

Tema XXXI. Psicopatología y conducción I. La depresión. Tipos. Procesos defensivos. La agresión y la depresión. Resultados de trabajos en el ámbito vial.

INTRODUCCIÓN:.....	1
Duelo, tristeza y Depresión .....	2
La depresión .....	4
Tipos de depresión.....	6
Procesos defensivos.....	7
Algunos resultados de trabajos empíricos.....	9

### ***INTRODUCCIÓN:***

No existen datos epidemiológicos de la prevalencia e incidencia de las enfermedades mentales y algunos trastornos afectivos como factores concurrentes en los accidentes de tráfico. Se sabe que algunas alteraciones actúan de modo silencioso en muchos de los accidentes de tráfico. En otras es claramente ostensible que fue la causa del siniestro. En cualquiera de los casos se sabe que algunos desequilibrios personales pueden afectar al aspecto normativo de la conducta viaria, o al aspecto afectivo en la interrelación con los demás usuarios e incluso afectar al campo perceptivo, factores todos estos que comprometen seriamente la conducción segura.

Del bien estar físico y mental va a depender el que en esa interacción no se produzcan fricciones o desequilibrios que pongan en juego la seguridad propia y la de los otros usuarios. Ya es clásica la frase :”se conduce como se vive”. El reciente “Libro verde de la Salud Mental” dado a conocer el pasado 24 de octubre del 2005 en Luxemburgo, Markos Kyprianou, comisario europeo de sanidad, advierte de la magnitud del siguiente hecho “la salud mental es un asunto de todos y aunque es una materia que ha quedado en el olvido, los tiempos están cambiando.. en muchos estados miembros, la salud mental se ha convertido en una de las prioridades de las políticas de salud pública”.

En esta misma nota se advierte que “uno de cada cuatro adultos europeos sufrirá algún problema relacionado con la salud mental a lo largo de la vida, siendo los trastornos de

ansiedad y la depresión los más comunes”, y sigue diciendo, que “si se integra la salud mental en la prestación de los servicios hospitalarios.. se podrían acortar significativamente los periodos de hospitalización” y –decimos nosotros- también los accidentes de tráfico y con ello –siguiendo el texto del Libro Verde de la salud mental, “se liberarían recursos económicos”. Sin entrar más en detalle sólo habría que añadir que entre las actuaciones que recomienda llevar a cabo la Comisión Europea están acciones encaminadas a:

- ✓ Promover la salud mental de la población, en especial de la infancia y la adolescencia, de los trabajadores, de las personas mayores y acciones específicas para grupos vulnerables (desempleados, emigrantes y personas con riesgo de exclusión social).
- ✓ Prevenir los trastornos mentales: prevención de la depresión, disminución de los trastornos derivados del consumo de sustancias psicoactivas (drogas, alcohol,..) y prevención del suicidio...

Pasemos pues a delimitar el concepto, su dinámica y mecanismos que subyacen a dicho estado desde la psicología dinámica y desde la línea descriptiva que representa el DSM III.

### ***Duelo, tristeza y Depresión***

Comenzaremos por establecer una diferencia entre afectos disfóricos como son la tristeza, el duelo y la depresión.

Asistimos a una confusión del lenguaje o más bien a una generalización del uso (a nuestro modo de ver) del estado depresivo.

Es como si se quisiera descartar de la vida de las personas normales los sentimientos como el pesar o la tristeza y se convirtiera automáticamente en una patología.

La diferencia entre el duelo, la tristeza y la depresión, ciertamente es de grado y esta marca la diferencia entre procesos normales y procesos patológicos.

Muy próxima a la depresión e incluso haciendolo equivalente se sitúan los estados melancólicos, de los que se hablará en el presente capítulo.

#### *Reacciones de duelo:*

L. Eidelberg define el duelo como “la pena experimentada por la pérdida real de un objeto de amor (o una abstracción, como la pérdida de la libertad o de la patria) y caracterizada por el desaliento, desaparición del interés por el mundo externo, pérdida temporal de la capacidad de amar e inhibición de la actividad”. Juan Koderch en su Manual “Psiquiatría Dinámica” añade “también puede experimentarse por la pérdida de una situación determinada o de la posibilidad de acceder a ella, dentro del grupo social en que el individuo se desenvuelve.

El sujeto en duelo se siente inquieto, irritable, profundamente entristecido, sin deseos de relacionarse con los demás, falta de apetito e insomne, frecuentemente con sentimientos de miedo, culpabilidad y ansiedad. La persona, abstracción o situación perdida ocupan de continuo su mente y no le es posible concentrar su actividad y su esfuerzo psíquico en otra cuestión. Este proceso, dentro de un grado mayor o menor de intensidad, puede considerarse normal, con un máximo de agudeza durante tres o cuatro semanas, para alcanzar un reajuste emocional y social en el término de, aproximadamente seis meses.

Comprensiblemente, la duración e intensidad del proceso de duelo se hallan sujetas a grandes variaciones, dependiendo de factores tales como la **edad** del individuo que experimente la pérdida, la **clase de relaciones** que existían con la persona desaparecida; el hecho de si la muerte ha sido **inesperada o era presumible**, cuando se trata del fallecimiento de un ser querido; las **posibilidades** de cualquier índole que la vida puede aún

ofrecer al doliente; la **posición social**, familiar y económica, etc. La readaptación es tanto más rápida cuanto la reacción del duelo es aceptada, ventilada y elaborada. Normalmente, después de un período variable, los impulsos libidinosos y agresivos ligados al objeto perdido se separan de él y el yo queda en disposición de ligarlos a nuevos objetos e interés.

### ***La depresión***

Está dentro de los trastornos de la afectividad y constituye una clase de perturbación psíquica cuyo rasgo fundamental es la *alteración del humor* o del estado de ánimo, derivando de él los demás síntomas psíquicos.

La *depresión*, llamada también *melancolía* puede tornarse o adoptar su forma inversa denominada *manía* habiendo al respecto muchas alternancias entre pacientes: puede el paciente asentarse sólo en el estado depresivo, o sólo en el maníaco, o alternar las distintas fases en estados maniaco-depresivos. Cualquiera de estas fases, no producen trastornos irreversibles de la personalidad, de modo que una vez remitida la fase se restablece la normalidad clínica anterior.

S. Freud al abordar las diferencias entre el duelo normal y el patológico, esto es la melancolía (Duelo y Melancolía) establece como criterio diferencial que en el primero la aflicción se presenta después de una pérdida (de un ser querido, de un ideal, de una esperanza) que para el sujeto es siempre consciente. En la melancolía la pérdida es en muchas ocasiones inconscientes.

Freud en “Inhibición, síntoma y angustia” destacó la “carga insatisfecha de anhelo” como lo específico de la reacción frente a la pérdida de objeto lo cual supone un doble componente: uno ideativo, que representa el deseo dirigido hacia el objeto como no realizable y como consecuencia, un sentimiento doloroso, el *afecto depresivo*.

Este sentimiento de que un deseo que ocupa un lugar central en la economía libidinal –no basta cualquier deseo- sea irrealizable es lo que encontramos de común en todas las depresiones. Este deseo –que apunta a un estado ideal de bienestar y felicidad- podrá variar en su contenido temático, en lo que constituye su meta, pudiéndose manifestar a través de:

- ✓ Deseos de satisfacción pulsional y de disminución del nivel de tensión física y mental
- ✓ Deseos de “apego” que varían desde buscar el contacto físico con el objeto, compartir estados emocionales, hasta el deseo de fusión absoluta
- ✓ Deseos narcisistas de reconocimiento y valoración, de que el otro convalide el exhibicionismo grandioso del sujeto, de fusión con el objeto idealizado, etc.

El correlato del sentimiento de desesperanza por la no realización del deseo es la representación que la persona hace de sí misma como la de *alguien sin poder, impotente* para modificar el estado de cosas: *no puede dejar de desear ni lograr que su deseo se realice*. Así pues en el estado depresivo no solo existe una representación del objeto o meta del deseo sino que existe sobre todo cierta representación del sujeto en cuanto a su poder para realizar su deseo, para imponer un curso a los acontecimientos internos o externos. Existe una estrecha interrelación entre esa representación del sujeto y el nivel del funcionamiento mental y corporal, de modo que en la medida en que se representa a sí mismo como impotente se desactivan los movimientos tendentes hacia el objeto de deseo. De ahí la *inhibición y abulia* que constituyen componentes centrales del estado depresivo.

En la depresión además la tristeza se acompaña a veces de intensa ansiedad. Naturalmente, todos estos síntomas varían según la mayor o menor profundidad de la depresión. Todos los

síntomas experimentan una variación diurna, de manera que son más intensos en el momento del despertar, para mostrar una ligera mejoría durante el transcurso del día.

El suicidio puede ser el primer signo de la enfermedad. Es difícil de calibrar, en cada caso, el riesgo de suicidio, pero siempre se haya presente. En algunas ocasiones, el deprimido llega a cometer un homicidio en la persona de sus seres queridos, pensando que así los libera de una vida de desgracias e infortunios.

La lentificación del pensamiento es habitual, reflejándose en el lenguaje y en la psicomotilidad. Los sentimientos de culpa son constantes, acompañándose de intensos reproches e ideas de indignidad. El enfermo se acusa de reales o imaginarias faltas pretéritas.

### ***Tipos de depresión***

Tradicionalmente se han clasificado en:

#### ***a) Depresión endógena (o melancolía)***

Suele llamarse así a la depresión típicamente psicótica, influida por la herencia, la constitución genotípica y los cambios estacionales. Esta es la clase de depresión en que todos los síntomas alcanzan la máxima profundidad, con riesgo grave de suicidio. En ella, aun cuando una exploración cuidadosa acostumbra a descubrir un acontecimiento desencadenante del cuadro, como un fracaso profesional, cambio de domicilio, pérdida de alguna situación familiar o laboral, etc., el cuadro depresivo se independiza, una vez iniciado, de la causa que lo ha puesto en marcha, siguiendo un curso evolutivo determinado por factores íntimos, tanto somáticos como psíquicos inconscientes.

#### ***b) Depresión reactiva***

En términos generales, se conoce con el nombre de “depresión reactiva” a aquella depresión que, contrariamente a la endógena, obedece francamente, en su inicio y

evolución, a algún suceso acaecido en la vida del enfermo, siendo éste claramente consciente de tal relación.

*c) Melancolía involutiva*

Se designa como “melancolía involutiva” aquella depresión que aparece por vez primera a partir de los 60 años. Es de curso muy crónico y obedece a los tratamientos antidepresivos en mucho menor medida que los otros dos tipos de depresión.

- ✓ El DSMIII no hace una descripción nosológica del cuadro como síndrome, lo trata en diferentes capítulos y apartados clasificándola en diversas modalidades: ansiosa, atípica, endógena, mayor, monopolar, neurótica, psicótica y reactiva. En cada una de estas ramas se aborda el cuadro nosológico también a un nivel descriptivo, por lo que si bien permite una clasificación no aborda una comprensión dinámica del cuadro.
- ✓ Depresión endógena o melancolía, puede alternar con fases maníacas. (llamados también trastornos bipolares).
- ✓ Depresión reactiva, que aparece inmediatamente después de un acontecimiento doloroso de corta duración (en este sentido se patologiza el sentimiento de tristeza normal ante una pérdida o hecho doloroso).
- ✓ Depresión involutiva, que se suele asociar a otros cuadros o procesos involutivos, es de carácter crónico.
- ✓ Depresión neurótica, que plantea el problema de una personalidad base.

*Procesos defensivos*

Son procesos que pone en marcha el sujeto para paliar el sufrimiento. Rado señala la rabia como un intento de recuperar al objeto. También se intenta a veces restituir mediante la fantasía imprimiendo a los sucesos un curso diferente, o apelando al llanto como llamada

de auxilio o con auto reproches que constituyen verdaderos auto castigos para aliviar los sentimientos de culpa.

Para salir del estado depresivo se pueden activar otras defensas que se generaron al margen de las condiciones que produjeron. Si para un sujeto determinado la satisfacción oral se convirtió en una forma privilegiada de encarar la angustia, cuando surja el estado depresivo podrá desencadenarse el síntoma bulímico. Pero si la bulimia entrase en contradicción con, por ejemplo, deseos narcisistas, el sujeto la alternará con la anorexia. Si la tendencia del sujeto fuera la fuga, a evitar el displacer, la adicción a las drogas o de tranquilizantes pueden ser la defensa escogida. Si ha utilizado la hiperexcitación como experiencia de satisfacción buscará paliar el sufrimiento ingiriendo sustancias estimulantes o a través de conductas psicopáticas, etc.

Si el sufrimiento se prolonga y los mecanismos restitutivos no son suficientes, la última línea defensiva del psiquismo se dirige en contra del funcionamiento mental mismo, de modo que se puede llegar a abolir el pensar y el sentir, y llegar a desactivar el psiquismo.

La rabia que puede acompañar al sentimiento de impotencia por el logro de un objetivo, le puede devenir un sentimiento de culpa. Esta culpa puede –si se representara gráficamente sobre una línea- tener dos polos, en uno predominaría la preocupación por el objeto y entonces la culpa se orientará a hacer algo a favor del objeto. En cambio cuando el deslizamiento es hacia los propios sentimientos de inadecuación, el movimiento psíquico compensatorio puede generar actos de autopunición. Se desliza pues una necesidad inconsciente de castigo (“los que delinquen por sentimientos de culpa” Freud). De ahí al suicidio consciente hay un trecho corto.



### ***Algunos resultados de trabajos empíricos***

No tenemos referencias concretas respecto a la incidencia de los estados depresivos en el ámbito de la siniestralidad vial, aunque por razones obvias sea un estado crítico que podría hacer desaconsejable compatibilizarlo con la conducción de un vehículo. Sin embargo queremos citar uno de los trabajos donde se pone de manifiesto el correlato del estado depresivo con patrones visuales que hacen del todo punto comprensible el riesgo de sufrir un accidente cuando se está bajo un estado depresivo. El trabajo referido lo presentó el Dr. M. Carreras Matas, de la Cátedra de Oftalmología de la Facultad de Medicina de Valencia, en el que presentó los resultados de un estudio del campo visual en dos fases. La primera comprendía un periodo de 8 meses en el cual se realizaron campos visuales a enfermos depresivos, aproximadamente de 1 a 3 horas después de un intento de suicidio, (fase aguda) y se lo repitieron los campos visuales a estos mismos enfermos días o meses más tarde, cuando habían salido de la crisis. La segunda fase del trabajo consistió en realizar campo visuales a enfermos depresivos en consulta ambulatoria (cuando realizaban una vida normal).

De tal modo se plantea el autor que si para el depresivo el mundo ha perdido su atractivo y sus estímulos parecen no ser suficientes para interesarle, traduce en el campo visual la estrechez del mundo y la falta de estímulo para él. ¿La disminución de la capacidad de respuesta del sistema nervioso es primaria o la disminución viene determinada por la pérdida de interés vital de estos enfermos. En los depresivos los sentidos están disminuidos o abolidos, el gusto, el tacto, el olfato, etc. y por consiguiente la percepción del mundo exterior está disminuido también.? Los resultados apoyaron esta segunda explicación mostrando un estrechamiento de los límites periféricos de los campos visuales mayores en

las depresiones endógenas que en la depresiones neuróticas y en éstas más que en las reactivas. En la agudeza visual no hubo diferencias lo cual demuestra que el trastorno no era de índole óptica ni por defectos de refracción.

Se constató también la reversibilidad del fenómeno una vez pasada la crisis, en muchos casos, vinculada su persistencia en depresiones endógenas por ser más persistente esta última y duradera que las reactivas o neuróticas.