Abuse*, pp. 65-66.

61. Los orígenes de la heroína con Bayer se mencionan en Craig Lambert, «Deep Cravings», *Harvard Magazine*, 102, núm. 4 (2000), p. 60.

62. El trabajo de Michael Pollan apareció bajo el título «A Very Fine Line», *New York Times Magazine*, 12 de septiembre de 1999.

63. La observación de Keith Richards se encuentra en el brillante libro de Dave Hickey, *Air Guitar*, antes de la portada. Agradezco al bien informado Stephen Bitterolf por compartirlo conmigo.

7. SUICIDIO

1. La idea de que a menudo no existe un vínculo claro entre depresión y propensión al suicidio se ha tomado de una serie de autores concedores de ambos fenómenos. Como escribe George Colt en *The Enigma of Suicide*, el suicidio ya no se considera la «última parada de la depresión», p. 43.

2. *Ibidem*, p. 312.

3. El dato de que más del 40 por ciento de las personas que cometen suicidio habían recibido cuidados psiquiátricos como pacientes internos se ha tomado de Jane Pirkis y Philip Burgess: «Suicide and recency of health care contacts: A systematic review», *British Journal of Psychiatry*, 173 (1998), p. 463.

4. La observación de A. Alvarez acerca de los intentos de exorcismo aparece en *The Savage God*, p. 96. Sus palabras acerca del suicidio y la ambición aparecen en la p. 75.

5. Las famosas palabras de *Hamlet* aparecen en el acto 3, escena 1; la segunda cita pertenece al acto 3, escena 1. Por supuesto, no existe una única interpretación clara de este parlamento de Hamlet. Yo llamaría la atención de los lectores sobre C. S. Lewis: *Studies in Words*, por ejemplo, que dedica todo un capítulo a la relación entre «conciencia» y «consciente». También destacaría la lúcida interpretación proporcionada en Harold Bloom: *Shakespeare: The Invention of the Human*.

6. La noción de Albert Camus acerca de que el suicidio es el primer problema filosófico aparece en *The Myth of Sisyphus and Other Essays*, p. 3.

7. Las observaciones de Schopenhauer están tomadas de su ensayo «On suicide», en *The Works of Schopenhauer*, p. 437.

8. Las afirmaciones de Santayana se han extraído de Glen Evans: *The Encyclopedia of Suicide*, p. ii.

9. La observación de Freud acerca de que no existe una manera de abordar el suicidio está tomada de un discurso que dio en un congreso de la Sociedad Psicoanalítica de Viena sobre el tema del suicidio el 20 y 27 de abril de 1910. La he tomado tal como se cita en el ensayo de Litman «Sigmund Freud on Suicide», en Edwin Shneidman (ed.): *Essays in Self-Destruction*, p. 330.

10. Albert Camus habla de lo ilógico de postergar la muerte en *The Myth of Sisyphus and Other Essays*, p. 3.

11. La cita de Plinio se ha tomado de *The Works of Schopenhauer*, p. 433.

12. Estas líneas se encuentran en John Donne: *Biathanatos*, p. 39.

13. La cita de Schopenhauer pertenece al libro *Essays and Aphorisms*, p. 78.

14. Las citas de Thomas Szasz pertenecen a su libro *The Second Sin*, p. 67.

15. El estudio de Harvard aparece descrito en Herbert Hendin: *Suicide in America*, p. 216.

16. La cita de Edwin Shneidman sobre la escisión pertenece a su libro *The Suicidal Mind*, pp. 58-59.

17. La afirmación de Edwin Shneidman acerca del derecho al eructo está

citada en George Colt, *The Enigma of Suicide*, p. 341.

18. La afirmación acerca de que se produce un suicidio cada diecisiete minutos corresponde a un cálculo realizado utilizando estadísticas del total de suicidios anuales, proporcionadas por el Instituto Nacional de Salud Mental (31.000 al año en 1996). El cálculo se realizó de la siguiente manera: 525.600 minutos al año dividido por 31.000 suicidios al año dan como resultado un suicidio cada 16,95 minutos.

19. El dato de que el suicidio ocupa el tercer lugar entre las causas de muerte de los jóvenes se ha tomado de la página web Suicide Facts, del Instituto Nacional de Salud Mental (las estadísticas corresponden al año 1996). El dato de que el suicidio ocupa el segundo lugar entre los estudiantes universitarios se ha tomado de Kay Jamison, *Night Falls Fast*, p. 21. Las estadísticas comparativas sobre suicidio y sida y la cifra de hospitalizaciones relacionadas con intentos de suicidio se han tomado de *ibidem*, pp. 23 y 24, respectivamente.

20. La estadística de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el suicidio proviene de *The World Health Report* (1999). El estudio que descubrió que el suicidio había aumentado un 260 por ciento dentro de una zona geográfica es de U. Åsgård *et al.*: «Birth Cohort Analysis of Changing Suicide Risk by Sex and Age in Sweden 1952 to 1981», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76 (1987).

21. Las estadísticas sobre suicidio y depresión maníaca y suicidio y depresión mayor se han tomado de Kay Jamison: *Night Falls Fast*, p. 110.

22. La conexión entre la propensión al suicidio y el primer episodio aparece en M. Oquendo *et al.*: «Suicide: Risk Factors and Prevention in Refractory Major Depression», *Depression and Anxiety*, 5 (1997), p. 203.

23. Las cifras correspondientes a intentos de suicidio y suicidios consumados aparecen en George Colt: *The Enigma of Suicide*, p. 311.

24. El documento que contiene las estadísticas aparentemente contradictorias es de Aaron Beck: *Depression*. En la p. 57, en un análisis de la investigación sobre el suicidio, Beck cita dos estudios que presentan conclusiones radicalmente diferentes. La conclusión del primer estudio «sugiere que el riesgo de suicidio en un paciente hospitalizado por depresión es unas quinientas veces el promedio nacional». El segundo estudio, presentado en las líneas siguientes, afirma: «La tasa de suicidios en los pacientes deprimidos, por tanto, superó en

veinticinco veces la esperada...».

25. La postura del Instituto Nacional de Salud Mental con respecto a que «la investigación ha demostrado que el 90 por ciento de las personas que se matan padecen depresión u otro trastorno mental diagnosticable, o relacionado con el abuso de sustancias» aparece en su página web, <www.nimh.nih.gov/publicat/harmaway.cfm>.

26. El dato de que los días lunes y viernes se producen los porcentajes más elevados de suicidio aparece en Eric Marcus: *Why Suicide?*, p. 23. El porcentaje de suicidios por hora del día aparece en M. Gallerani *et al.*: «The Time for Suicide», *Psychological Medicine*, 26 (1996). Del aumento de suicidios durante la primavera se informa en David Lester: *Making Sense of Suicide*, p. 153.

27. El dato de que las mujeres presentan un porcentaje más elevado de suicidios durante la primera semana (fase menstrual) de su ciclo menstrual se menciona en Richard Wetzekl y James McClure, Jr.: «Suicide and the Menstrual Cycle: A Review», *Comprehensive Psychiatry*, 13, núm. 4 (1972). También analizan estudios que apuntan a porcentajes elevados de intentos de suicidio durante la última semana (fase luteínica) del ciclo menstrual. Sin embargo, existe una polémica con respecto a la validez metodológica de muchos de estos estudios. Para un análisis crítico de la bibliografía, véase Enrique Baca-García *et al.*: «The Relationship Between Menstrual Cycle Phases and Suicide Attempts», *Psychosomatic Medicine*, 62 (2000). Sobre el efecto del embarazo y el parto sobre la propensión al suicidio de la madre, véase E. C. Harris y Brian Barraclough: «Suicide as an Outcome for Medical Disorders», *Medicine*, 73 (1994).

28. La decisiva obra de Émile Durkheim fue publicada en 1897 bajo el título *Le suicide*. Mi exposición sobre las clasificaciones de Durkheim está tomada del riguroso libro de Steve Taylor: *Durkheim and the Study of Suicide*.

29. La cita de Charles Bukowski está tomada de una cartelera de Sunset Boulevard. No he podido localizarla en el cuerpo de su obra. No recomiendo conducir por Sunset Boulevard durante las horas punta para localizar esta referencia.

30. La cita de Alexis de Tocqueville pertenece a su justamente famoso *Democracy in America*, p. 296.

31. La noción de que los adultos, los niños y las personas con enfermedades

psiquiátricas que cometen suicidio tienen al menos dos o tres veces más tendencia a poseer una historia familiar de suicidio que aquellas que no poseen esa historia familiar, se ha tomado de más de treinta estudios y aparece en Kay Jamison: *Night Falls Fast*, p.169.

32. Paul Wender *et al.*: «Psychiatric disorders in the biological and adoptive families of adopted individuals with affective disorder», *Archives of General Psychiatry*, 43 (1986), informa acerca de niveles más elevados de suicidio entre las familias biológicas que entre las adoptivas. Un análisis de estudios sobre gemelos idénticos y suicidio en Alec Roy *et al.*: «Genetics of Suicide in Depression», *Journal of Clinical Psychiatry*, supl. 2 (1999).

33. La información sobre grupos suicidas aparece en Kay Jamison: *Night Falls Fast*, pp. 144-153 con respecto a los lugares, y pp. 276-280 con respecto a las epidemias recientes.

34. La epidemia de suicidios que siguió a la publicación de *The Sorrows of Young Werther* la describió Paolo Bernardini en su manuscrito inédito «*Melancholia gravis: Robert Burton's Anatomy (1621) and the Links between Suicide and Melancholy*».

35. El informe de que las tasas de suicidio se elevan cuando los medios de comunicación difunden historias de suicidio, y el informe de un aumento de suicidios después de la muerte de Marilyn Monroe aparecen en George Colt: *The Enigma of Suicide*, pp. 90-91.

36. Un debate sobre cómo los programas de prevención del suicidio pueden de hecho inspirar suicidios se encuentra en Kay Jamison: *Night Falls Fast*, pp. 273-275.

37. El dato de que los intentos de suicidio predicen suicidios aparece en Rise Goldstein *et al.*: «The Prediction of Suicide», *Archives of General Psychiatry*, 48 (1991). Escriben: «Estamos en condiciones de demostrar que no solo una historia de anteriores intentos de suicidio, sino también el número de suicidios, son críticos, ya que el riesgo de suicidios aumenta con cada intento posterior de suicidio», p. 421.

38. La cita de Maria Oquendo *et al.* pertenece a «Inadequacy of Antidepressant Treatment for Patients with Major Depression Who Are at Risk for Suicidal Behavior», *American Journal of Psychiatry*, 156, núm. 2 (1999), p. 193.

39. El dato de que el litio es la sustancia más probada por sus efectos sobre

la propensión al suicidio aparece en Kay Jamison: *Night Falls Fast*, pp. 239-241. El dato de que la tasa de suicidios entre los pacientes bipolares que interrumpen el uso de litio aumenta dieciséis veces se menciona en Leonardo Tondo *et al.*: «Lithium maintenance treatment reduces risk of suicidal behavior in Bipolar Disorder patients», en Vincent Gallicchio y Nicholas Birch (eds.): *Lithium: Biochemical and Clinical Advances*, pp. 161-171.

40. El dato de que los pacientes tratados con TEC presentan un porcentaje menor de suicidio que los tratados con medicamentos se ofrece en el ensayo de Jerome Motto: «Clinical Considerations of Biological Correlates of Suicide», en Ronald Maris (ed.): *The Biology of Suicide*.

41. El punto de vista de Freud acerca del suicidio como un impulso asesino hacia uno mismo se debate en una serie de escritos suyos. En «Duelo y Melancolía» escribe: «Sabemos hace tiempo, es verdad, que ningún neurótico alberga ideas de suicidio que no haya dirigido hacia sí mismo a partir de impulsos asesinos contra los demás». Véase *Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. 14, p. 252.

42. La descripción que Edwin Shneidman hace del suicidio como un asesinato de ciento ochenta grados se reproduce en George Colt: *The Enigma of Suicide*, p. 196.

43. La formulación que hace Freud del instinto de muerte aparece en el ensayo de Robert Litman «Sigmund Freud on Suicide», en Edwin Shneidman (ed.): *Essays in Self-Destruction*, p. 336.

44. La formulación de Karl Menninger aparece citada en George Colt: *The Enigma of Suicide*, p. 201.

45. Las frases de Chesterton aparecen en Glen Evans y Norman L. Farberow: *The Encyclopedia of Suicide*, p. ii.

46. Muchas personas han estudiado los efectos del estrés crónico en la reducción de los neurotransmisores. Un excelente resumen de estas ideas aparece en Kay Jamison: *Night Falls Fast*, pp. 192-193. Más información sobre la respuesta del cerebro al estrés en Robert Sapolsky *et al.*: «Hippocampal damage associated with prolonged glucocorticoid exposure in primates», *Journal of Neuroscience*, 10, núm. 9 (1990).

47. El trabajo sobre propensión al suicidio y colesterol está perfectamente

resumido en Kay Jamison: *Night Falls Fast*, pp. 194-195.

48. El trabajo sobre los bajos niveles de serotonina, el elevado número de receptores de serotonina, la inhibición y la propensión al suicidio aparece resumido por John Mann, uno de los pioneros en este campo, en su «The Neurobiology of Suicide», *Lifesavers*, 10, núm. 4 (1998). El ensayo de Hermann van Praag: «Affective Disorders and Aggression Disorders: Evidence for a Common Biological Mechanism», en Ronald Maris (ed.): *The Biology of Suicide*, también es un excelente análisis de los descubrimientos realizados hasta el momento. Más información en Alec Roy: «Possible Biologic Determinants of Suicide», en David Lester (ed.): *Current Concepts of Suicide*.

49. La información relacionada con los bajos niveles de serotonina en asesinos y pirómanos se puede encontrar en M. Virkkunen *et al.*: «Personality Profiles and State Aggressiveness in Finnish Alcoholics, Violent Offenders, Fire Setters, and Healthy Volunteers», *Archives of General Psychiatry*, 51 (1994).

50. Existen infinidad de estudios acerca de la relación entre el bajo nivel de serotonina y la capacidad de riesgo en los animales. Un ensayo especialmente interesante es P. T. Mehlman *et al.*: «Low CSF 5-HIAA Concentrations and Severe Aggression and Impaired Impulse Control in Nonhuman Primates», *American Journal of Psychiatry*, 151 (1994). También he tomado material de una serie de artículos publicados en el boletín de ASCAP (Comparación entre Especies y Psicopatología).

51. Los niveles de noradrenalina en el cerebro después del suicidio han sido estudiados por muchos investigadores. Kay Jamison proporciona un excelente resumen en *Night Falls Fast*, pp. 192-193.

52. Más información acerca de los bajos niveles de neurotransmisores esenciales en John Mann: «The Neurobiology of Suicide», *Lifesavers*, 10, núm. 4 (1998).

53. Un excelente informe sobre los descubrimientos de Marie Åsberg en su «Neurotransmitters and Suicidal Behavior: The Evidence from Cerebrospinal Fluid Studies», *Annals of the New York Academy of Sciences*, 836 (1997).

54. El trabajo sobre la triptófano hidroxilasa aparece en D. Nielsen *et al.*: «Suicidality and 5-Hydroxyindoleacetic Acid Concentration Associated with Tryptophan Hydroxylase Polymorphism», *Archives of General Psychiatry*, 51 (1994).

55. Los monos criados sin su madre han sido estudiados por Gary Kraemer. He considerado específicamente su estudio «The Behavioral Neurobiology of Self-Injurious Behavior in Rhesus Monkeys: Current Concepts and Relations to Impulsive Behavior in Humans», *Annals of the New York Academy of Sciences*, 836, núm. 363 (1997), presentado en el Taller de Investigación del Suicidio, del Instituto Nacional de Salud Mental, 14 y 15 de noviembre de 1996.

56. El trabajo sobre la relación entre el abuso precoz y el descenso de la serotonina aparece en Joan Kaufman *et al.*: «Serotonergic Functioning in Depressed Abused Children: Clinical and Familial Correlates», *Biological Psychiatry*, 44, núm. 10 (1998).

57. Más información sobre el nexo entre el daño neurológico del feto y la propensión al suicidio en Kay Jamison: *Night Falls Fast*, p. 183.

58. Los niveles comparativos de serotonina entre el hombre y la mujer se describen en Simeon Margolis y Karen L. Swartz: «Sex Differences in Brain Serotonin Production», *The Johns Hopkins White Papers: Depression and Anxiety* (1998), p. 14. Para una información más detallada con respecto al género y los sistemas de monoamina del cerebro, véase Uriel Halbreich y Lucille Lumley: «The Multiple interactional biological processes that might lead to depression and gender differences in its appearance», *Journal of Affective Disorders*, 29, núm. 2-3 (1993).

59. La cita de Kay Jamison pertenece a su libro *Night Falls Fast*, p. 184.

60. El nexo entre disponibilidad de armas y suicidio está publicado en una variedad de estudios. He considerado específicamente el de M. Boor *et al.*: «Suicide Rates, Handgun Control Laws, and Sociodemographic Variables», *Psychological Reports*, 66 (1990).

61. La información acerca del suicidio con gas en Inglaterra aparece en George Colt: *The Enigma of Suicide*, p. 335.

62. El dato de que son más los norteamericanos que se suicidan con armas que los que todos los años mueren asesinados por ellas aparece en Kay Jamison: *Night Falls Fast*, p. 284. Las tasas de suicidio para cada estado según la rigurosidad de las leyes de control de armas, así como la cita de David Oppenheim, se han tomado de George Colt: *The Enigma of Suicide*, p. 336.

63. La estadística con respecto al número de norteamericanos que se suicidan todos los años con armas está tomada de los Centros de Control de las

Enfermedades (CDC). Un diario *on line* ofrecía el siguiente total, cuya fuente no pude encontrar en la página web de estos centros: «Las cifras ofrecidas el 18 de noviembre por los CDC muestran que el número de suicidios con armas de fuego [era de] 17.767 en 1997. Véase <www.stats.org/statswork/gunsuicide.htm>. También es posible hacer un cálculo aproximado utilizando información que puede conseguirse fácilmente en la página web de los CDC. De las 30.535 personas que se suicidaron en 1997, los CDC calculan que «casi tres de cada cinco» lo hicieron con armas de fuego. Los cálculos que utilizan esta fórmula llegan a un número total de 18.321 suicidios con armas de fuego. He elegido la cifra de 18.000 como el promedio aproximado de estas dos cifras. Véase la página web de los CDC, en <www.cdc.gov/ncipc/factsheets/suifacts.htm>.

64. La información sobre los modos de suicidio en China y en el Punjab aparece en Kay Jamison: *Night Falls Fast*, pp. 140 y 137, respectivamente.

65. *Ibidem*, p. 181.

66. La tasa de suicidios entre alcohólicos está tomada de George Colt: *The Enigma of Suicide*, p. 266.

67. La cita de Karl Menninger se ha tomado de *Man Against Himself*, p. 184.

68. Los experimentos con ratas hacinadas han sido realizados por Juan López, Delia Vásquez, Derek Chalmers y Stanley Watson, y fueron presentados en el Taller de Investigación del Suicidio, del Instituto Nacional de Salud Mental, el 14 y el 15 de noviembre de 1996.

69. El trabajo sobre monos rhesus criados sin su madre ha sido realizado por Gary Kraemer. He considerado específicamente su estudio «The Behavioral Neurobiology of Self-Injurious Behavior in Rhesus Monkeys», presentado en el Taller de Investigación del Suicidio, del Instituto Nacional de Salud Mental, 14 y 15 de noviembre de 1996.

70. He tomado la historia del pulpo suicida de Marie Åsberg.

71. El trabajo sobre suicidio y trauma por muerte de los padres está tomado de L. Moss y D. Hamilton, «The Psychotherapy of Suicidal Patient», *American Journal of Psychiatry*, 122 (1956).

72. Las cifras sobre intentos de suicidio y las que muestran que el suicidio es el tercer factor de muerte entre personas de quince a veinticuatro años en Estados

Unidos se han tomado de D. L. Hoyert *et al.*: «Deaths: Final data for 1997. National Vital Statistics Report», publicado por el National Center for Health Statistics. Los datos están disponibles en la página web <www.cdc.gov/ncipc/osp/states/10lc97.htm>. El cálculo para el intento de suicidio se realizó con la estadística del Instituto Nacional de Salud Mental, según la cual «se estima que hay entre 8 y 25 intentos de suicidio por cada suicidio consumado». La cifra de 80.000 intentos es, por tanto, lamentablemente, un cálculo moderado. El informe del Instituto Nacional de Salud Mental se puede encontrar en <www.nimh.nih.gov/publicat/harmaway.cfm>.

73. El catálogo de razones para el aumento de la propensión al suicidio está tomado de George Colt: *The Enigma of Suicide*, p. 49.

74. El trabajo sobre adolescentes exitosos y suicidio se presenta en Herbert Hendin: *Suicide in America*, p. 55.

75. La noción de que esta visión de la muerte puede conducir a muchos jóvenes al suicidio se discute en Philip Patros y Tonia Shamoo: *Depression and Suicide in Children and Adolescents*, p. 41.

76. Más información sobre los porcentajes de suicidio entre los hombres mayores de sesenta y cinco años, en Diego de Leo y René F. W. Diekstra: *Depression and Suicide in Late Life*, p. 188.

77. *Ibidem*.

78. *Ibidem*.

79. *Ibidem*, p. 24. Con respecto a los ancianos deprimidos y la somatización, véase Laura Musetti *et al.*: «Depression Before and After Age 65: A Reexamination», *British Journal of Psychiatry*, 155 (1989), p. 330.

80. Los porcentajes internacionales comparativos de suicidio, que colocan a Hungría en el primer lugar de la lista, con un porcentaje de suicidios de 40 cada 100.000 y a Jamaica en el último lugar, con un porcentaje de 0,4 cada 100.000, pueden encontrarse en Eric Marcus: *Why Suicide?*, pp. 25-26.

81. El catálogo de técnicas de suicidio confeccionado por Kay Jamison aparece en su libro *Night Falls Fast*, pp. 133-134.

82. La postura de la OMS con respecto al suicidio como «un acto suicida con

un desenlace fatal» está detallada en el informe de la organización, *Prevention of Suicide*.

83. La cita de Kay Jamison aparece en *Night Falls Fast*, p. 39.

84. La cita de A. Alvarez aparece en *The Savage God*, p. 89.

85. La cita de Albert Camus aparece en *The Myth of Sisyphus and Other Essays*, p. 5.

86. La cita de Julia Kristeva está en *Black Sun*, p. 4.

87. La formulación de Edwin Shneidman de las cinco causas del suicidio la he tomado de su libro *The Suicidal Mind*. La cita directa aparece en las pp. 58-59.

88. La cita de Kay Jamison aparece en *Night Falls Fast*, p. 74.

89. *Ibidem*, p. 291. También ha publicado una memoria de sus batallas con la enfermedad maniaco-depresiva, titulada *An Unquiet Mind*. La nota sobre el suicidio la he tomado de Kay Jamison: *Night Falls Fast*, p. 292.

90. La cita de Edna St. Vincent Millay pertenece a su «Sonnet of Dialectic», en *Collected Sonnets*, p. 159.

91. En el pasado he escrito bastante sobre la muerte de mi madre. La describí en un artículo de *The New Yorker* sobre eutanasia, y fue la base para el capítulo 11 de mi novela, *A Stone Boat*. He elegido escribir acerca del tema, por lo que espero sea la última vez pues constituye parte de mi historia tal como aparece en este libro. Espero la indulgencia de los lectores que conozcan mi libro anterior.

92. La cita de Fiódor Dostoievski de *The Possessed* está en la p. 96. [Hay trad. cast.: *Los endemoniados*.]

93. El descubrimiento de la corte británica sobre la anorexia diabética fue planteado en una entrevista personal con la doctora Deborah Christie, que trabajó en el caso. Véase Deborah Christie y Russell Viner: «Eating disorders and self-harm in adolescent diabetes», *Journal of Adolescent Health*, 27 (2000).

94. La cita de Alfred Lord Tennyson de «Tithonus» pertenece a las líneas 66-71, de *Tennyson's Poetry*, p. 72.

95. Los versos de Eliot aparecen en el epígrafe de su poema «The Waste Land» («La tierra baldía»). *The Complete Poems and Plays* presenta la versión de ese texto en latín, p. 37.

96. Este poema de Emily Dickinson figura en *The Complete Poems of Emily Dickinson*, p. 262.

97. La cita de E. M. Cioran pertenece a *A Short History of Decay*, p. 36.

98. La nota de Virginia Woolf sobre el suicidio está tomada de *The Letters of Virginia Woolf*, vol. 6, pp. 486-487.

99. Las citas de los diarios de Virginia Woolf pertenecen a *The Diary of Virginia Woolf*, pp. 110-111. [Hay trad. cast.: *El diario de Virginia Woolf*.]

100. Las observaciones de Ronald Dworkin se encuentran en *Life's Dominion*, p. 93.

101. La cita de Rilke pertenece a «Requiem for a Friend», en *The Selected Poetry of Rainer Maria Rilke*, p. 85.

102. La cita de A. Alvarez pertenece a *The Savage God*, p. 75.

103. La cita de Nadezhda Mandelstam está en *ibidem*, pp. 151-152.

104. La cita de Primo Levi se ha tomado de la edición estadounidense de *The Drowned and the Saved*, pp. 70-71. [Hay trad. cast.: *Los hundidos y los salvados*.]

105. La idea de que los medicamentos pudieron ser la causa del suicidio de Primo Levi se sugiere en la introducción de Peter Bailey a la edición británica de *The Drowned and the Saved*.

106. Nietzsche escribe en *Beyond Good and Evil*, máxima 157, p. 103: «La idea de suicidio es un poderoso solaz: gracias a él uno supera muchas malas noches». [Hay trad. cast.: *Más allá del bien y del mal*.]

8. HISTORIA

1. Aunque no pude encontrar ninguna fuente secundaria que investigara la

historia de la depresión de una manera convincente y exhaustiva, deseo reconocer la considerable ayuda que me proporcionó la obra *Melancholia and Depression*, de Stanley Jackson.

2. La etimología de la palabra «depresión» la he tomado de *The Oxford English Dictionary*, vol. 3, p. 220.

3. La cita de Beckett procede de *Esperando a Godot*. La extraje de *The Complete Dramatic Works of Samuel Beckett*, p. 31.

4. Puede hallarse una descripción general de la teoría de los humores tal como se desarrolló en Grecia, y que incluye las ideas de Empédocles acerca de la melancolía, en Stanley Jackson, *Melancholia and Depression*, pp. 7-12.

5. Las citas del Corpus Hipocrático, al que para simplificar me refiero atribuyéndolas a Hipócrates, se pueden encontrar en *Hippocrates*, una obra traducida y compilada por W. H. S. Jones y E. T. Withington, libro 2, p. 175. La información acerca de cómo curó al rey Perdicas II está en la muy rigurosa Giuseppe Roccatagliata: *A History of Ancient Psychiatry*, p. 164.

6. La hipótesis de que *chole* se combinó con *cholos* aparece en Bennett Simon: *Mind and Madness in Ancient Greece*, p. 235.

7. La referencia a los estados de ánimo sombríos que describe Homero se encuentra en *ibidem*. La cita de Homero proviene de *La Ilíada*, libro 6, líneas 236-240.

8. Las críticas de Hipócrates a los que ejercían la medicina sagrada se encuentran en Giuseppe Roccatagliata: *A History of Ancient Psychiatry*, p. 162. La frase «todo lo que los filósofos han escrito sobre la ciencia natural es tan pertinente para la medicina como podría serlo la pintura» está citada en Iago Galdston: *Historic Derivations of Modern Psychiatry*, p. 12.

9. La oposición de Sócrates y Platón a Hipócrates, lo mismo que el modelo platónico de la psiquis humana, se encuentra en Bennett Simon: *Mind and Madness in Ancient Greece*, pp. 224-227. Una buena comparación entre las ideas de Platón y las de Freud es la que se plantea en Iago Galdston: *Historic Derivations of Modern Psychiatry*, pp. 14-16. Las ideas de Platón a propósito de la importancia de la infancia y la familia en el desarrollo del niño han sido analizadas por Simon en *Mind and Madness in Ancient Greece*, pp. 171-172.

10. La prescripción del casco de plomo ideada por Filotimo está registrada en Giuseppe Roccatagliata: *A History of Ancient Psychiatry*, p. 101.

11. Los ejemplos del remedio a base de coliflor de Crisipo de Cnidus, la mezcla de albahaca de Filistión y Plistónico, así como la idea de Filagrio según la cual la pérdida excesiva de semen puede dar lugar a síntomas depresivos están tomados de *ibidem*, pp. 102-103.

12. *Ibidem*, pp. 106-112.

13. Las famosas palabras de Aristóteles acerca del carácter inspirado del melancólico están en su «Problemata», libro 30, p. 953 a. La cita siguiente está tomada de la misma obra, pp. 954 a-b.

14. Las líneas de *El saqueo de Troya* que cito las he tomado de Bennett Simon: *Mind and Madness in Ancient Greece*, p. 231.

15. Las líneas de Séneca están en Rudolph y Margot Wittkower: *Born Under Saturn*, p. 99.

16. El lúgubre verso de Menandro es de los *Comicorum Atticorum fragmenta*, fragmento 18.

17. Se puede encontrar más información acerca de los escépticos, incluso datos particularmente significativos a propósito de Medio, Aristógeno y Metrodoro, en Giuseppe Roccatagliata: *A History of Ancient Psychiatry*, p. 133-135.

18. *Ibidem*, pp. 137-138.

19. El verso de Herófilo de Calcedonia, lo mismo que los principios de Menodoto de Nicomedia, son de *ibidem*, pp. 138-140.

20. Hay un hermoso capítulo sobre Rufo de Éfeso en Stanley Jackson: *Melancholia and Depression*, pp. 35-39. De ese texto provienen las citas que he hecho, así como la receta para el «remedio sagrado». La información acerca de los grifos que gotean y las hamacas está en la p. 35. La prescripción de alimentos de colores claros y leche materna es de la conferencia no publicada de Barbara Tolley «The Languages of Melancholy in *Le Philosophe Anglais*», p. 17.

21. Las ideas de Areteo de Capadocia están en Giuseppe Roccatagliata: *A History of Ancient Psychiatry*, p. 223-232.

22. La información acerca de los tratamientos aplicados por los aztecas está en Tzvetan Todorov: *The Conquest of America*, p. 68. Agradezco a Elena Phipps por darme a conocer este material.

23. Hay mucho material sobre Galeno, tanto en historias generales de la medicina como en obras más específicas dedicadas a los orígenes de la psiquiatría. Yo me he basado sobre todo en Stanley Jackson: *Melancholia and Depression*, y Giuseppe Roccatagliata: *A History of Ancient Psychiatry*. Las citas de esta página son de esta última obra, pp. 193-209.

24. Los datos acerca de los filósofos estoicos y su papel en la ciencia médica están en Giuseppe Roccatagliata: *A History of Ancient Psychiatry*, pp. 133-143.

25. Con respecto al análisis de san Agustín y, entre otros temas, las implicaciones de sus posturas, véase Judith Neaman: *Suggestion of the Devil*, pp. 51-65.

26. La historia de Nabucodonosor se cuenta en el Libro de Daniel, 4:33.

27. La expresión «el demonio del mediodía» aparece en la bibliografía acerca de este tema y parece haber surgido de diversas fuentes bíblicas. El párrafo en cuestión se encuentra en la versión de la Biblia del rey Jacobo (Salmos, 91:6), que se atiene fielmente al original hebreo, a saber: «la destrucción que arrasa al mediodía». En la versión católica del Antiguo Testamento de Douay (Salmos, 90:6) encontramos la expresión «el diablo del mediodía», que es una variante de la traducción del latín «*daemonio meridiano*» de la Vulgata (atribuida a san Jerónimo y que fue de uso común en el latín occidental medieval). La expresión en latín, a su vez, deriva del griego antiguo de la Biblia de los Setenta (Salmos, 90:6) que dice «*daimoniou mesembrinou*». Esta última puede haber servido de base a la traducción de Casio, que escribió «el demonio del mediodía» (citado por Stanley Jackson en *Melancholia and Depression*, como proveniente de la obra de Casio *Institutes of the Conobia*; Jackson, por su parte, utiliza la expresión «demonio del mediodía» cuando analiza la obra de Casio). Agradezco al doctor Kevin White, de la Catholic University of America, por ayudarme en este tema.

28. Acerca de Evagrio y el empleo de la expresión «demonio del mediodía», Reinhard Kuhn escribe en *The Demon of Noontide*, en la p. 43, que «De los ocho vicios que analiza Evagrio en su obra *Of Eight Capital Sins*, se dispensa a la acedia el tratamiento más escrupuloso y detallado ... Evagrio, como muchos de sus seguidores, se refirió a la acedia como el “*daemon qui etiam meridianus vocatur*”, es

decir, como el “demonio del mediodía” de los Salmos ...». Kuhn parece haber propuesto tanto *demon of noontide* (demonio del mediodía) como *noontide demon* (demonio meridiano); como quiera que sea, la expresión puede traducirse como «demonio del mediodía». Stanley Jackson escribe en la p. 66 de *Melancholia and Depression* que los rasgos principales de la acedia, tal como la define Evagrio, eran «el agotamiento, la apatía, la tristeza o el abatimiento, el desasosiego, la aversión a la celda y la vida ascética, y la añoranza de la familia y la vida que llevaban antes».

29. Acerca de la «locura» y la Inquisición, véase Iago Galdston: *Historic Derivations of Modern Psychiatry*, pp. 19-22.

30. Más detalles acerca de la postura de santo Tomás de Aquino al respecto en *ibidem*, pp. 31-34. Se ha escrito mucho —no faltará quien diga que más de lo necesario— acerca de santo Tomás y el dualismo.

31. El monólogo del párroco lo tomó de Geoffrey Chaucer: *Canterbury Tales Complete*, pp. 588-592.

32. Acerca de la distinción entre *acedia* y *tristia*, véase Stanley Jackson: *Melancholia and Depression*, pp. 65-77.

33. La vívida observación de Hildegard von Bingen se encuentra en *ibidem*, p. 326.

34. Acerca del artista Hugo Van der Goes, véase Rudolph y Margot Wittkower: *Born under Saturn*, pp. 108-113.

35. Un análisis minucioso de la obra de Marsilio Ficino en Paul Kristeller, *The Philosophy of Marsilio Ficino*. Muchas de las citas que he reproducido están tomadas de las pp. 208-214 de este texto. La información adicional y las citas las he tomado de Winfried Schleiner: *Melancholy, Genius, and Utopia in the Renaissance*, pp. 24-26, de Klibansky *et al.*: *Saturn and Melancholy*, p. 159, de la disertación no publicada de Barbara Tolley: «The Languages of Melancholy in *Le Philosophe Anglais*», pp. 20-23, y de Lawrence Babb: *The Elizabethan Malady*, pp. 60-61.

36. Acerca de Agripa, véase Winfried Schleiner: *Melancholy, Genius, and Utopia in the Renaissance*, pp. 26-27.

37. Los comentarios de Vasari acerca de la tendencia a la depresión entre los artistas aparecen errática y esotéricamente en los dos volúmenes de su *Lives of the Artists*. En el vol. 1, Vasari escribe acerca de Paolo Uccello, de quien dice que

terminó «aislado, excéntrico, melancólico y pobre» porque «su mente se enfrentó con serios problemas», p. 95. Correggio, escribe Vasari, «era muy melancólico en la práctica de su arte, en el que se empeñaba sin descanso», p. 278. Una fuente secundaria excelente acerca de la tradición de la melancolía y el genio artístico, sobre todo en lo relativo al supremo Albrecht Dürer (Durero) y al Renacimiento alemán, véase la obra realmente inspirada de Raymond Klibansky, Erwin Panofsky y Fritz Saxl: *Saturn and Melancholy: Studies in the History of Natural Philosophy, Religion, and Art*.

38. La frase «las relaciones con ángeles malignos, o de la intromisión de ellos en la vida del enfermo» se encuentra en el *Discourse* de Andreas du Laurens, citado en Lawrence Babb: *The Elizabethan Malady*, p. 49.

39. El hombre que sintió el «espíritu maligno entrar por su ano» se menciona en *ibidem*, p. 53.

40. Los puntos de vista de George Gifford se desarrollan en Winfried Schleiner: *Melancholy, Genius, and Utopia in the Renaissance*, p. 182.

41. Los análisis acerca de Jan Wier, quien también aparece mencionado como Johann Weyer, se encuentran en *ibidem*, pp. 181-187, así como en Lawrence Babb: *The Elizabethan Malady*, pp. 54-56. Las observaciones de Freud sobre Jan Wier están en la *Standard Edition*, vol. 9, p. 245.

42. Los puntos de vista de Reginald Scot acerca de la brujería, y la historia sobre la orden del rey Jacobo de quemar el libro se presentan en detalle en Lawrence Babb: *The Elizabethan Malady*, pp. 55-56, y en Winfried Schleiner: *Melancholy, Genius, and Utopia in the Renaissance*, pp. 183-187.

43. El caso francés en que se descubrió un ruido sordo bajo las costillas se ha descrito en Winfried Schleiner: *Melancholy, Genius, and Utopia in the Renaissance*, p. 189.

44. La cita de las palabras del sínodo de 1583 se han tomado de *ibidem*, p. 190.

45. La relación entre Montaigne y la melancolía es un tópico maravilloso y merece un largo análisis específico. En cuanto al material al que hago referencia véase *ibidem*, pp. 179 y 184. Un análisis más profundo se puede encontrar en M. A. Screech, *Montaigne & Melancholy*.

46. Andreas du Laurens es conocido también como Laurentius. Para simplificar, me he limitado a utilizar siempre su nombre no latino. El análisis, y también las citas, están tomados de Stanley Jackson, *Melancholia and Depression*, pp. 86-91, y de T. H. Jobe, «Medical Theories of Melancholia in the Seventeenth and Early Eighteenth Centuries», *Clio Medica*, 11, núm. 4 (1976), pp. 217-221.

47. El médico de comienzos del siglo XVII al que me refiero aquí es Richard Napier, y sus observaciones se pueden encontrar en Michael MacDonald: *Mystical Bedlam*, pp. 159-160. John Archer escribió, en su manuscrito de 1673, que la melancolía es el «mayor enemigo de la naturaleza», según se refiere en *Mystical Bedlam*, p. 160.

48. Las referencias a Levino Lemnio, Huarte, Luis Mercado y Johannes Baptista Silvatico se pueden encontrar en Lawrence Babb: *The Elizabethan Malady*, p. 62.

49. El barbero melancólico aparece en la obra *Midas*, de Lyly. He tomado la línea de Michael MacDonald, *Mystical Bedlam*, p. 151.

50. El médico cuyos pacientes melancólicos tenían en su mayoría títulos nobiliarios es Richard Napier. Las estadísticas se han tomado de *ibidem*, p. 151. El relato de Napier acerca de su práctica es inusualmente minucioso y uno de los mejores materiales de ese período. Al parecer, tuvo una sensibilidad especial con respecto a los trastornos de salud mental y se refiere a ellos con mucha elocuencia.

51. En los escritos de Timothy Rogers se corrobora que a los que realmente sufrían de melancolía se los trataba con simpatía y respeto. En su *Discourse* de 1691 escribe abundantemente acerca de la comprensión y la consideración que se debía dispensar a los deprimidos. «No agujoneéis a vuestros amigos enfermos de melancolía a hacer cosas que no pueden hacer — escribe—. Ellos son como los que tienen los huesos rotos y sufren grandes dolores y angustia, y en consecuencia son incapaces de actuar ... si por cualquier medio os fuera posible distraerlos inocentemente, les haríais mucho bien.» Véase *A Discourse Concerning Trouble of the Mind and the Disease of Melancholy*, partes del cual han sido reproducidos en Richard Hunter e Ida Macalpine: *300 Years of Psychiatry*, pp. 248-251.

52. Las citas de «Il Penseroso» corresponden a los versos 11 a 14, 168 y 169, y 173 a 176, incluidos en John Milton: *Complete Poems and Major Prose*, pp. 72 y 76.

53. La muy interesante obra *Anatomy of Melancholy* de Robert Burton recoge

una gran sabiduría de la que yo no he podido dar cuenta adecuadamente. [Hay trad. cast.: *Anatomía de la melancolía*, 2 vols., Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid, 1997-1998.] Los comentarios acerca de Burton abundan. Se puede encontrar un breve y conciso resumen de su vida y obra en Stanley Jackson: *Melancholia and Depression*, pp. 95-99. En cuanto a análisis más extensos, véase Lawrence Babb: *The Elizabethan Malady*; Eleanor Vicar: *The View from Minerva's Tower*; Vieda Skultan: *English Madness*, y Rudolph y Margot Wittkower: *Born Under Saturn*. También me he basado extensamente en el manuscrito inédito de Paolo Bernardini: «*Melancholia gravis: Robert Burton's Anatomy (1621) and the Links between Suicide and Melancholy*». Las citas reproducidas en el texto proceden de Robert Burton: *Anatomy of Melancholy*, pp. 129-139, 162-171, 384-385, y 391. Las citas correspondientes a Burton y el suicidio las he tomado directamente del manuscrito de Bernardini.

54. Los relatos de Caspar Barlaeus acerca del hombre que quería ser envuelto en paja, de Casanova sobre el hombre que creía ser de manteca, la historia de Carlos VI, y el caso reciente de delirio vítreo en Holanda han sido tomados de F. F. Blok: *Caspar Barlaeus*, pp. 105-121.

55. Acerca de Descartes y la salud mental, véase el ensayo de Theodore Brown: «Descartes, dualism, and psychosomatic medicine», en W. F. Bynum, Roy Porter y Michael Shepherd: *The Anatomy of Madness*, vol. 1, pp. 40-62. Fragmentos de la obra de Descartes *Las pasiones del alma* aparecen en Richard Hunter e Ida Macalpine: *300 Years of Psychiatry*, pp. 133-134.

56. Los fragmentos de Willis se pueden encontrar en sus *Two Discourses Concerning the Soul of Brutes*, pp. 179, 188-201 y 209. T. H. Jobe: «Medical Theories of Melancholia in the Seventeenth and Early Eighteenth Centuries», *Clio Medica*, 11, núm. 4 (1976), y Allan Ingram: *The Madhouse of Language* me resultaron unas fuentes secundarias útiles.

57. Los párrafos de Nicholas Robinson se pueden encontrar en Allan Ingram: *The Madhouse of Language*, pp. 24-25.

58. Boerhaave rechazaba abiertamente la teoría de los humores y defendía la noción de que el cuerpo era una masa de fibras alimentada por la acción hidráulica de la sangre. Las causas fundamentales de la melancolía eran, según Boerhaave: «Todas las cosas que fijan, consumen o confunden los jugos nerviosos del cerebro, como son los accidentes graves, inesperados y de gran magnitud, la dedicación intensa a un propósito cualquiera, el amor apasionado, la sensación de soledad al

despertar, el miedo y los afectos histéricos». Otras causas que habría que considerar eran «la actividad sexual inmoderada, la bebida, la ingestión de partes de animales ahumadas, secadas o saladas, las frutas que no han madurado, las sustancias harinosas no fermentadas». Aquellos que desplegarían determinadas actividades o consumirían determinadas sustancias inmoderadamente y perturbaban el equilibrio de su sangre adquirirían una propensión a producir materiales ácidos, que Boerhaave calificaba de «acres», y en consecuencia su bilis sufría una «degeneración cáustica» que daba lugar a un líquido abrasador y repugnante que circulaba por todo el cuerpo emponzoñándolo. En el cerebro, un «líquido coagulante» solidificaba la sangre, que dejaba de circular e irrigar ciertas áreas esenciales. Las fuentes secundarias a propósito de las teorías de Boerhaave son abundantes. Entre las mejores podemos mencionar el resumen de Stanley Jackson en *Melancholia and Depression*, pp. 119-121, y T. H. Jobe: «Medical Theories of Melancholia in the Seventeenth and Early Eighteenth Centuries», *Clio Medica*, 11, núm. 4 (1976), pp. 224-227. Las citas han sido tomadas de los *Aforismos* de Boerhaave, y de citas reproducidas en el artículo de T. H. Jobe, pp. 226-227. Boerhaave tuvo muchos seguidores y discípulos. Es interesante observar cómo influyó, por ejemplo, en Richard Mead. En su obra magna, publicada en 1751, Mead se ciñó a la idea de un funcionamiento mecánico pero lo desplazó de la sangre a los «espíritus animales» que circulan por los nervios. «Nada perturba tanto la mente como el amor y la religión», señaló. Para Mead, como para Boerhaave, el cerebro es «una glándula manifiestamente grande» y los nervios son «un conducto excretor», y lo que circula por los nervios es un «licor volátil y poco denso de gran fuerza y elasticidad». También aquí hay indicios de una concepción correcta: existe algo que proviene del cerebro y, de alguna manera, viaja a través de los nervios, es decir, los neurotransmisores. Las primeras dos citas referidas a Mead pueden encontrarse en su *Medical Precepts and Cautions*, pp. 76 y 78; las tres últimas citas pueden encontrarse en sus obras completas, publicadas bajo el título *The Medical Works of Richard Mead, M. D.*, p. xxi.

59. La obra que consulté a propósito de Julien Offray de La Mettrie es el libro de Aram Vartanian *La Mettrie's L'Homme Machine*. He tomado la cita del libro de Vartanian, p. 22.

60. Friedrich Hoffman sostuvo en 1783 que la sangre se espesaba debido a una «debilidad del cerebro, ocasionada por una larga aflicción, temor o amor contrariado». Además, afirmó que la manía y la depresión, tratados durante mucho tiempo como dos problemas independientes el uno del otro, «parecen ser más bien diferentes etapas de una misma enfermedad; la manía sería específicamente una exacerbación de la melancolía que abandona a los pacientes

melancólicos durante los intervalos de mayor tranquilidad». También rescata las ideas de Boerhaave al señalar que la melancolía entrañaba «un retraso en la circulación», y la manía «una aceleración de esta». Los párrafos de Friedrich Hoffman pertenecen a su *A System of the Practice of Medicine*, pp. 298-303.

61. Las citas de Spinoza provienen de *The Ethics of Spinoza*, pp. 139-140.

62. Hay un buen análisis de Bedlam en Marlene Arieno: *Victorian Lunatics*, esp. pp. 16-19. Acerca de Bicêtre y su famoso doctor Philippe Pinel, véase Dora Weiner: «“Le geste de Pinel”: The History of a Psychiatric Myth», en Mark Micale y Roy Porter (eds.): *Discovering the History of Psychiatry*, cap. 12.

63. La queja de Blake aparece en Roy Porter: *Mind-Forg'd Manacles*, p. 73.

64. Existen numerosos libros acerca de la locura en los siglos XVIII y XIX. Mis ideas se han visto influidas por algunos de ellos, como el de Andrew Scull: *Social Order/Mental Disorder*; el de Michael Foucault: *Madness and Civilization*, y el de Roy Porter: *Mind-Forg'd Manacles*.

65. La cita de John Monroe se puede encontrar en Andrew Scull: *Social Order/Mental Disorder*, p. 59.

66. Pinturas de algunos de los artefactos de tortura utilizados a comienzos del siglo XVIII, de aspecto en extremo alarmante, en *ibidem*, pp. 69-72.

67. Los comentarios de Boswell acerca de la enfermedad mental, así como sus diarios y correspondencia, se pueden encontrar en Allan Ingram: *The Madhouse of Language*, pp. 146-149.

68. Los comentarios de Samuel Johnson acerca de Burton aparecen en Roy Porter, *Mind-Forg'd Manacles*, pp. 75-77. Tomé el texto en el que Johnson habla del «perro negro» de Max Byrd, *Visits to Bedlam*, p. 127.

69. Acerca de lo que Cowper escribió sobre su depresión, incluidos los párrafos citados, véase Allan Ingram: *The Madhouse of Language*, pp. 149-150. Los versos corresponden a su «Lines Written During a Period of Insanity», en *The Poetical Works of William Cowper*, p. 290.

70. Los versos de Edward Young están en *The Complaint, or Night-Thoughts*, vol. 1, p. 11.

71. La descripción de sí mismo que hace Tobias Smollet como un hospital está en Roy Porter: *Mind-Forg'd Manacles*, notas finales, p. 345.

72. La cita de la marquesa de Deffand se halla en Jerome Zerbe y Cyril Connolly: *Les Pavillons of the Eighteenth Century*, p. 21.

73. El comentario de Johnson sobre Escocia está en Max Byrd: *Visits to Bedlam*, p. 126.

74. Véase el menosprecio de John Brown por el clima británico, lo mismo que las observaciones de Edmund Burke, en *ibidem*, p. 126. Se podrían llenar volúmenes enteros con los comentarios acerca de la melancolía escritos en el siglo XVIII. Jonathan Swift, que por su parte también sufría de esplín, tuvo poca misericordia por todas estas relaciones. Su mentalidad era más bien la del que recomienda tratar de recomponerse a la fuerza: «A veces, algo que imaginaba hacía que un patán se ensimismara, se tendiera en su cama y se pusiera a dar alaridos y a gemir lastimeramente, y a desdeñar todo lo que se le acercaba, aunque fuese joven y gordo, y se negaba a comer o a beber; sus sirvientes no lograban discernir qué era lo que lo afligía. Y el único remedio que encontraban era hacerlo trabajar sin descanso, después de lo cual volvía infaliblemente en sí». Este fragmento es de *Gulliver's Travels*, p. 199. [Hay trad. cast.: *Los viajes de Gulliver*.]

75. El fragmento de Voltaire que aquí se cita es de *Candide*, p. 140.

76. La simpática prescripción de Horace Walpole está en Roy Porter: *Mind-Forg'd Manacles*, p. 241. La cuestión de la relación entre geografía y depresión se planteó por primera vez en este período. William Rowley escribió que «Inglaterra, conforme a su superficie y número de habitantes, produce y alberga más dementes que ningún otro país de Europa, y el suicidio es más común en su territorio. La excitación de las pasiones, la libertad de pensamiento y acción, que sufren menos restricciones que en otros países, hacen afluir una enorme cantidad de sangre a la cabeza, y producen en este país muchas más variedades de locura que las que se observan en otras naciones. La tolerancia civil y religiosa producen locura religiosa y política; pero allí donde esa tolerancia no existe, no aparece esa clase de locura». Las observaciones de William Rowley están en Max Byrd: *Visits to Bedlam*, p. 129.

77. El verso del poema de Thomas Gray «Elegía escrita en el cementerio de una iglesia en el campo» es la núm. 36, y se puede encontrar en la p. 38 de *The Complete Poems of Thomas Gray*. Los versos de la «Oda sobre una visión distante de Eton College» están en las pp. 9 y 10 del mismo volumen.

78. Los comentarios de Coleridge pueden encontrarse en Earl Leslie Griggs (ed.): *The Collected Letters of Samuel Taylor Coleridge*, vol. 1, carta 68, p. 123.

79. Los aforismos de Kant provienen de sus *Observations on the Feeling of the Beautiful and Sublime*, pp. 56 y 63.

80. Acerca de la salud mental en las colonias norteamericanas, véase Mary Ann Jimenez: *Changing Faces of Madness*. Un ejemplo de la tendencia a las explicaciones religiosas de la depresión en Estados Unidos es el caso de William Thompson, un ministro de la Iglesia que vivió en Massachusetts en el siglo XVII, que se deprimió tanto que tuvo que abandonar su trabajo y se convirtió «en un vivo retrato de la Muerte / una tumba andante, un sepulcro viviente / en el que la negra melancolía lo enterró». Era el diablo el que «fastidiaba su mente con diabólicas embestidas, y horribles e infernales dardos». El poema sobre William Thompson, escrito por su «familia y sus amigos», se puede encontrar en *ibidem*, p. 13.

81. Tomé el fragmento de Cotton Mather acerca de la depresión de su esposa en *ibidem*, pp. 13-15.

82. Las citas de *The Angel of Bethesda* están en las pp. 130-133.

83. Las observaciones de Henry Rose están en su *An Inaugural Dissertation on the Effects of the Passions upon the Body*, p. 12. Entre los norteamericanos prominentes que publicaron tratados sobre el tema de la depresión podemos mencionar a Nicholas Robinson, William Cullen y Edward Cutbush. Nicholas Robinson fue muy leído en las colonias, y sus explicaciones mecánicas de la melancolía dominaron el pensamiento norteamericano a mediados del siglo XVIII. Más datos acerca de Nicholas Robinson y su influencia en las colonias en Mary Ann Jimenez: *Changing Faces of Madness*, pp. 18-20. William Cullen, que publicó su obra en Filadelfia en 1790, un humanista liberado de las restricciones de la religión, consideraba que «una textura más dura y seca en la sustancia medular del cerebro» debida a una «cierta carencia de fluido en esa sustancia» es la que provoca la melancolía. Estas palabras se pueden encontrar en Cullen: *The First Lines of the Practice of Physic*, vol. 3, p. 217. Edward Cutbush, en las colonias, habla de la melancolía como de una «locura atónica» en la que «la mente permanece por lo general fijada a un tema; muchos son reflexivos, silenciosos, morosos y pueden quedarse inmóviles como estatuas; otros abandonan su casa en busca de lugares solitarios, descuidan su higiene personal, suelen tener el cuerpo frío, y su piel cambia de color y se seca; sufren una notable disminución de las diferentes

secreciones, su pulso se hace más lento y adquieren un aspecto lánguido». Pensaba que el cerebro estaba en movimiento constante (del mismo modo que el corazón o los pulmones) y que la locura era producto de «un exceso o una carencia de movimiento en una o más partes del cerebro». Luego se preguntaba si esos fallos en el movimiento provienen de la sangre y el fluido nervioso, como decía Boerhaave, de sustancias químicas, como sugería Willis, o de «un fluido eléctrico o “electroide”» que podía provocar «los ataques periódicos de demencia» en caso de que se produjera «una acumulación de esta electricidad en el cerebro». Cutbush decía que una excitación desmesurada del cerebro podía destruirlo: «La primera impresión produce una conmoción de tal magnitud en el cerebro, que excluye, o atrae a un enorme vórtice, a todos los otros movimientos, y la demencia con el cortejo de humores que la acompañan se apodera de la razón soberana». Las ideas de Edward Cutbush están en su *An Inaugural Dissertation on Insanity*, pp. 18, 24, 32-33.

84. Acerca de la «*anorexia nervosa* evangélica», véase Julius Rubin: *Religious Melancholy and Protestant Experience in America*, pp. 82-124 y 156-176. La frase «perfeccionistas del hambre» se encuentra en la p. 158.

85. Estas palabras de Kant acerca de lo sublime están en *The Philosophy of Kant*, p. 4.

86. El famoso verso está en el *Fausto* de Johann Wolfgang Goethe, parte I, escena 6, p. 42.

87. Los versos de Wordsworth son del poema «Resolution and Independence», incluido en el volumen *The Prelude: Selected Poems and Sonnets*, p. 138.

88. El texto de Keats sobre la muerte es el verso 52 de la «Oda a un ruiseñor», en *The Poems*, p. 202. La cita de la «Oda a la melancolía» reproduce los versos 21-25, en la misma colección, p. 214.

89. Las citas de Shelley son de su poema «Mutability», versos 1-4 y 19-21, en *The Complete Poems of Percy Bysshe Shelley*, p. 679.

90. Los versos de Giacomo Leopardi son de «To Himself», *Poems*, p. 115.

91. «Vanidad de vanidades», Eclesiastés 12:8.

92. El fragmento original de *The Sorrows of Young Werther* se encuentra en las

pp. 95 y 120.

93. Los versos de Baudelaire son de *The Flowers of Evil*, pp. 92-93. [Hay trad. cast.: *Las flores del mal*.]

94. Bernard de Morlaix, monje cluniacense, escribió su poema más conocido, *De Contemptu Mundi*, en el siglo XII. Es, sin duda, una de las meditaciones apocalípticas que más han perdurado.

95. La cita de Hegel proviene de sus *Lectures on the Philosophy of History*, citadas en Wolf Lepenies, *Melancholy and Society*, p. 75.

96. Por supuesto, todo lo que Kierkegaard escribió parece haber estado dedicado de una u otra manera a la depresión, pero estos fragmentos provienen, respectivamente, de un párrafo citado en George Lukacs: *Soul and Form*, p. 33, y de Kierkegaard: *The Sickness Unto Death*, p. 50.

97. Los comentarios de Schopenhauer acerca de la melancolía se encuentran fundamentalmente en sus ensayos y no en sus libros más extensos. Yo señalaría particularmente sus ensayos «Sobre los sufrimientos del mundo», «Sobre la vanidad de la existencia» y «Sobre el suicidio». Ambas citas son de «Sobre los sufrimientos del mundo», incluidos en la colección *Complete Essays of Schopenhauer*, pp. 3-4.

98. Los comentarios de Nietzsche acerca de la salud y la enfermedad están en *The Will to Power*, p. 29.

99. Philippe Pinel: *A Treatise on Insanity*, pp. 107, 132, y 53-54, respectivamente.

100. La cita de Samuel Tuke es de Andrew Scull: *Social Order/Mental Disorder*, p. 75.

101. El director de otro asilo al que aludo aquí está citado en *ibidem*, p. 77.

102. La estadística acerca de los dementes puede encontrarse en Marlene Arieno: *Victorian Lunatics*, p. 11. La historia de las leyes referidas a los lunáticos está en el mismo libro, pp. 15-17. Los datos acerca de la población de Bedlam en 1850 están en *ibidem*, p. 17.

103. La muy perspicaz cita de Thomas Beddoes está en Stanley Jackson:

Melancholia and Depression, p. 186.

104. Las ideas y palabras de Benjamin Rush están en su *Medical Inquiries and Observations*, pp. 61-62, 78 y 104-108. J. E. D. Esquirol estuvo entre quienes se mantuvieron fieles a Pinel. Defensor a ultranza de los asilos ya en los primeros años del siglo XIX, afirmaba que era preciso tratar a los pacientes en un clima «seco y templado, bajo un cielo diáfano, con una temperatura agradable, y en un medio acogedor y un paisaje variado», y había que ofrecerles oportunidades de hacer ejercicio, excursiones y darles laxantes. Para tratar las causas de la melancolía, propone un catálogo de trastornos mentales que incluye los conflictos domésticos, la masturbación, el amor propio herido, los golpes en la cabeza, la predisposición hereditaria y el libertinaje, entre otros. En cuanto a los síntomas, dijo que «esta no es una enfermedad de excitación, lamentos, gritos, llantos; es una enfermedad de silencios, en la que no hay lágrimas y todo es inmovilidad». Las citas de Esquirol provienen de su obra *Mental Maladies*, p. 226, y de la disertación inédita de Barbara Tolley: «The Languages of Melancholy in *Le Philosophe Anglais*», p. 11. Mientras que algunos se concentraron en la humanidad del tratamiento, otros lo hicieron en la naturaleza de la enfermedad en sí misma. James Cowles Prichard, que siguió a Nietzsche, definió la enfermedad como algo estrechamente relacionado con la salud, y estableció las bases de lo que sería el enfoque moderno de la depresión. «Tal vez sea imposible —escribió— trazar una línea que marque claramente la transición de la predisposición a la enfermedad; pero en un cierto punto esta afección constituye indudablemente una enfermedad mental, y esa enfermedad existe sin que ilusión alguna deje su impronta en la comprensión propia de la razón. No es que la facultad de razonar resulte manifiestamente perturbada, sino que un sentimiento constante de pesimismo y tristeza ensombrece la perspectiva de la vida. Esta tendencia a la aflicción y la melancolía enfermizas, como no destruye la capacidad de comprensión, al principio a menudo puede mantenerse bajo control, y probablemente muestre rasgos peculiares que son característicos del estado mental previo del individuo.» Estos párrafos pertenecen a James Cowles Prichard: *Treatise*, p. 18.

105. Las ideas de Griesinger se pueden encontrar en una gran variedad de fuentes primarias y secundarias. Su *Mental Pathology and Therapeutics* es una excelente muestra de sus ideas. El libro de Stanley Jackson *Melancholia and Depression* contiene un resumen muy esclarecedor de las ideas de Griesinger.

106. Las ideas de Foucault están expuestas en su famosa obra *Madness and Civilization*, un libro cuyo estilo elocuente y especioso perjudicó significativamente la causa de los enfermos mentales a finales del siglo XX.

107. La mayor parte de las obras de Charles Dickens reivindican la reforma social. Véase, por ejemplo, *Nicholas Nickleby*. Acerca de las ideas de Victor Hugo a propósito de la alienación y la justicia social, véase su novela *Les Misérables*. Oscar Wilde expresa el espíritu de la alienación de su época en «The Ballad of Reading Gaol», en *Complete Poetry*, pp. 152-172. Joris-Karl Huysmans parece haber mostrado hasta cierto punto el carácter alienado de la decadencia tardía en su famosa *À Rebours* o *Against Nature*.

108. La primera cita de *Sartor Resartus* está en la p. 164; la segunda la he tomado directamente del ensayo de William James «Is Life Worth Living?», *The Will to Believe and Other Essays in Popular Philosophy*, p. 42.

109. Las ideas de William James acerca de la melancolía se encuentran por todas partes en sus textos. Los párrafos citados aquí provienen de su ensayo «Is Life Worth Living?», *The Will to Believe and Other Essays in Popular Philosophy*, pp. 43, 39 y 49, respectivamente. Véase también, por supuesto, *The Varieties of Religious Experience*.

110. Los versos de Matthew Arnold son de «Dover Beach», *The Poems of Matthew Arnold*, pp. 239-243.

111. Las citas de Maudsley se han tomado de su *The Pathology of the Mind*, pp. 164-168. John Charles Bucknill y Daniel H. Tuke, que retomaron el tema de Maudsley en Estados Unidos, observaron que «no hay un trastorno del intelecto que sea parte esencial del trastorno». Además, hablaron de los tratamientos externos de la melancolía, muchos de ellos antiquísimos, que ejercen una acción directa sobre el cerebro. «En todos los órganos del cuerpo, salvo el cerebro, se han realizado enormes avances que han permitido conocer las leyes fisiológicas que los rigen. Muy distinta es la situación cuando se trata del noble órgano que domina al resto del cuerpo. El principio fisiológico sobre el cual tenemos que construir un sistema de patología cerebral es que la salud mental depende de una alimentación apropiada, y la estimulación y el reposo del cerebro; es decir, sobre las condiciones de agotamiento y recuperación de su sustancia nerviosa que permiten que se mantenga en un estado saludable y normal.» Y sugieren con entusiasmo que el opio puede ser eficaz a la hora de distender el cerebro. Los párrafos de John Charles Bucknill y Daniel H. Tuke pueden encontrarse en su *A Manual of Psychological Medicine*, pp. 152 y 341-342. Richard von Krafft-Ebing también identificó esta forma leve de la enfermedad. «Cuando se tienen en cuenta las innumerables pequeñas causas que no llevan al enfermo al hospital, el pronóstico para la melancolía es favorable. Muchos casos de estas características se recuperan

sin que aparezcan delirios o fallos de los sentidos.» Las citas de Richard von Krafft-Ebing provienen de su *Text-Book of Insanity*, p. 309.

112. George H. Savage: *Insanity and Allied Neuroses*, pp. 130 y 151-152.

113. Sigmund Freud: «Extracts from the Fliess Papers», *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. 1, pp. 204-206.

114. El ensayo de Karl Abraham de 1911 se titula «Notes on the Psychoanalytical Investigation and Treatment of Manic-Depressive Insanity and Allied Conditions», en *Selected Papers of Karl Abraham*. Estos párrafos provienen de este ensayo, pp. 137, 146 y 156, respectivamente.

115. Los párrafos de «Duelo y melancolía» los he tomado de *A General Selection from the Works of Sigmund Freud*, pp. 125-127, 133 y 138-139.

116. El artículo mencionado es «Managing Depression in Medical Outpatients», *New England Journal of Medicine*, 343, núm. 26 (2000).

117. A propósito de la respuesta de Abraham a «Duelo y melancolía», véase su ensayo «Development of the Libido», en *Selected Papers of Karl Abraham*, p. 456.

118. Con respecto a este material de Melanie Klein véase su ensayo «The Psychogenesis of Manic-Depressive States», en *The Selected Melanie Klein*, p. 145. Entre otros psicoanalistas que escribieron sobre este tema podemos mencionar al gran revisionista freudiano Sandor Rado. Él planteó un perfil de la clase de persona que sufre de melancolía, que «se siente más feliz cuando vive en una atmósfera impregnada de libido», pero que también tiene una propensión a ser irrazonablemente exigente con aquellos a quienes ama. La depresión, según Rado, es «un desesperado y colosal grito en demanda de amor». Por lo tanto, la depresión evoca una vez más esa precoz demanda del pecho materno, cuya satisfacción Rado llamó, no sin encanto, «el orgasmo alimentario». «La persona deprimida es alguien que reclama amor, del género que sea, desde la infancia: el amor erótico, el maternal, o el amor a sí mismo, son satisfacciones razonables para esta necesidad. El proceso de la melancolía —escribió Rado— representa un intento de reparación (cura) a gran escala, llevado a cabo con una coherencia psicológica férrea.» Las citas de Sandor Rado se encuentran en su ensayo «The Problem of Melancholia», en *Psychoanalysis of Behavior*, pp. 49-60.

119. El texto de Hassoun acerca de su depresión se encuentra en su libro, recientemente publicado, *The Cruelty of Depression*.

120. La lectura de Kraepelin puede volverse tediosa. Los párrafos aquí citados los he tomado de Stanley Jackson: *Melancholia and Depression*, pp. 188-195. También se puede encontrar un análisis excelente del enfoque de Kraepelin en Myer Mendelson: *Psychoanalytic Concepts of Depression*.

121. La frase de sir William Osler es de su *Aequanimitas*, y está citada en Peter Adams: *The Soul of Medicine*, p. 67.

122. Da gusto leer a Adolf Meyer. Con respecto a lo que he escrito acerca de Adolf Meyer, estoy en deuda con Stanley Jackson, *Melancholia and Depression*, y también con Myer Mendelson: *Psychoanalytic Concepts of Depression*, y Jacques Quen y Eric Carlson: *American Psychoanalysis*. Los párrafos citados provienen, en el orden en que aparecen en el texto, de Myer Mendelson: *Psychoanalytic Concepts of Depression*, p. 6; Jacques Quen y Eric Carlson: *American Psychoanalysis*, p. 24; Myer Mendelson: *Psychoanalytic Concepts of Depression*, p. 6; Adolf Meyer: *Psychobiology*, p. 172; *idem*: *The Collected Papers of Adolf Meyer*, vol. 2, pp. 598 y 599; Theodore Lidz: «Adolf Meyer and American Psychiatry» publicado en la revista *American Journal of Psychiatry*, 123 (1966), p. 326, y Adolf Meyer: *Psychobiology*, p. 158.

123. Acerca de Mary Brooks Meyer, véase Theodore Lidz: «Adolf Meyer and the Development of American Psychiatry», *American Journal of Psychiatry*, 123 (1966), p. 328.

124. La cita acerca de la meta de la medicina proviene del último ensayo de Adolf Meyer: «The "Complaint" as the Center of Genetic-Dynamic and Nosological Thinking in Psychiatry», *New England Journal of Medicine*, 199 (1928).

125. Los párrafos de Sartre provienen de su novela *Nausea*, pp. 4, 95-96, 122 y 170. [Hay trad. cast.: *La náusea*.]

126. Los párrafos de Beckett se han tomado, respectivamente, de *Malone Dies* y *The Unnamable*, y aparecen en el volumen *Molloy, Malone Dies, The Unnamable*, pp. 256-257, 333-334.

127. La historia del descubrimiento de los antidepresivos tiene innumerables versiones. Una de las más interesantes es la de Peter Kramer: *Listening to Prozac*, mientras que en Peter Whybrow: *A Mood Apart*, nos encontramos con una versión más técnica. Me he basado en ambas, y también en la detallada historia que constituye la columna vertebral de David Healy: *The Antidepressant Era*. También he incluido información obtenida en entrevistas.

128. El debate entre Kline/Lurie y Salzer/Kuhn está en David Healy: *The Antidepressant Era*, pp. 43-77.

129. El descubrimiento de la teoría de los neurotransmisores y los primeros trabajos acerca de la acetilcolina, así como el descubrimiento de la serotonina y el vínculo entre la sustancia y la función afectiva, están en *ibidem*, pp. 145-147.

130. El artículo de 1955 al que hago referencia es el de A. Pletscher *et al.*: «Serotonin Release as a Possible Mechanism of Reserpine Action», *Science*, 122 (1955).

131. El trabajo acerca de la disminución de los niveles de serotonina está en David Healy: *The Antidepressant Era*, p. 148.

132. El desarrollo de los IMAO está en *ibidem*, pp. 152-155.

133. El trabajo de Axelrod acerca de la reabsorción está en *ibidem*, pp. 151-161.

134. El artículo original de Joseph Schildkraut es «The Catecholamine Hypothesis of Affective Disorders: A Review of Supporting Evidence», *American Journal of Psychiatry*, 122 (1965), pp. 509-522.

135. Estoy en deuda con David Healy por su crítica a Schildkraut.

136. Los científicos escoceses que trabajaron en la teoría de los receptores son George Ashcroft, Donald Eccleston, y miembros de su equipo, según se explica en David Healy: *The Antidepressant Era*, p. 162.

137. La historia de Carlsson y Wong y la serotonina está en *ibidem*, pp. 165-169.

138. La crónica del desarrollo de cada uno de los medicamentos se encuentra en los sitios de la web de sus fabricantes. Para más información acerca del Prozac véase, en el sitio web de Lilly, <www.prozac.com>. Para más información acerca del Zoloft véase, en el sitio de Pfizer, <www.pfizer.com>. Para más información acerca de medicamentos en desarrollo en Du Pont, véase <www.dupontmerck.com>. Con respecto al Luvox véase, en el sitio de Solvay, <www.solvay.com>. La información sobre medicamentos en desarrollo en Parke-Davis se puede encontrar en <www.parke-davis.com>. Acerca de la reboxetina y el Xanax véase, en el sitio de Pharmacia/and Upjohn, <www2.pnu.com>. Para más

información acerca del Celexa véase, en el sitio de Forest Laboratories, <www.forestlabs.com>.

9. POBREZA

1. El hecho de que los pobres deprimidos tienden a volverse más pobres y deprimidos se menciona en varios estudios. Acerca del efecto de la depresión sobre la capacidad de ganarse la vida se expusieron Sandra Danziger *et al.*: «Barriers to the Employment of Welfare Recipients», publicado por Poverty Research and Training Center de Ann Arbor, Michigan. Este estudio señala que entre las poblaciones más pobres, aquellos que han recibido un diagnóstico de depresión mayor no pueden trabajar, en general, más de veinte horas a la semana. El hecho de que se deprimen cada vez más lo prueban las investigaciones que muestran la pobreza de los tratamientos en las poblaciones pobres y sin hogar, como la de Bonnie Zima *et al.*: «Mental Health Problems among Homeless Mothers», *Archives of General Psychiatry*, 53 (1996), y la de Emily Hauenstein: «A Nursing Practice Paradigm for Depressed Rural Women: Theoretical Basis», *Archives of Psychiatric Nursing*, 10, núm. 5 (1996). Hay un excelente análisis de las relaciones entre pobreza y salud mental en John Lynch *et al.*: «Cumulative Impact of Sustained Economic Hardship on Physical, Cognitive, Psychological, and Social Functioning», *New England Journal of Medicine*, 337 (1997).

2. Acerca de la depresión entre las mujeres, véase el capítulo 5.

3. Acerca de la depresión entre los artistas, véase Kay Jamison: *Touched with Fire*.

4. Un ejemplo acerca de la depresión entre los atletas puede encontrarse en Buster Olney: «Harnisch Says He Is Been Treated for Depression», *New York Times* (26-4-1997).

5. Acerca de la depresión entre los alcohólicos, véase el capítulo 6.

6. El hecho de que entre los pobres haya una alta tasa de depresión lo prueban las estadísticas en las que se registra que entre los que reciben ayuda del gobierno la incidencia de la depresión es tres veces mayor que entre los que no la reciben, incluida en K. Olsen y L. Pavetti, «Personal and Family Challenges to the Successful Transition from Welfare to Work», publicado por el Urban Institute en 1996. En Sandra Danziger *et al.*: «Barriers to the Employment of Welfare

Recipients», Poverty Research and Training Center, Ann Arbor (Michigan), se señala que aquellos que reciben ayuda del gobierno y están deprimidos tienden a ser menos capaces de mantener un trabajo, completando de ese modo el círculo vicioso en que quedan encerradas la pobreza y la depresión. Robert DuRant *et al.*: «Factors Associated with the Use of Violence among Urban Black Adolescents», *American Journal of Public Health*, 84 (1994) señalan una relación entre la depresión y la violencia. Ellen Bassuk *et al.*: «Prevalence of Mental Health and Substance Use Disorders among Homeless and Low-Income Housed Mothers», *American Journal of Psychiatry*, 155, núm. 11 (1998), pasan revista a una serie de investigaciones referidas a los elevados niveles de abuso de sustancias que se verifican entre los que sufren depresión.

7. La eficacia de la mayoría de los tratamientos farmacológicos y psicodinámicos parece ser bastante análoga en las distintas poblaciones. Por lo tanto, los tratamientos contra la depresión entre los indigentes deberían exhibir las mismas tasas de eficacia que en la población en general. El problema con esta población en particular en el sistema actual reside en la dificultad de poner a los pacientes bajo tratamiento.

8. La estadística de que en Estados Unidos entre el 85 y el 95 por ciento de las personas que padecen enfermedades mentales graves están desempleadas se ha tomado de dos estudios de W. A. Anthony *et al.*: «Predicting the vocational capacity of the chronically mentally ill: Research and implications», *American Psychologist*, 39 (1984), y «Supported employment for persons with psychiatric disabilities: An historical and conceptual perspective», *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11, núm. 2 (1982).

9. Acerca de la primera etapa de la pubertad de los hijos de madres deprimidas véase Bruce Ellis y Judy Garber: «Psychosocial antecedents of variation in girls' pubertal timing: Maternal depression, stepfather presence, and marital and family stress», *Child Development*, 71, núm. 2 (2000).

10. El comportamiento característico de las niñas con una pubertad precoz se describe en Lorah Dorn *et al.*: «Biopsychological and cognitive differences in children with premature vs. On-time adrenarche», *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 153, núm. 2 (1999). Para un panorama más amplio de la bibliografía acerca de la pubertad precoz, la promiscuidad y la actividad sexual, véase Jay Belsky *et al.*: «Childhood Experience, Interpersonal Development, and Reproductive Strategy: An Evolutionary Theory of Socialization», *Child Development*, 62 (1991).

11. Acerca de los programas públicos de atención médica y los mentalmente enfermos véanse Lillian Cain: «Obtaining Social Welfare Benefits for Persons with Serious Mental Illness», *Hospital and Community Psychiatry*, 44, núm. 10 (1993); Ellen Hollingsworth: «Use of Medicaid for Mental Health Care by Clients of Community Support Programs», *Community Mental Health Journal*, 30, núm. 6 (1994); Catherine Melfi *et al.*: «Access to Treatment for Depression in a Medicaid Population», *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 10, núm. 2 (1999), y Donna McAlpine y David Mechanic: «Utilization of Specialty Mental Health Care among Persons with Severe Mental Illness: The Roles of Demographics, Need, Insurance, and Risk», *Health Services Research*, 35, núm. 1 (2000).

12. Pueden encontrarse ejemplos de programas agresivos y exitosos de mayor alcance en Carol Bush *et al.*: «Operation Outreach: Intensive Case Management for Severely Psychiatrically Disabled Adults», *Hospital and Community Psychiatry*, 41, núm. 6 (1990), y José Arana *et al.*: «Continuous Care Teams in Intensive Outpatient Treatment of Chronic Mentally Ill Patients», *Hospital and Community Psychiatry*, 42, núm. 5 (1991). Con respecto a la información referida a los programas de mayor alcance para las poblaciones sin hogar, véase Gary Morse *et al.*: «Experimental Comparison of the Effects of Three Treatment Programs for Homeless Mentally Ill People», *Hospital and Community Psychiatry*, 43, núm. 10 (1992).

13. El informe de L. Lamison-White *U. S. Bureau of the Census: Current Populations Report* señala que el 13,7 por ciento de los estadounidenses viven por debajo del umbral de pobreza, según se reproduce en Jeanne Miranda y Bonnie L. Green: «Poverty and Mental Health Services Research», p. 4.

14. El estudio que muestra que el 42 por ciento de los cabezas de familia que reciben ayuda para familias con hijos dependientes reúnen los criterios que definen la depresión clínica es el de K. Moore *et al.*: «The JOBS Evaluation: How Well Are They Faring? AFDC Families with Preschool-Aged Children in Atlanta at the Outset of the JOBS Evaluation» U.S. Department of Health and Human Services, 1995.

15. El estudio que muestra que el 53 por ciento de las madres embarazadas incluidas en programas de ayuda del gobierno reúnen los criterios que definen la depresión mayor es J. C. Quint *et al.*: «New Chance: Interim Findings on a Comprehensive Program for Disadvantaged Young Mothers and Their Children», publicado por Manpower Demonstration Research Corporation, 1994.

16. El hecho de que entre aquellos que sufren trastornos psiquiátricos, la probabilidad de que reciban ayuda del gobierno es un 38 por ciento más alta que entre aquellos que no los padecen, se plantea en R. Jayakody y H. Pollack: «Barriers to Self-Sufficiency among Low-Income, Single Mothers: Substance Use, Mental Health Problems, and Welfare Reform». Este trabajo fue presentado en la Association for Public Policy Analysis and Management, en Washington, D. C., en noviembre de 1997.

17. El dato según el cual el gobierno federal y los gobiernos estatales gastaron alrededor de veinte mil millones de dólares en transferencias en efectivo destinadas a adultos no mayores pobres y sus hijos, y aproximadamente la misma cantidad en vales de comida para dichas familias, lo he tomado del *Green Book* del U. S. House of Representatives Committee on Ways and Means de 1998. En la p. 411 se afirma que los gastos del gobierno federal en los Programas de Ayuda para Familias con Hijos Dependientes (AFDC, sigla en inglés) ascendieron a 11.100 millones de dólares, mientras que los gobiernos estatales gastaron 9.300 millones de dólares. Esto no incluye los costes administrativos federales adicionales de 1.600 millones, y otros 1.600 millones correspondientes a los costes administrativos estatales. Los costes federales de los programas de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, sigla en inglés) fueron de 23.500 millones de dólares en vales de comida y otros 2.000 millones correspondientes a los costes administrativos. Los gobiernos estatales y locales gastaron 1.800 millones en administración. Estas últimas estadísticas se encuentran en la p. 927.

18. Acerca de los problemas del sistema de ayuda gubernamental, en este ejemplo del sistema destinado a los niños, véase Alvin Rosenfeld *et al.*: «Psychiatry and Children in the Child Welfare System», *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 7, núm. 3 (1998). Según estos autores, «En contraste con el sistema de salud mental, quienes suelen administrar los programas destinados a los niños son personas no vinculadas con la medicina ... Es probable que la mayoría de los niños adoptivos necesiten una evaluación psiquiátrica; son pocos los que la reciben». (v. p. 527).

19. Jeanne Miranda ha sido una verdadera pionera en este campo. Entre sus publicaciones más destacadas podemos mencionar: Kenneth Wells *et al.*: «Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: A randomized controlled trial», *Journal of the American Medical Association*, 283, núm. 2 (2000); Jeanne Miranda *et al.*: «Unmet mental health needs of women in public-sector gynecologic clinics», *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 178, núm. 2 (1998); «Introduction to the special section on recruiting

and retaining minorities in psychotherapy research», *Journal of Consulting Clinical Psychologists*, 64, núm. 5 (1996), y Jeanne Miranda *et al.*: «Recruiting and retaining low-income Latinos in psychotherapy research», *Journal of Consulting Clinical Psychologists*, 64, núm. 5 (1996).

20. El dato referido a que los costes por paciente para todos los programas de tratamientos mencionados está por debajo de los 1.000 dólares anuales fue analizado a través de una nutrida correspondencia con los investigadores. Las cifras exactas correspondientes a estos programas son, por supuesto, sumamente difíciles de calcular y comparar debido a las diferencias que existen entre los distintos programas de tratamientos, y sus protocolos y servicios. Jeanne Miranda estimó sus costes por debajo de los 100 dólares por paciente; Emily Hauenstein calculó un coste total de 638 dólares por persona en los regímenes de tratamiento que incluyen aproximadamente treinta y seis sesiones de psicoterapia. Los costes de Glenn Treisman se basan en cifras que me envió en un mensaje de correo electrónico el 30 de octubre de 2000. Treisman estimaba que sus costes operativos habían sido de entre 250.000 y 350.000 dólares por año para un programa que atendía entre 2.500 y 3.000 pacientes. El coste promedio por paciente es, por lo tanto, de alrededor de 109 dólares.

21. El dato por el que la depresión entre los pobres no suele manifestarse en el terreno cognitivo del fracaso personal y la culpa, sino más bien en la somatización, ha sido señalado en Marvin Opler y S. Mouchly Small, «Cultural Variables Affecting Somatic Complaints and Depression», *Psychosomatics*, 9, núm. 5 (1968).

22. El artículo acerca de las penurias económicas y la depresión se publicó en *The New England Journal of Medicine* como John Lynch *et al.*: «Cumulative Impact of Sustained Economic Hardship on Physical, Cognitive, Psychological, and Social Functioning», vol. 337 (1997).

23. Acerca del fenómeno de la indefensión aprendida, véase Martin Seligman: *Learned Optimism*.

24. La tasa de esquizofrenia entre la población con bajos ingresos está en Carl Cohen: «Poverty and the Course of Schizophrenia: Implications for Research and Policy», *Hospital and Community Psychology*, 44, núm. 10 (1993).

25. El «agujero» de ozono ha sido definido como «un área de menos de 220 unidades dobson (DU) de ozono entre el suelo y el espacio». Cito de *One Earth, One*

Future: Our Changing Global Environment, p. 135: «La primera señal inequívoca del cambio inducido por el ser humano en el medio ambiente global llegó en 1985, cuando un equipo de científicos británicos publicó hallazgos que asombraron a la comunidad mundial de químicos especializados en la atmósfera. Joseph Farman, del Servicio Meteorológico británico, y sus colegas, informaron en la revista científica *Nature* que entre 1977 y 1984, durante octubre, el primer mes de la primavera en el hemisferio sur, las concentraciones de ozono estratosférico en la Antártida se habían desplomado más de un 40 por ciento desde los niveles básicos de la década de 1960. La mayoría de los científicos recibieron la noticia con incredulidad». Véase la página web de la Environmental Protection Agency, dedicada al agujero de la capa de ozono, <www.epa.gov/ozone/science/hole/holehome.html>. El Servicio Antártico británico publica anualmente una actualización de datos acerca del estado del ozono antártico. Información actualizada en: <www.nbs.ac.uk/public/icd/jds/ozone/index.html>.

10. POLÍTICA

1. Existe una serie de páginas web informativas dedicadas a la defensa, el apoyo y la educación en materia de salud mental que proporcionan un panorama general de las variables políticas gubernamentales al respecto. Yo recomiendo particularmente las páginas web del Instituto Nacional de Salud Mental (www.nimh.nih.gov), de la National Alliance for the Mentally Ill (www.nami.org), del Treatment Advocacy Center (www.psychlaws.org) de la National Depressive & Manic-Depressive Association (www.ndmda.org) y de la American Psychiatric Association (www.psych.org).

2. A propósito de las observaciones de Tipper Gore sobre su propia depresión, véase su entrevista, publicada bajo el título «Strip Stigma from Mental Illness», *USA Today* (7-5-1999). Se ha publicado gran cantidad de artículos acerca de Mike Wallace y su depresión. Véase Jolie Solomon: «Breaking the Silence», *Newsweek* (20-5-1996); Walter Goodman: «In Confronting Depression the First Target Is Shame», *New York Times* (6-1-1998), y Jane Brodie: «Despite the Despair of Depression, Few Men Seek Treatment», *New York Times* (30-12-1997). Con respecto a la descripción que hace William Styron acerca de su depresión, véanse sus memorias en primera persona *Darkness Visible*, escritas con un estilo elegante, que fue una de las primeras y francas descripciones modernas de la enfermedad depresiva.

3. La National Alliance for the Mentally Ill (NAMI) ofrece excelente información acerca de la Ley de Norteamericanos con Minusvalías (ADA, por sus siglas en inglés), entre ella resúmenes, información para los consumidores, e información para establecer contactos. Se puede encontrar en <<http://www.nami.org/helpline/ada.htm>>.

4. El CAMI (Civil Aeromedical Institute) es la rama educativa, de investigación y certificaciones médicas del U. S. Department of Transportation Federal Aviation Administration. Con respecto a las reglamentaciones de la Asociación Federal de Aviación, véase la página web de CAMI, <www.cami.jccbi.gov/AAM-300/part67.html>.

5. Las citas de Richard Baron provienen de su manuscrito inédito «Employment Programs for Persons with Serious Mental Illness: Drawing the Fine Line Between Providing Necessary Financial Support and Promoting Life-time Economic Dependence», pp. 5-6, 18, 21.

6. Más información acerca del NIH, así como sobre sus diversos departamentos y presupuestos, en su página web, www.nih.gov.

7. Los seis ganadores de premios Nobel que hablaron ante el Congreso lo hicieron en una vista del Subcomité de Trabajo, Salud, Asuntos Sociales y Educación del Congreso a principios de 1990. El congresista John Porter lo ha descrito en numerosas entrevistas.

8. La cifra de que más del 75 por ciento de los planes de salud en Estados Unidos ofrecen menos cobertura en salud mental que para cualquier clase de dolencia física la he sacado de Jeffrey Buck *et al.*: «Behavioral Health Benefits in Employer-Sponsored Health Plans, 1997», *Health Affairs*, 18, núm. 2 (1999).

9. Las cifras de mi propia enfermedad se desglosan así: dieciséis visitas al psicofarmacólogo a razón de 250 dólares la visita, cincuenta visitas al psiquiatra (aproximadamente tres horas por semana) a razón de 200 dólares la hora, y gastos de medicamentos que ascienden a aproximadamente 3.500 dólares anuales.

10. Las estadísticas acerca de los costes financieros de la depresión en los puestos de trabajo provienen de Robert Hirschfeld *et al.*: «The National Depressive and Manic-Depressive Association Consensus Statement on the Undertreatment of Depression», *Journal of the American Medical Association*, 277, núm. 4 (1997), p. 335.

11. La Ley de Salud Mental de 1996 entró en vigencia el 1 de enero de 1998.

12. La estadística según la cual cuatrocientas mil personas quedan fuera de los registros de la seguridad social por cada 1 por ciento de aumento del coste se cita en una carta de John F. Sheils, vicepresidente de Lewin Group Inc., a Richard Smith, vicepresidente de investigación y políticas públicas de la American Association of Health Plans, fechada el 17 de noviembre de 1997. Naturalmente, esta estimación varía según «la política de salud que se esté analizando». La carta me fue facilitada por Lewin Group, Inc.

13. Las consecuencias económicas de la paridad de los seguros son sumamente complicadas y dependen de variables demasiado diversas para que queden reflejadas en un solo estudio. Si bien muchos expertos parecen coincidir en la idea de que la paridad incrementará los costes totales del seguro en menos de un 1 por ciento —la prensa divulgativa y profesional citan regularmente esta estadística—, hay diversos estudios que han llegado a cifras distintas. Según el estudio de la Rand Corporation, la igualación de los mínimos anuales «incrementaría los costes en alrededor de un dólar por empleado». Un informe del National Advisory Mental Health Council, el «Informe provisional sobre la paridad de costes», planteó varias posibilidades: desde descensos del 0,2 por ciento hasta aumentos de menos del 1 por ciento. En un estudio del Lewin Group sobre las compañías de seguros de New Hampshire, no se descubrieron incrementos en los costes. Más información acerca de estos distintos estudios en la página web del NAMI, <www.nami.org/pressroom/costfact.html>. Las cifras acerca de los costes adicionales globales en el primer año de la paridad están en Robert Pear: «Insurance Plans Skirt Requirement on Mental Health», *New York Times* (26-12-1998).

14. El dato según el cual, en 1998, más de mil homicidios fueron atribuidos a personas que sufrían de alguna enfermedad mental se encuentra en Dr. E. Fuller Torrey y Mary Zdanowicz: «Why Desinstitutionalization Turned Deadly», *Wall Street Journal* (4-8-1998).

15. La magnitud de la discrepancia entre la proporción de los enfermos mentales que son peligrosos y la cobertura que se les dispensa en los medios de comunicación se menciona en «Depression: The Spirit of the Age», *The Economist* (19-12-1998), p. 116.

16. El estudio reciente del MIT que demostró que las personas que sufren depresión mayor y pierden su capacidad de trabajo pueden recuperar sus hábitos anteriores gracias a la medicación es el que firman Ernst Berndt *et al.*: «Workplace performance effects from chronic depression and its treatment», *Journal of Health*

Economics, 17, núm. 5 (1998). Los dos estudios que demuestran que el empleo subsidiado para los enfermos mentales es el modo económicamente más provechoso de tratarlos son: E. S. Rogers *et al.*: «A benefit-cost analysis of a supported employment model for persons with psychiatric disabilities», *Evaluation and Program Planning*, 18, núm. 2 (1995), y R. E. Clark *et al.*: «A cost-effectiveness comparison of supported employment and rehabilitation day treatment», *Administration and Policy in Mental Health*, 24, núm. 1 (1996).

17. La ley McCarran-Ferguson fue aprobada en 1945. El doctor Scott Harrington, en su «The History of Federal Involvement in Insurance Regulation», dice que la ley establece «que ninguna ley del Congreso “podrá invalidar, modificar o reemplazar” ninguna ley estatal promulgada con el propósito de regular o fijar impuestos sobre los seguros sociales». Este trabajo se encuentra en Peter Wallison (ed.): *Optional Federal Chartering of Insurance*.

18. La estadística a propósito del presupuesto propuesto por Clinton para el año fiscal 2000 se puede encontrar *on-line* en la página web del Instituto Nacional de Salud Mental, <www.nimh.nih.gov/about/2000budget.cfm>. Según el Instituto, el presupuesto final para el año fiscal 2000 no sería aprobado hasta principios de 2001.

19. El dato sobre el aumento del 24 por ciento en el subsidio para el Subsidio de Servicios de Salud para la Comunidad está en NAMI, *E-News*, 99-74 (2-2-1999).

20. Las recomendaciones de nivel nacional relativas al tratamiento obligatorio de la tuberculosis están publicadas por el programa de tratamientos supervisados de la División de Erradicación de la Tuberculosis de los CDC. Este programa propone reuniones semanales con trabajadores del área de la salud que se ocupan de estos tratamientos y verifican el cumplimiento de los protocolos correspondientes. Más información acerca de las recomendaciones de los CDC en: <www.cdc.gov/nchstp/tb/faqs/qa.htm>. Si bien los cincuenta estados reconocen el programa de tratamiento obligatorio de la tuberculosis, en el nivel estatal y local se lo implementa según las necesidades específicas de cada lugar. En el estado de Nueva York, por ejemplo, las disposiciones relativas a este tratamiento obligatorio son formuladas y supervisadas por el Departamento de Salud del Estado en coordinación con los gobiernos municipales y locales. El Departamento de Salud del Estado dispone de un programa que asegura «la administración supervisada de medicamentos antituberculosos para aquellas personas que no quieran o no puedan cumplir con planes de medicación prescritos». Más información en: <www.health.state.ny.us/nysdoh/search/index.htm>. En el estado de Nueva York,

más del 80 por ciento de los sujetos que presentan tuberculosis están incluidos en este programa. En la ciudad de Nueva York, las disposiciones del Comisionado de Salud relativas a la incorporación al tratamiento contra la tuberculosis establecen que «el Departamento de Salud trabaja con los prestadores de servicios de salud para facilitar la incorporación de los pacientes al tratamiento contra la tuberculosis y proteger la salud pública. Muchos individuos se incorporan al tratamiento cuando se les explica qué es la tuberculosis y reciben incentivos o estímulos, asistencia en sus problemas de alojamiento, mejores servicios sociales y programas domiciliarios o de campo de terapia supervisada. No obstante, si estas medidas fracasaran, la Sección 11.47 (d) del Código de Salud de la ciudad de Nueva York faculta al Comisionado de Salud a disponer lo que considere necesario para proteger la salud pública». Véase la página web del Departamento de Salud de la ciudad de Nueva York, <www.ci.nyc.ny.us/html/doh/html/tb/tb5a.html>. Véase un análisis estadístico del tratamiento obligatorio contra la tuberculosis en la ciudad de Nueva York en Rose Gasner *et al.*: «The Use of Legal Action in New York City to Ensure Treatment of Tuberculosis», *New England Journal of Medicine*, 340, núm. 5 (1999).

21. La posición de la Unión Americana por los Derechos Civiles (ACLU, sigla en inglés) con respecto al tratamiento involuntario de las personas con incapacidades mentales se puede encontrar en Robert M. Levy y Leonard S. Rubinstein: *The Rights of People with Mental Disabilities*, p. 25.

22. Más información sobre Willowbrook en: David y Sheila Rothman: *The Willowbrook Wars*.

23. La información acerca del colapso del presupuesto de gastos destinados a la salud mental en la Administración de Veteranos de Guerra está en la declaración de la American Psychiatric Association ante el Departamento de Asuntos relacionados con los Veteranos de Guerra del 13 de abril de 2000 y puede encontrarse en la página web de la APA, <www.psych.org>, en la sección «Public Policy and Advocacy», y dentro de ella en «APA Testimony».

24. Esta estadística según la cual el 25 por ciento de los veteranos internados en los hospitales de la Administración de Veteranos de Guerra está tomada de la declaración de la American Psychiatric Association ante el Departamento de Asuntos relacionados con los Veteranos de Guerra del 13 de abril de 2000, y se puede encontrar en la página web de la APA, <www.psych.org>, en la entrada «Public Policy and Advocacy», y dentro de ella en «APA Testimony».

25. He tomado de la congresista Marcy Kaptur la prueba anecdótica según la cual las perturbaciones psiquiátricas pueden ser más frecuentes entre los veteranos.

26. El dato de que más de la mitad de los médicos que ejercen la profesión han recibido parte de su formación en el sistema de cuidados de salud de la Administración de Veteranos de Guerra proviene de la página web de este organismo. El informe señala: «En la actualidad la Administración de Veteranos de Guerra está afiliada a 105 facultades de medicina, 54 de odontología, y más de 1.140 facultades de otras especialidades en todo el país. Más de la mitad de los médicos que ejercen la profesión en Estados Unidos han recibido parte de su formación profesional en el sistema de cuidados de salud de la Administración de Veteranos de Guerra. Cada año, aproximadamente 100.000 profesionales de la salud reciben formación en centros médicos de la Administración de Veteranos de Guerra». De <www.va.gov/About-VA/Orgs/vha/index.htm>.

27. El artículo de Kevin Heldman es «7 1/2 Days», *City Limits* (junio-julio de 1998). Las estimaciones del porcentaje de pacientes con trastornos depresivos en instituciones de salud mental municipales y estatales las he tomado de Joanne Atay *et al.*: «Additions and Resident Patients at End of Year, State and County Mental Hospitals, by Age and Diagnosis, by State, United States, 1998», publicado por el Departamento de Salud y Asuntos Sociales de Estados Unidos en mayo de 2000. Los autores señalan que los trastornos afectivos son el segundo trastorno más importante entre los residentes, con un porcentaje del 12,7 por ciento, p. 53. En el caso de los pacientes ambulatorios, esta proporción aumenta al 22,7 por ciento, p. 3.

28. Las cifras correspondientes al presupuesto de salud mental de Pennsylvania me las proporcionaron la Asociación de Salud Mental del Sudeste de Pennsylvania. Agradezco a Susan Rogers, de la citada asociación, por el tremendo empeño que puso en rastrear esta y otras estadísticas.

29. Con respecto a la eficacia de los programas comunitarios, un informe declara que los servicios de esas características «son virtualmente siempre más eficaces que los servicios institucionales en términos de resultados». En: *Amici Curiae Brief for the October 1998 Supreme Court Case of Tommy Olmstead, Commissioner of the Department of Human Resources of the State of Georgia, et al.: vs. L. C. And E. W., Each by Jonathan Zimring, as Guardian ad Litem and Next Friend*, preparado por el National Mental Health Consumers' Self-Help Clearinghouse *et al.*: en apoyo a los demandados, p. 24. Este informe cita numerosos estudios que corroboran sus

hallazgos, dos de los cuales son especialmente pertinentes: A. Kiesler: «Mental Hospitals and Alternative Care: Noninstitutionalization as Potential Public Policy for Mental Patients», *American Psychologist*, 349 (1982), y Paul Carling: «Major Mental Illness, Housing, and Supports», *American Psychologist* (agosto de 1990).

30. Los puntos de vista de Thomas Szasz están expresados en sus numerosos escritos. Sus libros *Cruel Compassion* y *Primary Values and Major Contentions* son un buen punto de partida.

31. La historia sobre el juicio contra Thomas Szasz la cuenta Kay Jamison en *Night Falls Fast*, p. 254.

32. El artículo de opinión acerca de la negativa a dispensar cuidados a los que sufren enfermedades mentales leves es: Sally L. Satel, «Mentally Ill or Just Feeling Sad?», *New York Times* (15-12-1999).

33. Los programas de difusión de la industria farmacéutica son muy amplios. En el congreso anual de la American Psychiatric Association (APA), los foros auspiciados por la industria incluían ponencias presentadas por algunos de los psiquiatras más prominentes de Estados Unidos, muchos de los cuales habían recibido subsidios para la investigación independiente de parte de distintos laboratorios farmacéuticos. Los vendedores de la industria farmacéutica a menudo terminan ofreciendo a los médicos la mayor parte de su actualización; su trabajo permite a los médicos estar al día en materia de tratamientos disponibles, pero sus actividades de difusión son, por supuesto, tendenciosas.

34. Acerca de las estrategias de investigación y la «propiedad intelectual», véase Jonathan Rees: «Patents and intellectual property: A salvation for patient-oriented research?», *Lancet*, 356 (2000).

35. Las citas de David Healey son de *The Antidepressant Era*, p. 169.

36. La idea según la cual los trastornos del estado de ánimo afectan a una cuarta parte de la población mundial es de Myrna Weissman *et al.*: «Cross-National Epidemiology of Major Depression and Bipolar Disorder», *Journal of the American Medical Association*, 276, núm. 4 (1996).

37. Estas citas de David Healy son de *The Antidepressant Era*, p. 163.

38. La idea de tomar antidepresivos sin prescripción médica está en *ibidem*, pp. 256-265.

39. El hecho de que los ISRS no son particularmente mortales o peligrosos ni siquiera en los casos de sobredosis se menciona en J. T. Barbey y S. P. Roose: «SSRI safety in overdose», *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, supl. 15 (1998), donde escriben: «Las sobredosis moderadas (treinta veces la dosis diaria prescrita) están asociadas con síntomas menores o directamente no dan lugar a síntoma alguno». Solo en los casos de «dosis muy altas (setenta y cinco veces la dosis diaria prescrita)» se presentan reacciones más graves, «entre ellas, convulsiones, cambios en los electrocardiogramas y disminución de la conciencia».

11. EVOLUCIÓN

1. Las citas de Michael McGuire y Alfonso Troisi provienen de su libro *Darwinian Psychiatry*, pp. 150 y 157.

2. He tomado la cita de C. S. Sherrington de *The Integrative Action of the Nervous System*, p. 22.

3. La explicación de C. U. M. Smith de los afectos y el estado de ánimo está en su artículo «Evolutionary Biology and Psychiatry», *British Journal of Psychiatry*, 162 (1993), p. 150.

4. La perspicaz observación de Jack Kahn se encuentra en John Price: «Job's Battle with God», *ASCAP*, 10, núm. 12 (1997). Más información en Jack Kahn, *Job's Illness: Loss, Grief and Integration: A Psychological Interpretation*.

5. Anthony Stevens y John Price plantean sus puntos de vista en su libro *Evolutionary Psychiatry*.

6. Acerca del carácter solitario del orangután, véase Nancy Collinge: *Introduction to Primate Behavior*, pp. 102-104.

7. Sobre el principio básico del macho alfa véase *ibidem*, pp. 143-157.

8. Existe abundante bibliografía acerca de la cuestión general de la depresión y las sociedades jerarquizadas. Leon Sloman *et al.*: «Adaptive Function of Depression: Psychotherapeutic Implications», *American Journal of Psychotherapy*, 48, núm. 3 (1994), es quizá una de las primeras formulaciones sólidas de una teoría coherente al respecto.

9. Los puntos de vista de John Birtchnell están en su libro *How Humans Relate*.

10. Las ideas de Russell Gardner acerca de las alteraciones en los mecanismos de dominación entre los mamíferos superiores están desarrolladas en varias de sus publicaciones. La descripción más amplia de sus puntos de vista acerca de la relación entre la depresión y la interacción social se puede encontrar en: John Price *et al.*: «The Social Competition Hypothesis of Depression», *British Journal of Psychiatry*, 164 (1994). Hay análisis más minuciosos en Russell Gardner: «Psychiatric Syndromes as Infrastructure for Intra-Specific Communication», M. R. A. Chance (ed.): *Social Fabrics of the Mind*, y «Mechanisms in Manic-Depressive Disorder», *Archives of General Psychiatry*, 39 (1982).

11. La postura de Tom Wehr acerca de la depresión y el sueño y la estrategia de conservación de la energía está en su «Reply to Healy, D., Waterhouse, J. M.: The circadian system and affective disorders: Clocks or rhythms», *Chronobiology International*, 7 (1990).

12. Lo que Michael McGuire y Alfonso Troisi plantean acerca del genoma se puede encontrar en *Darwinian Psychiatry*, p. 41.

13. El libro de J. H. Van den Berg fue publicado originariamente como *Metabólica*, un título que yo prefiero. Las ideas aquí reproducidas se desarrollan a lo largo de todo su texto.

14. A propósito de las dificultades de la libertad, véase Erich Fromm: *Escape from Freedom*. Ernst Becker también realiza un análisis muy pertinente de la libertad y su relación con la depresión en *The Denial of Death*, que comienza en la p. 213.

15. La historia del muchacho cuya familia se había mudado y se colgó está en George Colt: *The Enigma of Suicide*, p. 50.

16. La estadística acerca de los productos expuestos en el supermercado la he tomado de Regina Schrambling: «Attention Supermarket Shoppers!», *Food and Wine* (octubre de 1995), p. 93.

17. He tomado las ideas de Paul J. Watson y Paul Andrews fundamentalmente de su manuscrito inédito «An Evolutionary Theory of Unipolar Depression as an Adaptation for Overcoming Constraints of the Social Niche». Una versión abreviada de este trabajo fue publicada en *ASCAP*, 11, núm. 5 (1998), bajo

el título «Niche Change Model of Depression».

18. El principio según el cual el decaimiento en el estado de ánimo impide a las personas empeñarse en estrategias excesivamente difíciles ha sido expuesto en Randolph Nesse: «Evolutionary Explanations of Emotions», *Human Nature*, 1, núm. 3 (1990). A propósito de sus ideas actuales en materia de depresión y evolución, véase su «Is Depression an Adaptation?», *Archives of General Psychiatry*, 57, núm. 1 (2000).

19. La historia de la violinista se describe en Erica Goode: «Viewing Depression as a Tool for Survival», *New York Times* (1-2-2000).

20. La idea de que la depresión sería un medio de demandar altruismo se describe en la obra de Paul J. Watson y Paul Andrews. He recogido sus ideas de sus manuscritos inéditos «An Evolutionary Theory of Unipolar Depression as an Adaptation for Overcoming Constraints of the Social Niche» y «Unipolar Depression and Human Social Life: An Evolutionary Analysis».

21. Edward Hagen plantea sus ideas en su artículo «The Defection Hypothesis of Depression: A Case Study», *ASCAP*, 11, núm. 4 (1998).

22. Acerca del vínculo entre la depresión y la sensibilidad interpersonal, véase K. Sakado *et al.*: «The Association between the High Interpersonal Sensitivity Type of Personality and a Lifetime History of Depression in a Sample of Employed Japanese Adults», *Psychological Medicine*, 29, núm. 5 (1999). Acerca de la relación entre la depresión y la sensibilidad a la ansiedad, véase Steven Taylor *et al.*: «Anxiety Sensitivity and Depression: How Are They Related?», *Journal of Abnormal Psychology*, 105, núm. 3 (1996).

23. Los puntos de vista de Paul MacLean acerca del cerebro trino están en su libro *The Triune Brain in Evolution*.

24. Las ideas de Timothy Crow están planteadas en una variedad de trabajos, los más importantes de los cuales están citados en la bibliografía. La expresión más clara de sus principios lingüísticos y sus teorías acerca de la asimetría cerebral está en su artículo «A Darwinian Approach to the Origins of Psychosis», *British Journal of Psychiatry*, 167 (1995).

25. Acerca del lenguaje como función de la asimetría cerebral, véase Marian Annett: *Left, Right, Hand and Brain: The Right Shift Theory*, y Michael Corballis: *The Lopsided Ape: Evolution of the Generative Mind*.

26. Acerca de las personas sordas y los ictus del hemisferio izquierdo, véase Oliver Sacks: *Seeing Voices*. Acerca de la gramática profunda, véase Noam Chomsky: *Reflections on Language*.

27. Acerca de los efectos específicos de los accidentes cardiovasculares del hemisferio derecho, véase Susan Egelko *et al.*: «Relationship Among CT Scans, Neurological Exam, and Neuropsychological Test Performance in Right-Brain-Damaged Stroke Patients», *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 10, núm. 5 (1988).

28. La afirmación de Timothy Crow en el sentido de que la esquizofrenia y los trastornos afectivos son el precio de un cerebro bihemisférico está en «Is schizophrenia the price that *Homo sapiens* pays for language?», *Schizophrenia Research*, 28 (1997).

29. Información general acerca de la relación entre las asimetrías corticales prefrontales y la depresión, véase Carrie Ellen Schaffer *et al.*: «Frontal and Parietal Electroencephalogram Asymmetry in Depressed and Nondepressed Subjects», *Biological Psychiatry*, 18, núm. 7 (1983).

30. El trabajo sobre las anormalidades del flujo sanguíneo en el córtex prefrontal de pacientes con depresión se halla en J. Soares y John Mann: «The functional neuroanatomy of mood disorders», *Journal of Psychiatric Research*, 31 (1997), y M. George *et al.*: «SPECT and PET imaging in mood disorders», *Journal of Clinical Psychiatry*, 54 (1993).

31. Acerca de la neurogénesis —la reproducción de las células cerebrales adultas—, véase, por ejemplo, P. S. Eriksson: «Neurogenesis in the adult human hippocampus», *Nature Medicine*, 4 (1998).

32. Un buen análisis general acerca de la estimulación magnética transcranial se puede encontrar en Eric Hollander: «TMS», *CNS Spectrums*, 2, núm. 1 (1997).

33. Acerca de la resistencia aprendida, un campo todavía no suficientemente explorado en el que recientemente han comenzado a acumularse datos en bruto, véase Richard Davidson: «Affective style, psychology and resilience: Brain mechanisms and plasticity», *American Psychologist* (en prensa).

34. Acerca de la activación y desactivación del córtex izquierdo, véase Richard Davidson *et al.*: «Approach-Withdrawal and Cerebral Asymmetry:

Emotional Expression and Brain Physiology I», *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, núm. 2 (1990). Acerca de los trabajos dedicados a la asimetría cerebral y el sistema inmunológico, véase Duck-Hee Kang *et al.*: «Frontal Brain Asymmetry and Immune function», *Behavioral Neuroscience*, 105, núm. 6 (1991). Con respecto al trabajo de Richard Davidson sobre la separación de los bebés de sus madres, véase Richard Davidson y Nathan Fox: «Frontal Brain Asymmetry Predicts Infants' Response to Maternal Separation», *Journal of Abnormal Psychology*, 98, núm. 2 (1989). En apoyo a la afirmación de que la mayoría de las personas muestran una activación del hemisferio izquierdo, véase A. J. Tomarken: «Psychometric properties of resting anterior EEG asymmetry: Temporal stability and internal consistency», *Psychophysiology*, 29 (1992). La idea de que la activación cerebral derecha frontal suele estar correlacionada con altos niveles de cortisol se desarrolla en N. H. Kalen *et al.*: «Asymmetric frontal brain activity, cortisol, and behavior associated with fearful temperament in Rhesus monkeys», *Behavioral Neuroscience*, 112 (1998).

35. Los trabajos de Timothy Crow acerca de la utilización de la mano derecha o la izquierda analizan las relaciones entre el lenguaje, la destreza manual y el afecto. Véase «Location of the Handedness Gene on the X and Y Chromosomes», *American Journal of Medical Genetics*, 67 (1996), y «Evidence for Linkage to Psychosis and Cerebral Asymmetry (Relative Hand Skill) on the X Chromosome», *American Journal of Medical Genetics*, 81 (1998).

36. El verso de Hamlet está en el acto 2, escena 2, línea 561.

37. La idea de que la evolución aclarará la niebla en que se encuentra envuelta la psiquiatría moderna es uno de los argumentos centrales del libro de Michael McGuire y Alfonso Troisi *Darwinian Psychiatry*. Las frases citadas aquí se encuentran en la p. 12.

12. ESPERANZA

1. Angel se había trasladado de Norristown, que era una institución de salud mental que brindaba internamiento para cuidados prolongados, a la residencia comunitaria de rehabilitación (CRR, por sus siglas en inglés) de Pottstown, y luego a South Keim Street, un programa intensivo de alojamiento, destinado a graduados del programa de rehabilitación de la mencionada CRR.

2. Las citas de Thomas Nagel están en su libro *The Possibility of Altruism*, pp. 126 y 128-129.

3. Los versos de la edición original de *The Winter's Tale* (Cuento de invierno) son del acto 4, escena 4, líneas 86-96.

4. Acerca de la cuestión del control que percibe el depresivo de sus circunstancias, véase Shelley E. Taylor: *Positive Illusions*. También me refiero a una serie de experimentos que me fueron comunicados por el documentalista Roberto Guerra.

5. La referencia de Freud es de su ensayo de 1917 «Mourning and Melancholia», que he tomado de *A General Selection from the Works of Sigmund Freud*, compilada por John Rickman, p. 128.

6. La cita de Shelley E. Taylor es de *Positive Illusions*, pp. 7 y 213.

7. Las ideas de Emmy Gut están en *Productive and Unproductive Depression*, y están esbozadas en el capítulo 3.

8. La cita de Julia Kristeva es de *Black Sun*, p. 42.

9. Estas cifras acerca de las prescripciones de ISRS se han tomado de Joseph Glenmullen: *Prozac Backlash*, p. 15.

10. La información acerca del vuelo 800 de TWA me la aportó un amigo que había perdido a un familiar en aquella ocasión, en julio de 1996.

11. La cita de *Daniel Deronda* es de la p. 251.

12. La desesperación según Emily Dickinson está en el poema 640, p. 318, de la edición de Thomas Johnson: *The Complete Poems of Emily Dickinson*. Su primer verso dice: «No puedo vivir contigo».

13. La cita de *Areopagitica* es de *Paradise Lost*, p. 384. La primera cita de *Paradise Lost* es de la p. 226 (Libro IX, versos 1.070-1.073), la segunda es de la p. 263 (Libro XI, versos 137-140), y la tercera es de la p. 301 (Libro XII, versos 641-649).

14. Las famosas observaciones de Fiódor Dostoievski están en la edición original *The Idiot*, p. 363. [Hay trad. cast.: *El idiota*, Bruguera, Barcelona, 1986.]

15. Más detalles acerca de Heidegger y su idea de la relación entre la angustia y el pensamiento, en su monumental obra maestra *Being and Time*. [Hay trad. cast.: *El ser y el tiempo*, Fondo de Cultura Económica, Madrid, 2000.] Las palabras de Friedrich Wilhelm Joseph von Schelling provienen de su «On the Essence of Human Freedom», en sus *Saemmtliche Werke*, vol. 7, p. 399. Agradezco a Andrew Bowie su ayuda en la interpretación de este párrafo. Véase, además, Andrew Bowie, *Schelling and Modern European Philosophy*.

16. Las frases de Julia Kristeva acerca de la lucidez son de *Black Sun*, pp. 4 y 22.

17. Las palabras de Schopenhauer son de su ensayo «On the Sufferings of the World», en *Essays and Aphorisms*, p. 45.

18. La impertinente observación de Tennessee Williams está en *Five O'Clock Angel: Letters of Tennessee Williams to Maria St. Just, 1948-1982*, p. 154. Agradezco a la muy estudiosa Emma Lukic por haber encontrado esta cita.

19. El *Oxford English Dictionary* define *joy* (alegría) como «una emoción vívida de placer que brota de una sensación de bienestar o satisfacción; la sensación o el estado en el que se experimentan el mayor placer o deleite; la exaltación del ánimo; júbilo, deleite», vol. 5, p. 612.

EPÍLOGO

1. Mi viaje a Afganistán se tradujo en el artículo «An awakening from the nightmare of the Taliban», *New York Times Magazine* (10-3-2002).

2. Mi charla «Depression, the secret we share» («Depresión, el secreto que compartimos») se grabó en TEDxMET en octubre de 2013 y puede verse en <http://www.ted.com/talks/andrew_solomon_depression_the_secret_we_share>.

3. Véase David Levine, «Vice President Joe Biden addresses American Psychiatric Association Annual Meeting», American Psychiatric Association, 8 de mayo de 2014, en <<http://www.elsevier.com/connect/vp-joe-biden-addresses-the-american-psychiatric-association>>.

4. Entrevista con Joe Biden.

5. Véase mi tributo a Terry Kirk en «To an aesthete dying young», *Yale Alumni Magazine* (julio de 2010).

6. Patrick Kennedy, antiguo diputado por Rhode Island y activista en pro de la salud mental, comparó la búsqueda de conocimiento de la enfermedad mental con la búsqueda de conocimiento del espacio exterior cuando presentó al vicepresidente de Estados Unidos, Joe Biden, en la reunión anual de la Asociación Psiquiátrica Estadounidense, en mayo de 2014. Anteriormente ya había expresado ideas similares. Véase Kathleen Kenna, «Patrick Kennedy aims for the moon: a cure for “brain disease”», (4-10-2012).

7. Puede verse información detallada sobre estos fármacos en «General Information about Specific Medications», National Alliance on Mental Illness, en <http://www.nami.org/Template.cfm?Section=About_Medications&Template/ContentManagement/ContentCombo.cfm&NavMenuID=798&ContentID=23662>. Entre los artículos académicos que tratan de los fármacos concretos aquí enumerados se incluyen: Karly Garnock-Jones y Paul McCormack: «Escitalopram: a review of its use in the management of major depressive disorder in adults», *CNS Drugs*, 24, núm. 9 (2010); Chi-Un Pae *et al.*: «Milnacipran: beyond a role of antidepressant», *Clinical Neuropharmacology*, 32, núm. 6 (2009); Erica Pearce y Julie Murphy: «Vortioxetine for the treatment of depression», *Annals of Pharmacotherapy* (publicado online el 27 de marzo de 2014); Marcus Silva *et al.*: «Olanzapine plus fluoxetine for bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis», *Journal of Affective Disorders*, 146, núm. 3 (2013); Sheng-Min Wang *et al.*: «A review of current evidence for vilazodone in major depressive disorder», *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 17, núm. 3 (2013); Suzanne M. Clerkin *et al.*: «Guanfacine potentiates the activation of prefrontal cortex evoked by warning signals», *Biological Psychiatry*, 66, núm. 4 (2009); Young Sup Woo, Hee Ryung Wang y Won-Myong Bahk: «Lurasidone as a potential therapy for bipolar disorder», *Neuro-psychiatric Disease and Treatment*, 9 (publicado online el 8 de octubre de 2013); y Nadia Iovieno *et al.*: «Second-tier natural antidepressants: review and critique», *Journal of Affective Disorders*, 130, núm. 3 (2011).

8. El programa del NIMH se describe en Bruce Cuthbert: «Rapidly-acting treatments for treatment-resistant depression (RAPID)», National Institute of Mental Health (14 de mayo de 2010), en <<http://www.nimh.nih.gov/research-priorities/research-initiatives/rapidly-acting-treatments-for-treatment-resistant-depression-rapid.shtml>>.

9. Puede verse dos útiles estudios sobre el uso de la ketamina en el

tratamiento de la depresión en Gerard Sanacora: «Ketamine-induced optimism: New hope for the development of rapid-acting antidepressants», *Psychiatric Times* (13-7-2012); y Marie Naughton *et al.*: «A review of ketamine in affective disorders: Current evidence of clinical efficacy, limitations of use and pre-clinical evidence on proposed mechanisms of action», *Journal of Affective Disorders*, 156, núm. 3 (2014).

10. El Rilutek (riluzol) se analiza en Kyle Lapidus, Laili Soleimani y James Murrough: «Novel glutamatergic drugs for the treatment of mood disorders», *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9 (7 de agosto de 2013); la escopolamina, en Robert J. Jaffe, Vladan Novakovic y Eric D. Peselow: «Scopolamine as an antidepressant: a systematic review», *Clinical Neuropharmacology*, 36, núm. 1 (2013); y el GLYX-13, en Kenji Hashimoto *et al.*: «Glutamate modulators as potential therapeutic drugs in schizophrenia and affective disorders», *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 263, núm. 4 (2013). La concesión por parte de la FDA de una «designación por la vía rápida» para el GLYX-13 —también conocido como «(S)-N-[(2S,3R)-1-amino-3-hidroxi-1-oxobutano-2-yl]-1-[(S)-1-((2S,3R)-2-amino-3-hidroxi-1-oxobutano-2-carboxamido)pirrolidina-2-carboxamido]pirrolidina-2-carboxamida»— se anunció en la nota de prensa de Naurex Inc.: «FDA grants fast track designation to Naurex's rapid-acting novel antidepressant GLYX-13», PR Newswire (3-3-2014), en <<http://www.prnewswire.com/news-releases/fda-grants-fast-track-designation-to-naurex-s-rapid-acting-novel-antidepressant-glyx-13-248174561.html>>.

11. Puede verse un análisis de la ralentización en el desarrollo de fármacos psiquiátricos y las tentativas de investigación colaborativa en los editoriales de Richard A. Friedman: «A dry pipeline for psychiatric drugs», *New York Times* (19-8-2013), y «A new focus on depression», *New York Times* (23-12-2013).

12. Puede verse un ejemplo del trabajo del Consorcio de Genómica Psiquiátrica en Seung-Hwan Lee *et al.*: «Genetic relationship between five psychiatric disorders estimated from genome-wide SNPs», *Nature Genetics*, 45, núm. 9 (2013).

13. Los avances en TEC se examinan en Colleen K. Loo *et al.*: «A review of ultrabrief pulse width electroconvulsive therapy», *Therapeutic Advances in Chronic Disease*, 3, núm. 2 (2012), y Esmée Verwijk *et al.*: «Neurocognitive effects after brief pulse and ultrabrief pulse unilateral electroconvulsive therapy for major depression», *Journal of Affective Disorders*, 140, núm. 3 (2012).

14. La TCM se evalúa y compara con la TEC en Sarah H. Lisanby *et al.*: «Safety and feasibility of magnetic seizure therapy (MST) in major depression:

randomized within-subject comparison with electroconvulsive therapy», *Neuropsychopharmacology*, 28, núm. 10 (2003), y Sarah Kayser *et al.*: «Comparable seizure characteristics in magnetic seizure therapy and electroconvulsive therapy for major depression», *European Neuropsychopharmacology*, 23, núm. 11 (2013).

15. Puede verse más información sobre la EMT en Moacyr Rosa y Sarah Lisanby: «Somatic treatments for mood disorders», *Neuropsychopharmacology Reviews*, 37, núm. 1 (2012); David H. Avery *et al.*: «Transcranial magnetic stimulation in acute treatment of major depressive disorder: Clinical response in an open-label extension trial», *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, núm. 3 (2008); y Angel V. Peterchev, D.L. Murphy y Sarah H. Lisanby: «Repetitive transcranial magnetic stimulator with controllable pulse parameters (cTMS)», Proceedings of the 2010 Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society (1-4 de septiembre de 2010).

16. Entre los artículos útiles que analizan la EEC se incluyen: Mary Gunther y Kenneth D. Phillips: «Cranial electrotherapy stimulation for the treatment of depression», *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 48, núm. 11 (2010); Daniel L. Kirsch y Francine Nichols: «Cranial electrotherapy stimulation for treatment of anxiety, depression, and insomnia», *Psychiatric Clinics of North America*, 36, núm. 1 (2013), y Eugene A. DeFelice, «Cranial electrotherapy stimulation (CES) in the treatment of anxiety and other stress-related disorders», *Stress Medicine*, 13, núm. 1 (1997). La estimulación de bajo voltaje del córtex cerebral aparece descrita por primera vez en Giovanni Aldini, *Essai Theorique et Experimental sur le Galvanisme* (1804), citado en Souroush Zaghi *et al.*: «Noninvasive brain stimulation with low-intensity electrical currents», *Neuroscientist*, 16, núm. 3 (2010).

17. Los estudios que han hallado que la EEC resulta eficaz en el tratamiento de la ansiedad y la depresión incluyen: Alexander Bystritsky, Lauren Kerwin y Jamie Feusner: «A pilot study of cranial electrotherapy stimulation for generalized anxiety disorder», *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, núm. 3 (2008), y David H. Avery *et al.*: «Transcranial magnetic stimulation in the acute treatment of major depressive disorder: Clinical response in an open-label extension trial», *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, núm. 3 (2008). La preocupación por el sesgo de los estudios se expresa en Sidney Klawansky *et al.*: «Meta-analysis of randomized controlled trials of cranial electrostimulation: Efficacy in treating selected psychological and physiological conditions», *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, núm. 7 (1995). Los aparatos de EEC se venden bajo los nombres comerciales de Alpha-Stim, CES Ultra, Fisher Wallace and Sota BioTuner.

18. Puede verse un ejemplo del estatus de los aparatos de EMT o EEC en las pólizas habituales de seguros médicos en Estados Unidos en Aetna, «Clinical policy bulletin: Transcranial magnetic stimulation and cranial electrical stimulation», Policy Bulletin 0469 (11 de octubre de 2013), en <http://www.aetna.com/cpb/medical/data/400_499/0469.html>.

19. Los supuestos mecanismos de acción de la EEC se analizan en Souroush Zaghi *et al.*: «Noninvasive brain stimulation with low-intensity electrical currents», *Neuroscientist*, 16, núm. 3 (2010).

20. La ETCC y la ETCA se comparan en Laura Tadini *et al.*: «Cognitive, mood, and electroencephalographic effects of noninvasive cortical stimulation with weak electrical currents», *Journal of ECT*, 27, núm. 2 (2011), y Abhishek Datta *et al.*: «Cranial electrotherapy stimulation and transcranial pulsed current stimulation: A computer based high-resolution modeling study», *NeuroImage*, 65 (15 de enero de 2013).

21. Algunas de las indefendibles afirmaciones realizadas por los promotores de la EEC se describen en Stephen Barrett: «Dubious claims made for NutriPax and cranial electrotherapy stimulation», Quackwatch (28 de enero de 2008), en <<http://www.quackwatch.org/01QuackeryRelatedTopics/ces.html>>.

22. El efecto de la EEC en los neurotransmisores se analiza en Lidia Gabis, Bentzion Shklar y Daniel Geva: «Immediate influence of transcranial electrostimulation on pain and beta-endorphin blood levels: An active placebo-controlled study», *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 82, núm. 2 (2003). Los efectos sobre el cortisol resultan menos impresionantes; alude a ellos C. Norman Shealy en sus artículos publicados en 1989 y 1998 en *Journal of Neurological and Orthopaedic Medicine and Surgery*, pero sin ninguna fundamentación significativa.

23. Los protocolos de la EEC se detallan en Harish C. Kavirajan, Kristin Lueck y Kenneth Chuang, «Alternating current cranial electrotherapy stimulation (CES) for depression», *Cochrane Library*, 5 (31 de mayo de 2013).

24. Entrevista con Igor Galynker. El estudio del doctor Galynker se describe en Samantha Greenman *et al.*: «A single blind, randomized, sham controlled study of cranial electrical stimulation in bipolar II disorder», cartel presentado en la 167.^a Reunión Anual de la Asociación Psiquiátrica Estadounidense, Nueva York, 4-6 de mayo de 2014.

25. Puede verse más información sobre el estudio de EEC con el Estimulador Fisher Wallace en U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, «Efficacy and safety of cranial electrical stimulation (CES) for major depressive disorder (MDD)», Estudio núm. NCT01325532 (24 de marzo de 2011), en <<http://clinicaltrials.gov/show/NCT01325532>>.

26. El argumento de la FDA para clasificar los aparatos de EEC como dispositivos de Clase 3, lo que significa que requieren aprobación antes de que puedan comercializarse, y para determinar que las evidencias científicas válidas disponibles no demuestran que la EEC proporcione una garantía o eficacia razonable para la indicación de insomnio, depresión o ansiedad, se exponen en el documento de la agencia «Executive summary prepared for the February 10, 2012 meeting of the Neurological Devices Panel», en <<http://www.fda.gov/downloads/AdvisoryCommittees/CommitteesMeetingMaterials/MedicalDevices/MedicalDevicesAdvisoryCommittee/NeurologicalDevicesPanel/UCM330887.pdf>>, y se resumen en Kenneth Bender: «FDA panel votes to curtail cranial electrotherapy stimulators», *Psychiatric Times* (julio de 2012).

27. «Disparar electricidad a través del cerebro de alguien probablemente no es una tarea para aficionados»: Roland Nadler, «“Electroceutical” ads are here: What will regulators say?», Stanford Center for Law and the Biosciences (24 de octubre de 2013), en <<http://blogs.law.stanford.edu/lawandbiosciences/2013/10/24/electroceutical-ads-are-here-what-will-regulators-say/>>.

28. Puede verse un análisis de la investigación sobre la ENV en Pilar Cristancho *et al.*: «Effectiveness and safety of vagus nerve stimulation for severe treatment-resistant major depression in clinical practice after FDA approval: outcomes at 1 year», *Journal of Clinical Psychiatry*, 72, núm. 10 (2011).

29. Entrevista con Helen Mayberg. Entre los recientes estudios sobre la ECP de los que Mayberg es coautora se incluyen: Paul E. Holtzheimer y Helen S. Mayberg: «Deep brain stimulation for psychiatric disorders», *Annual Review of Neuroscience*, 34 (2011), y Patricio Riva-Posse *et al.*: «Practical considerations in the development and refinement of subcallosal cingulate white matter deep brain stimulation for treatment-resistant depression», *World Neurosurgery*, 80, núm. 3-4 (2013). Diversas consideraciones sobre el desarrollo de unas directrices éticas para la investigación de la ECP se describen en Peter Rabins *et al.*: «Scientific and ethical issues related to deep brain stimulation for disorders of mood, behavior, and

thought», *Archives of General Psychiatry*, 66, núm. 9 (2009).

30. La interrupción del estudio BROADEN de St. Jude Medical es el tema de los informes de James Cavuoto: «Depressing innovation», *Neurotech Business Report* (13 de diciembre de 2013), en <<http://www.neurotechreports.com/pages/publishersletterDec13.html>>, y «St. Jude Medical struggles to regain traction in neuromodulation market», *Neurotech Business Report* (13 de diciembre de 2013), en <http://www.neurotechreports.com/pages/St_Jude_Medical_profile.html>. Las críticas al estudio se analizan en John Horgan: «Much-hyped brain-implant treatment for depression suffers setback», *Cross Check* (11 de marzo de 2014), en <<http://blogs.scientificamerican.com/cross-check/2014/03/11/much-hyped-brain-implant-treatment-for-depression-suffers-setback>>. Puede verse una descripción del «análisis de futilidad» en Boris Freidlin: «Futility analysis», en *Encyclopedia of Statistical Sciences*, Wiley, 2013. Estas son afirmaciones extraoficiales sobre las razones de la interrupción del estudio; la empresa no ha hecho ninguna declaración pública oficial.

31. El ultrasonido focalizado, la terapia de luz infrarroja cercana, la estimulación magnética de campo débil y la estimulación optogenética se describen en Moacyr Rosa y Sarah Lisanby: «Somatic treatments for mood disorders», *Neuropsychopharmacology Reviews*, 37, núm. 1 (2012). Puede verse un reciente estudio sobre la relación entre fotorreceptores y ansiedad en ratones en Olivia A. Masseck *et al.*: «Vertebrate cone opsins enable sustained and highly sensitive rapid control of Gi/o signaling in anxiety circuitry», *Neuron*, 81, núm. 6 (2014).

32. El uso de Botox en el tratamiento de la depresión se investiga en Eric Finzi y Norman E. Rosenthal: «Treatment of depression with onabotulinumtoxinA: A randomized, double-blind, placebo controlled trial», *Journal of Psychiatric Research*, 52 (2014); Marc Axel Wollmer *et al.*: «Facing depression with botulinum toxin: a randomized controlled trial», *Journal of Psychiatric Research*, 46, núm. 5 (2012), y Doris Hexsel *et al.*: «Evaluation of self-esteem and depression symptoms in depressed and nondepressed subjects treated with onabotulinumtoxinA for glabellar lines», *Dermatological Surgery*, 39, núm. 7 (2013). Puede verse una introducción al tema para profanos en Richard A. Friedman, «Don't worry, get Botox», *New York Times* (23-3-2014).

33. William James: «What is an emotion?», *Mind*, 9, núm. 34 (1884).

34. Las investigaciones que han revelado una mejora significativa en los sujetos deprimidos sometidos a tratamiento para el insomnio se describen en Benedict Carey: «Sleep therapy seen as an aid for depression», *New York Times* (18-11-2013). Puede verse una descripción de dos recientes estudios sobre insomnio y depresión patrocinados por el NIMH en U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, «Behavioral insomnia therapy for those with insomnia and depression», Project Number 5R01MH076856-05 (Colleen E. Carney, Ryerson University, Project Leader), en <http://projectreporter.nih.gov/project_info_description.cfm?aid=8189289&icde=18398605>, y U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, «Improving depression outcome by adding CBT for insomnia to antidepressants», Project Number 5R01MH079256-05 (Andrew D. Krystal, Duke University, Project Leader), en <http://projectreporter.nih.gov/project_info_description.cfm?aid=8311829&icde=18398621>.

35. La cita de Andrew Krystal en Benedict Carey: «Sleep therapy seen as an aid for depression», *New York Times* (18-11-2013).

36. Entrevista con Rob Frankel.

37. Puede verse un análisis de las políticas de las compañías de seguros con respecto a la terapia conversacional en Brandon A. Gaudiano e Ivan W. Miller: «The evidence-based practice of psychotherapy: Facing the challenges that lie ahead», *Clinical Psychology Review*, 33, núm. 7 (2013), y Brandon Gaudiano: «Psychotherapy's image problem», *New York Times* (20-9-2013).

38. Los testimonios de Mark Taylor (la víctima) y el doctor Alen J. Salerian, en U.S. Food and Drug Administration, «Joint meeting of the CDER Psychopharmacologic Drugs Advisory Committee and the FDA Pediatric Advisory Committee, Bethesda, Maryland, September 13, 2004», en <<http://www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/04/transcripts/2004-4065T1.pdf>>.

39. Los libros antipsiquiátricos citados son: Richard Schneeborg: *Legally Drugged: Ten Nuthouse Hospital Stays to \$10 Million* (2006); David Healy: *Pharmageddon* (2012); Stuart A. Kirk, Tomi Gomory y David Cohen: *Mad Science: Psychiatric Coercion, Diagnosis, and Drugs* (2013), y Ann Blake Tracy: *Prozac: Panacea or Pandora?* (1994).

40. El testimonio de Anne Blake Tracy, U.S. Food and Drug Administration,

«Joint meeting of the CDER Psychopharmacologic Drugs Advisory Committee and the FDA Pediatric Advisory Committee, Bethesda, Maryland, September 13, 2004», en <<http://www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/04/transcripts/2004-4065T1.pdf>>. Una investigación interna realizada por los administradores de la Universidad George Wythe concluyó que el doctorado de la señora Tracy se había concedido de manera impropia, lo que se tradujo en su revocación; véase George Wythe University, «Final steps in the administrative transformation of George Wythe University», 10 de octubre de 2012, en <<http://news.gw.edu/?p 393>>.

41. Los libros y artículos citados en este pasaje son: Irving Kirsch, *The Emperor's New Drugs: Exploding the Antidepressant Myth* (2011); Robert Whitaker, *Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America* (2011); Daniel Carlat, *Unhinged: The Trouble with Psychiatry* (2010); Peter Breggin, *Toxic Psychiatry* (1994), *Brain Disabling Treatments in Psychiatry* (2007), *Your Drug May Be Your Problem* (2007), y *Medication Madness* (2008) y Marcia Angell, «The epidemic of mental illness: Why?», *New York Review of Books* (23-6-2011), y «The illusions of psychiatry», *New York Review of Books* (14-6-2011).

42. Véase CBS News, «Treating depression: Is there a placebo effect?», *60 Minutes*, 19 de febrero de 2012.

43. El estudio de Irving Kirsch sobre el efecto placebo en el tratamiento de la depresión se describe en Irving Kirsch *et al.*: «Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration», *PLoS Medicine*, 5, núm. 2 (2008), y Arif Khan *et al.*: «A systematic review of comparative efficacy of treatments and controls for depression», *PLoS One*, 7, núm. 7 (2012).

44. Richard A. Friedman analiza la trascendencia de los criterios de inclusión en el resultado de los estudios de respuesta al placebo en «Before you quit antidepressants», *New York Times* (11-1-2010).

45. Con respecto al estudio que revela que los placebos son sumamente efectivos, pero que los antidepresivos se muestran constantemente más eficaces, véase Pim Cuijpers *et al.*: «Comparison of psychotherapies for adult depression to pill placebo control groups: a meta-analysis», *Psychological Medicine*, 44, núm. 4 (2014).

46. La metodología de Kirsch se discute en Konstantinos N. Fountoulakis y

Hans-Jürgen Möller: «Efficacy of antidepressants: a re-analysis and re-interpretation of the Kirsch data», *International Journal of Psychopharmacology*, 14, núm. 3 (2011); Hans-Jürgen Möller y Konstantinos N. Fountoulakis: «Problems in determining efficacy and effectiveness of antidepressants», *Psychiatriki*, 22, núm. 4 (2011); Konstantinos N. Fountoulakis y Hans-Jürgen Möller, «Antidepressant drugs and the response in the placebo group: the real problem lies in our understanding of the issue», *Journal of Psychopharmacology*, 26, núm. 5 (2012), y Konstantinos N. Fountoulakis, Myrto T. Samara y Melina Siamouli: «Burning issues in the meta-analysis of pharmaceutical trials for depression», *Journal of Psychopharmacology*, 28, núm. 2 (2014).

47. La cita es de Daniel Carlat, «“The illusions of psychiatry”: An exchange», *New York Review of Books* (18-8-2011).

48. Véase Robert D. Gibbons *et al.*: «Benefits from antidepressants: synthesis of 6-week patient-level outcomes from double-blind placebo-controlled randomized trials of fluoxetine and venlafaxine», *Archives of General Psychiatry*, 69, núm. 6 (2012).

49. Puede verse un análisis de la incidencia de la recaída en los pacientes que reciben placebo en comparación con los que reciben medicación en John R. Geddes *et al.*: «Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review», *Lancet*, 361, n.º 9.358 (2003).

50. Las cifras sobre la respuesta al placebo frente a la medicación se basan en Bret R. Rutherford y Stephen P. Roose: «A model of placebo response in antidepressant clinical trials», *American Journal of Psychiatry*, 170, n.º 7 (2013); véase también B. Timothy Walsh *et al.*: «Placebo response in studies of major depression: variable, substantial, and growing», *JAMA*, 287, n.º 14 (2002).

51. La cita es de John Krystal, «Dr. Marcia Angell and the illusions of anti-psychiatry», *Psychiatric Times* (13-8-2012).

52. La cita es de John M. Oldham, «Antidepressants and the placebo effect, revisited», *Psychiatric News* (16-3-2012).

53. Se proponen diversos medios para minimizar la respuesta al placebo en la investigación en Bret R. Rutherford y Stephen P. Roose: «A model of placebo response in antidepressant clinical trials», *American Journal of Psychiatry*, 170, núm. 7 (2013).

54. Puede verse un análisis de la tergiversación popular del estado de la investigación científica sobre la depresión en Jonathan Leo y Jeffrey R. Lacasse: «The media and the chemical imbalance theory of depression», *Society*, 45, núm. 1 (2008).

55. La ingeniosa ocurrencia del «déficit de aspirina» del nutricionista alemán Werner Wöhlbier la citan ampliamente sus alumnos; véase, por ejemplo, Hans-Georg Classen, Heimo Franz Schimatschek y Konrad Wink: «Magnesium in human therapy», *Metal Ions in Biological Systems*, 41 (2004), p. 43: «“Si una aspirina alivia el dolor de cabeza, ello no prueba la corrección de un déficit de aspirina preexistente” fue un teorema de W. Wöhlbier (1899-1984)».

56. Véase U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Mental Health, «Research domain criteria (RDoC)», en <<http://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/index.shtml>>.

57. Los datos estadísticos sobre el suicidio de adolescentes proceden de David Brent: «Suicide in youth», National Alliance on Mental Illness, junio de 2003, en <https://www.nami.org/Content/ContentGroups/Illnesses/Suicide_Teens.htm>; U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control, «Suicide: Facts at a glance» (2012), en <http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/Suicide_DataSheet-a.pdf>, y Alex E. Crosby *et al.*: «Suicidal thoughts and behaviors among adults aged -18 years: United States, 2008-2009», *Morbidity and Mortality Weekly Report Surveillance Summaries*, 60, núm. SS-13 (2011).

58. El estudio en cuestión es el de Corrado Barbui, Eleonora Esposito y Andrea Cipriani: «Selective serotonin reuptake inhibitors and risk of suicide: a systematic review of observational studies», *Canadian Medical Association Journal*, 180, núm. 3 (2009).

59. Sobre el metaanálisis de la FDA, véase Tarek A. Hammad: «Relationship between psychotropic drugs and pediatric suicidality: review and evaluation of clinical data», U.S. Food and Drug Administration (16 de agosto de 2004), y Tarek A. Hammad, Thomas Laughren y Judith Racoosin: «Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs», *Archives of General Psychiatry*, 63, núm. 3 (2006).

60. Los niveles de antidepresivos en sangre en adolescentes suicidas se evalúan en Andrew C. Leon *et al.*: «Antidepressants and youth suicide in New

York City, 1999-2002», *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, núm. 9 (2006), y Doug Gray *et al.*: «Utah Youth Suicide Study, Phase I: government agency contact before death», *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, núm. 4 (2002).

61. El estudio que revela mayores tasas de suicidio en pacientes depresivos sin tratar es el de Robert D. Gibbons *et al.*: «Relationship between antidepressants and suicide attempts: An analysis of the Veterans Health Administration data sets», *American Journal of Psychiatry*, 164, núm. 7 (2007).

62. La FDA anunció su requisito de que los antidepresivos llevaran la advertencia del recuadro negro en «FDA statement on recommendations of the psychopharmacologic drugs and pediatric advisory committees» (16 de septiembre de 2004), en <http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/2004/ucm108352.htm>, y «Antidepressant use in children, adolescents, and adults» (2 de mayo de 2007), en <http://www.fda.gov/drugs/drugsafety/informationbydrugclass/ucm096273>.

63. El descenso de la tasa de prescripción de antidepresivos tras la entrada en vigor de la advertencia del recuadro negro se documenta en Anne M. Libby *et al.*: «Decline in treatment of pediatric depression after FDA advisory on risk of suicidality with SSRIs», *American Journal of Psychiatry*, 164, núm. 6 (2007). El incremento de la tasa de suicidio de adolescentes en los Países Bajos tras la entrada en vigor de la advertencia del recuadro negro se describe en Robert D. Gibbons *et al.*: «Early evidence on the effects of regulators suicidality warnings on SSRI prescriptions and suicide in children and adolescents», *American Journal of Psychiatry*, 164, núm. 9 (2007). Similares resultados se dan en Canadá; véase Laurence Y. Katz *et al.*: «Effect of regulatory warnings on antidepressant prescription rates, use of health services and outcomes among children, adolescents and young adults», *CMAJ*, 178, núm. 8 (2008).

64. Sobre el estudio de Yale que revela una relación entre el incremento de la delincuencia juvenil, el fracaso académico y el consumo de estupefacientes, por una parte, y, por otra, la disminución de las tasas de prescripción de antidepresivos tras la entrada en vigor de la advertencia del recuadro negro, véase Susan Busch, Ezra Golberstein y Ellen Meara: «The FDA and ABCs: The unintended consequences of antidepressant warnings on human capital», *NBER Working Papers*, núm. 17.426, National Bureau of Economic Research (septiembre de 2011).

65. Veáanse todos estos datos en Robert D. Gibbons *et al.*: «Relationship between antidepressants and suicide attempts: An analysis of the Veterans Health Administration data sets», *American Journal of Psychiatry*, 164, núm. 7 (2007).

66. *Ibidem.*

67. Véase Robert D. Gibbons *et al.*: «The relationship between antidepressant medication use and rate of suicide», *Archives of General Psychiatry*, 62, núm. 2 (2005); *idem*: «The relationship between antidepressant prescription rates and rate of early adolescent suicide», *American Journal of Psychiatry*, 163, núm. 11 (2006), y Michael F. Grunebaum *et al.*: «Antidepressants and suicide risk in the United States, 1985-1999», *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, núm. 11 (2004).

68. Los datos estadísticos sobre suicidios en Nueva York proceden de Andrew C. Leon *et al.*: «Antidepressants in adult suicides in New York City: 2001-2004», *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, núm. 9 (2007).

69. Los estudios que revelan un descenso de las tasas de suicidio en Dinamarca, Hungría, Suecia, Italia, Japón y Australia son: Lars Søndergård *et al.*: «Do antidepressants prevent suicide», *International Clinical Psychopharmacology*, 21, núm. 4 (2006); Zoltan Rihmer *et al.*: «Suicide in Hungary: epidemiological and clinical perspectives», *Annals of General Psychiatry*, 12, núm. 21 (2013); Anders Carlsten *et al.*: «Antidepressant medication and suicide in Sweden», *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 10, núm. 6 (2001); Giulio Castelpietra *et al.*: «Antidepressant use and suicide prevention: a prescription database study in the region Friuli Venezia Giulia, Italy», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118, núm. 5 (2008); Atsuo Nakagawa *et al.*: «Association of suicide and antidepressant prescription rates in Japan, 1999-2003», *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, núm. 6 (2007), y Wayne D. Hall *et al.*: «Association between antidepressant prescribing and suicide in Australia, 1991-2000: trend analysis», *British Medical Journal*, 326, núm. 7397 (2003). Entre los estudios y revisiones de múltiples países con resultados similares se incluyen: Göran Isacson: «Suicide prevention: a medical breakthrough?», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, núm. 2 (2000); Jens Ludwig, David E. Marcotte y Karen Norberg, «Antidepressants and suicide», *NBER Working Papers*, núm. 12906, National Bureau of Economic Research (febrero de 2007); Ricardo Gusmão *et al.*: «Antidepressant utilization and suicide in Europe: An ecological multi-national study», *PLoS One* (19 de junio de 2013), y Marc Olfson *et al.*: «Relationship between antidepressant medication treatment and suicide in adolescents», *Archives of General Psychiatry*, 60, núm. 10 (2003).

70. Entre los estudios que revelan un creciente riesgo de suicidio en la primera fase del tratamiento con ISRS se incluyen: Herschel Jick, James A. Jaye y Susan S. Jick, «Antidepressants and the risk of suicidal behaviors», *JAM*, 292, núm. 3 (2004); y Charlotte Björkenstam *et al.*: «An association between initiation of selective serotonin reuptake inhibitors and suicide: A nationwide register-based case-crossover study», *PLoS One*, 8, núm. 9 (2013).

71. Sobre el informe del Instituto de Investigación de Salud Colectiva de Seattle, véase Gregory E. Simon *et al.*: «Suicide risk during antidepressant treatment», *American Journal of Psychiatry*, 163, núm. 1 (2006); véase también William O. Cooper *et al.*: «Antidepressants and suicide attempts in children», *Pediatrics*, 133, núm. 2 (2014).

72. El riesgo relativo de suicidio durante las distintas fases del tratamiento de la depresión se evalúa en Jeffrey A. Bridge *et al.*: «Emergent suicidality in a clinical psychotherapy trial for adolescent depression», *American Journal of Psychiatry*, 162, núm. 11 (2005), y Gregory E. Simon y James Savarino: «Suicide attempts among patients starting depression treatment with medications or psychotherapy», *Focus*, 6, núm. 1 (2008).

73. Las reacciones paradójicas a los fármacos se analizan, por ejemplo, en Silas W. Smith, Manfred Hauben y Jeffrey K. Aronson: «Paradoxical and bidirectional drug effects», *Drug Safety*, 35, núm. 3 (2012).

74. Puede verse un análisis del impacto negativo de la advertencia del recuadro negro no solo en las tasas de prescripción, sino también en las tasas del diagnóstico de la depresión, en Robert J. Valuck *et al.*: «Spillover effects on treatment of adult depression in primary care after FDA advisory on risk of pediatric suicidality with SSRIs», *American Journal of Psychiatry*, 164, núm. 8 (2007).

75. El C-CASA y el C-SSRS se describen en Kelly Posner *et al.*: «Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants», *American Journal of Psychiatry*, 164, núm. 7 (2007), y Kelly Posner *et al.*: «The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults», *American Journal of Psychiatry*, 168, núm. 12 (2011).

76. El suicidio se define y diferencia de otras formas de autolesión en Matthew K. Knock y Ronald Kessler: «Prevalence of and risk factors for suicide

attempts versus suicide gestures: Analysis of the National Comorbidity Survey», *Journal of Abnormal Psychology*, 115, núm. 3 (agosto de 2006), y Diego de Leo *et al.*: «Definitions of suicidal behavior: Lessons learned from the WHO/EURO Multicentre Study», *Crisis*, 27, núm. 1 (2006).

77. Entrevista con Kelly Posner.

78. La FDA ha recomendado el uso de la C-CASA y otros instrumentos de evaluación similares en pruebas clínicas a través de los documentos de orientación del sector: «Suicidality: Prospective assessment of occurrence in clinical trials» (septiembre de 2010), en <[http://www.fda.gov / DrugsGuidanceComplianceRegulatoryInformation / Guidances / ucm315156.htm](http://www.fda.gov/DrugsGuidanceComplianceRegulatoryInformation/Guidances/ucm315156.htm)>, y «Suicidal ideation and behavior: Prospective assessment of occurrence in clinical trials» (agosto de 2012), en <<http://www.fda.gov / Drugs / GuidanceComplianceRegulatoryInformation / Guidances / ucm315156.htm>>.

79. Pueden consultarse dos recientes análisis del uso de antidepresivos en el embarazo en Catherine Monk, Elizabeth M. Fitelson y Elizabeth Werner: «Mood disorders and their pharmacological treatment during pregnancy: Is the future child affected?», *Pediatric Research*, 69, núm. 5, parte 2 (2011), y Shona Ray y Zachary N. Stowe: «The use of antidepressant medication in pregnancy», *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 28, núm. 1 (2014). El aumento del uso de antidepresivos en mujeres embarazadas, el síndrome de adaptación y las convulsiones neonatales, así como los estudios realizados con ratones, se analizan en Monk, Fitelson y Werner (2011); la presencia de antidepresivos en la sangre del cordón umbilical y en el líquido amniótico, y el riesgo de defectos cardíacos, se analizan en Ray y Stowe (2014).

80. Los estudios que revelan una asociación entre el uso de antidepresivos y el autismo son: Lisa A. Croen *et al.*: «Antidepressant use during pregnancy and childhood autism spectrum disorders», *Archives of General Psychiatry*, 68, núm. 11 (2011); Dheeraj Rai *et al.*: «Parental depression, maternal antidepressant use during pregnancy, and risk of autism spectrum disorders: population based case-control study», *British Medical Journal*, 346 (2013), y Rebecca A. Harrington *et al.*: «Prenatal SSRI use and offspring with autism spectrum disorder or developmental delay», *Pediatrics* (publicado *online* el 14 de abril de 2014).

81. Los estudios daneses que no han encontrado relación entre el uso de antidepresivos y el autismo son: Anders Hviid, Mads Melbye y Björn Pasternak: «Use of selective serotonin reuptake inhibitors during pregnancy and risk of

autism», *New England Journal of Medicine*, 369, núm. 25 (2013), y M. J. Sørensen *et al.*: «Antidepressant exposure in pregnancy and risk of autism spectrum disorders», *Clinical Epidemiology*, 5 (2013).

82. El impacto del estrés materno prenatal en la progenie de los mamíferos se mide en Jayson J. Paris *et al.*: «Immune stress in late pregnant rats decreases length of gestation and fecundity, and alters later cognitive and affective behaviour of surviving pre-adolescent offspring», *Stress*, 14, núm. 6 (2011).

83. La influencia negativa de la depresión no tratada en los niños humanos no nacidos se analiza en Lori Bonari *et al.*: «Perinatal risks of untreated depression during pregnancy», *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, núm. 11 (2004), y Tiffany Field *et al.*: «Prenatal depression effects on the fetus and the newborn», *Infant Behavior and Development*, 27 (2004).

84. Puede verse la relación entre el estrés materno durante el embarazo y el desarrollo de esquizofrenia en Ali S. Khashan: «Higher risk of offspring schizophrenia following antenatal maternal exposure to severe adverse life events», *Archives of General Psychiatry*, 65, núm. 2 (2008).

85. El aumento del riesgo de ambidextrismo, autismo, trastornos afectivos y capacidad cognitiva reducida en los hijos de madres estresadas se analiza en Thomas G. O'Connor, Catherine Monk y Elizabeth M. Fitelson: «Practitioner review: Maternal mood in pregnancy and child development – implications for child psychology and psychiatry», *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55, núm. 2 (2014).

86. Sobre el estudio que revela una asociación entre la depresión durante el embarazo en las madres urbanas y el riesgo de depresión en su progenie, véase Susan Pawlby *et al.*: «Antenatal depression predicts depression in adolescent offspring: prospective longitudinal community-based study», *Journal of Affective Disorders*, 113, núm. 3 (2009).

87. Sobre el estudio que revela que los recién nacidos de madres deprimidas tienen un tono motor y una resistencia menores, son menos activos, menos robustos, más irritables y más difíciles de calmar, véase Sonya M. Abrams *et al.*: «Newborns of depressed mothers», *Infant Mental Health Journal*, 16, núm. 3 (1995).

88. El impacto de la depresión de las madres en el desarrollo lingüístico y cognitivo de sus hijos se analiza en Irena Nulman *et al.*: «Child development

following exposure to tricyclic antidepressants or fluoxetine throughout fetal life: a prospective, controlled study», *American Journal of Psychiatry*, 159, núm. 11 (2002); véase también Tim F. Oberlander *et al.*: «Externalizing and attentional behaviors in children of depressed mothers treated with a selective serotonin reuptake inhibitor antidepressant during pregnancy», *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 161, núm. 1 (2007).

89. La cita es de Thomas G. O'Connor, Catherine Monk y Elizabeth M. Fitelson: «Practitioner review: Maternal mood in pregnancy and child development – implications for child psychology and psychiatry», *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55, núm. 2 (2014).

90. Correspondencia personal con Elizabeth Fitelson.

91. El informe de Helen Mayberg y sus colegas sobre la identificación de biomarcadores de tratamientos específicos para guiar la selección del tratamiento inicial de la depresión puede verse en Callie L. McGrath *et al.*: «Toward a neuroimaging treatment selection biomarker for major depressive disorder», *JAMA Psychiatry*, 70, núm. 8 (2013).

92. Puede consultarse más información sobre los biomarcadores en Heath D. Schmidt, Richard C. Shelton y Ronald S. Duma: «Functional biomarkers of depression: Diagnosis, treatment, and pathophysiology», *Neuropsychopharmacology*, 36, núm. 12 (2011).

93. Véase el sitio web de la Red Nacional de Centros de Depresión de Estados Unidos en <<http://www.nndc.org>>; El Centro de Depresión de la Universidad de Michigan en <<http://www.depressioncenter.org>>, y el Depósito de Genética Bipolar Prechter en <<http://prechterfund.org/bipolar-research/repository>>.

94. Entrevista con John Greden.

95. La misión de la organización benéfica Bring Change 2 Mind (<<http://www.bringchange2mind.org>>) se describe en Korina López: «Glenn Close, family work to end stigma of mental illness», *USA Today* (21-5-2013).

96. Entrevista con Glenn Close.

97. Véase John Waters, «I've been put on trial over my beliefs», *Independent*, (13-4-2014).

98. La desafortunada experiencia de Ellen Richardson en la frontera estadounidense se describe en Valerie Hauch: «Disabled woman denied entry to U.S. after agent cites supposedly private medical details», *Toronto Star* (28-11-2013). Yo publiqué un artículo de opinión sobre el incidente: «Shameful profiling of the mentally ill», *New York Times* (8-12-2013).

99. Sobre el informe de la policía fronteriza estadounidense impidiendo la entrada en el país a Lois Kamenitz, véase Isabel Teotonio: «Canadian woman denied entry to U.S. because of suicide attempt», *Toronto Star* (20-1-2011).

100. Correspondencia personal con Ryan Fritsch.

101. Puede verse un extenso análisis de las disposiciones de esta ley relativas a la enfermedad mental en Abigail J. Schopick: «The Americans with Disabilities Act: Should the amendments to the Act help individuals with mental illness?», *Legislation and Policy Brief*, 4, núm. 1 (2012).

102. La prohibición de viajar a las personas con VIH se analiza en Darlene Superville: «US to overturn entry ban on travelers with HIV», *Boston Globe* (31-10-2009).

103. Entrevista con Angel Starkey.

104. Entrevista con Bill Stein (seudónimo).

105. Entrevista con Frank Rusakoff (seudónimo).

106. Correspondencia con Tina Sonogo.

107. Entrevista con Maggie Robbins.

108. Entrevista con Claudia Weaver (seudónimo).

109. Entrevista con Laura Anderson.

110. Esa historia de amor se inició con este artículo: John Habich, «Writing out the demons», *Star Tribune* (4-8-2001).

* Los datos bibliográficos completos de las fuentes originales, así como los de las obras traducidas al castellano, aparecen en la bibliografía. (*N. del E.*)

Andrew Solomon es autor de *Lejos del árbol* (Debate, 2013), ganador del National Book Critics Circle Award, y de *El demonio de la depresión*, finalista del Pulitzer y ganador del National Book Award. Es profesor de psiquiatría en la Universidad de Cornell y asesor especial para cuestiones de LGBT en el departamento de psiquiatría de la Universidad de Yale.