

---

## La percepción de la depresión y de su tratamiento

### *How depression and its treatment are perceived*

---

<https://doi.org/10.23938/ASSN.0591>

J.I. Arrarás, E. Manrique

---

El término *depresión* está muy integrado en nuestro lenguaje y, en general, está asociado con un empeoramiento en la situación funcional de cada día. Dentro del campo de la Salud Mental es importante distinguir que *depresión* se puede entender como un síntoma (con el significado en general de ánimo bajo), una reacción emocional hacia un problema (como la presencia de una enfermedad)<sup>1</sup> o como un grupo de trastornos de diferente gravedad, entre los que se encuentran el trastorno depresivo mayor, la distimia (con diferentes niveles de intensidad), o los trastornos de adaptación<sup>2</sup>.

En este número de la revista se incluye un estudio de Lahera y col<sup>3</sup> sobre la percepción que tiene la población española de la depresión. Este trabajo nos ha servido de base para comentar algunos aspectos de dicha percepción que consideramos clave en los trastornos depresivos.

La visión que tienen las personas con depresión sobre este trastorno y su tratamiento juega un papel clave en diferentes aspectos como la existencia o no de esperanza en poder mejorar, o si la persona puede contribuir a dicha mejora, lo que le puede llevar a afrontar la depresión (tanto las emociones como los problemas que la puedan acompañar) de distinta manera. En ese sentido, el estudio de Lahera y col<sup>3</sup> indica que el 73% de los entrevistados cree que la forma de afrontar la depresión está muy influida por cómo se han vivido las enfermedades en su entorno.

Por otro lado, los autores indican que un 86% de los entrevistados consideraban la depresión como una *enfermedad*, ocupando un tercer lugar en gravedad tras el cáncer y la enfermedad cardiovascular. Esta percepción como enfermedad grave podría influir en la respuesta del sujeto, asumiendo que él o su entorno tienen poco peso en la mejora de su situación. En este sentido, puede ser más adecuado verla como

Unidad de Rehabilitación. Red de Salud Mental.  
Servicio Navarro de Salud.

**Correspondencia:**  
Juan Ignacio Arraras  
Unidad de Rehabilitación  
Avda Villava 53  
51015 Pamplona  
jiarraras@correo.cop.es

un *trastorno*, tal como la entienden la Organización Mundial de la Salud o la Asociación Americana de Psiquiatría<sup>2,4</sup>.

Es un hecho contrastado que las personas con múltiples episodios depresivos tienen más riesgo de sufrir recaídas<sup>2,5</sup>. La visión de estas personas sobre la depresión puede favorecerlas, ya que la esperanza de poder recuperarse y los esfuerzos para intentarlo disminuyen conforme se dan nuevas recaídas.

Los autores<sup>3</sup> encuentran algunas *actitudes estigmatizadoras* en la población general hacia las personas con depresión. Estas actitudes resultan llamativas, ya que se trata de una patología prevalente, como síntoma y como cuadro, como ocurre con los trastornos mentales en general (en EEUU la prevalencia del trastorno depresivo mayor a los 12 meses es del 7%). Esa actitud estigmatizadora es mayor en los entrevistados más jóvenes (entre 25 y 34 años), lo que contrasta con el hecho de que el trastorno depresivo mayor es más prevalente en dicha población; así en EEUU, la prevalencia en jóvenes de 18 a 29 es triple que en mayores de 60 años<sup>2</sup>. Podemos pensar, por tanto, que puede haber un menor conocimiento de la depresión como trastorno en las personas más jóvenes, que lo pueden entender como un malestar pasajero relacionado, por ejemplo, con no saber hacer frente a dificultades de baja intensidad, y pueden no tener en cuenta que un diagnóstico de depresión mayor requiere de la presencia de un malestar significativo o de un deterioro en áreas importantes del funcionamiento de la persona. Es importante entender que una actitud de cierto rechazo puede disminuir el apoyo que recibe la persona y que es clave para remontar el episodio depresivo.

Por otro lado, hay factores de vulnerabilidad hacia la depresión, como algunos *esquemas cognitivos* (construcciones mentales subjetivas, más o menos estables, que incluyen una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro<sup>6</sup>), que no deben entenderse como una debilidad de la persona y ser objeto de rechazo, sino de intervención.

Otro aspecto importante relacionado con lo anterior es el del *estigma internalizado o autoestigma*<sup>7</sup>, que se refiere al grado en que las personas con un trastorno depresivo internalizan las creencias negativas (estigmatizantes) de la sociedad. El autoestigma puede ir unido a reacciones emocionales (como vergüenza), a una menor autoestima y a una sensación de fracaso personal. En este sentido, la persona con depresión puede tener la creencia errónea de que uno mismo puede o debe poder controlar los síntomas (en especial sus emociones) sin la ayuda de los demás, *como lo ha hecho siempre*, y que su situación se debe a una *debilidad personal*. Además, el autoestigma puede ir unido a una disminución en la capacidad habitual de afrontar los problemas y las emociones, ya que la persona minusvalora sus capacidades, existiendo un intento por ocultar su trastorno, y un freno en la búsqueda de ayuda, incluido el tratamiento. Este retraso en el inicio del tratamiento puede favorecer una evolución negativa de los síntomas en el trastorno depresivo.

Entendemos que para la prevención y la mejora de la depresión puede ser de gran ayuda la divulgación dentro de la sociedad de ideas más realistas sobre dicho trastorno y cómo afrontarlo, así como sobre la manera de apoyar a las personas que lo sufren. El saber científico puede *desculpabilizar* a las personas con depresión y a su entorno, y

ayudar a dignificar todo esfuerzo para superar esta situación. Además, no todos los mensajes de ayuda que el entorno ofrece a la persona con depresión son beneficiosos: mensajes como el *ánimo, tú puedes*, pueden ser entendidos por la persona deprimida como *un fracaso*, ya que se ve con dificultad de mejorar sin ayuda, y puede empeorar su ánimo al ver que no consigue dicha mejoría. Sí son ejemplo de mensajes de ayuda el comentar que *no se encuentra solo*, y que *todas las personas que le quieren están con él*.

También es importante hacer saber que existen psicoterapias eficaces para el tratamiento de la depresión, como las psicoterapias cognitivo-conductuales, o la interpersonal<sup>8</sup>, así como tratamientos psicofarmacológicos eficaces.

En el estudio de Lahera y col<sup>3</sup> se recoge que la población española entiende que el psicólogo (frente al psiquiatra o al médico de familia) es el profesional más adecuado para tratar la depresión. Ello puede ir unido, además, a que el 95% de los entrevistados atribuían la depresión a acontecimientos adversos de la vida. En este sentido, es importante garantizar el acceso a profesionales de la Psicología Clínica, tanto desde Atención Primaria como desde Atención Especializada. Esta tendencia a considerar al psicólogo como más adecuado, es más clara entre las personas más jóvenes, mientras que las personas mayores prefieren al psiquiatra y al médico de familia. Estas diferencias pueden ser debidas al diferente *modelo de enfermedad* que tiene cada generación: las personas mayores han podido tener más experiencia de afrontar problemas y emociones, pero pueden tener una expectativa más negativa sobre la evolución de la depresión que los jóvenes<sup>9</sup>. Los jóvenes pueden dar más peso a intentar afrontar los problemas, y pueden entender como negativo el no haber podido salir por ellos mismos y la toma de medicación.

En conclusión, entendemos que es clave conocer la visión del paciente sobre su trastorno depresivo, su tratamiento y cómo ha sido su experiencia, para poder ofrecerle una intervención más efectiva.

## BIBLIOGRAFÍA

1. HERVÁS A, ZABALETA A, DE MIGUEL G, BELDARRÁIN O, DíEZ J. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *An Sist Sanit Navar* 2007; 30: 45-52. <https://doi.org/10.4321/S1137-66272007000100005>.
2. Asociación Americana de Psiquiatría. DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2014.
3. LAHERA G, GASULL V, ANDRADE-GONZÁLEZ N, PAGÉS-LLUYOT RJ, ROCAE M. Percepción de la población española sobre la depresión. *An Sist Sanit Navar* 2019; 42: 31-39. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0591>.
4. Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor, 1992.
5. BUCKMAN JEJ, UNDERWOOD A, CLARKE K, SAUNDERS R, HOLLON SD, FEARON P et al. Risk factors for relapse and recurrence of depression in adults and how they operate: a four-phase systematic review and meta-synthesis. *Clin Psychol Rev* 2018; 64: 13-38. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.07.005>.
6. BECK AT, RUSH A, SHAW B, EMERY G. Cognitive therapy of depression. New York: The Guilford Press, 1979.

7. WATSON AC, CORRIGAN P, LARSON JE, SELLS M. Self-stigma in people with mental illness. *Schizophr Bull* 2007; 33: 1312-1318. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl076>.
8. PÉREZ M, FERNÁNDEZ C, AMIGO I, FERNÁNDEZ JR. *Guía de tratamientos psicológicos eficaces*. Madrid: Pirámide, 2003.
9. HARTMANN JAS, FERNANDES ALAF, MEDEIROS AGAP, VASCONCELOS CAC, PINHEIRO KSCB, AMORIM LLL et al. Hope as a behavior and cognitive process: a new clinical strategy about mental health's prevention. *Medicine (Baltimore)* 2018; 9: e12130. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000012130>.