

# El fenómeno «Círculo Vicioso» en la depresión

J. L. Gonzalez de Rivera

Psiquis, 1984; 5: 104-107

## Resumen

*La depresión es un estado normal de respuesta ante situaciones crónicas de estrés o ante experiencias severas de pérdida. En condiciones normales, las capacidades de regulación y defensa del organismo aseguran la recuperación total, pero en condiciones patológicas se establece un círculo vicioso que previene el desarrollo de estas funciones y perpetua el estado depresivo. El objetivo prioritario del tratamiento es establecer el punto de entrada en el círculo vicioso que mejor asegure su interrupción y la conclusión de los procesos de neutralización y adaptación.*

## Abstract

*Depression is a normal response to chronic stress and to loss experiences. In normal conditions, the capacities of defense and regulation of the organism allow for total recovery. In pathological conditions, or vicious circle on closed loop is created, preventing the development of normal functions and perpetuating the depressive state. The first priority in treatment is to establish the point of entry which best guarantees he breaking*

*of the vicious circle, allowing of the completion of neutralization and adaptation processes.*

Todo el mundo conoce esa sensación terrible que embarga el ánimo después de un desengaño amoroso, o de un fracaso, o de la pérdida de un ser querido. Pena, tristeza, apatía, desesperación... Los matices del sentimiento depresivo son casi infinitos, todos relacionados entre sí, y todos agobiantes. Como el dolor de una herida la depresión es la reacción normal ante los desgarros y pérdidas que nos impone la vida. Pérdidas de ilusión, de empleo, de estatus social, de familiares, de amigos. Desgarros en el propio concepto de nosotros mismos, en la confianza hacia nuestros semejantes, en la fe hacia nuestros líderes.

Pero como las heridas, también el ánimo cicatriza, las penas pasan aparecen nuevas metas, nuevas ilusiones. Con frecuencia, una experiencia de este tipo puede resultar beneficiosa, espoleando el desarrollo y madurando al individuo. Además, para conseguir algo más nuevo y mejor, hay que renunciar y perder lo que ya no nos vale. La depresión resulta así ser un acompañante frecuente de todo cambio en la vida, incluso de los que implican progreso. Hay quien puede afrontar con entereza las peores desgracias, y que, sin embargo se desmorona, precisamente cuando todo va bien. Pero empezamos ya a entrar, sin darnos cuenta, en el terreno de lo patológico. Es importante trazar bien la

línea, antes de proseguir, entre los sentimientos depresivos normales e inevitables y la depresión enfermiza que puede requerir una intervención terapéutica.

### Depresión normal y patológica

El primer criterio, conocido desde los tiempos de Hipócrates, es el de la causa de la depresión. Cuando aparece, ¿lo hace por un motivo suficiente, obvio y comprensible para todos? Claro que, como dice Castilla del Pino, si uno escucha las razones del paciente acaba por comprender su estado, y hasta por compartirlo. Pero la regla es para aplicación estrictamente superficial, y se refiere a la universalidad con qué similar desgracia precipitaría sentimientos depresivos en otras personas. A veces, no hay motivo aparente, o éste resulta insignificante o, como hemos apuntado antes, totalmente irracional o contradictorio. Cuando esto comienza a ocurrir, es señal de que algo va mal, algo que puede fácilmente ir a peor. Las depresiones intelectualizadas o «existenciales», en las que se rumia pesarosamente sobre el mal estado del mundo y la vacuidad de la existencia, son generalmente patológicas, ya según este primer criterio. Lo habitual en estos casos es que la alteración afectiva se haya presentado de entrada, y sólo posteriormente, en un intento de encontrar explicación y sentido a ese sufrimiento se elaboran toda suerte de divagaciones teóricas. Ciertamente que esto no carece de valor, puesto que de la lucha contra la depresión, como de toda tragedia humana, pueden emerger obras de creación intelectual y artística. Así lo demuestra, entre otros muchos, el caso de Kierkegaard, un probable enfermo maniaco-depresivo, a quien la humanidad debe las bases de la filosofía existencial.

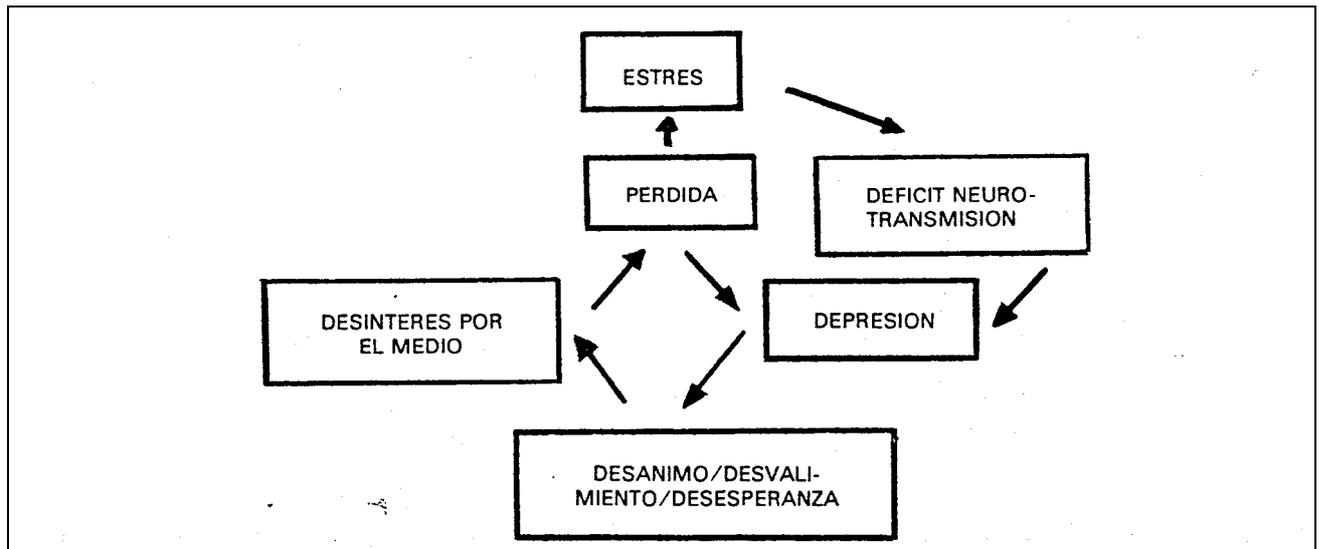
El segundo criterio es, en realidad, un desglose del anterior, y consiste en establecer la proporción entre la gravedad de la causa y la intensidad de la reacción depresiva. No es lo mismo el duelo que se establece ante la muerte de un familiar cercano que el que se desarrolla tras la de un jilguero, por ejemplo. También es muy diferente la pena que da arruinarse o perder el empleo de la que se siente al extraviar una cartera. Toda respuesta exagerada debe ser, en principio, motivo de alerta. Por otra parte, la ausencia de respuesta afectiva o la reacción insuficiente o incongruente ante una verdadera tragedia, también constituyen expresión de un proceso patológico, capaz de progresar larvadamente y explotar muchos años después.

Cuando se sufre una pérdida seria, la reacción de duelo no es sólo normal, sino también necesaria. Todas esas presiones sociales y culturales que exigen no llorar, no molestar con nuestra pena, poner cara alegre ante la desgracia, son antinatu-

rales y dañinas, porque obligan a inhibir una reacción cuyo desarrollo completo permitiría recuperar la serenidad y reparar los lazos afectivos dañados. De hecho, en muchos casos resulta indicado revivir terapéuticamente sucesos traumáticos y dolorosos, que pasaron desapercibidos en su momento, y cuyos efectos pueden prolongarse y manifestarse de maneras insospechadas.

El tercer criterio, tan importante como los anteriores es el de la duración del afecto depresivo. El duelo normal es, por definición, limitado en el tiempo. Su duración está determinada por rasgos caracteriológicos y variables culturales, y no es posible, por lo tanto, precisarla con exactitud. Podemos, sin embargo, afirmar que si no hay señales significativas de resolución al año de sufrida la pérdida, nos encontramos seguramente ante un duelo patológico. Una reacción normal y apropiada ante una causa razonable, puede persistir o repetirse tras su inicial desaparición, complicándose progresivamente hasta convertirse en verdadera enfermedad depresiva. De hecho, la gran mayoría de las depresiones comienzan así, y los estudios epidemiológicos cuidadosos muestran que casi siempre acaba por encontrarse un suceso desencadenante. La antigua clasificación entre depresiones «exógenas», con causa externa inicial y desarrollo independiente posterior, y «endógenas», que desde el primer momento parecen brotar de dentro, refleja más bien diferencias en la severidad de la depresión. En estadios incipientes, o en casos leves, el individuo busca explicaciones en su entorno e intenta trazar los orígenes de su sufrimiento a algún hecho luctuoso. En las depresiones graves, el enfermo asegura que no le ha pasado nada, quizá porque lo ha olvidado, o porque no tiene ganas de pensar o hablar, o, lo más frecuente, porque está convencido de que sus sufrimientos son harto merecidos y que no tiene derecho a quejarse.

El criterio final para identificar la depresión patológica consiste en la aparición de trastornos de otro tipo, que se asocian con los puramente afectivos formando síndromes característicos. Hay así alteraciones de la actividad intelectual, del comportamiento y de funciones corporales como el sueño o el apetito. Combinaciones más o menos típicas de estos factores producen los diversos cuadros clínicos, como por ejemplo, la depresión agitada, con temblor, inquietud y nerviosismo; la apática, con inhibición motriz e intelectual; la distímica, con cambios bruscos de humor e hipersensibilidad al rechazo efectivo... A veces, alguna de estas alteraciones llega a presentarse como predominante, quedando el afecto depresivo tan en segundo término que puede pasar desapercibido. Tenemos entonces lo que López Ibor ha llamado «equivalentes depresivos», cuya importancia es enorme tanto para el médico general como para el especialista en medicina psicosomática. Muchas



*Círculo vicioso depresivo.*

molestias físicas —como dolores lumbares, fatiga crónica, mareos y pérdidas de apetito— pueden ser, en realidad, equivalentes depresivos, lo mismo que algunas alteraciones del comportamiento como la cleptomanía o ciertas formas de alcoholismo. Tanto la dificultad en concentrar la atención como las sensaciones de pérdida de memoria pueden también representar alteraciones de orden depresivo, sin que sean necesariamente notorios los síntomas afectivos. Por el contrario, en ocasiones el inicio de algunas enfermedades orgánicas se acompaña de profundos sentimientos de tristeza, que no corresponden bien a medidas antidepressivas —al contrario que en el caso anterior— y sí al tratamiento del problema básico.

En las depresiones más graves, además de profunda tristeza y abatimiento, se produce una pérdida del sentido de realidad, con trastornos serios del pensamiento e incluso de las percepciones. Podernos aquí encontrar ideas delirantes de contenido catastrófico, tales como que el fin del mundo está próximo o que el cuerpo está pudriéndose por dentro. Algunos neuróticos aprensivos suelen tener ideas similares, pero la diferencia radica en que el depresivo psicótico está absolutamente convencido de ellas. El peligro de suicidio en estos casos es grande, e incluso el de homicidio de seres queridos, «para liberarlos de los sufrimientos de la vida». Hay enfermos de esta categoría, en los que lo único que previene la realización de sus planes autodestructivos es su tremenda desgana y pérdida de iniciativa. Para ellos, el momento más peligroso resulta ser, paradójicamente, al iniciarse el restablecimiento, cuando ya ha disminuido la inhibición psicomotriz, pero todavía persisten las ideas de suicidio y el afecto depresivo.

Un tipo especial de depresión es la ciclotímica o maníaco-depresiva, con su alternancia de períodos típicos de depresión con otros de gran activi-

dad y euforia. Los casos más leves pueden manifestarse por simples variaciones periódicas de humor, quizá sólo un poco más marcadas que las experimentadas por el sujeto normal, mientras que los más graves alternan tiempos de profunda depresión con otros de alegría desproporcionada, fuera de lugar y a veces agresiva, que se expresa con tal actividad y ausencia de criterio como para comprometer seriamente el patrimonio y la seguridad física del enfermo.

### **Mantenimiento de la depresión**

Claro que, como en el caso de Kierkegaard, algunos genios consiguen aplicar sus períodos depresivos a la recapitación y el descanso, y los maníacos a la realización de sus grandes proyectos. Cuando se conocen bien los efectos de la depresión, es posible soportarlos e incluso superarlos parcialmente, como ocurre con cualquier otro defecto físico o mental. Es posible, pero difícil, porque, recordemos, uno de los rasgos fundamentales de esta enfermedad es el desánimo y la falta de motivación. Para vencer la depresión, es necesario corregir primero los procesos patológicos subyacentes, que la precipitan y la mantienen. Desde el punto de vista médico, sabemos ya que ciertas alteraciones bioquímicas en el cerebro pueden conducir a estados depresivos, y que factores tales como la constitución, la edad y la herencia genética predisponen a la aparición de dichas alteraciones. La reserpina, medicina antes muy utilizada en el tratamiento de la hipertensión arterial, puede provocar crisis depresivas, precisamente por sus efectos fisiológicos sobre el cerebro. Actuando sobre el metabolismo de las neuronas, la reserpina hace descender las reservas de catecolaminas, sustancias responsables de la transmisión de in-

formación de una a otra célula. Este efecto, muy beneficioso para la tensión, resulta fatal para el estado de ánimo de quien no tenga su cerebro bien sobrado de todas esas sustancias. Los fármacos antidepressivos, por el contrario, sacando partido del fenómeno inverso, bloquean las vías de eliminación de catecolaminas, aumentan su actividad en el cerebro y mejoran así el humor y la actividad. Otros psicofármacos, como las sales de litio, corrigen la sensibilidad de las membranas neuronales, restando impacto a las variaciones en el flujo de los neurotransmisores, y evitan así cambios bruscos y profundos de la afectividad.

Sin embargo, los psicofármacos, eficaces como son, fallan en muchos casos, y en otros proporcionan un alivio tan sólo temporal. Una posible explicación la aporta el norteamericano Weiss, con su descubrimiento de los efectos de la frustración crónica sobre el cerebro. Según este investigador, un estrés repetitivo y frustrante acaba produciendo en el animal de experimentación un síndrome de apatía comparable con la depresión humana, y un descenso de catecolaminas cerebrales similar al producido con reserpina. Si estos hallazgos son aplicables a los humanos.

A los humanos, es obvio que resultará poco útil corregir anomalías bioquímicas en personas cuyo comportamiento las conduce a experiencias de frustración continua o a situaciones de estrés persistente. En estos casos, es necesario lograr una profunda modificación de actitudes y convicciones para que la tendencia hacia estados depresivos desaparezca de manera duradera. En la persona normal, los sentimientos desoladores asociados con vivencias depresivas –que todos hemos tenido– son progresivamente neutralizados y reemplazados por experiencias correctoras de carácter positivo. No así en el depresivo, que, ha organizado su vida en torno a actitudes rígidas que dificultan todo proceso psicológico de reparación.

En estos individuos, psicológicamente predispuestos a la depresión, la sensación continua de carecer de algo esencial para la felicidad ocupa el núcleo más profundo de su vida anímica. En su intento de llenar esa carencia provocan a veces incidentes de rechazo y abandono, o, con mayor frecuencia, interpretan como tales situaciones que, en realidad, son prácticamente neutras. En su ver-

sión más obvia y sencilla, estos rasgos patológicos de personalidad consisten en una exagerada necesidad de los demás, de su aprobación, apoyo y protección. Se trata de la denominada «personalidad dependiente», para la que sólo es posible el bienestar en las raras ocasiones en que son colmadas todas sus exigencias. Un poco más elaborada es la segunda posibilidad, en la que persiste la dependencia, pero no de manera indiscriminada, sino totalmente focalizada sobre otra persona (o, a veces, una institución). Aunque externamente puede criticar e incluso atacar a esa «persona dominante», en el fondo el depresivo ve en ella todas las potencias reparadoras de su soledad afectiva. Cuando la persona dominante se aleja, física o emocionalmente, surgen todos los sentimientos que su presencia permitía ocultar, y sobreviene entonces la crisis depresiva.

La tercera posibilidad es, en apariencia, muy diferente de las otras dos. En ella, el depresivo, que puede comportarse de manera muy independiente, está en realidad totalmente sometido a la persecución de un objetivo más o menos concreto, que ocupa un lugar fundamental en su existencia. Su dependencia no se refiere a las personas de su entorno, como en los casos anteriores, sino a la consecución de esa meta, con frecuencia ligeramente grandiosa. Los accesos depresivos sobrevienen en los momentos en que parece haber fracasado en su empeño, generalmente a causa de dificultades en su carrera profesional, actividad empresarial, etc. Paradójicamente, el éxito total y absoluto también precipita en él sentimientos depresivos, que desaparecen tan pronto como logra establecer nuevas metas todavía más difíciles.

### Conclusión

En el tratamiento psicoterapéutico de la depresión pueden seguirse muchas vías, pero todas tienden a lograr una mayor soltura en las relaciones interpersonales. aumentando la capacidad de obtener y dar gratificación, y la de confiar en los demás, sin ser agobiantemente dependiente o exigente. La interrupción del círculo vicioso depresivo permite la resolución del núcleo inicial por los procesos normales de neutralización.