

Depresi3n, la enfermedad del siglo XXI

Depresi3n, la enfermedad del Siglo XXI

Doctora Myrna Estela Rosas Uribe
 Psicoterapeuta / Investigadora UV
 meru100@netvoice.com.mx

Anteriormente, las prioridades de salud pÃblica se estimaban con base en los Ãndices de mortalidad; sin embargo, hace mÃs o menos una dÃcada que se incluy3 el factor discapacidad o pÃrdida de vida saludable para hacer consideraciones al respecto. Por lo tanto, las enfermedades neuropsiquiÃtricas son algo importante que se debe tomar en cuenta, dado el nÃmero de dÃas que las personas pueden verse afectadas por ellas. En este sentido, la depresi3n unipolar, que es explicada en un pÃrrafo posterior, destac3 alrededor del aÃo 2000 por haber ocupado el cuarto lugar mundial entre las enfermedades discapacitantes, al mismo tiempo que se ha estimado que para el aÃo 2020 ocuparÃ el segundo lugar, e inclusive el primero en paÃses en desarrollo.

Tal depresi3n se ha convertido en un problema importante de salud pÃblica que padecen alrededor de 150 millones de personas en el mundo (Parker, 2002). Por este motivo, la Organizaci3n Mundial de la Salud ha establecido dentro de su programa de salud mental que la atenci3n a este trastorno depresivo es prioritaria.

A fin de delimitar dicho problema, es conveniente considerar que el Manual Diagn3stico y EstadÃstico de los Trastornos Mentales, en su versi3n cuarta, texto revisado (American Psychiatric Association, 2003), incluye una secci3n para los trastornos del estado de Ãnimo. Su caracterÃstica principal es una alteraci3n del humor, y estÃn divididos en trastornos depresivos (depresi3n unipolar), trastornos bipolares y trastornos basados en la etiologÃa (trastorno del estado de Ãnimo debido a enfermedad mÃdica y trastorno del estado de Ãnimo inducido por sustancias). Entre los trastornos depresivos se encuentra, ademÃs de la distimia y del trastorno depresivo no especificado, la depresi3n mayor. Por ser especialmente Ãsta el motivo de preocupaci3n, a continuaci3n se detallan los criterios establecidos para su diagn3stico:

CRITERIOS DE DIAGN3STICO

1. Presencia de un Ãnico episodio depresivo mayor, o de dos o mÃs, pero separados por un intervalo de dos meses continuos. Dicho episodio depresivo mayor se caracteriza por:

- Un periodo mÃnimo de dos semanas durante el cual haya tenido un estado de Ãnimo depresivo o pÃrdida de interÃs la mayor parte del tiempo, casi todos los dÃas.

- Cuatro de los siguientes sÃntomas, tambiÃn la mayor parte del tiempo:

Cambio de peso (mayor a 5 por ciento del peso corporal en un mes) o cambio del apetito.

Insomnio o hipersomnia.

Agitaci3n o retardo psicomotor.

Fatiga o pÃrdida de energÃa. Sentimientos excesivos de inutilidad o de culpa.

Disminuci3n de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones.

Pensamientos recurrentes de muer-te, ideaci3n suicida o intento de suicidio.

- Un cambio respecto a su funcionamiento previo, y sus sÃntomas, le deben provocar deterioro social, laboral o de otras Ãreas importantes de la vida. Quedan excluidos los sÃntomas que se deben a los efectos fisiol3gicos directos de una sustancia o una enfermedad mÃdica; y los debidos a la presencia de un duelo despuÃs de la pÃrdida reciente (Ãltimos dos meses) de un ser querido.

2. El episodio depresivo mayor no es debido a esquizofrenia o a algÃn otro trastorno psic3tico1.

3. Nunca se ha producido un episodio manÃaco2, un episodio mixto3 o un episodio hipomanÃaco4.

Cabe aclarar que establecer un diagn3stico con base en estos criterios constituye s3lo el primer paso de una evaluaci3n que tiene que completarse con mÃs informaci3n, ya que cuando se trata de formular un adecuado plan terapÃutico, hay que contar con otros datos importantes sobre la persona afectada, entre los cuales los eventos traumÃticos o perturbadores de su vida son muy relevantes.

SENTIMIENTO DE PÃRDIDA Y FRACASO

De acuerdo con Mog y Bradley (2000), la depresi3n puede activar mecanismos cognitivos que parecen estar relacionados con el sentimiento de pÃrdida y fracaso. En este sentido, la literatura en el Ãrea cognitiva (Dalgleish, Taghavi, Doost,

Moradi, Yule & Canterbury, 1997; MacLeod, 1997; Power & Dalgleish, 1998; Siegle, 2001) sugiere la atención sostenida a eventos autobiográficos, así como mecanismos relacionados con la memoria del individuo. Autores como Beck (1979), Rush y Beck (2000) y Bennett-Goleman (2002), sostienen que la persona que padece depresión, al evaluar los eventos del medio, es influenciada por sus esquemas de información emocional negativa que guarda en su memoria a largo plazo y que afectan su percepción. Específicamente, Beck asume que sus esquemas disfuncionales sobre sí misma, sobre el futuro y sobre los eventos del presente le determinan el desorden emocional.

Desde la perspectiva del modelo teórico del Sistema de Procesamiento de Información a un Estado Adaptativo (SPA), desarrollado por Shapiro (1991, 2001, 2002, 2004), todas las personas tenemos un sistema inherente, psicológicamente adaptado para procesar información, que puede ser comparado con los otros sistemas corporales, como por ejemplo el digestivo. Dicho sistema procesa las experiencias para almacenarlas en la memoria en una forma útil y accesible, incorporándolas a las neuro-redes que están relacionadas. Tal parece que un equilibrio neurológico en un sistema fisiológico definido permite que se realicen las conexiones con las asociaciones apropiadas, para que las experiencias queden integradas a esquemas cognitivos y emocionales positivos, y sean empleadas constructivamente por los individuos en el futuro.

DESEQUILIBRIO EN EL SISTEMA

Sin embargo, cuando alguien experimenta un evento traumático, ocurre un desequilibrio en el sistema, que queda incapacitado para procesar la nueva información óptimamente. Esto impide que se conecte con la que está almacenada adaptativamente en otras redes de memoria, manteniendo al suceso en su estado de perturbación encerrado en un nódulo restringido, que hace que la persona manifieste cogniciones, emociones, imágenes y/o sensaciones negativas.

Una premisa básica de esta postura teórica es que los efectos negativos duraderos de experiencias tempranas que han involucrado humillaciones y desilusiones, y de cualquier evento que resulte traumático, se ven reflejados en la vida diaria a través de desánimo y baja autoestima, cuando cualquier incidente que detona alguna neuro-red asociada a ellos hace aflorar la disfuncionalidad cognitivo emocional del individuo. Luego entonces, co-mo las estructuras patológicas son inherentes a información perturbadora insuficientemente procesada, es importante considerar el impacto de ésta en la configuración de la depresión.

Con este modelo, Shapiro creó un nuevo territorio para la intervención psicoterapéutica a través de la aproximación EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, en español: Desensibilización y Reprocesamiento a través del Movimiento Ocular). Dicha aproximación reúne elementos de diferentes tendencias psicológicas en un enfoque integrativo, en el cual también están consideradas las evaluaciones positivas y negativas de las personas hacia sí mismas, que son relevantes para la terapia cognitiva, de acuerdo con lo señalado, entre otros, por Beck (1967).

IMPACTO SOBRE LAS PERSONAS QUE SUFREN DEPRESIÓN

Alrededor de ella existe una base extensa de investigación controlada (Carlson, Chemtob, Rusnhak, Hedlund & Muraoka, 1998; Feske, 1998; Ironson, Freund, Strauss & Williams, 2002; Marcus, Marquis & Sakai, 1997; Maxfield & Hyer, 2002; Rothbaum, 1997; Spector & Read, 1999; Van Etten & Taylor, 1998). Especialmente un estudio realizado por Rosas-Urbe (2006), tomando en cuenta la teoría, la metodología y la tecnología disponibles actualmente en el área de la ciencia cognitiva de la emoción, aportó resultados positivos que demostraron el impacto que dicha psicoterapia puede tener sobre el procesamiento de la información negativa emocional en personas que sufren depresión.

A través de la aproximación psico-terapéutica EMDR, puede esperarse que las imágenes, creencias, emociones y sensaciones negativas que componen los recuerdos en la memoria de las personas alrededor de sus eventos traumáticos, dejen de ser perturbadoras.

El papel de esta psicoterapia es ayudar a metabolizar los sucesos experienciales que provoquen disfunción, reacomodando en la memoria las experiencias negativas y trasmutándolas en experiencias de aprendizaje adaptativas.

El reprocesamiento adecuado de la información permite al paciente re-conocer las condiciones emocionales y cognitivas apropiadas del presente, y le promueve una evolución progresiva hacia un estado de aceptación que deriva en un sentido de seguridad y de control; se espera así que los síntomas depresivos desaparezcan, como sucedió en el estudio previamente citado.

La evaluación de creencias autorreferenciales y la reestructuración cognitiva y emocional son elementos clave que permiten enfocar apropiadamente el tratamiento, permitiendo que los cambios ocurran rápidamente.

Conocer que existe una intervención psicoterapéutica efectiva como la aquí descrita tiene especial importancia cuando se trata de encontrar soluciones alrededor de un problema de salud como la depresión, que amenaza con convertirse próximamente en la segunda entre las enfermedades discapacitantes del mundo.

Myrna Estela Rosas Uribe

Es licenciada en Psicología por la UV, y tiene una Maestría en desarrollo del Niño Superdotado y Talentoso, de la Universidad de las Américas. Su Doctorado en Filosofía con especialidad en Psicología es de la UANL.

Referencias

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª. ed.). Washington, DC: Author.

Beck, A. T. (1967). *Depression: causes and treatment*. Philadelphia : University of Pennsylvania Press.

Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International Universities Press.

Bennett-Goleman, T. (2002). *Emotional alchemy: How the mind can heal the heart*. Nueva York: Harmony Books.

Carlson, J. G., Chemtob, C. M., Rusnak, K., Hedlund, N. L. & Muraoka, M. Y. (1998). Eye movement desensitization and reprocessing for combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 3-24.

Dalgleish, T., Taghavi, R., Doost H. N., Moradi, A., Yule, W. & Canterbury, R. (1997). Information processing in clinically depressed and anxious children. *Journal of Child Psychology, Psychiatry*, 38 (5), 535-541.

Feske, U. (1998). Eye movement desensitization and reprocessing treatment for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 171-181.

Ironson, G. I., Freund, B., Strauss, J. L. & Williams, J. (2002). A comparison of two treatments for traumatic stress: A community based study of EMDR and prolonged exposure. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 113-128.

MacLeod, C. (1997). The locus of implicit-explicit dissociation in mood congruent memory. En: D.G. Payne & F.C. Conrad (Eds.), *Intersections in basic and applied memory research*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Marcus, S., Marquis, P. & Sakai, C. (1997). Controlled study of treatment of PTSD using EMDR in a HMO setting. *Psychotherapy*, 34, 307-315.

Maxfield, L. & Hyer, L. A. (2002). The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 23-41.

Mog, K. & Bradley, B. P. (2000). Selective attention and anxiety: A cognitive motivational perspective. En: T. Dalgleish & M. Power. *Handbook of cognition and emotion*. Nueva York: Wiley.

Parker, G. (2002). *Dealing with depression: A commonsense guide to mood disorders*. Australia: Allen & Unwin.

Power, M. J. & Dalgleish, T. (1998). Cognition in the context of emotion: The case of depression. En A. C. Quelhas & F. Pereira (Eds.), *Cognition and context*, No. especial de Análise Psicológica (pp. 381-413). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Rosas-Uribe, M. E. (2006). *El impacto de la aproximación psicoterapéutica EMDR en el procesamiento cognitivo de la información emocional en pacientes con depresión*. Tesis doctoral no publicada, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León.

Rothbaum, B. O. (1997). *A controlled study of eye movement desensitization*

and reprocessing for posttraumatic stress disorder sexual assault victims. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61, 317-334.

Rush, A. J. & Beck, A. T. (2000). Cognitive therapy. En H. I. Kaplan y B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive handbook of psychiatry* (7ª. ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.

Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic Principles Protocols and porocedures* (2a. Ed.). Nueva York: Guilford Press

Shapiro, F. (2002). Paradigms, processing and personality development. En F. Shapiro (Ed.), *EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism*. Washington, DC: American Psychological Association Books.

Shapiro, F. (2004). *EMDR: Desensibilizaci3n y Reprocesamiento por medio de Movimiento Ocular*. M3xico: Editorial Pax.

Siegle, G. J. (2001). A neural network model of attentional biases in depression En: J. Reggia, & E. Ruppin (Eds.), *Disorders of brain, behavior, and cognition: The neurocomputational perspective* (pp. 415-441). Amsterdam: Elsevier.

Spector, J. & Read, J. (1999). The current status of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 165-174.

Van Etten, M. L. & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, 126-144.

1 American Psychiatric Association, *Manual Diagn3stico y...*, pp. 333-334

2 Ibidem, p. 405

3 Ibidem, p. 408

4 Ibidem, pp. 411-412