

LA DEPRESIÓN:

Un caso típico de Depresión

Para María cada día es una nueva batalla para lograr seguir adelante. Muchos días no tiene ánimo suficiente ni siquiera para levantarse de la cama y cuando su marido vuelve a casa por la noche la encuentra todavía en pijama y con la cena sin preparar. Lloro muy a menudo y hasta sus momentos de mejor humor se ven continuamente interrumpidos por ideas de fracaso e inutilidad. Tareas tan insignificantes como vestirse o hacer la compra le resultan muy difíciles y el menor obstáculo le parece una barrera infranqueable. Cuando se le recuerda que todavía es una mujer atractiva y se le sugiere que salga a comprar un vestido nuevo contesta, "esto es demasiado difícil para mí, tendría que atravesar la ciudad en autobús y probablemente me perdería, además ya no soy atractiva".

Su forma de hablar y de andar es lenta y su rostro tiene un aspecto triste. Antes era una mujer vivaz y activa, colaboraba en asuntos sociales de su barrio, le gustaba leer, pintar y era una anfitriona encantadora. Entonces ocurrieron dos cosas: Su hijo empezó a ir a la escuela y su marido fue ascendido a un puesto de gran responsabilidad que lo obligaba a permanecer demasiado tiempo fuera de casa.

Ahora ella languidece pensando si merece la pena vivir y ha jugado con la idea de tomarse todo el frasco de sus píldoras antidepresivas de una sola vez.

La indefensión como posible causa de la depresión

En el caso anterior hemos visto aspectos de la indefensión humana típicos ante la depresión, pérdida del ánimo, llanto incontrolado, ideación de ruina, pérdida de interés y pensamientos suicidas. Estos son una parte de los síntomas variados que acompañan a los estados depresivos. La depresión es a la psicopatología lo que el catarro a la medicina; nos afecta a todos, pero en mayor medida a las mujeres (la proporción es de 3 mujeres por cada hombre) aunque la mayor incidencia de suicidios consumados corresponde a los varones. La prevalencia es mayor en mujeres casadas que en solteras. Se ha demostrado que las mujeres reaccionan de forma más ansiosa que los hombres frente a las situaciones conflictivas de la vida.

Seguramente comprendamos el caso de María porque en uno u otro momento todas nos hemos sentido con el ánimo deprimido. Nos sentimos tristes; cualquier pequeño esfuerzo nos cansa; perdemos el sentido del humor y las ganas de hacer hasta aquello que normalmente más nos entusiasma. Pero dichos estados de ánimo suelen ser transitorios y al poco tiempo han remitido. Sin embargo, cuando hablamos de depresión con la gravedad que impone dicha etiqueta este estado se instaura permanentemente en nosotras como si poco a poco fuéramos sumergiéndonos en un pozo sin fondo del cual nos es imposible salir.

La mujer deprimida percibe a menudo fuertes sentimientos de aversión hacia sí misma; se siente inútil y culpable de sus insuficiencias. Pueden comenzar a producirse ataques de llanto, pérdida de peso e insomnio. La comida no sabe bien, el sexo no resulta excitante y se pierde todo el interés por la gente afectivamente ligada a ella. Esta mujer deprimida puede empezar a tener deseos suicidas. A medida que sus intenciones se hacen más serias, las ideas esporádicas se convierten en deseos; preparará incluso un plan y lo pondrá en práctica. Hay pocos trastornos psicológicos que sean tan debilitadores y ninguno que produzca tanto sufrimiento como la depresión grave.

Tipos de estados depresivos y factores comunes

Consideraremos tres tipos de depresión agrupadas bajo la categoría de *trastornos afectivos*

- Depresión reactiva o neurótica
- Depresión endógena
- Depresión orgánica

Las tres tienen en común los siguientes factores:

- Humor depresivo
- Pérdida de placer e interés
- Inutilidad y culpabilidad
- Baja autoestima
- Incapacidad
- Pensamientos suicidas
- Ansiedad
- Dificultades para pensar
- Obsesiones y paranoia
- Perturbación del sentido del tiempo
- Despersonalización (en casos más graves pueden llegar a sentirse apartados de la realidad, como si simplemente fueran observadores sin participar emocionalmente)
- Pérdida de energía
- Lentitud y agitación
- Trastornos del apetito y el peso
- Problemas de sueño
- Reducción de la libido (falta de deseo en las mujeres)
- Síntomas corporales (jaquecas, náuseas, dolores varios, calambres etc.)

Todos estos síntomas pueden o no estar presentes en la mujer deprimida, estos son un consenso de todos los observados a lo largo de la experiencia.

Para que puedas clasificarte dentro de uno de los tres tipos de depresión mencionados vamos a definirlos con más detalle.

Depresión reactiva

Las depresiones reactivas son las más comunes y del tipo que a todos nos es familiar. No presentan ciclos temporales regulares, por lo general no responden a las terapias físicas (fármacos) no se hallan genéticamente predisuestas y si responden a la terapia cognitivo-conductual.

Este tipo de depresión normalmente parece coincidir con un acontecimiento adverso de la vida, tal como la muerte de un ser querido, el divorcio, las desavenencias conyugales, los problemas económicos o los problemas de desempleo. El inicio de la depresión no tiene porqué ocurrir inmediatamente después del acontecimiento, sino, a veces al cabo de unas semanas o meses. La primera aparición se produce, normalmente en la vida adulta temprana y está caracterizada por sintomatología física y psicológica variada. Es un estado más benigno y no psicótico, aunque, hasta cierto punto, la recuperación se ve influida por factores de personalidad.

Depresión endógena

Este tipo de depresiones son una respuesta a algún proceso endógeno o interno desconocido. Estas depresiones no son desencadenadas por ningún acontecimiento externo; simplemente, se abalanzan sobre la persona afectada. Por lo general, presentan ciclos temporales regulares y pueden ser bipolares o unipolares. La bipolar recibe el nombre de maníaco-depresiva (el individuo pasa repetidamente de la desesperación a un estado de ánimo neutro, de aquí a un estado maníaco hiperactivo y superficialmente eufórico, para volver a la

desesperación, pasando por el estado neutro). La unipolar consiste en una alternancia regular de desesperación y neutralidad, sin aparición de manía.

Las depresiones endógenas responden a menudo al tratamiento con fármacos y pueden tener un origen hormonal. También pueden hallarse genéticamente predisuestas (Ej. si la madre es depresiva y el padre alcohólico es posible que el descendiente llegue a ser depresivo. Se ha dicho que en los hombres el alcoholismo es el equivalente de la depresión en las mujeres) y sus síntomas suelen ser más graves que los de las depresiones reactivas.

Depresión orgánica

Cuando se hace un diagnóstico de depresión es importante descartar las bases orgánicas, puesto que el efecto y la conducta depresiva están asociadas muchas veces a una lesión cerebral o a la acción de ciertos fármacos.

Formulaciones de la depresión en la psicoterapia conductual

Para el tratamiento de las depresiones más comunes, las reactivas, se han formulado tres teorías en la psicoterapia conductual.

Baja proporción de reforzamiento

Según Lewinsohn la depresión se debe a una baja proporción del reforzamiento positivo seguido de respuestas específicas, bien porque existen pocos acontecimientos reforzadores en el ambiente del paciente y porque éste no suele tener respuestas gratificantes (posiblemente por falta de habilidades sociales). Según él los síntomas cognitivos y verbales de la depresión son consecuencia de la ausencia de respuestas que crea esta pérdida de reforzamiento. Es decir, el individuo deja de hacer más esfuerzos para obtener los resultados deseados porque los anteriores fracasaron. La terapia se dirige a identificar fuentes potenciales de reforzamiento en el ambiente del paciente y a desarrollar métodos para aumentar su disponibilidad (entrenamiento en habilidades sociales).

Pérdida de control: indefensión aprendida

El defensor de esta teoría es Seligman y sugiere que una persona se deprime cuando cree que su conducta tiene poca o ninguna influencia sobre el resultado de los acontecimientos, es decir, no tiene ningún control. La terapéutica incluye:

- Cambiar la posibilidad de acontecimientos provocadores de depresión con cambios ambientales.
- Reevaluar las metas y las normas del paciente para que se vuelva más realista y reducir la posibilidad de que insista en el fracaso (pueden utilizarse varios tipos de terapias cognitivas para ello).
- Desarrollar expectativas de control, por ejemplo, resaltando la variedad de habilidades sociales y comunicativas relevantes del paciente, aumentando el repertorio de actividades generales de modo que existan más oportunidades de resultados positivos y proporcionar estrategias de autocontrol eficaces.
- Modificar atributos poco realistas de los fracasos, resaltando las circunstancias que impiden el resultado deseado.
- Modificar atributos poco realistas de éxito, resaltando las cualidades personales relevantes (fomento de la autoestima).

Distorsiones cognitivas

Postulado por Beck, sugiere que el estado depresivo surge de distorsiones cognitivas basadas en un conjunto de pensamientos negativos respecto a la visión del individuo de sí mismo, del mundo y del futuro. La terapia se dirige a la variedad creciente de actividades del paciente, identificando los pensamientos automáticos que

siguen a la percepción de una dificultad, generando pensamientos alternativos (no depresivos) de índole más realista y adaptable, poniendo a prueba la credibilidad de estas alternativas y modificando los supuestos inadaptados que parecen caracterizar los pensamientos automáticos que conducen a las respuestas depresivas.

Depresión y suicidio

La enfermedad psiquiátrica con más riesgo de suicidio es la depresión (entre un 10 y un 15%). Los momentos de la enfermedad con más riesgo son cuando disminuye la inhibición y la melancolía (empiezan a mejorar) o cuando se inicia la depresión. Los tres síntomas de la depresión relacionados con el suicidio son:

- Aumento del insomnio
- Aumento del abandono del cuidado personal
- Aumento del deterioro cognitivo

Existen varias opiniones sobre la significación de los síntomas psiquiátricos en el paciente suicida, aunque la mayoría de las revisiones nos indican que en una proporción del 70%, los intentos de suicidio presentan una condición depresiva que es fácil de reconocer. Los depresivos endógenos corren mayor riesgo que los depresivos reactivos, los intentos de suicidio son impulsivos, pueden decidirse una hora antes.

Los intentos de suicidio son especialmente comunes entre las mujeres menores de 35 años (más entre 15 y 24 años), los hombres lo hacen en edad más avanzada. Por clases sociales es más común en las más bajas, pero más efectivo entre las clases altas y grupos profesionales de alto estatus económico.

Factores asociados al riesgo de suicidio:

- Mujeres menores de 35 años, hombres mayores de 40
- Separación, divorcio o muerte del cónyuge
- Pérdida inminente de un ser querido
- La soledad y el aislamiento social
- Problemas económicos, paro reciente o jubilación
- Mala salud
- Ocupación de alto estatus
- Depresión (sobre todo endógena)
- Enfermedad terminal
- Problemas con alcohol y/o drogas
- Anteriores intentos de suicidio
- Historia previa de trastornos afectivos
- Historia familiar de trastornos afectivos, suicidio, alcoholismo
- Indicios suicidas (avisos o conversaciones suicidas)
- Preparativos (hacer testamento, seguros, nota suicida)

En general los pacientes suicidas están dispuestos a hablar de sus intenciones y para algunos la necesidad de desahogarse con alguien que les toma en serio es terapéuticamente positivo. Cuando existe la posibilidad de suicidio se le debe animar a que hable de ello y procurar emplear tiempo en el futuro para seguir hablando del tema con lo cual se puede facilitar el ingreso temporal en una unidad psiquiátrica y/o proporcionar la ayuda necesaria para atenuar la circunstancias que provocan el intento suicida.

Gloria Marsellach Umbert – Psicóloga

Bibliografía consultada:

Mackinnon y Michels, "Psiquiatría Clínica aplicada", Ed. Interamérica
Carnwath y Miller, "Psicoterapia conductual en asistencia primaria", Ed. Martinez Roca
Martin Seligman, "Indefensión", Ed. Debate

EL SUICIDIO:

Las personas que se suicidan se sienten perseguidos por su propia tortura. Es su culpa la que les hace no estar en paz consigo mismos

Llamamos Suicidio a aquella acción por la cual una persona acaba con su propia vida. La clasificamos como conducta autodestructiva porque esa acción puede conducir directamente a la muerte o puede ser un intento pero siempre existe una intención letal en su misma esencia.

En este artículo trataremos de revisar las características humanas que predisponen más hacia dicha tendencia, los factores de riesgo y los tipos de suicidio que se conocen.

Partimos de la base de que el suicidio no puede prevenirse, sólo podemos clasificar a determinadas personas o situaciones en la carpeta de "alto riesgo" pero su escasa prevención despertará en familiares y amigos sentimientos de culpa u hostilidad.

Conductas autodestructivas en el ser humano

El ser humano continuamente lleva a cabo acciones autodestructivas como por ejemplo fumar, beber en exceso, practicar deportes de riesgo pero la intención habitualmente no es la de acabar con la propia vida sino experimentar determinado placer.

Cuando una persona tiene una intención de suicidio no buscan el deleite sino acabar con el sufrimiento porque su visión de túnel no permite ver otras posibles salidas.

Los tipos de suicidio son los siguientes:

- **Suicidio consumado:** Conducta autodestructiva y auto infringida que acaba con la muerte de la persona que lo lleva a cabo.
- **Suicidio frustrado:** Suicidio que no llega a consumarse porque un imprevisto (algo con lo que no contaba el sujeto) lo interrumpe.
- **Intento de suicidio:** Daño auto infringido con diferente grado de intención de morir y de lesiones.
- **Ideación suicida:** Pauta de afrontar los problemas que tiene cada persona.
- **Gesto suicida:** Amenaza con hechos sobre una conducta autodestructiva que se llevará a cabo. Suele estar cargada con simbolismos.
- **Amenaza suicida:** Lo mismo que el anterior pero con palabras.
- **Equivalentes suicidas:** Son las auto mutilaciones que puede hacerse una persona.
- **Suicidio colectivo:** La conducta autodestructiva la llevan a cabo varias personas a la vez. En este tipo de suicidios lo normal es que una persona del grupo sea la inductora y el resto los dependientes.
- **Suicidio racional:** Una persona que tras una larga enfermedad por ejemplo incapacidad, llega a la conclusión de que lo mejor que puede hacer es suicidarse.

Hay que diferenciar las tentativas de suicidios de los suicidios consumados, los primeros suelen ser llamadas de atención pero hay que controlarlos muy de cerca porque dichas tentativas suelen repetirse con bastante asiduidad durante las primeras semanas que siguen a la tentativa y existe el riesgo finalmente de consumarlo.

Para explicar el Suicidio diferentes modelos han dado su propia versión, de los cuales analizaremos 4: biológico, genético, psicológico y sociológico.

Modelo Biológico

Las personas que parecen tener cierta vulnerabilidad hacia el suicidio presentan un descenso en los niveles de

Serotonina (neurotransmisor) en el Líquido cefalorraquídeo.
También se ha encontrado un descenso en la actividad dopaminérgica.

Modelo Genético

El estudio de los árboles genealógicos confirma cierta transmisión genética.

Modelo Psicológico

Según el Psicoanálisis, el suicidio es un homicidio contra uno mismo a causa del abandono vivido por los demás. La agresividad que siento hacia el entorno la dirijo hacia mí y por ello me suicido.

Los datos que nos parecen más acertados son algunos de los postulados por Sneiman:

- El suicidio es la búsqueda de solución a un problema que genera sufrimiento.
- Es una manera de cesar la conciencia, no necesariamente la vida.
- El dolor que no controlamos es un riesgo de suicidio para acabar con ese dolor incontrolable.
- Para el suicida, el acto siempre es lógico.
- La emoción del suicidio es la desesperanza y el desamparo.
- Su actitud: la ambivalencia. Vivir y morir a la vez pero uno de los sentimientos surge con más fuerza.
- El estado cognitivo es la "visión de túnel" antes nombrada.
- El suicidio es un acto de comunicación interpersonal con "pistas" a modo de señales que ha ido dejando el ejecutor.

Modelo Sociológico

A cada sociedad le corresponde un número X de suicidios. Los hay de tipo altruista, egoísta, anómico (sociedad cambiante en la que se pierde el control social) o incluso ritualista.

Una mirada a los principales factores de riesgo

Antes podíamos decir que la mayor proporción de suicidios consumados es a partir de los 65 años pero ahora la tasa de suicidio juvenil se ha incrementado considerablemente entre los 15 y los 25 años. El desencadenante más frecuente de tentativa de suicidio es el fracaso en la relación amorosa. El 98% de los pacientes suicidas consumados tienen sintomatología de trastorno mental.

La enfermedad psiquiátrica con más riesgo es la depresión. Los momentos con más riesgo es cuando disminuye la inhibición y la melancolía, es decir, el paciente deprimido parece empezar a mejorar, o bien cuando se inicia el cuadro depresivo y todavía no nos hemos enterado. Los tres síntomas de la depresión relacionados con el suicidio son:

- + insomnios
- + abandono del cuidado personal
- + deterioro cognitivo

La segunda enfermedad con mayor riesgo es la esquizofrenia y la tercera, el abuso de sustancias (alcohol y otras toxicomanías).

Es la ausencia de vida la que lleva más al suicidio que los "life events" (acontecimientos de la vida) que sólo se relacionarían con intentos. Las situaciones de cambio, ruptura y desarraigo son también factores de riesgo suicida.

La vida avanza inexorablemente como el agua de un río arrastrando al ser humano con su corriente. El hombre con su equilibrio ha de ser capaz de afrontar las circunstancias adversas que le salen al paso. La vida no es más o menos justa, más o menos injusta, mala o buena, podríamos decir que la vida tan solo ES.

La vida es posible que les parezca dura o implacable a los fracasados, a los débiles o a los deprimidos, que en vez de afrontar los obstáculos se sientan a lamentar su fracaso. Una y otra vez repiten los mismos errores sin llegar a pensar como evitarlos por lo que el círculo se cierra sobre ellos fracasando de nuevo.

Es inútil maldecir a la suerte, para luchar se necesita saber como es el adversario si no lo haces ya has perdido la batalla de antemano. Si eres fuerte y estás equilibrado tienes mucho ganado y adaptarte a las circunstancias es coser y cantar. Cuando el interior alcanza el equilibrio es difícil que llegado el fracaso nos afecte porque nos encontraremos ante un adversario al que conocemos y contra el que podremos combatir todavía si cabe más fuerte.