

Significado psicológico de la depresión en médicos y psicólogos

Psychological meaning of depression in medical doctors and psychologists

Sergio González Escobar y José Luis Valdez Medina¹

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue conocer el significado psicológico de la depresión en psicólogos y médicos. Se trabajó con una muestra no probabilística de tipo intencional conformada por 50 médicos y 50 psicólogos, repartidos equitativamente por género, que laboraban en clínicas públicas del sector salud. Para obtener dicho significado psicológico se empleó la técnica de redes semánticas naturales. Los resultados muestran que unos y otros difieren en la forma de definir los estímulos utilizados para este fin. Se concluye que la forma de aproximarse a la depresión varía de acuerdo con el profesionista: los médicos consideran los aspectos biológicos, mientras que los psicólogos hacen énfasis en los afectivos, cognitivos y sociales.

Palabras clave: Depresión en médicos; Depresión en psicólogos; Significado psicológico; Técnica de redes semánticas naturales.

ABSTRACT

The aim of this study was to know the psychological meaning of depression in doctors and psychologists. It was worked with an intentional non probabilistic sample conformed by 50 doctors and 50 psychologists, equally distributed by gender, who worked in public health clinics. The natural semantic nets technique was used. Results show that both diffiere in their way to define the used stimuli. As conclusion, the meaning of depression depends on the professionals: while doctors consider the biological aspects, psychologists point to social, afective and cognition aspects of depression.

Key words: Depression in medical doctors; Depression in psychologists; Psychological meaning; Natural semantic nets technique.

La depresión es la alteración más frecuente del estado de ánimo, ocurre entre el 5 y 10% por ciento de la población general, es más frecuente en mujeres que en hombres y aparece sobre todo entre los 18 y 44 años de edad. De esta forma, se calcula que aproximadamente 340 millones de personas en el mundo la sufren y que para el año 2020 provocará más pérdidas de años de vida saludable, siendo superada sólo por las enfermedades cardíacas.

Ostrowsky (2000) señala que, en México, entre 6 y 8% de la población general ha sufrido de depresión grave. Con base en una encuesta nacional, Medina-Mora, Rascón, Tapia y cols. (1992) reportaron que 34% de la población estudiada exhibió uno o más síntomas de depresión durante el mes anterior al

¹ Facultad de Ciencias de la Conducta, Universidad Autónoma del Estado de México, Av. Filiberto Gómez s/n, Colonia Guadalupe, 50100 Toluca, Estado de México, México, tel. y fax (722)272-00-76 y (722)272-15-18, correo electrónico: vmjl@uaemex.mx. Artículo recibido el 29 de abril y aceptado el 29 de agosto de 2005.

estudio, y que 13% presentó sintomatología severa con importantes variaciones de acuerdo al género, siendo casi 50% mayor en las mujeres que en los hombres.

Cabe resaltar que las consecuencias de la depresión representan un peligro para la vida. En ese sentido, Ostrowsky (2000) menciona que aproximadamente entre 10 y 15% de las personas que padecen depresión grave se suicidan o lo intentan. De esta forma, el suicidio ocupa el noveno lugar entre las causas de muerte (cfr. Valdez, 2004). En este mismo sentido, los reportes estadísticos presentados por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2000) muestran un incremento tanto en intentos de suicidio como suicidios consumados en todo el país: mientras que en 1980 ocurrieron 42 intentos y 672 suicidios consumados, en 1999 hubo 417 intentos y 2,531 suicidios consumados, lo que representa un incremento de 892% en los primeros y 276% en los segundos.

Ahora bien, la depresión, como concepto, no ha dejado de provocar controversias. Adolf Meyer lo introduce al campo de la psiquiatría en 1908 (cfr. Vallejo y Gastó, 2000), rechazando el de melancolía y el sistema taxonómico europeo. Para este autor, los síntomas de la depresión permitían a la persona que los padecía protegerse ante situaciones en las que fracasaba.

Entre 1920 y 1950 se aplicaron de manera secuencial y en un solo paciente diversos tratamientos para reducir la sintomatología depresiva, que incluían, entre otros, la psicoterapia psicoanalítica, el coma insulínico, la narcosis o la psicocirugía. Ante esta perspectiva, Zubin (1954) planteó la necesidad de una definición rigurosa del concepto de depresión, las técnicas necesarias para detectar el trastorno y cuantificar su grado, el tipo de personas susceptibles y el desarrollo de algún método que permitiera su estudio "en estado puro".

Pichot (1986) hizo énfasis en que la clasificación de los estados depresivos era un problema abierto, puesto que la depresión estaba ambiguamente definida y, por ello, no existía un acuerdo sobre sus problemas básicos, tales como la naturaleza de las categorías o dimensiones en que basarse.

Autores más recientes (Compas y Gotlib, 2003; Ostrowsky, 2000) plantean que en la actuali-

dad el problema para el estudio de la depresión es la confusión que hay alrededor del término, tanto del uso que hacen de él los profesionales de la salud pública como el público en general, ya que sirve para dar la idea de tristeza o infelicidad o referirse a sucesos triviales de la vida cotidiana que nada tienen que ver con la depresión.

Ahora bien, los tratamientos aplicados a la depresión son variados, observándose que la farmacoterapia combinada con la psicoterapia tiene resultados positivos en el tratamiento de aproximadamente 40% de los casos (Vallejo, 1995). Sin embargo, para llevar a cabo un tratamiento adecuado, es de suma importancia que los profesionales empleen criterios similares para el diagnóstico, que, de acuerdo con Vallejo y Gastó (2000), es la base primordial de cualquier intervención terapéutica. En este sentido, tanto médicos como psicólogos tienen un campo de intervención importante, pues son los profesionales que tienen el primer contacto con los pacientes que la sufren.

De esta forma, obtener el significado psicológico del concepto de depresión en el personal de la salud, como los médicos y psicólogos, es de suma importancia, toda vez que, tal como señalan Buela-Casal y Sierra (2001), en la atención primaria no se le reconoce o en la mayoría de los casos no se le da el tratamiento adecuado, convirtiéndose en un trastorno mal diagnosticado y tratado.

Con base en lo anterior —como apunta Montero (1998)—, es necesario el estudio conceptual y social de la depresión en los profesionales dedicados al cuidado de la salud física y emocional. Por ello, el objetivo de la presente investigación fue el de conocer el significado psicológico de la depresión en médicos y psicólogos.

MÉTODO

Participantes

Se trabajó con una muestra no probabilística, de tipo intencional, conformada por 100 participantes: 50 médicos y 50 psicólogos, repartidos equitativamente por género, quienes laboraban en clínicas públicas del sector salud.

Instrumento

Se trabajó con la técnica de redes semánticas naturales (Valdez, 1998). En esta técnica, se le solicitan al participante dos tareas fundamentales: 1) que defina con la mayor precisión posible a la palabra-estímulo mediante un mínimo de cinco palabras sueltas, que pueden ser verbos, sustantivos, adjetivos, adverbios, nombres, pronombres y demás, pero sin utilizar artículos, preposiciones ni ningún tipo de partícula gramatical; y 2) una vez definido el estímulo, se le solicita que jerarquice todas las palabras que dio como definidoras, asignándole el número 1 a la que considere más cercana o relacionada con la palabra estímulo, el 2 a la que sigue en importancia, y así sucesivamente hasta terminar.

Los estímulos empleados fueron, a saber: ¿Qué tipo de afectos son más recurrentes entre los pacientes con depresión?, ¿Cómo se comportan los pacientes con depresión? y ¿Qué pensamientos son más recurrentes en los pacientes que sufren de depresión? El orden en la presentación de los estímulos fue aleatorio.

Procedimiento

Las aplicaciones se realizaron en forma individual en los centros de trabajo de los participantes. El tiempo promedio utilizado fue de 15 minutos con cada uno de ellos.

RESULTADOS

A partir de la aplicación de la técnica de redes semánticas, se obtuvieron el valor J, que es el total de palabras definidoras generadas por los sujetos; el valor M, que consiste en el peso semántico de cada palabra definidora, y el conjunto SAM, es decir, las quince palabras con mayor valor M o peso semántico.

Los resultados permiten observar que, con respecto a los afectos más recurrentes entre los pacientes que sufren de depresión, hubo una similitud de 47% y una diferencia de 53% en las definidoras. De esta forma, los psicólogos emplearon las definidoras “melancolía”, “odio”, “desesperanza”, “rencor”, “irritabilidad”, “dolor”, “inutilidad” y “ansiedad”; los médicos, a su vez, usaron las definidoras “sufrimiento”, “aislarse”, “inapetencia”, “impaciente”, “descuido”, “platicar”, “culpabilidad” y “displacer” (Tabla 1).

Tabla 1. Conjuntos SAM del tipo de afectos que presentan los pacientes con depresión.

PSICÓLOGOS		MÉDICOS	
Definidora	VM	Definidora	VM
Tristeza	335	Soledad	99
Melancolía	145	Sufrimiento	85
Soledad	126	Inferioridad	80
Odio	116	Aislarse	74
Desesperanza	100	Inapetencia	54
Rencor	86	Impaciente	51
Irritabilidad	77	Tristeza	44
Inferioridad	76	Llorar	39
Dolor	68	Apatía	38
Apatía	68	Descuido	29
Inutilidad	66	Nostalgia	29
Llorar	62	Miedo	24
Ansiedad	56	Platicar	24
Miedo	51	Culpabilidad	24
Nostalgia	50	Displacer	24
J = 40		J = 65	

En la pregunta acerca de cómo se comportan los pacientes con depresión, se observó una similitud de 40% en las definidoras y una diferencia de 60%. Los psicólogos emplearon las siguientes definidoras: “cansados”, “fatigados”, “ansiosos”, “irritabilidad”,

“callados”, “somnolientos”, “agitados”, “descuidan” y “desinterés”; los médicos, por su parte, las definidoras “inseguros”, “no se quieren”, “preocupados”, “son solitarios”, “piden ayuda”, “intentan suicidio”, “lentos”, “soledad” y “agresivos” (Tabla 2).

Tabla 2. Conjunto SAM del comportamiento más recurrente de los pacientes con depresión.

PSICÓLOGOS		MÉDICOS	
Definidoras	VM	Definidoras	VM
Aislarse	356	Llorar	148
Llanto	198	Inseguros	90
Duermen mucho o no duermen	154	No comen o comen mucho	70
Cansados	99	No se quieren	67
No comen o comen mucho	92	Evasivos	66
Fatigados	81	Preocupados	64
Ansiosos	79	Son solitarios	64
Triste	64	Duermen mucho o no duermen	63
Irritabilidad	60	Piden ayuda	59
Callados	50	Se aíslan	53
Somnolientos	50	Tristes	50
Agitados	48	Intentan suicidio	40
Evasivos	42	Lentos	27
Descuidan	35	Soledad	26
Desinterés	32	Agresivos	22
J = 36		J = 65	

Con respecto a las pregunta ¿Qué pensamientos son más recurrentes en los pacientes que sufren de depresión?, hubo 53% de similitudes y 47% de diferencias. Los psicólogos emplearon las definidoras “inutilidad”, “indiferencia”, “aislarse”, “apa-

tía”, “desinterés”, “preocupación” y “desesperanza”, y los médicos usaron “nadie los quiere”, “irritabilidad”, “tristeza”, “miedo”, “asco por sí mismo”, “falta de fe”, “insatisfacción” y “economía” (Tabla 3).

Tabla 3. Conjunto SAM de los pensamientos más recurrentes en los pacientes con depresión.

PSICÓLOGOS		MÉDICOS	
Definidoras	VM	Definidoras	VM
Muerte	375	Suicidio	93
Inutilidad	197	Nadie los quiere	92
Negativismo	161	Soledad	86
Incomprensión	156	Irritabilidad	69
Autodevaluación	127	Culpa	67
Suicidio	108	Negatividad	67
Soledad	88	Muerte	52
Indiferencia	87	Incomprensión	38
Aislarse	71	Tristeza	36
Apatía	48	Miedo	32
Culpa	45	Asco por sí mismos	30
Desinterés	41	Falta de fe	29
Preocupación	40	Insatisfacción	29
Desesperanza	37	Vacío	28
Vacío	35	Economía	27
J = 44		J = 59	

DISCUSIÓN

Los resultados mostraron que, respecto a qué sienten y hacen los pacientes con depresión, médicos y psicólogos los definieron con mayor cantidad de diferencias, mientras que en el estímulo sobre qué piensan hubo más semejanzas. Esto da pauta

para considerar que la forma de aproximarse a la depresión varía de acuerdo con el enfoque de estos profesionales. De esta manera, los médicos tienden a considerar más los aspectos biológicos, así como un problema de autoestima por el que ocurre una baja de los afectos personal y social. Por su parte, los psicólogos hacen énfasis en sus aspectos

afectivos, cognitivos y sociales al considerar que las personas que sufren de depresión están hartas de la vida, con cargas excesivas de estrés, cansadas, airadas e insatisfechas con la vida (González y Valdez, 2001).

Tales hallazgos muestran que, entre los médicos y psicólogos, la aproximación que tienen para observar, entender y posiblemente diagnosticar el fenómeno de la depresión tiende a ser orientado fundamentalmente por la sintomatología física y sobre todo psicológica que es evidente, coincidiendo con la mayoría de las propuestas hechas por diversos autores (Horowitz, French y Anderson, 1982; Klerman, 1987; Montero, 1998; Ostrowsky, 2000), que, al referirse a los síntomas universales del trastorno, ubican puntos centrales o neurálgicos en el estudio y abordaje de la depresión, concordando ampliamente al decir que la depresión es una tristeza patológica que está presente en prácticamente todas las personas y que comúnmente se encuentra unida al sentimiento o estado de soledad en que se hallan.

Sin embargo, es conveniente decir que esta forma de observar el problema de la depresión es limitada en el sentido de que hay propuestas de mayor alcance que tienen que ver con la necesidad de remitirse al origen mismo de la psicología y del fenómeno, y tratan de encontrar los elementos universales y a la vez ontológicos o de partida que hagan posible entenderlo con mayor precisión.

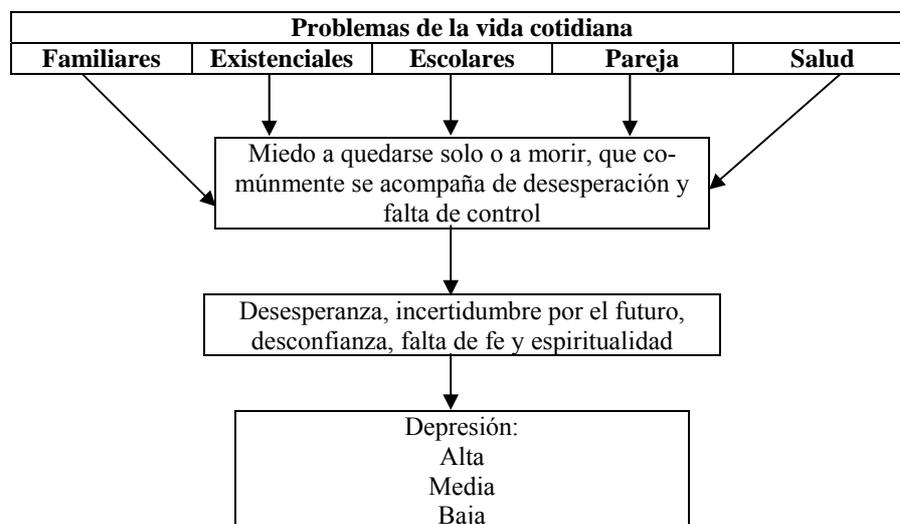
En este sentido, autores como Frankl (1991), Ostrowsky (2000) y Norwood (2003) señalan que

si se quiere desarrollar un trabajo integral respecto de la depresión, hay que considerar como uno de los principales síntomas de la depresión la falta de fe y el desconocimiento del sí mismo, que implican una aproximación que incluye aspectos de tipo espiritual o anímicos, lo que permitiría acercarse más al fenómeno desde ese punto de vista ontológico o de origen, que tiene un carácter universal en cuanto que se halla presente en todos los seres humanos.

Con base en lo anterior, es conveniente entender que es cada vez más necesario que haya entre los profesionales un trabajo de cooperación para que la salud sea vista de manera total y no únicamente como un problema biológico o psicológico, lo que haría factible brindar mejores servicios (Matute, Santa-Cecilia, Barrantes y Gil, 1996).

De esta forma, intentando retomar al menos algunos de los elementos más universales que llevan a la depresión de las personas, podría plantearse que la depresión comienza con una imposibilidad de enfrentar adecuadamente las situaciones de conflicto o los problemas de la vida cotidiana, los cuales tienen comúnmente como base alguno de los dos miedos básicos del ser humano: el miedo a la muerte y a quedarse solo, los que producen en los individuos un franco estado de desesperación (en diferentes niveles) que, al no ser controlado, tiende a generar un cierto grado de desesperanza, que finalmente se constituye como el punto de partida de la depresión (Cuadro 1).

Cuadro 1. Modelo de depresión.



Fuente: Valdez (2004).

Así, aunque parezca que se trata de un modelo no tan complejo del fenómeno, su intención inicial es fungir como resumen y alternativa para la comprensión de la depresión, en el que se retoman los elementos biológicos, sociales, filosóficos, espirituales y psicológicos de origen que han sido planteados por los más diversos especialistas de

las ciencias de la salud, con la finalidad de contribuir a una visión más integral del fenómeno para, ante todo, unificar criterios para lograr detectarlo y atenderlo de un modo más holístico, ya que, como se ha visto, la depresión no sólo es cuestión del cuerpo sino de todo aquello que conforma al ser humano.

REFERENCIAS

- Buela-Casal, G. y Sierra, J.C. (2001). *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Compas, B.E. y Gotlib, H.I. (2003). *Introducción a la psicología clínica*. México: McGraw Hill.
- Frankl, V. (1991). *La presencia ignorada de Dios*. España: Herder.
- González, E.S. y Valdez, M.J.L. (2001). Creación de un instrumento para medir la depresión. *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 9-10, 13-22.
- Horowitz, L.M., French, R.S. y Anderson, C.A. (1982). The prototype of a lonely person. En L.A. Peplau y D. Periman (Eds.): *Loneliness. A sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: John Wiley & Sons.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2000). *Censo General de Población y Vivienda 2000*. México: Autor.
- Klerman, G.L. (1987). Cognitive dysfunction, vulnerability, and integrating theories of depression. *British Journal of Psychiatry*, 117, 257-266.
- Matute, S., Santa-Cecilia, A., Barrantes, J.M. y Gil, M. (1996). Distribución comunitaria de categorías temáticas en la percepción de mejoras de la propia salud. *Actas de las V Jornadas de Atención Primaria del Levante-Alto Almanzora*. Mojácar, España.
- Medina-Mora, M., Rascón, M.L., Tapia, R., Mariño, M.C., Juárez, F., Villatoro, J., Caraveo, J. y Gómez, M. (1992). Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*.
- Montero, M. (1998). Soledad y depresión: ¿fenómenos equivalentes o diferentes? *La Psicología Social en México*, vol. 7 (pp. 62-67). México: AMEPSO.
- Norwood, R. (2003). *Las mujeres que aman demasiado*. México: Alfaguara, Col. Punto de Lectura.
- Ostrowsky, F.S. (2000). *¡Toc, Toc! ¿Hay alguien ahí? Cerebro y conducta. Manual para usuarios inexpertos*. México: Infomed.
- Pichot, P. (1986). Classification of depressive states. En P. Kielholz y W. Pödlinger (Eds.): *Latest findings on the etiology and therapy of depression. Psychopathology*, 19(supl. 2), 12-16.
- Valdez M., J.L. (2004, octubre). *Modelo de depresión y suicidio*. Ponencia presentada en el X Congreso Mexicano de Psicología Social. Ciudad Obregón, Son. (México).
- Valdez M., J.L. (1998). *Las redes semánticas naturales, usos y aplicaciones en psicología social*. México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Vallejo, R.J. y Gastó, F.C. (2000). *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. México: Masson.
- Vallejo, R.J. (1995). Psicofarmacología y psicoterapia en el tratamiento de las depresiones. En R. J. Vallejo: *Update psiquiatría*. Barcelona: Masson.
- Zubin, J. (1954). Presidential address: Biometric methods in psychopathology. En P. Hoch y J. Zubin (Eds.): *Depression*. New York: Grune & Stratton.

